

DIE RELEVANZ VON SELF-COMPASSION FÜR DEN ERFOLG DER BERUFLICHEN REHABILITATION

– Der Einfluss von Selbstmitgefühl auf die physische und psychische Gesundheit,
das Copingverhalten und das Integrationsengagement –

Dissertation

zur Erlangung des

Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät I
der Martin-Luther- Universität Halle-Wittenberg



von

Dipl.-Psych. Danica Hundt

geb. am 22. Februar 1979 in Schwerin

Erstgutachter: Prof. apl. Dr. Lars-Eric Petersen

Zweitgutachter: Prof. Dr. Bernd Six

Datum der mündlichen Verteidigung: 3. Juli 2018

INHALT

Inhalt	2
<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	5
<i>Danksagung</i>	6
1. Einleitung	7
2. Self-Compassion	11
2.1 Das Konstrukt Selbstmitgefühl (Self-Compassion)	12
2.1.1 Die Komponenten des Selbstmitgefühls	14
2.1.2 Ein Alternatives Konzept zum Selbstmitgefühl	16
2.1.3 Gegenüberstellung beider Konzeptionen.....	21
2.2 Korrelate von Selbstmitgefühl	22
2.2.1 Self-Compassion und Wohlbefinden	22
2.2.2 Self-Compassion im zwischenmenschlichen Bereich.....	24
2.2.3 Self-Compassion und individuelle Merkmale	26
2.2.4 Der Einfluss von Self-Compassion auf Leistungssituationen	28
2.2.5 Kulturelle Unterschiede.....	30
2.3 Kann man Selbstmitgefühl lernen?	31
2.3.1 Selbstmitgefühl im therapeutischen Kontext	32
2.3.2 Training von Self-Compassion	32
2.4 Abgrenzung von anderen Konstrukten	36
2.4.1 Ähnliche Konstrukte	37
2.4.2 Abweichende Konstrukte.....	39
2.5 Stress und Coping	45
2.5.1 Stress – Begriffsbestimmung.....	45
2.5.2 Abwehr und Bewältigung.....	47
2.5.3 Self-Compassion, Coping und Krankheitsbewältigung	53
2.6 Fehlbarkeit versus Perfektion	54
2.6.1 Das Konstrukt Perfektionismus	54
2.6.2 Perfektionismus in der Selbstdarstellung.....	60
2.6.3 Self-Compassion und Perfektionismus	62
2.6.4 Perfektionismus und Coping.....	62
3. Einführung in den empirischen Teil	64
3.1 Fragestellungen	64
3.2 Durchführung	75
3.2.1 Stichprobe.....	77
3.2.2 Instrumente	83
3.2.2.1 Standardisierte Verfahren	84
3.2.2.1.1 SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes	84
3.2.2.1.2 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung	87
3.2.2.1.3 Self-Compassion Scale SCS-D	89
3.2.2.1.4 Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D	91
3.2.2.1.5 Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW	92

3.2.2.1.6 Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF	93
3.2.2.1.7 Coping – Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ und Skala zum Palliativen Coping	94
3.2.2.2 Instrumente zur Erfassung des Erfolgs der beruflichen Rehabilitation	95
3.2.2.2.1 Angebot Besonderer Hilfen	95
3.2.2.2.2 Integrationsengagement	96
3.2.2.2.3 Umschulungsmotivation	101

4. Empirischer Teil – Ergebnisse.....103

4.1 Deskriptive Statistik103

4.1.1 Die Besonderheiten der Stichprobe im Vergleich zur Normierung	103
4.1.2 Instrumente zur Erfassung des Erfolgs der beruflichen Rehabilitation.....	105
4.1.2.1 Integrationsengagement	105
4.1.2.2 Angebot Besonderer Hilfen	106
4.1.2.3 Umschulungsmotivation	107

4.2 Self-Compassion im Kontext der untersuchten Konstrukte109

4.2.1 Self-Compassion und Gesundheit – Überprüfung von Hypothese H1	110
4.2.1.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Vitalität	116
4.2.1.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Soziale Funktionsfähigkeit	117
4.2.1.3 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Emotionale Rollenfunktion.....	119
4.2.1.4 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Psychisches Wohlbefinden	120
4.2.1.4 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Psychische Summenskala	121
4.2.2 Self-Compassion und Krankheitsverarbeitung – Überprüfung von Hypothese H2	122
4.2.2.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Handelndes, problemorientiertes Coping ..	127
4.2.2.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Depressive Verarbeitung	127
4.2.2.3 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Aktive Suche nach sozialer Einbindung	128
4.2.2.4 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Erarbeiten eines inneren Haltes	129
4.2.3 Self-Compassion und Perfektionismus – Überprüfung von Hypothese H3	130
4.2.3.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Sorge über Fehler und Handlungszweifel..	134
4.2.3.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Elterliche Erwartungen und Kritik	134
4.2.3.3 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Perfektionismus (gesamt).....	135
4.2.4 Self-Compassion und Selbstwert – Überprüfung von Hypothese H4	136
4.2.5 Self-Compassion, Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit – Überprüfung von Hypothese H5	138
4.2.5.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Seelische Gesundheit	141
4.2.6 Self-Compassion und Coping – Überprüfung von Hypothese H6.....	142
4.2.6.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Aufgabenorientiertes Coping	146
4.2.6.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Emotionsorientiertes Coping.....	147
4.2.6.3 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Vermeidungsorientiertes Coping - Zerstreuung.....	148
4.2.6.4 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Vermeidungsorientiertes Coping – Sozial- ablenkungsorientiert.....	149
4.2.6.5 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Palliativ-erfolgreiches Coping.....	150
4.2.6.6 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Palliatives Coping: Versuch.....	152
4.2.7 Self-Compassion und Integrationsengagement – Überprüfung von Hypothese H7	153
4.2.8 Self-Compassion und Nutzung des Angebots besonderer Hilfen – Überprüfung von Hypothese H8	158
4.2.8.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Inanspruchnahme psychologischer Beratung	163
4.2.9 Self-Compassion und Umschulungsmotivation – Überprüfung von Hypothese H9	165

4.2.10 Self-Compassion und akademische Leistungen – Überprüfung von Hypothese H10	166
4.2.11 Self-Compassion und berufliche Zukunft – Überprüfung von Hypothese H11	167
4.2.12 Self-Compassion – Geschlechtsunterschiede innerhalb des Konstruktes	168
4.3 Exkurs: Gruppenspezifische Betrachtung der Stichprobe nach Rehabilitationsleiden im Kontext der beruflichen Rehabilitation	169
4.3.1 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Rehabilitationsleiden	172
4.3.2 Auswirkungen des Rehabilitationsleidens auf Aspekte der beruflichen Rehabilitation	173
5. Diskussion, Zusammenfassung und Ausblick	178
5.1 Diskussion	178
5.1.1 Der Einfluss von Self-Compassion auf das Erleben und Verhalten	178
5.1.2 Die Bedeutung von Self-Compassion im Kontext der beruflichen Rehabilitation	183
5.1.3 Self-Compassion vs. Selbstwert – Prädiktoreigenschaften	188
5.1.4 Grenzen der Studie	189
5.1.5 Implikationen	192
5.2 Zusammenfassung und Ausblick	197
Literatur	200
Anhang	216
SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011)	216
EFK Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000)	217
Self-Compassion Scale SCS-D (Hupfeld & Ruffieux, 2011)	219
Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D (Stoeber, 1995, Onlinequelle)	220
Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986)	221
Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989)	222
Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS (Kälin, 1995)	223
Skala zur Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen	224
Skala zur Erhebung des Integrationsengagements	224
Angewandter Fragebogen Teil 1	225
Angewandter Fragebogen Teil 2	245
Abbildungen	250
Tabellen - ungekürzt	270
Verzeichnisse	280
Tabellen	280
Abbildungen	286
Abkürzungen	290

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Die vorliegende Arbeit ist meinem Opa gewidmet.
Ich wünschte, er hätte ihre Fertigstellung noch erleben können.

DANKSAGUNG

Was lange währt, wird bekanntlich gut... Und so hoffe ich sehr, das trifft auf diese Dissertation ebenso zu. Dem Leser wünsche ich viel Freude mit der Lektüre. Wenn es mir gelingt, auch nur ein wenig für das Thema zu begeistern, zu einigen erhellenden oder inspirierenden Gedanken beizutragen oder gar zu einem konstruktiven Resümee zu veranlassen, dann wäre dies für mich der größte Dank.

Doch bevor es soweit ist, haben andere viel eher ein Dankeschön, wenn nicht gar eine Lobeshymne verdient. Die Zeit, die diese Arbeit zu erstellen in Anspruch genommen hat, war intensiv, nicht immer einfach, doch stets spannend, herausfordernd und eine echte Bereicherung. Herrn Prof. Dr. Lars-Eric Petersen gilt mein Dank für die vermutlich einmalige Chance im Leben, eine solche Arbeit nebenberuflich verfassen zu dürfen, für seine Unterstützung in Form niemals endender Geduld, einer stets positiven Sichtweise und nützlichen Einwänden. *Danke*. Einen ganz entscheidenden Anteil an der Umsetzung der Idee bis hin zum abgabebereiten Manuskript haben das Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt, die Mitarbeiter¹ vor Ort sowie im Besonderen die Teilnehmer an dieser Studie. Ohne sie wäre aus dem ersten Gedanken niemals das große Ganze geworden. *Danke*. Kontinuität ist entscheidend, wenn nur die Wochenenden und Ferien zum Arbeiten Zeit lassen. Meinen Freunden gebührt daher genauso Dank, fürs Motivieren, wenn es mal nicht optimal lief, für die kleinen, konsequenten Pausen, die stets herzlich willkommen waren, fürs Mutmachen und an mich Glauben, Gegenlesen und Statistik-Tutorien, vor allem aber für ein Übermaß an Verständnis dafür, dass ich nicht in gewohntem Ausmaß verfügbar war – in guten wie in schweren Tagen. *Danke* Andrea Musan, André Wolf, Christoph Klein, Marco Gärtler, Melanie Weinlich und Sophia Richter. Nicht unerwähnt lassen möchte ich meine Schwester Antje. *Danke*, dass Du für mich da bist. All jene, die nicht namentlich genannt wurden, aber wissen, wie wichtig sie mir waren und sind, für Euch ist dieses: *Danke*.

¹ Um die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, wird auf den integrativen Sprachgebrauch verzichtet. Es versteht sich von selbst, dass stets beide Geschlechter gemeint sind.

“Rich or poor, educated or uneducated, belonging to one nation or another, to one religion or another, adhering to this ideology or that, ultimately each of us is just a human being like everyone else. We all desire happiness and do not want suffering.”

(Dalai Lama, 1998, S. 102)

1. EINLEITUNG

Jeder Mensch sucht nach einem Stückchen Glück. Der eine scheint davon etwas mehr abbekommen zu haben, der andere etwas weniger. Es gibt keine Gesetzmäßigkeit, die vorschreibt, dass es in der Welt gerecht zugeht. Während diejenigen, denen das Leben wohl gesonnen ist, dieses genießen können, sind die, mit denen es das Leben weniger gutgemeint hat, damit beschäftigt, möglichst unbeschadet wieder auf die Sonnenseite zurückzufinden. Kein Mensch kann sich darauf berufen, das Glück dauerhaft für sich gepachtet zu haben. Ein jeder wird im Laufe seines Daseins einige Höhen erfahren und Tiefen meistern müssen. Wie mit Niederlagen, Misserfolgen und persönlichen Krisen umgegangen wird, spielt eine entscheidende Rolle dafür, wie es dem Einzelnen in der Situation ergeht und ob es ihm gelingt, sich neu auszurichten, das Widerfahrene hinter sich zu lassen und abermals positive Impulse zu erleben.

In diesem Zusammenhang kommt dem Konstrukt *Self-Compassion*, dem Selbstmitgefühl, hohe Relevanz zu. Als eine mögliche Strategie, Fehlschläge zu verarbeiten, umfasst *Self-Compassion* verschiedene Dimensionen, die schließlich allesamt einen gütigen Umgang mit dem Selbst fokussieren und dadurch dem Individuum erlauben, Misserfolge als Teil der menschlichen Natur und zum Leben dazugehörend zu betrachten. Darüber hinaus lassen Studien aus dem überwiegend angelsächsischen Raum darauf schließen, dass *Self-Compassion* mit zahlreichen weiteren positiven Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten verbunden ist, sich gezielt steigern lässt und mit einem gestärkten psychischen Wohlbefinden einhergeht.

Der (drohende) Verlust des Arbeitsplatzes infolge einer physischen und/oder psychischen Erkrankung stellt eine besondere, von den Betroffenen zumeist sehr intensiv erlebte persönliche Krise dar. Sie wird begleitet von existentiellen Ängsten, der Konfrontation mit der eigenen Unzulänglichkeit und dem Gefühl, plötzlich weniger wert zu sein. Auch wenn sich die Rolle der Arbeit im Laufe der Zeit verändert hat – von einst Mittel, um zu überleben, oft verbunden mit körperlich schwerer Tätigkeit, die

zumeist der Unterschicht vorbehalten war, hin zur Möglichkeit der Selbstverwirklichung über alle sozialen Klassen hinweg – kommt ihr gesellschaftlich nach wie vor ein hoher Stellenwert zu. Wichtiger als Arbeit werden nur noch Familie und Partnerschaft betrachtet (Gaspar & Hollmann, 2015). Die Subjektivierung der Arbeit im Zuge des Wandels der Erwerbstätigkeit unterstützt das Streben nach Autonomie, Partizipation und Verantwortung und bietet dadurch einen idealen Rahmen zur Entfaltung der Persönlichkeit. Im Zeitalter der Digitalisierung und Globalisierung gehören ständige Erreichbarkeit, Zeitdruck und Mobilität jedoch ebenso zum Arbeitsalltag dazu. *„Im Rahmen veränderter Arbeitsanforderungen ist ein intensiverer Zugriff auf das Leistungsvermögen und ein höherer Anspruch an das Engagement der Beschäftigten zu beobachten. Folgen sind erhebliche Belastungen...“* (Heidenreich & Zirra, 2012, Onlinequelle). So ist es nicht verwunderlich, dass die Zahl psychischer Erkrankungen stetig zunimmt, allein im Jahr 2015 um 9,7 % (Reha-Info der BAR, 2016, Onlinequelle). Sie stellen mit 42,9 % aller Fälle die Hauptursache für die Gewährung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015).

Doch vor der Rente steht, sofern es die Umstände zulassen, die berufliche Rehabilitation. Von den im Jahr 2014 über 280.000 bewilligten Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entfielen über 20 % auf berufliche Bildung, weitere 5 % auf Berufsvorbereitung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Die Hauptdiagnose innerhalb der Förderung beruflicher Bildungsleistungen stellen – nach Erkrankungen der Muskulatur, des Skeletts oder des Bindegewebes² – psychische Erkrankungen³ dar. Während mehr als drei Viertel einen neuen Berufsabschluss erlangten, brach jeder Fünfte die Ausbildung bzw. Vorbereitung vorzeitig ab⁴. Die Kosten für derartige Maßnahmen steigen kontinuierlich. Im Jahr 2014 wendete die Deutsche Rentenversicherung 800,9 Millionen Euro für die Gesamtheit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf, im Jahr 2015 waren es 838 Millionen Euro (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016).

² 51 % der Frauen, 62 % der Männer

³ 31 % der Frauen, 16 % der Männer

⁴ 13 % der Frauen, 11 % der Männer aus gesundheitlichen Gründen, 9 % der Frauen, 10 % der Männer aus anderen Gründen

Sowohl zugunsten der von einer beruflichen Rehabilitation Betroffenen, denen nichts sehnlicher zu wünschen ist, als dass sie im Rahmen des über die medizinische Rehabilitation hinausgehenden Genesungsprozesses rasch wieder an neuer Stärke, Glauben an sich selbst, Zuversicht und den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zurückgewinnen, als auch in Hinblick auf die mit einer beruflichen Rehabilitation einhergehenden Kosten für das Sozialsystem, sollte der erfolgreiche Abschluss einer beruflichen Bildungsmaßnahme oberste Priorität haben. Unter dieser Prämisse setzen Kostenträger und Leistungsempfänger gleichermaßen auf die Unterstützung durch Berufsförderungswerke im Verlauf der Bildungsmaßnahme und Integrationsphase. Diese bieten ihrerseits eine ganzheitliche, individuell abgestimmte Förderung durch ein breites Angebot an medizinischen, pädagogischen, psychologischen, sozialen und integrationsrelevanten Maßnahmen und Hilfestellungen. Lässt sich der Erfolg der beruflichen Rehabilitation jedoch eventuell noch stärker forcieren, wenn man das Konstrukt Self-Compassion in seiner ganzen Bedeutung in vorhandene Prozesse einbindet?

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die positiven Effekte von Self-Compassion auch für den deutschsprachigen Raum nachzuweisen. Darüber hinaus soll die Bedeutung von Self-Compassion für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation evaluiert werden. Wenn sich ein hohes Maß an Selbstmitgefühl in einem gestärkten psychischen Wohlbefinden widerspiegelt, liegt die Vermutung nahe, dass gerade in Anbetracht der relativ hohen Zahl psychischer Erkrankungen als Ursache für die Notwendigkeit einer beruflichen Rehabilitation, Self-Compassion zur psychischen Stabilisierung beitragen könnte. Als eine Strategie, die zudem den konstruktiven Umgang mit Niederlagen und Belastungssituationen fördert, wäre Self-Compassion vielleicht darüber hinaus in der Lage, generell den Umgang mit dieser speziellen Herausforderung zu erleichtern sowie Compliance und individuelle Offenheit für eine berufliche Neuausrichtung zu schaffen, unabhängig davon, ob eine physische oder psychische Diagnose vorliegt.

Diesem Anspruch folgend setzt sich Kapitel zwei zunächst theoretisch intensiv mit dem Konstrukt Self-Compassion auseinander. Es wird ein grundlegendes Verständnis für die Begrifflichkeit und Bedeutung von Self-Compassion sowie den verschiedenen Dimensionen des Selbstmitgefühls geschaffen. Darüber hinaus gibt es einen Überblick über bisherige Befunde und darüber, inwieweit Self-Compassion beeinflussbar ist. Im weiteren Verlauf erfolgt eine Abgrenzung von anderen Konstrukten und damit

verbunden die Hervorhebung der Einzigartigkeit von Self-Compassion. Schließlich werden auch Stress und Perfektionismus beleuchtet. Beide Konstrukte stehen in unmittelbarem Zusammenhang zum Selbstmitgefühl. Während Stresserleben oftmals mit belastenden Situationen einhergeht, die ihrerseits gelegentlich Self-Compassion erfordern, steht Perfektionismus als Eigenschaftsmerkmal, das sich durch hohe individuelle Ansprüche an die eigene Person auszeichnet, dem nachsichtigen Umgang mit dem Selbst eher konträr gegenüber. Das nachfolgende Kapitel nimmt Bezug auf die konkreten, dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellungen, die Besonderheiten der Stichprobe und die Durchführung der Erhebung. Es galt sowohl bereits bekannte Befunde für den deutschsprachigen Raum zu bestätigen, als auch einen möglichen Einfluss von Self-Compassion auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation aufzuzeigen. Indikatoren für den gelungen Abschluss einer Qualifizierungsmaßnahme (Umschulung, Qualifizierung) mussten dafür identifiziert sowie entsprechende Skalen zur Erfassung dieser entwickelt werden. Eine anschauliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse vermittelt Kapitel vier. Dabei kommt jeder einzelnen Hypothese entsprechende Aufmerksamkeit zu. Im Anschluss werden die teilweise erwartungskonformen, jedoch mithin auch überraschenden Resultate interpretiert und diskutiert. Darüber hinaus finden sich Schlussfolgerungen, die die weitreichende Relevanz von Self-Compassion für das Erleben und Verhalten betonen, sowie ein Ausblick auf zukünftige Untersuchungen und abgeleitete, denkbare Fragestellungen in Kapitel fünf.

„... developing insight into the arising of thoughts and passions within us and the cultivation of compassion can be the major antidote to suffering and cruelty to self and others.”

(Gilbert, 2007, S. 3)

2. SELF-COMPASSION

Viele Jahrzehnte galt das Hauptinteresse der Selbstkonzeptforschung dem Selbstwert⁵; Selbstwert resultiert aus erfolgreichen Leistungen und Selbstbewertungen (Neff, 2009a). Er dient der Einschätzung der eigenen Überlegenheit und trägt dadurch dazu bei, eine soziale Position einzunehmen und diese aufrechtzuerhalten (Gilbert & Irons, 2005). Grundlegend wurde davon ausgegangen, dass ein hohes Maß an Selbstwert mit zahlreichen positiven Eigenschaften verbunden und folglich erstrebenswert ist. Untersuchungen haben beispielsweise gezeigt, dass mit zunehmendem Selbstwert die Lebensfreude und -zufriedenheit steigen, Angst und Depressivität hingegen abnehmen (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007). Ein hoher Selbstwert begünstigt zudem die Kontaktfreudigkeit von Menschen (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2005) und steht in Zusammenhang mit einer positiven Einstellung zum Leben beziehungsweise zu Optimismus (Lucas, Diener & Suh, 1996; Lyubomirsky, Tkach & DiMatteo, 2006).

Erst zu Beginn der 1990er Jahre setzte man sich zunehmend differenzierter mit dem Selbstwert auseinander. Nunmehr zeichneten sich neben den offensichtlichen Vorteilen auch die mit einem entsprechenden Ausmaß an Selbstwert einhergehenden, eher unerwünschten Eigenschaften ab. Insbesondere narzisstische Verhaltenstendenzen (Damon, 1995; Seligman, 1995, Morf & Rhodewalt, 2001), ein Mangel an Kritikfähigkeit (Baumeister, Smart & Boden, 1996) und die Neigung zur Selbstüberschätzung (Robins & Beer, 2001) ließen sich wiederholt in Zusammenhang mit einem stark ausgeprägten Selbstwert beobachten. Darüber hinaus erwies es sich als äußerst schwierig, den Selbstwert von Personen gezielt zu steigern (Baumeister, Campbell, Krüger & Vohs, 2003). Diese Erkenntnisse warfen schließlich die Frage auf, ob und in welchem Ausmaß Selbstwert tatsächlich wünschenswert ist. Überdies wurde nach alternativen Konstrukten gesucht, die sich im Vergleich zum Selbstwert ebenso

⁵ Die Begriffe *Selbstwert* und *Selbstwertschätzung* werden synonym verwendet.

positiv auf das Wohlbefinden auswirken, aber mit weniger nachteiligen Eigenschaften besetzt sind.

Das Umdenken in der Selbstkonzeptforschung ebnete neuen Ideen und Ansätzen den Weg. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückte unter anderem *Self-Compassion* - das Selbstmitgefühl - als „...*an emotionally positive self-attitude that should protect against the negative consequences of self-judgement, isolation, and rumination (such as depression)*“ (Neff, 2009a, S. 85). Selbstmitgefühl weist damit durchaus Parallelen zum Selbstwert auf, dennoch lässt es sich – wie später in diesem Kapitel (vgl. Abschnitt 2.1.3) noch ausführlicher geschildert wird - eindeutig davon abgrenzen.

2.1 DAS KONSTRUKT SELBSTMITGEFÜHL (SELF-COMPASSION)

Self-Compassion gilt als relativ neues Konstrukt in der Selbstkonzeptforschung. Gleichwohl gehört das Erleben von Mitgefühl zu den typischen Erfahrungen des Alltags und ist den meisten Menschen vertraut. Das Empfinden von Mitgefühl umfasst, vom Leid anderer berührt zu werden, sich gegenüber deren Schmerz zu öffnen und damit Gefühle des Wohlwollens zuzulassen, bis hin zu dem Bedürfnis, die Not anderer zu lindern (Wispe, 1991). Mitgefühl setzt ein nicht wertendes Verständnis gegenüber all denjenigen voraus, denen Leid oder Misserfolg widerfahren ist. Deren Verhalten wird als absolut menschlich, also im Kontext menschlicher Fehlbarkeit, betrachtet (Neff, 2003a). Anstatt jemanden für sein Versagen oder seine Fehler zu verurteilen, wird ihm freundlich und verständnisvoll begegnet (Neff, 2010).

Ob wir Mitgefühl zeigen, hängt von dem Zusammenspiel zahlreicher verschiedener Faktoren ab (Gilbert, 2007). Wesentliche Bedeutung kommt unseren Wertvorstellungen, Annahmen und Überzeugungen (psychologische Faktoren) sowie den sozialen Beziehungen und kulturellen Werten zu. Wir sind eher bereit, Mitgefühl für jemanden aufzubringen, wenn wir glauben, dass derjenige unsere Anteilnahme „verdient“ hat. Zusätzlich tragen Gene zur Freisetzung bestimmter Hormone bei (z. B. Oxytocin), die ihrerseits fürsorgliches und beschwichtigendes Verhalten begünstigen. Die Aktivität verschiedener Hirnareale gibt ebenfalls Aufschluss darüber, was wir empfinden. Vor allem eine Aktivierung frontaler Bereiche steht in Verbindung mit dem Erleben von Empathie und dem Ausbleiben aggressiven Verhaltens.

Nach der buddhistischen Lehre ist Mitgefühl ein Grundbestandteil unserer Natur (Dalai Lama, 1995; Goleman, 2003; Wang, 2005). Es beruht auf dem Bestreben, sich prosozial zu verhalten und Leid zu lindern (Dalai Lama, 1995, 2001). Während das Mitgefühl in westlichen Kulturen zumeist anderen Personen gilt, bezieht es sich in östlichen Kulturkreisen (insbesondere im Buddhismus) häufig auch auf das Selbst (Neff, 2009a). In der buddhistischen Weltanschauung versteht man unter Mitgefühl *„...a non-judgemental open heartedness to the suffering of self and others with a strong desire to alleviate suffering in all living things“* (Dalai Lama, 1995, S. 200, zitiert nach Gilbert, 2007, S. 15). Das Erleben von Mitgefühl gegenüber allen Lebewesen und das Bewusstsein, dass alle Menschen ihre Erfahrungen teilen, fasst man in Pali - der Sprache buddhistischer Texte - unter dem Begriff *karuna* zusammen. Gemeint ist damit das Mitgefühl ganz allgemein. Oft wird Mitgefühl jedoch auch als „liebevolle Güte“ übersetzt. Diese Form des Wohlwollens gegenüber anderen trägt im Buddhismus die Bezeichnung *matta* (Thompson & Waltz, 2008).

Basierend auf dem buddhistischen Verständnis von Mitgefühl entwickelte Neff (2003a, 2003b) ihr Verständnis von Self-Compassion. Sie geht generell davon aus, dass Menschen umso eher in der Lage sind, Mitgefühl für sich und andere zu empfinden, je weiter sie ihr Herz für die menschliche Natur öffnen. *„Selbstmitfühlende Individuen erkennen, dass Schmerz und Fehlbarkeit ein unvermeidlicher Teil des menschlichen Erlebens sind, etwas das uns allen widerfährt und keine Sache, die nur einem allein passiert.“* (frei übersetzt nach Neff, 2008, S. 95). Erst wenn man bereit ist, sich gegenüber dem eigenen Leid zu öffnen und Fehlschläge als eine Erfahrung zu betrachten, die man mit anderen Menschen teilt, kann sich Verständnis für den persönlichen Schmerz entwickeln und daraus das Bedürfnis erwachsen, das eigene Leid zu lindern (Neff, 2003a). Self-Compassion umfasst folglich auch die Sorge um das eigene Wohlbefinden (Neff, 2004). In diesem Zusammenhang kommt der Tatsache, dass wir in unserem Handeln erfolgreich sind, eher geringe Bedeutung zu. Wie es uns geht hängt vielmehr davon ab, ob es uns gelingt, Misserfolge als zum Leben dazugehörend und typisch menschlich zu betrachten und dadurch die mit dem Scheitern verbundenen negativen Gefühle zu relativieren. Self-Compassion lässt sich in dieser Hinsicht ganz einfach verstehen als *„...[being] kind and understanding when confronted with personal failings [...]“* (Neff, 2010a, Onlinequelle).

2.1.1 DIE KOMPONENTEN DES SELBSTMITGEFÜHLS

Neff (2003a, 2003b) beschreibt Self-Compassion als bipolares Konstrukt der drei Komponenten *Self-Kindness*, *Common Humanity* und *Mindfulness*.

Self-Kindness bezieht sich auf die Güte und das Verständnis, mit denen man der eigenen Person begegnet. Gemeint ist damit “[...]warm und verständnisvoll uns selbst gegenüber zu sein, wenn wir leiden, versagen oder uns unzulänglich fühlen, anstatt unseren Schmerz zu ignorieren oder uns mit Selbstkritik zu geißeln” (frei übersetzt nach Neff, 2010c, Onlinequelle). Selbstmitfühlende Menschen wissen um die Unvermeidbarkeit menschlicher Verfehlungen. Sie sind sich darüber im Klaren, dass zum Menschsein auch dazu gehört, mithin zu versagen oder in eine Lebenskrise zu geraten (Neff, 2008). Self-Kindness umschreibt die Tendenz, in solchen Situationen dennoch fürsorglich und verständnisvoll mit sich selbst umzugehen (Neff, 2009a). Kennzeichnend dafür ist, sich selbst wie einem Freund zu begegnen, gerade in schwierigen Zeiten. Darüber hinaus trägt Self-Kindness dazu bei, dass selbstmitfühlende Menschen mehr emotionale Gelassenheit erleben. Die Neigung, mit sich selbst zu hart ins Gericht zu gehen oder sich gar für Verfehlungen zu bestrafen wird unter dem Begriff *Self-Judgement* zusammengefasst. Self-Judgement stellt den Gegenpol zu Self-Kindness dar.

Sich selbst zu achten und die eigene Menschlichkeit zu akzeptieren, könnte nach Neff am vielleicht wichtigsten für das Erleben von Selbstmitgefühl sein (Neff, 2010b, Onlinequelle). **Common Humanity** umfasst die Erkenntnis, dass das Erfahren von Misserfolgen und persönlicher Unzulänglichkeit zum gemeinsamen menschlichen Leben dazugehört und infolgedessen nicht eine Person allein, sondern tatsächlich alle Menschen betrifft (Neff, 2009a). Damit bedeutet Common Humanity „...eigene Erlebnisse nicht losgelöst und isoliert, sondern als Teil einer großen menschlichen Erfahrung wahrzunehmen“ (frei übersetzt nach Neff, 2003a, S. 86). Auch den persönlichen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen, die durch äußere und innere Faktoren (Erziehung, Gene, Kultur usw.) sowie die Erwartungen und das Verhalten anderer beeinflusst werden, kommt wesentliche Bedeutung zu. „By recognizing our essential interdependence, therefore, failings and life difficulties do not have to be taken so personally, but can be acknowledged with non-judgemental compassion and understanding” (Neff, 2010b, Onlinequelle). In diesem Sinne werden Fehler und

Schwächen als typisch menschliche Attribute akzeptiert. Sich dessen bewusst zu sein, dass es anderen Menschen ähnlich geht wie einem selbst, trägt dazu bei, dass sich der einzelne mit den anderen verbunden fühlt, anstatt von ihnen isoliert (Neff, 2009a). Dadurch verhindert Common Humanity das völlige Versinken (*Over-Identification*) in negativen Gedanken und Gefühlen (Neff, 2004). Die aus dem Eintauchen in das eigene Leid resultierende Isolierung steht in der bipolaren Konzeption des Selbstmitgefühls Common Humanity gegenüber.

“... self-compassion involves having the right amount of distance from one’s emotions so that they are fully experienced while being approached with mindful objectivity“ (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007, S. 140). Als dritte Komponente des Selbstmitgefühls beinhaltet **Mindfulness**, *„... schmerzhaften Gedanken und Gefühlen ein ausgewogenes Maß an Aufmerksamkeit gegenüber zu stellen, anstatt sich mit ihnen zu überidentifizieren.“* (frei übersetzt nach Neff, 2010c, Onlinequelle). Mindfulness ist ein zentraler Aspekt der buddhistischen Philosophie und Bestandteil verschiedener Meditationsübungen (Bennett-Goleman, 2001; Hahn, 1976; Rosenberg, 1999). Dabei geht es vor allem darum, einen Schritt neben sich zu treten und eine Metaperspektive einzunehmen, so dass das eigene Erleben aus einer objektiveren Sichtweise heraus betrachtet wird (Neff, 2009a). Scheff (1981) spricht diesbezüglich von „Mental Space“. Demnach begünstigt Mindfulness einen *„... nicht wertenden, aufnahmefähigen Zustand, in dem man Gedanken und Gefühle so sieht, wie sie sind, ohne dass man versucht, sie zu leugnen oder zu unterdrücken“* (frei übersetzt nach Neff, 2010b, Onlinequelle). Momenten im Leben wird also in gewissem Maße Aufmerksamkeit beigemessen, ohne jedoch unerwünschte Seiten der eigenen Person oder des eigenen Lebens zu ignorieren bzw. sie zum Gegenstand tiefergreifender Überlegungen zu machen (Brown & Ryan, 2003). Ziel von Mindfulness ist es, Gefühle so anzunehmen, wie sie sind, ohne in ihnen zu versinken (*Over-Identification*). Auf diese Weise wirkt sich Mindfulness positiv auf die Behandlung stressinduzierter Störungen, den Umgang mit chronischen Schmerzen (Kabat-Zinn, 1982; Sharpio, Schwartz & Bonner, 1998, Williams, Kolar, Reger & Parson, 2001) sowie die Behandlung von Depressionen, Ängsten und Essstörungen (Kristheller & Hallet, 1999; Linehan, 1993; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Wells, 2002) aus. Auf dem bipolaren Kontinuum stellt *Over-Identification* das Gegengewicht zu Mindfulness dar (Neff, 2010).

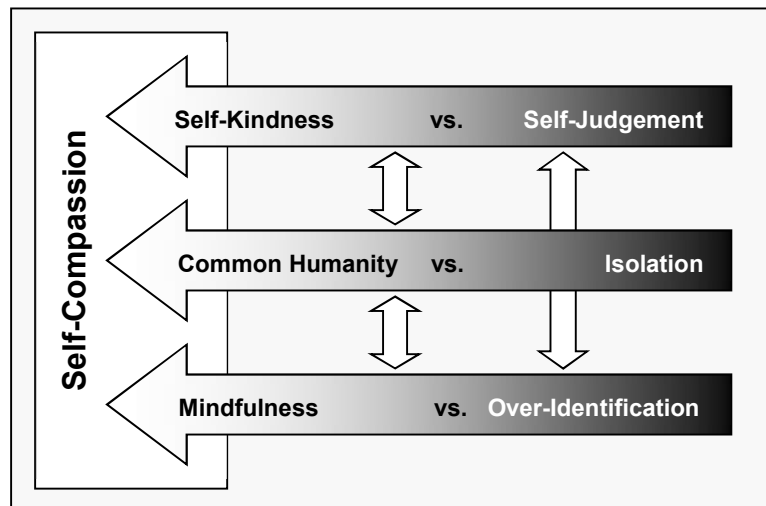


Abbildung 1: Die Komponenten des Selbstmitgefühls

Alle drei Komponenten von Self-Compassion lassen sich konzeptuell voneinander abgrenzen. Dennoch stehen sie miteinander in Verbindung und beeinflussen sich wechselseitig (Neff, 2009a, 2010; vgl. Abbildung 1, S. 16). Mindfulness gilt als Fundament für das Erleben von Self-Kindness und Common Humanity. Egozentrische Tendenzen und das Gefühl, von anderen losgelöst oder isoliert zu sein, nehmen infolge eines Anstiegs von Mindfulness ab. Dadurch begünstigt Mindfulness indirekt Common Humanity. Gleichmaßen kann auch eine Zunahme von Self-Kindness und Common Humanity zudem Erleben von mehr Mindfulness führen (Neff, 2010b, Onlinequelle).

2.1.2 EIN ALTERNATIVES KONZEPT ZUM SELBSTMITGEFÜHL

Neben dem Drei-Komponenten-Modell kann auch ein evolutionäres Modell zur Beschreibung von Self-Compassion herangezogen werden. Als Grundlage dafür diente Gilbert (1989, 2000, 2005a/b) die „*Social mentality theory*.“ Die Theorie sozialer Mentalitäten beschäftigt sich damit, wie ganz verschiedene Aspekte unseres Denkens in voneinander abweichenden Mustern aktiviert werden, um unterschiedliche Arten von sozialen Beziehungen aufzubauen (Gilbert, 2007). Generell wird davon ausgegangen, dass sowohl Menschen als auch Tiere über den Austausch verschiedener Signale unterschiedliche Rollen-Beziehungen schaffen. Diese sozialen Signale aktivieren wiederum verschiedene physiologische Systeme. Dabei spielt es lediglich eine untergeordnete Rolle, ob ein Reiz external oder internal erzeugt wurde. Die Reaktion kann in beiden Fällen vergleichbar ablaufen.

Veranschaulichen lassen sich diese Zusammenhänge am Beispiel der Systeme für das Erleben positiven Affekts (PA-System). Im Hinblick auf soziale Situationen lassen sich grundlegend zwei verschiedene PA-Systeme differenzieren:

(1) So können positive Emotionen einerseits aus Aktivität und Leistung sowie der Antizipation von Erfolg und Belohnung resultieren. Dopaminerge Innervation begünstigt dabei das Erleben von Aktivierung und freudiger Erregung (Panksepp, 1998; Depue & Morrone-Stupinsky, 2005).

(2) Soziale Signale in Form von Zuneigung, Fürsorge und Wärme können andererseits positive Gefühle hervorrufen, die entspannende und beruhigende Wirkung haben. Sie gehen auf eine Aktivierung des Opiat- und Oxytocin-Systems zurück (Carter, 1998; Depue & Morrone-Stupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uväs-Morberg, 1998). Oxytocin reguliert die Freisetzung von Stresshormonen und trägt dadurch zur Reduzierung des Stressempfindens bei (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum & Ehlert, 2003).

Da es für die Aktivierung beider Systeme kaum relevant ist, ob externale oder internale Signale als Auslöser fungieren, kann folglich Selbstmitgefühl als das der eigenen Person entgegengebrachte Wohlwollen zu einer Aktivierung des Opiat-Oxytocin-Systems und dem Erleben positiver Emotionen sowie weniger Stress führen.

Welche internalen Systeme durch externale Auslöser aktiviert werden, ist abhängig von den sozialen Mentalitäten, also den verschiedenen Rollenbeziehungen (Gilbert, 1989, 2000, 2005a, 2005b). Diese wiederum entwickelten sich unter dem Einfluss der Tatsache, dass es für das Überleben und Gedeihen des Einzelnen im Lauf der Evolution von entscheidender Bedeutung war, von anderen akzeptiert und respektiert zu werden. Noch heute streben Menschen nach Zugehörigkeit und bewerten sich selbst danach, wie andere sie annehmen und beurteilen. Wer wir sind und wer wir sein wollen, steht in Zusammenhang mit den sozialen Gruppen, in denen wir agieren. Folglich gelten viele unserer Gedanken den Eindrücken und Gefühlen, die wir bei anderen hervorrufen. Wir haben ein hohes Maß an (meta-)kognitiven Fähigkeiten ausgebildet, um die Absichten und Gefühle, die Handlungen anderer begleiten, zu interpretieren und Einblick in das Selbst zu erhalten (Gilbert, 2007). Der kognitive Zugang zu den aktivierten Rollenbeziehungen ist Schlüsselvariable für die Festlegung

des Selbstbewertungsstiles in unterschiedlichen Kontexten (Baldwin, 1994; Baldwin & Holmes, 1987; Baldwin, Keelan, Fehr, Enns & Koh-Rangarajoo, 1996; Baldwin & Sinclair; 1996). Man unterscheidet grundlegend zwischen der Bewertung des Selbst in Relation zu anderen („other-to-self-script“) und der Bewertung des Selbst nach eigenen Maßstäben („self-to-self-script“). Interpersonale Schemata – also Ansichten über die eigene Person in Abhängigkeit von der Bewertung durch andere – bilden die Basis für Selbst-zu-Selbst-Beurteilungen (Baldwin, 1992). Ihnen kommt darüber hinaus Relevanz in Hinblick auf die Entwicklung des PA-Systems für soziale Signale in Form von Zuneigung und Wärme zu (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006). Durch die Liebe und Fürsorge, die einem als Kind widerfahren, wird das entsprechende PA-System aktiviert, die damit in Zusammenhang stehenden Rollenbeziehungen und externalen Auslöser im Gedächtnis gespeichert. Die sozialen Mentalitäten legen gleichfalls den Grundstein für implizite Abläufe der Reaktion und Verarbeitung internaler Auslöser (Gilbert, 1989, 2000, 2005a, 2005b). Das wird vor allem dann deutlich, wenn man den Fokus auf Personen richtet, die in der Kindheit vernachlässigt wurden oder Missbrauchserfahrungen machen mussten. Sie weisen oftmals eine Hyperaktivität des Systems für das Erleben negativen Affektes und der betreffenden Hirnareale auf, die in die Auslösung von Verteidigungsverhalten involviert sind. In direkter Folge resultieren leichter auftretende und länger anhaltende negative Emotionen sowie Verteidigungsverhalten (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995). Des Weiteren kommt es langfristig zu einer Hypoaktivität des PA-Systems für soziale Stimuli, die in Form von Wohlwollen und Herzlichkeit auftreten (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006). Wenn nunmehr die Selbst-zu-Selbst-Bewertung auf der Bewertung des Selbst in Beziehung zu anderen beruht, ist anzunehmen, dass ein Fehlen von Zuneigung und Wärme durch andere dazu führt, dass man sich selbst ebenso wenig fürsorglich begegnet. Haben wir hingegen aus den verschiedenen Rollenbeziehungen gelernt, es Wert zu sein, dass man uns mit Wärme und Freundlichkeit begegnet, können wir uns selbst gegenüber ebenfalls eine derartige Haltung entwickeln; dadurch wird das Erleben von Selbstmitgefühl möglich. Selbstmitgefühl seinerseits operiert wiederum als internaler Auslöser für die Aktivierung des PA-Systems.

Mitgefühl erwächst aus sozialen Mentalitäten und den verschiedenen Rollenbeziehungen. Um Mitgefühl aufzubringen, bedarf es einer Reihe von

Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sich evolutionär herausgebildet haben (Gilbert, 2007). Dabei handelt es sich um „... *motivationale, emotionale und kognitiv-verhaltensbezogene Kompetenzen, durch die es uns gelingt, andere zu umsorgen und deren Chancen hinsichtlich des Überlebens und Wohlergehens zu steigern*“ (frei übersetzt nach Gilbert, 2005a, S. 358). Die Motivation, sich um andere zu kümmern, also die Sorge um andere, macht Mitgefühl überhaupt erst möglich. Frühe Quelle dafür ist die Mutterliebe, die Kinder erfahren (Bowlby, 1969, 1973). Unsere Einsichtsfähigkeit ist eine weitere Voraussetzung, um Mitgefühl zu erleben. Wir sind in der Lage, Einblick in eigene Erfahrungen und die der anderen zu erlangen und dadurch ein gewisses Maß an Verständnis zu entwickeln. Hinzu kommt, dass das Wohlergehen - der eigenen sowie anderer Personen – für uns oder unsere Ziele von grundlegender Bedeutung sein kann und auf diese Weise unser Mitgefühl ausgelöst wird. Fühlen wir uns umsorgt und geliebt, sind verschiedene Hirnsysteme entsprechend aktiv. Wir tendieren dann dazu, uns in Sicherheit zu wiegen. Derartige soziale Bedingungen fördern ihrerseits Empathie und Mitgefühl.

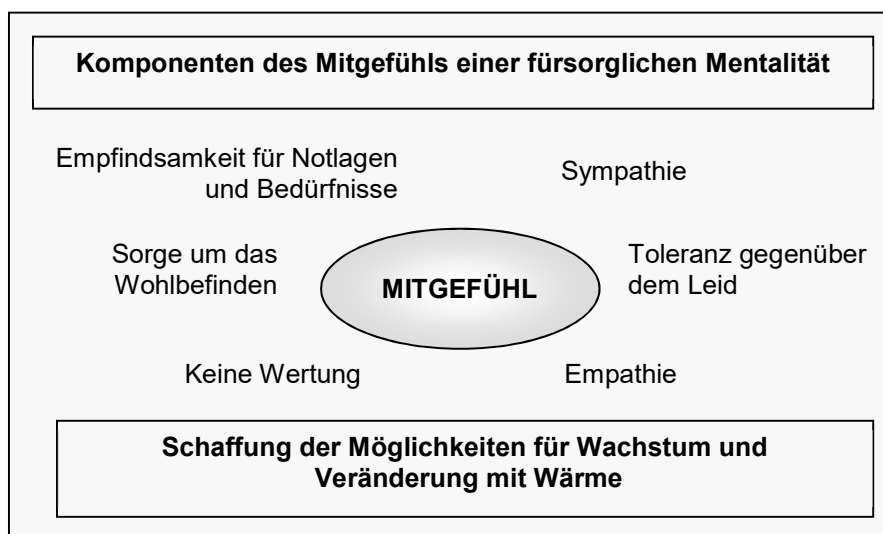


Abbildung 2: Compassion Circle (Übersetzung nach Gilbert, 2007, S. 26)

Gilbert (Gilbert, 2007; Gilbert & Procter, 2006) zufolge setzt sich Mitgefühl aus verschiedenen Kernkomponenten zusammen, die auf den genannten Fähigkeiten aufbauen. Sie lassen sich ideal in einem Kreismodell, dem „Compassion Circle“ (vgl. Abbildung 2, S. 19), beschreiben. Zunächst bietet sich eine globale Unterscheidung zwischen Komponenten des Mitgefühls an, die aus einer fürsorglichen Mentalität resultieren, und Komponenten, die durch Zuneigung und Wärme Raum für

Veränderung schaffen. Beiden Kernkomponenten lassen sich verschiedene „Unterkomponenten“ zuordnen, wobei es durchaus zu Überschneidungen kommt. Eindeutig der fürsorglichen Mentalität zuzuschreiben ist die *Empfindsamkeit für Notlagen und Bedürfnisse* („distress sensitivity/recognition“). Hierzu gehört die Fähigkeit, die Komplexität von Notlagen zu erkennen, entsprechende emotionale Hinweise zu entschlüsseln und das erlebte Leid wahrzunehmen. Ebenso gilt es, sich aus der Situation ergebende Bedürfnisse anderer zu erkennen. Auch *Sympathie* („sympathy“) gehört zweifelsfrei zu Komponenten des Mitgefühls, die auf eine fürsorgliche Mentalität zurückgehen. Im Vordergrund steht die Fähigkeit, von Freude und Leid anderer emotional berührt zu werden und Sympathie für sie zu entwickeln, statt sich von ihnen abzugrenzen. Weniger präzise gelingt die Zuordnung der *Sorge um das Wohlbefinden* („desire to care for the well-being“), die sicherlich durch eine fürsorgliche Mentalität begünstigt wird, aber gleichfalls durch Wärme und Zuneigung Möglichkeiten für Wachstum und Veränderungen schafft. Die Sorge um das Wohlbefinden beruht auf der Motivation, sich dem Leid anderer anzunehmen und dem Wunsch, deren Wohlbefinden zu steigern. Beiden Kernkomponenten zugehörig ist auch die *Toleranz gegenüber dem Leid* („distress tolerance“). Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, sich mit dem Leid anderer auseinanderzusetzen, es zuzulassen und darüber nachzudenken, ohne jedoch darin zu versinken. Raum für Wachstum und Veränderungen schafft zudem *Empathie* („empathy“). Diese Form der emotionalen Resonanz auf die Situation anderer zeichnet sich dadurch aus, dass man versucht, sich selbst in eine bestimmte Lage zu versetzen, entsprechend zu denken und zu fühlen, ohne dabei die Absichten und Gefühle des anderen aus den Augen zu verlieren. Echte Empathie führt zu der Erkenntnis, welches Vorgehen sich in der jeweiligen Situation als hilfreich erweisen könnte, um widerfahrenes Leid zu lindern. Die untergeordnete Komponente *Keine Wertung* („non-judgement“) begünstigt ebenfalls Wachstum und Veränderung durch Zuneigung und Wärme. Sie umfasst die urteilsfreie Auseinandersetzung mit der Vielfalt menschlicher Emotionen und dem Leben selbst unter Berücksichtigung der Annahme, dass unser Fühlen und Handeln nicht „unsere Schuld“, sondern vielmehr evolutionär bedingt ist (Gilbert, 2007).

Wer Mitgefühl kennt, kann auch Selbstmitgefühl aufbringen. Selbstmitgefühl entsteht aus der Anwendung der verschiedenen Komponenten für die Selbstbewertung. Dazu gehört die grundlegende Sorge um das eigene Wohlbefinden und die Fähigkeit,

empfindsam, sympathisch und tolerant gegenüber eigenem Leid zu sein. Setzt man sich nicht wertend mit der jeweiligen Situation auseinander und bringt sich selbst Empathie und Wärme entgegen, wird man Selbstmitgefühl erleben können (Gilbert & Procter, 2006).

2.1.3 GEGENÜBERSTELLUNG BEIDER KONZEPTIONEN

Betrachtet man beide Konzepte zum Selbstmitgefühl gemeinsam - sowohl die Darstellung von Neff (2003a, 2003b) als auch die Sichtweise von Gilbert (2007), wird deutlich, dass sie sich keineswegs gegenseitig ausschließen, sondern vielmehr ergänzen. Neff (2003a, 2003b, 2009a) betont wiederholt, dass Schwächen, Verfehlungen und Misserfolge unvermeidlicher Teil des Menschseins sind. Eine vergleichbare Auffassung vertritt Gilbert (2007, S. 23) mit der Aussage, das menschliche Erleben und Verhalten sei nicht „unsere Schuld“, sondern menschheitsgeschichtlich bedingt. Beide Annahmen legen einen evolutionären Einfluss nahe. Menschen agieren nicht immer richtig, aber gerade diese Tatsache macht das Menschsein aus. Im Vergleich zur Konzeption von Neff (2003a, 2003b) setzt sich Gilbert (2007) stärker mit Fähigkeiten und Fertigkeiten auseinander, die Voraussetzungen für das Aufbringen von Mitgefühl sind. Zwar werden solche Kompetenzen bei Neff nicht thematisiert, ihre Ausführungen zu den Komponenten von Self-Compassion lassen dennoch keinen Zweifel daran, dass diese grundlegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten auch von ihrer Seite vorausgesetzt werden. Offensichtliche Parallelen zwischen beiden Konzepten finden sich hinsichtlich der Komponenten von Self-Compassion (Neff, 2003a, 2003b) bzw. der Kernkomponenten des Mitgefühls (Gilbert, 2007). Während Neff (2003a, 2003b) sich spezifisch mit Self-Compassion auseinander setzt und von einem bipolaren Konstrukt mit drei Komponenten ausgeht, favorisiert Gilbert (2007) in seiner ganz allgemeinen Darstellung des Mitgefühls ein Kreismodell - den „Compassion Circle“ - mit insgesamt sechs Kernkomponenten. Die Komponenten des einen Modells lassen sich dabei recht unproblematisch in die Komponenten des anderen Modells überführen bzw. in die Konzeption einbinden. So benennt Gilbert (Gilbert, 2007; Gilbert & Procter, 2006) mit „distress tolerance“ die Fähigkeit, über eine leidvolle Situation nachzudenken und den damit verbundenen Schmerz anzunehmen, ohne daran zu zerbrechen. Neff (2009a) spricht hingegen von Mindfulness und meint damit das Einnehmen einer

Metaperspektive in Bezug auf die Konfrontation mit den eigenen Emotionen und Gedanken. Beide Autoren betonen die Wichtigkeit von Objektivität und einer gewissen Distanz, um nicht in den Gefühlen zu versinken. Bei Neff stellt diese Gefahr (Over-Identification) einen Gegenpol zu Mindfulness dar. Non-judgement (Gilbert, 2007) ist eine Komponente, die ihr Pendant gleich zweimal in der Konzeption von Neff (2003a, 2003b) findet. Die urteilsfreie Akzeptanz von Fehlverhalten bzw. das Fehlen dieser kommt bei Neff dem Gegengewicht von Self-Kindness (Self-Judgement) zu. Die Annahme, unsere Reaktionen seien evolutionär bedingt und Fehlverhalten somit unvermeidbar, lässt sich dagegen „Common Humanity“ zuordnen. Für Neffs Komponente Self-Kindness - das Bestreben, fürsorglich und verständnisvoll mit sich selbst umzugehen (Neff, 2009a), findet sich in der Konzeption von Gilbert (2007) eine Entsprechung in der Komponente „empathy“. Diese zielt ebenfalls darauf ab, Verständnis für menschliche Schwächen aufzubringen. Vor dem Hintergrund, dass Fürsorge und Verständnis entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden haben, weist Self-Kindness darüber hinaus eine implizite Verbindung zur Komponente „desire to care for the well-being“ (Gilbert 2007) auf. „Sympathy“ und „distress sensitivity/recognition“ (Gilbert, 2007, Gilbert & Procter, 2006) können hinsichtlich dem Modell von Neff (2003a, 2003b) als Grundlage für das Erleben von Self-Compassion betrachtet werden. Erkennt man Leid und wird davon emotional berührt, gelangt man in eine Situation, in der das Auftreten von Selbstmitgefühl wahrscheinlich ist.

2.2 KORRELATE VON SELBSTMITGEFÜHL

Selbstmitgefühl kann in zahlreichen, ganz unterschiedlichen Situationen von Bedeutung sein. Dementsprechend vielfältige Zusammenhänge lassen sich zwischen Selbstmitgefühl und anderen Variablen vermuten. Im Folgenden soll der Fokus auf einzelne Lebensbereiche und relevante Aspekte gerichtet werden.

2.2.1 SELF-COMPASSION UND WOHLBEFINDEN

Generell kann davon ausgegangen werden, dass sich Self-Compassion förderlich auf gesundheitsbewusstes Verhalten (Neff, 2003a), das Erleben positiver Gefühlszustände (Neff, 2009a) sowie das kognitive und emotionale Wohlbefinden

(Marshall & Brockman, 2016; Zessin, Dickhauser & Garbade, 2015) auswirkt. Dabei kommt den Komponenten von Self-Compassion unterschiedliche Gewichtung zu.

So gilt „Common Humanity“ als Komponente, die dazu beiträgt, soziale Vergleiche als weniger bedrohlich und eher tröstlich wahrzunehmen, während „Mindfulness“ die Tendenz, in Gedanken und fortwährendem Grübeln zu versinken, vermindert. „Self-Kindness“ schützt dagegen vor Selbstkritik (Karanika, & Hogg, 2015). Selbstkritik hat ihrerseits jedoch entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden. Sie wird innerhalb der Konzeption von Self-Compassion nach Neff (2003a, 2003b) der Komponente „Self-Judgement“ zugeordnet. Mit zunehmender Selbstkritik steigen Depressivität und Angst (Blatt, 1995), psychisches Belastungserleben und krankhafter Perfektionismus (James, Verplanken & Rimes, 2015). Stark selbstkritisches Denken und Verhalten begünstigen das Auftreten psychischer Störungen (Warren, Smeets & Neff, 2016), was nicht verwundert, stehen sie in Zusammenhang mit Gefühlen der Unwürdigkeit, Minderwertigkeitserleben, Misserfolg und Schuldempfinden (Blatt & Zuroff, 1992). Verringert sich hingegen das Ausmaß an Selbstkritik, führt dies zu einer Steigerung von „Self-Kindness“ und damit auch zu einem Anstieg von Self-Compassion (Neff, 2004). Self-Compassion ist aber auch dann noch ein zuverlässiger Prädiktor für Angst und Depressivität, wenn der Einfluss von Selbstkritik kontrolliert wird (Neff, 2003a). Je mehr Selbstmitgefühl vorhanden ist, desto geringer fallen Depressivität, die Neigung zu Grübeln oder Gedanken zu unterdrücken sowie das Ausmaß an Angst aus (Neff, 2004; Neff, Hseih & Dejithirat, 2005; Neff & McGeehee, 2010, Krieger, Berger & grosse Holtforth, 2016). Umso geringer ist ebenso die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychopathologischer Symptome (MacBeth & Gumley, 2012). Auch in Hinblick auf das Erleben von posttraumatischen Stresssymptomen nach einer traumatischen Erfahrung ist Self-Compassion ein relevanter Prädiktor. Personen mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl zeigen weniger Vermeidungsverhalten infolge eines traumatischen Ereignisses, unterscheiden sich aber hinsichtlich anderer Symptome (Wiedererleben der Situation, Übererregtheit) nicht von Personen mit geringem Selbstmitgefühl (Thompson & Waltz, 2008). Mit Zunahme von Self-Compassion steigt also die Bereitschaft, sich mit schmerzhaften Gedanken und Emotionen auseinanderzusetzen, statt diese zu vermeiden (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Gleichfalls lässt sich zudem ein Zusammenhang zwischen dem

Auftreten posttraumatischer Stresssymptome und Selbstkritik vermuten (Thompson & Waltz, 2008).

Neben dem Ausbleiben psychopathologischer Faktoren trägt Self-Compassion zur Schaffung von Potentialen bei. Es begünstigt gesundheitsförderliches Verhalten (Sirois, Kitner & Hirsch, 2014), schafft Resilienz gegenüber seelischen Erkrankungen (Trompeter, de Kleine & Bohlmeijer, 2016) und geht mit psychischer Flexibilität einher (Marshall & Brockman, 2016). Je stärker Self-Compassion, desto geringer fallen die Grübelneigung sowie die Tendenz zu katastrophisieren aus und umso weniger kognitive und verhaltensbezogene Vermeidung werden gezeigt (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & grosse Holtforth, 2013; Purdie & Morley, 2015). Auch Lebensfreude und Optimismus nehmen mit einem Anstieg von Self-Compassion zu (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Ebenso werden selbstmitfühlenderen Menschen mehr Lebenszufriedenheit, Weisheit und persönliche Initiative zugesprochen (Barnard & Curry, 2011; Zessin, Dickhauser & Garbade, 2015). Selbstmitgefühl führt zu persönlicher Initiative hinsichtlich Wachstum und individueller Entwicklung sowie zu einem Anstieg des Neugier- und Explorationsverhaltens (Neff et al., 2007). Selbstmitfühlende Menschen sind eher bereit, notwendige Veränderungen im eigenen Leben zu vollziehen. Dies wird umso deutlicher vor dem Hintergrund, dass mit Zunahme von Self-Compassion die Angst vor Fehlern nachlässt und Irrtümer oder Misserfolge als zum Leben dazugehörend angenommen werden. Überdies erfahren selbstmitfühlende Menschen signifikant mehr positiven und weniger negativen Affekt (Krieger, Hermann, Zimmermann & grosse Holtforth, 2015; Neff et al., 2007).

2.2.2 SELF-COMPASSION IM ZWISCHENMENSCHLICHEN BEREICH

Self-Compassion hat neben den genannten Auswirkungen auf das Wohlbefinden auch Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen. So besteht ein bedeutender Zusammenhang zwischen Self-Compassion und dem Gefühl sozialer Verbundenheit (Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neff & McGeehee, 2010). Selbstmitfühlende Menschen nutzen im Sprachgebrauch häufiger die erste Person Plural (bspw. „wir“, „uns“, „euer“) oder Wörter mit sozialem Bezug (bspw. „teilen“, „Freund“, „Gruppe“) (Neff, 2004). Diese stehen in Verbindung mit einem stärkeren Gefühl sozialer Eingebundenheit, der Zusammengehörigkeit mit anderen (Pennebaker

& Graybeal, 2001; Stone & Pennebaker, 2002) und mit erfüllten sozialen Beziehungen (Sillars, Wesley, McIntosh & Pomegranate, 1997). Selbstmitfühlendere Individuen tendieren dazu, eher anteilnehmend, verständnisvoll im zwischenmenschlichen Bereich zu agieren, Freunde sozial zu unterstützen und ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen (Crocker & Canevello, 2008). Ferner gelten sie als kompromissbereiter, stellen untergeordnete Bedürfnisse eher zurück und werden authentischer wahrgenommen (Yarnell & Neff, 2013). Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass ihnen bessere Fähigkeiten innerhalb interpersonaler Beziehungen zugesprochen werden (Umphrey & Sherblom, 2014).

Auch in heterosexuellen Paarbeziehungen spielt Self-Compassion nachweislich eine Rolle. Konkret besteht ein Zusammenhang zwischen Self-Compassion und einer stärkeren Beziehungszufriedenheit sowie dem Gefühl von mehr Sicherheit innerhalb des Zusammenlebens (Neff, 2008; Neff & Beretvas, 2013). Selbstmitfühlende Menschen werden von ihren Partnern deutlich positiver beschrieben. Man spricht ihnen mehr emotionale Verbundenheit, Akzeptanz und Unterstützung der Autonomie des Partners zu. Zudem werden sie weniger abgrenzend, kontrollierend und aggressiv wahrgenommen (Neff, 2003a). Mit zunehmendem Selbstmitgefühl steigt erkennbar die Bereitschaft, Beziehungskonflikte konstruktiv zu lösen, ohne dabei an persönlicher Authentizität zu verlieren (Yarnell & Neff, 2013). Das scheint nachvollziehbar, setzen selbstmitfühlende Menschen eigene Werte und Wünsche doch stets auch in Relation zu denen des Partners (Yarnell & Neff, 2013). Die Wahrscheinlichkeit, die Perspektive des anderen zu übernehmen und ihm zu verzeihen, nimmt zu (Neff, 2003a). Bei Auseinandersetzung mit den Misserfolgen des Partners erhöht sich gleichfalls das Gefühl der persönlichen Betroffenheit (Neff, 2008).

Self-Compassion wirkt sich daneben auf individuelle Ziele im Umgang mit anderen aus und gewinnt dadurch an Bedeutung für das Auftreten sozialer Unterstützung im zwischenmenschlichen Bereich (Crocker & Canevello, 2008). Personen, die andere unterstützen, um auf diese Weise einen Beitrag zu deren Wohlbefinden zu leisten, verfolgen so genannte „Compassionate Goals“ (mitfühlende Ziele). Sie fühlen sich häufig stärker mit anderen verbunden und sind ernsthaft um deren Wohlergehen besorgt. Gleichwohl weisen sie sich selbst gegenüber mehr Mitgefühl auf. Werden hingegen die eigenen Bedürfnisse fokussiert, spricht man von „Self-Image Goals“ (Selbstbild-Ziele). Die Unterstützung anderer dient ausschließlich dazu, sich

deren Unterstützung und Förderung im Austausch zu sichern, um so erfolgreich ein eigenes Selbstbild generieren und aufrechterhalten zu können (Crocker & Canevello, 2008).

Darüber hinaus wird Self-Compassion selbst von zwischenmenschlichen Beziehungen beeinflusst. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere dem häuslichen Umfeld Bedeutung für die Entwicklung von Selbstmitgefühl zukommt. Im Sinne des Modelllernens können Eltern durch „Vorleben“ von Selbstmitgefühl dazu beitragen, dass Kinder dieses Verhalten übernehmen und sich selbst gegenüber eine mitfühlende Grundhaltung aufbauen. Gleichwohl resultiert die Fähigkeit, sich selbst gegenüber Empathie aufbringen zu können, aus dem Prozess der Internalisierung emphatischer Reaktionen der Umwelt im Verlauf der Kindheit (Schafer, 1964, 1968). Das Erkennen internaler Gefühlszustände und die Zuwendung zu ihnen sind folglich abhängig vom Mitgefühl, das einem im Kindesalter entgegengebracht wurde (Stolorow, Brandchaft & Atwoos, 1987). Personen, die in sicheren, geschützten Umgebungen aufwachsen und die Liebe und Unterstützung ihrer Angehörigen erfahren, sollten demnach leichter Self-Compassion entwickeln (Gilbert & Procter, 2006). Ein Aufwachsen in belastenden Familienverhältnissen, in denen Kritik und Aggressivität zum Alltag gehören, gilt dagegen als hinderlich für die Entwicklung von Self-Compassion (Neff, 2003a). Studien stützen diese Annahmen. Elterliche Kritik und belastende Familienverhältnisse stehen in negativem Zusammenhang mit Self-Compassion bei Jugendlichen. Haben Teenager Akzeptanz und Wertschätzung im Elternhaus erfahren, weisen sie mehr Selbstmitgefühl auf (Neff & McGeehee, 2010).

2.2.3 SELF-COMPASSION UND INDIVIDUELLE MERKMALE

Was macht eine selbstmitfühlende Person aus? Gibt es die charakteristische selbstmitfühlende Persönlichkeit? Tatsächlich besteht ein Zusammenhang zwischen vier der fünf großen Persönlichkeitsfaktoren – den „Big Five“ – und Self-Compassion (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Die stärkste Korrelation findet sich für Neurotizismus. Das ist wenig überraschend, wenn man bedenkt, dass Gefühle der Isolation, Selbstkritik, Grübelneigung und fehlende Selbstwärme für Neurotizismus kennzeichnend sind, aber im klaren Gegensatz zu Self-Compassion stehen. Ein signifikant positiver Zusammenhang existiert zwischen Verträglichkeit und Self-

Compassion. Vor dem Hintergrund, dass Selbstmitgefühl soziale Verbundenheit fördert (Neff, 2003a), lässt sich vermuten, dass positive Gefühle sich selbst gegenüber ebenso auf andere übertragen werden. Selbstmitfühlende Personen sind zudem extrovertierter und gewissenhafter. Kein Zusammenhang besteht hingegen zwischen der Offenheit für neue Erfahrungen und Self-Compassion. Aufgrund der Verbindung zu den Persönlichkeitsfaktoren, erlaubt Self-Compassion die Vorhersage individueller psychischer Stärken. Doch Self-Compassion ist auch dann ein Prädiktor für das Wohlbefinden und angemessene Ablaufen psychischer Prozesse, wenn die Persönlichkeitsfaktoren kontrolliert werden (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Neben den „Big Five“ stehen darüber hinaus weitere Persönlichkeitseigenschaften in Zusammenhang mit dem Selbstmitgefühl. So finden sich signifikant negative Korrelationen zwischen Self-Compassion und Perfektionismus (Neff, 2003a) sowie zwischen Self-Compassion und Egozentrik (Neff & McGeehee, 2010).

Ferner lassen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Ausprägung von Selbstmitgefühl vermuten. Dabei stellt sich die Frage, ob Frauen, da sie im Vergleich zu Männern als empathischer gelten (Eisenberg & Lennon, 1983; Zahn-Waxler, Cole & Barrett, 1991), mehr Selbstmitgefühl erleben oder wegen ihrer Neigung zu Selbstkritik und Grübeleien (Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999) deutlich weniger selbstmitfühlend sind.

Einen weiteren Ansatzpunkt bieten Altersgruppenunterschiede. Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass Self-Compassion in der Adoleszenz am geringsten ausgeprägt ist. Als Hauptaufgabe in diesem Lebensabschnitt gilt die Entwicklung einer eigenen Identität (Erikson, 1968; Grotevant & Cooper, 1985) basierend auf dem kontinuierlichen Prozess der Selbstbewertung und sozialen Vergleichen (Brown & Lohr, 1987; Harter, 1990). Diese fallen im Jugendalter jedoch häufig ungünstig aus (Harter, 1993; Simmons, Rosenberg & Rosenberg, 1973; Steinberg, 1999). Der Gedanke, einzigartig zu sein, so dass andere die eigene Person nicht verstehen können (Lapsley, FitzGerald, Rice & Jackson, 1989), verstärkt Gefühle der Isolation und eine Überidentifizierung mit den eigenen Emotionen. Hinzu kommt ein hohes Maß an Selbstkritik (Neff, 2003a). Obwohl diese Aspekte eher auf eine geringe Ausprägung von Selbstmitgefühl schließen lassen, zeigte sich, dass Jugendliche Self-Compassion in gleichem Ausmaß aufweisen wie junge Erwachsene (Neff & McGeehee, 2010). Möglicherweise kommt der Unterstützung durch die Familie entsprechende Bedeutung

in diesem Zusammenhang zu. Während in der Adoleszenz die Eltern bedeutsamen Einfluss auf den Heranwachsenden haben, ist man im Erwachsenenalter aufgrund räumlicher Trennung häufig auf sich selbst gestellt. Wenn auch ein Unterschied zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Hinblick auf das Ausmaß an Selbstmitgefühl lediglich marginaler Natur ist, kommt dem Alter dennoch Bedeutung zu. Mit steigender Zahl an Lebensjahren weisen Erwachsene eine höhere Ausprägung an Self-Compassion auf (Homann, 2016).

2.2.4 DER EINFLUSS VON SELF-COMPASSION AUF LEISTUNGSSITUATIONEN

Selbstmitfühlende Menschen betrachten Misserfolge und Verfehlungen mit genügend mentalem Abstand. Sie ignorieren Fehler nicht und können dadurch aus ihnen lernen und sich weiterentwickeln (Neff, 2009a). Zudem erholen sich selbstmitfühlende Menschen emotional schneller von ihrem Fehlverhalten und kehren eher zur Umsetzung ihrer Ziele zurück (Adams & Leary, 2007).

Self-Compassion weist auch einen Zusammenhang zum Aufschiebeverhalten auf (Williams, Stark & Foster, 2008). Als Aufschiebeverhalten werden Last-Minute-Strategien zum Erreichen eines akademischen Ziels bezeichnet. Sie umfassen beispielsweise das Anfertigen einer Studienarbeit erst kurz vor Abgabeschluss oder das Lernen für eine Prüfung knapp vor dem Termin (Schraw, Wadkins & Olafson, 2007; Senècal, Koestner & Vallerand, 1995). Aufschiebeverhalten kann ganz unterschiedliche Gründe haben. Meist kommen Versagensängsten, einer geringen Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit wesentliche Bedeutung zu (Schraw et al., 2007; Senècal et al., 1995). In diesem Sinne handelt es sich um eine Coping-Strategie im Umgang mit akademischem Stress (Williams et al., 2008). Allerdings erweist sich Aufschiebeverhalten oftmals als kontraproduktiv und beeinflusst die Leistungen negativ (Harackiewicz, Barron, Tauer, Carter & Elliot, 2002). Personen mit einem hohen Maß an Self-Compassion berichten weniger akademisch bezogene Sorgen und Ängste im Vergleich zu anderen und zeigen weniger Aufschiebeverhalten (Williams et al., 2008). Vielmehr verfolgen sie Ziele konsequent (Hope, Koestner & Milyavskaya, 2014).

Self-Compassion kann sich gleichfalls auch auf die Zielsetzung in Leistungssituationen auswirken. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen Lernzielorientierung („mastery

based goals“) und Leistungszielorientierung („performance based goals“) (Ames & Archer, 1988; Dweck, 1986; Nicholls, 1984). Erwächst aus Neugier das Bestreben, neue Fertigkeiten zu entwickeln, Aufgaben zu meistern und Zusammenhänge zu verstehen bzw. Wissen zu vertiefen, spricht man von Lernzielorientierung (Neff, Hseih & Dejitthirat, 2005). Sie ist verbunden mit dem Setzen eigener Leistungsstandards und individuellen Annahmen über die erforderlichen Anstrengungen, um erfolgreich zu sein und Versagen zu vermeiden. Fehler werden als Teil des Lernprozesses betrachtet. Aufgrund der intrinsisch motivierten, hohen Leistungsbereitschaft und entsprechendem Durchhaltevermögen bei der Bearbeitung von Aufgaben steht die Lernzielorientierung in Einklang mit den akademischen Leistungen (Ames, 1992; Dweck & Leggett, 1988; Harackiewicz, Barron & Elliot, 1998; Pintrich & Schunk, 1996; Ryan & Pintrich, 1998). Dient das Erreichen akademischer Ziele hingegen vordergründig der Aufrechterhaltung oder Steigerung des eigenen Selbstwertes, ist von einer Leistungszielorientierung auszugehen (Neff, Hseih & Dejitthirat, 2005). In Hinblick auf Erfolg und Misserfolg resultieren Wahrscheinlichkeitsannahmen aus der Beurteilung eigener Möglichkeiten im Vergleich mit anderen. Konkret lässt sich zwischen der Annäherung an Leistungsziele und der Vermeidung von Leistungszielen differenzieren. Wird die eigene Kompetenz hoch eingeschätzt und damit auch die Wahrscheinlichkeit, Erfolg zu haben, kommt es zur Annäherung an Leistungsziele, um das eigene Können gegenüber anderen zu beweisen (Elliot & Church, 1997; Middleton & Midgley, 1997). Die Vermeidung von Leistungszielen beruht auf einer als gering wahrgenommenen Kompetenz und der Befürchtung zu versagen. Leistungssituationen werden vermieden, um das Risiko der Bloßstellung vor anderen zu umgehen (Elliot & Church, 1997, Middleton & Midgley, 1997). Die Schätzung der eigenen Kompetenz fällt umso höher aus, je mehr Self-Compassion eine Person aufweist (Neff, Hseih & Dejitthirat, 2005). Mit zunehmendem Selbstmitgefühl nimmt zudem die Angst vor Fehlern ab, die intrinsische Motivation andererseits zu. Während zwischen Self-Compassion und Lernzielen eine signifikant positive Korrelation besteht, findet sich zwischen Self-Compassion und der Annahme von Leistungszielen ein signifikant negativer Zusammenhang (Neff, Hseih & Dejitthirat, 2005).

Auch im Umgang mit akademischen Misserfolgen wirkt sich Self-Compassion positiv aus. So sind Personen mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl nach Misserfolgen vor allem darum bemüht, die Situation neu zu interpretieren und Fehler, die gemacht

wurden, als Quelle der Weiterentwicklung und des individuellen Wachstums zu betrachten. Das Selbstmitgefühl wirkt sich tatsächlich motivational aus. Es fördert die Einsicht in persönliche Schwächen sowie das individuelle Bedürfnis, sich selbst zu verbessern und trägt dazu bei, dass auch soziale Aufwärtsvergleiche herangezogen werden (Breines & Chen, 2012). Ebenso steht die Akzeptanz der Ereignisse im Vordergrund. Selbstmitgefühl lässt sich folglich im Leistungskontext als eine Art „Puffer“ interpretieren, der dazu beiträgt, dass dem Nichterreichen von Zielen mit psychischer Stärke begegnet werden kann (Hope, Koestner & Milyavskaya, 2014). Vermeidungsorientierte Coping-Strategien im Umgang mit akademischen Fehlschlägen, wie z. B. die Verleugnung des Geschehenen, der mentale Rückzug oder fehlendes Engagement, korrelieren signifikant negativ mit Self-Compassion (Neff, Hseih & Dejitthirat, 2005).

2.2.5 KULTURELLE UNTERSCHIEDE

In westlichen, individualistisch ausgerichteten Kulturen werden Autonomie, die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse und individuelle Einzigartigkeit betont (Markus & Kitayama, 1991). Östliche Kulturen sind hingegen stärker kollektivistisch geprägt und fördern vor allem zwischenmenschliche Verbundenheit, die Sorge um andere und soziale Konformität. Folglich weisen Menschen aus westlichen Kulturen ein eher unabhängiges Selbstkonzept auf. Sie orientieren sich weniger an anderen und stärker an eigenen Wünschen (Kitayama & Markus, 2000; Kitayama, Markus, Matsumoto & Norasakkunkit, 1997). Vertreter östlicher Kulturkreise besitzen im Vergleich dazu ein stärker abhängiges Selbstkonzept. Sie sind selbstkritischer und orientieren sich in Hinblick auf das Idealselbst an anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Self-Compassion sollte demzufolge geringer in Kulturen ausgeprägt sein, die sich durch ein abhängiges Selbstkonzept auszeichnen.

Eine erste Untersuchung zu kulturellen Unterschieden in der Ausprägung von Selbstmitgefühl wurde von Neff, Pisitsungkagarn und Hseih (2008) durchgeführt. Im Mittelpunkt der Erhebung standen dabei drei verschiedene Kulturen: (1) Thailand – als ein Zentrum der buddhistischen Weltanschauung, (2) Taiwan – ein Land, das stark von der Philosophie des Konfuzius beeinflusst ist und (3) die Vereinigten Staaten, als repräsentatives Exempel des westlichen Lebensstils. Während in Thailand Versagen,

Fehler und Misserfolge als zum Leben dazugehörend und als Quelle der persönlichen Weiterentwicklung betrachtet werden (Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008), gilt in Taiwan das Erleben von Scham als Kriterium der Selbstentwicklung (DeVos, 1998), Bewertungen und Kritik charakterisieren den taiwanesischen Erziehungsstil (Fung & Chen, 2001). Die USA lassen sich in Bezug auf Selbstkritik und Selbstmitgefühl im Mittelfeld der drei ausgewählten Nationen einordnen. Einerseits gelten US-Amerikaner als wenig selbstkritisch (Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1991). Andererseits spielt auch das Selbstmitgefühl bei ihnen eine untergeordnete Rolle (Sommers & Satel, 2005).

Tatsächlich unterscheiden sich die Einwohner der drei Länder hinsichtlich des Ausmaßes an Selbstmitgefühl signifikant voneinander. Thailänder erleben deutlich mehr Selbstmitgefühl als US-Amerikaner, die wiederum mehr Self-Compassion berichten im Vergleich zu Taiwanesen (Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008). Es zeigte sich jedoch auch, dass in Taiwan bedeutend weniger Unabhängigkeit erlebt wird, Thailänder und US-Amerikaner unterscheiden sich diesbezüglich nicht voneinander. Signifikant weniger Abhängigkeit wird dagegen von US-Amerikanern berichtet. Thailänder und Taiwanesen gleichen sich in diesem Punkt. Die Unterschiede im Erleben von Self-Compassion blieben allerdings auch dann erhalten, wenn Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit des Selbstkonzeptes kontrolliert wurden. Unterstützt ein gesellschaftliches System die Werte von Self-Compassion, wie es bspw. in Thailand geschieht, kann eine stärkere Abhängigkeit vom System folglich durchaus einen Anstieg des Selbstmitgefühls bedingen. Ebenso kann eine Gesellschaft, die selbstmitfühlende Werte nicht fördert, eine geringere Ausprägung des Selbstmitgefühls bewirken (Neff et al., 2008).

2.3 KANN MAN SELBSTMITGEFÜHL LERNEN?

„By giving compassion to oneself, however, one provides the emotional safety needed to see the self clearly without fear of self-condemnation, allowing the individual to more accurately perceive and rectify maladaptive patterns of thought, feeling and behavior” (Brown, 1999; zitiert nach Neff, 2003, S. 87). In diesem Sinne scheint es nachvollziehbar, Selbstmitgefühl gezielt beeinflussen und steigern zu wollen, vor allem

in Situationen, in denen emotionale Sicherheit und psychische Stabilität an Bedeutung gewinnen.

2.3.1 SELBSTMITGEFÜHL IM THERAPEUTISCHEN KONTEXT

Insbesondere im therapeutischen Kontext wird Self-Compassion positiv bewertet und in Hinblick auf die Behandlung psychischer Störungen und Probleme ganz bewusst gefördert. Self-Compassion trägt stark zum Wohlbefinden bei und hilft Individuen, sich geborgen, sicher und mit anderen verbunden zu fühlen (Gilbert, 2005). Ein Anstieg des Selbstmitgefühls in Folge therapeutischer Intervention steht in Zusammenhang mit einer Abnahme von Selbstkritik, Depressivität, Grübelneigung und Angst (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Auch selbstverletzendes Verhalten, Insuffizienzgefühle, Unterwerfungsverhalten und Schamerleben lassen sich durch ein Self-Compassion Training signifikant reduzieren (Gilbert & Procter, 2006). Zusätzlich kommt es zu Veränderungen in kognitiven Prozessen. Diese sind durch mehr Akzeptanz, Dezentrierung und „Mindfulness“ in Bezug auf das eigene Erleben und Verhalten gekennzeichnet (Orzech, Sharpio, Brown & McKay, 2009). Die Fähigkeit, auf sich selbst beruhigend einzuwirken und der eigenen Person Gefühle der Wärme und Bestätigung entgegenzubringen, wird verstärkt (Gilbert & Procter, 2006).

Es konnte ferner gezeigt werden, dass bei Angestellten in Gesundheits- und Heilberufen nach systematischer Steigerung des Selbstmitgefühls psychische Beschwerden, Stresserleben und das Risiko eines Burn Outs abnehmen, die Lebenszufriedenheit andererseits steigt (Sharpio, Astin, Bishop & Cordova, 2005).

2.3.2 TRAINING VON SELF-COMPASSION

Es existieren verschiedene Methoden, die dazu beitragen, das Selbstmitgefühl zu erhöhen. Dabei kommt es nicht allein darauf an, ein grundlegendes Verständnis von Selbstmitgefühl zu vermitteln. Vielmehr stehen die Internalisierung des Konstruktes und eine Veränderung des eigenen Denkens und Handelns im Vordergrund. Denn auch wenn der Sinn einer Intervention eindeutig erscheint, können Diskrepanzen zwischen Denken und Erleben resultieren (Gilbert, 2007; Lee, 2005: „*head-heart lag*“; Gilbert, 1989: „*cognition-emotion mismatch*“).

Im Folgenden werden die gebräuchlichsten Verfahren zur Steigerung von Self-Compassion exemplarisch vorgestellt und kurz erläutert:

Mindfulness-Based Stress Reduction⁶ (MBSR) ist ein gut etabliertes und ausführlich beschriebenes Programm zur Stressreduktion, entwickelt von Kabat-Zinn und Kollegen an der Universität von Massachusetts (1982). Es ist ausschließlich auf die Self-Compassion Komponente Mindfulness ausgerichtet und zielt darauf ab, die Aufmerksamkeit für Gedanken, Gefühle und maladaptive Verhaltensweisen zu erhöhen, um dadurch einen gesünderen Umgang mit Stress zu fördern (Sharpio, Astin, Bishop & Cordova, 2005). Angestrebt wird die urteilsfreie Beobachtung aller Reize, denen aktuell Aufmerksamkeit zuteilwird. Im Rahmen des Trainings geht es darum zu lernen, das Denken und Fühlen neu zu bewerten. Selbstbezogene Gedanken und Emotionen, die sich nachteilig auf das Wohlbefinden auswirken, gilt es hingegen zu verwerfen. „*The essence of mindfulness involves awereness and acceptance of whatever is occuring in the present moment*“ (Sharpio et al., 2005, S. 166). Um das zu erreichen, werden im Training vier verschiedene Übungen vertieft (Sharpio et al., 2005):

- (a) *Sitzende Meditation*: Die Aufmerksamkeit wird auf Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle ausgerichtet, wobei immer wieder die Atmung in den Vordergrund rückt.
- (b) *Bodyscan*: Hierbei wird die Aufmerksamkeit allmählich über den gesamten Körper – von den Zehen bis zum Kopf – geleitet. Dabei gilt es, die Empfindungen in den verschiedenen Regionen des Körpers wahrzunehmen.
- (c) *Hatha Yoga*: Dehnungen werden durchgeführt, unterschiedliche Haltungen eingenommen, um das Bewusstsein zu steigern, die Balance zu stärken und die Muskulatur zu kräftigen.
- (d) *Drei-Minuten-Atemraum*: Dabei handelt es sich um eine „Minimeditation“ mit Fokus auf der Atmung, dem Körper und dem gegenwärtigen Erleben.

MBSR reduziert einerseits das Stresserleben und fördert andererseits die Fähigkeit, emotionale Zustände zu regulieren (Sharpio, Brown & Biegel, 2007). Es führt zu einem signifikanten Anstieg von Self-Compassion und positivem Affekt. Negativer Affekt,

⁶ fortan abgekürzt durch MBSR

Angst und Grübelneigung lassen sich hingegen deutlich reduzieren. Dadurch dient MBSR der Prävention für einen Rückfall in eine Major Depression (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000). Zudem wird es auch als Intervention bei Psoriasis (Kabat-Zinn, Wheeler, Light & Cropley, 1998), chronischen Schmerzen (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985) und Fibromyalgie (Kaplan, Goldberg & Galvin-Nadeau, 1993) erfolgreich eingesetzt.

Als weitere Verfahren zur Steigerung von Self-Compassion können die **Compassion Focused Therapy**⁷ (CFT) und das **Compassionate Mind Training**⁸ (CMT) genannt werden (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006).

Die CFT ist der Social Mentality Theory angelehnt und basiert auf der Kombination verschiedener Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie). Entwickelt wurde sie ursprünglich für Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen. Diese sollten durch die Therapie lernen, beruhigend auf sich selbst einwirken zu können und fürsorglich mit sich umzugehen. Dazu werden individuelle Probleme zunächst drei Bereichen zugeordnet (Gilbert, 2007):

- (1) Einflüsse des früheren persönlichen Hintergrundes (Vernachlässigung, Missbrauch usw.) und unerreichte Ziele,
- (2) Schutz- und Sicherheitsstrategien (z. B. die Vermeidung sozialer Kontakte oder selbstschädigendes Verhalten),
- (3) unerwartete Konsequenzen und Symptome, die aus den Schutzstrategien resultieren können.

Auf diese Weise werden Zusammenhänge erkennbar. Zudem entsteht eine Grundlage für die Entwicklung von Empathie, sympathischem Verständnis und Selbstmitgefühl hinsichtlich der beschriebenen Prozesse.

CMT nutzt verschiedene Techniken, um die Entwicklung und das Erleben von Mitgefühl sich selbst und anderen gegenüber zu erreichen (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, 2007). Der erste Schritt beinhaltet die *Psychoedukation* in Form einer Fokussierung auf die Merkmale von Selbstmitgefühl (Gilbert, 2007). Dabei wird die

⁷ fortan abgekürzt durch CFT

⁸ fortan abgekürzt durch CMT

Wechselwirkung zwischen Denken und Erleben anschaulich dargestellt. Die Teilnehmer lernen, dass Selbstkritik zur Aktivierung des körpereigenen Stresssystems führt und negative Emotionen begünstigt, wohingegen sich gütiges und verständnisvolles Verhalten der eigenen Person gegenüber auf das Beruhigungssystem auswirkt und positive Gefühle hervorruft. Anschließend geht es darum, *Selbstkritik als Schutzstrategie* zu verstehen und dahinter verborgene Ängste zu erkennen. Selbstkritische Personen reagieren oftmals mit einer Abwertung des Selbst und sind versucht, sich für ihr Versagen zu rechtfertigen. Sie setzen sich intensiv mit den Ursachen ihres Misserfolges auseinander und können beispielsweise zu der Erkenntnis gelangen, grundlegend schlecht oder inkompetent zu sein. Diese konditionierten, emotionalen Reaktionen werden häufig als „safety behaviors“ bezeichnet (Kim, 2005; Salkovskis, 1996; Thwaites & Freeston, 2005) und dienen dazu, mit der Angst vor Zurückweisung oder Verachtung durch andere umzugehen bzw. sie ganz zu vermeiden (Gilbert, 2007). Dadurch bleiben jedoch potentielle Ansätze zur Verhaltensänderung unberücksichtigt (Gilbert & Irons, 2005). Ziel des CMT ist folglich eine Reduzierung der Akzeptanz von Selbst-Attackierung als automatisiert auftretende Reaktion infolge Fehlverhaltens (Whelton & Greenberg, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Dafür wird nicht das Auftreten von Selbstkritik an sich thematisiert, sondern vielmehr zugrunde liegende Ursachen und Ängste (Gilbert & Procter 2006). An dieser Stelle rückt die *Entwicklung von Empathie* in den Vordergrund. „*The key is to develop a new self-to-self relationship based on warmth, care and compassion for self, with compassionate insight into how one arrived at one's current position unintentionally*“ (Gilbert & Procter, 2006, S. 362). Hierbei ist weniger wichtig, wie stark Personen alternativen Ansichten über sich selbst Glauben schenken, sondern ob sie damit verbunden positive Gefühle erleben, die als Schlüssel der Veränderung gelten. In diesem Sinne wird die Technik des „compassionate reframing“ genutzt (Lee, 2005). Die Teilnehmer des Trainings generieren ein mitfühlendes Ideal, das sie als Symbol oder Vorstellung in ihren Gedanken jederzeit aufrufen können. Sie setzen sich insbesondere mit den sensorischen Merkmalen (äußeres Erscheinungsbild, Geräusche oder Stimmlage, Bewegung oder Gestik usw.) dieses Idealbildes auseinander. Darüber hinaus überlegen sie, welche Reaktion gegebenenfalls in einer Situation, die üblicherweise selbstkritisches Verhalten nach sich zieht, von Seiten des Symbols oder der Vorstellung zu erwarten wäre. Durch die

Wärme und Güte, die auf diese Weise dem Selbst entgegengebracht wird, kommt es zur Internalisierung von Selbstmitgefühl und zum Erleben positiven Affekts (Baldwin, 2005). CMT gilt als wissenschaftlich fundiertes Verfahren, das einen positiven Einfluss auf das Immunsystem hat (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller et al., 2003; Rein, Atkinson & McCraty, 1995).

Die Zukunft gilt sicher Verfahren, die den Anforderungen der Gegenwart nach mehr Flexibilität und Mobilität besser gerecht werden. Auch wenn die Meinungen auseinandergehen, psychologische Unterstützung spielt sich immer weniger nur allein in Praxisräumen ab. Schon heute werden psychotherapeutische Intervention und Beratung online angeboten. Dass sich dieses ökonomische Vorgehen auch für die Stärkung von Self-Compassion eignen kann, zeigt die Studie von Finlay-Jones, Kane und Rees (2016), die mit einem sechswöchigen Onlinekurs (Self-Compassion Online SCO) zur Verringerung des Belastungserlebens und der Stärkung des Selbstmitgefühls Erfolge erzielen konnten, die auch drei Monate nach Abschluss des Programms nachweisbar waren. Sie kombinierten Elemente der CFT (Gilbert, 2010) mit Ansätzen der Mindfulness- und Akzeptanzbasierten Interventionen (MBA, Roemer & Orsillo, 2009) ergänzt um ein Meditationstraining und Videosequenzen zur Psychoedukation. Insgesamt sechs Module, jeweils eines pro Woche, wurden den Probanden zur Verfügung gestellt. Diese nahmen etwa ein bis zwei Stunden Bearbeitungszeit in Anspruch. Die Intervention umfasste Selbstbeobachtung und -reflexion kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Prozesse, die für das Behandlungskonzept und die Übungen bedeutsam waren (Finlay-Jones, Kane & Rees, 2016).

2.4 ABGRENZUNG VON ANDEREN KONSTRUKTEN

Wie eingangs bereits erwähnt, ebnete das Umdenken in der Selbstkonzeptforschung neuen Sichtweisen den Weg und begünstigte dadurch die Entwicklung alternativer Ansätze. Losgelöst vom Selbstwert wurden verschiedene Modelle und Konstrukte diskutiert, die unterschiedliche Resonanz fanden. Self-Compassion kommt in diesem Zusammenhang die wohl größte Bedeutung zu. Dennoch lassen sich weitere Ansätze benennen, die ebenfalls das Verständnis für die eigene Unvollkommenheit als zentrales Thema haben und somit in eine ähnliche Richtung wie Self-Compassion

weisen. Trotz dieser offenkundigen Analogie heben sich die Konstrukte unverkennbar voneinander ab.

Gleiches gilt auch für die direkte Gegenüberstellung von Konstrukten, bei denen insbesondere das Selbst in seinem Erleben und Verhalten im Vordergrund steht. Nur auf den ersten Blick lässt sich zunächst eine Übereinstimmung mit den Annahmen des Konstruktes Selbstmitgefühl vermuten. Gleichwohl ist eine eindeutige Differenzierung zwischen den verschiedenen Ansätzen möglich und sinnvoll.

2.4.1 ÄHNLICHE KONSTRUKTE

Das „Self-in-Relation“-Modell

Die stärkste Ähnlichkeit zum Selbstmitgefühl weist das „Self-in-Relation“-Modell⁹ (SiR) auf. Als dessen Begründerin gilt Judith Jordan (Jordan, 1997; Jordan, Kaplan, Miller, Stiver & Surrey, 1991). Sie beschäftigte sich insbesondere mit dem Erleben von Selbstempathie (Jordan, 1989, 1991a, 1991b). Darunter versteht Jordan den Prozess, *„...durch den das Individuum eine nicht wertende und offene Haltung sich selbst gegenüber annimmt“* (Jordan, 1989, 1991a, 1991b zitiert nach Neff, 2003a, S. 90). Selbstempathie ist in diesem Modell das Ergebnis therapeutischen Vorgehens und kann zu andauernden strukturellen Veränderungen in der Selbst-Repräsentation sowie damit verbunden zum Anstieg des subjektiven Wohlbefindens führen. Das SiR-Modell basiert auf der Annahme, dass aus dem Gefühl der emotionalen Verbundenheit mit anderen die Erkenntnis erwächst, einander gleich zu sein. Die unvermeidbaren Fehler und Misserfolge, die mit dem Menschsein einhergehen, können so leichter akzeptiert werden (Jordan, 1989). Zuvor abgelehnte Facetten des Selbst lassen sich nunmehr mit Verständnis für die eigene Person hinnehmen (Jordan, 1991b). Damit weist das SiR-Modell Parallelen zu den drei Komponenten des Selbstmitgefühls auf. Self-Kindness findet sich in diesem Ansatz in der Forderung nach einem verständnisvollen und fürsorglichen Umgang mit den eigenen Schwächen. In der Annahme, mit dem Menschsein wären unvermeidliche Fehler und Misserfolge verbunden, ist Common Humanity enthalten. Mindfulness wird von Jordan in Form von Selbstempathie gefordert. Doch obwohl alle Komponenten von Self-Compassion auch

⁹ fortan abgekürzt durch SiR-Modell

im SiR-Modell vorzufinden sind, scheint es im direkten Vergleich weniger komplex und umfassend zu sein. Vielmehr entsteht der Eindruck, es handele sich um einen ersten Entwurf des Konstruktes Self-Compassion, der zwar die wesentlichen Grundannahmen enthält, diese jedoch eher isoliert betrachtet.

Die Humanistische Psychologie

Die Fähigkeit, den eigenen Schmerz und Verfehlungen erkennen und akzeptieren zu können, wird seit langer Zeit auch in der Humanistischen Psychologie betont – kommt ihr doch entscheidende Bedeutung als notwendige Voraussetzung für das persönliche Wachstum zu (Maslow, 1968). In diesem Zusammenhang dient die Angst vor dem Wissen um das Selbst mit all seinen Emotionen, Potentialen und Erinnerungen dem Schutz des Selbstwertes. Gleichwohl gilt sie ebenso als Ursache vieler psychischer Erkrankungen (Neff, 2003a). Maslow (1968) prägte den Begriff „B-perception“. Gemeint war eine wertfreie, akzeptierende und liebevolle Haltung sich selbst (dem „Being“) gegenüber. Auch Rogers (1961) forderte „unconditional positive regard“ gegenüber dem Selbst. Demnach ist eine fürsorgliche, nicht wertende und freundliche Einstellung in Hinblick auf die eigene Person Ziel der klientenzentrierten Therapie und bei Rogers gleichfalls Grundlage für persönliches Wachstum und Veränderung. Snyder (1994) sah ebenso Interesse und Mitgefühl für eigene Reaktionen als Therapieziel („internal emphatizer“). Und auch Ellis (1973) ging davon aus, dass die Entwicklung einer toleranten Haltung gegenüber den Unsicherheiten im Leben das Wissen um und ein Vergeben der eigenen Unzulänglichkeiten fördert („unconditional self-acceptance“). Im Zentrum der Humanistischen Psychologie steht somit vor allem die Self-Compassion Komponente Self-Kindness, während Common Humanity und Mindfulness eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Die Emotionale Regulation

Im Rahmen der Emotionalen Regulation werden emotionale Reaktionen bezüglich auftretender Schwierigkeiten als Verteidigungsmechanismen betrachtet, die vor allem dazu beitragen, von Problemen abzulenken, statt sich mit ihnen gezielt auseinanderzusetzen (Lazarus, 1993). Emotionales Coping kann jedoch dann deutlich konstruktiver ausfallen, wenn Individuen ihre Aufmerksamkeit auf ihre Gefühle ausrichten, sich mit ihnen intensiv beschäftigen und sie verstehen, so dass daraus schließlich eine positive Grundhaltung sich selbst gegenüber erwächst (Stanton,

Danoff-Burg, Camron & Ellis, 1994; Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000). Folglich lässt sich auch Self-Compassion als emotionale Coping-Strategie betrachten (Benett-Goleman, 2001; Kabat-Zinn, 1994; Kornfield, 1993; Salzberg, 1997).

2.4.2 ABWEICHENDE KONSTRUKTE

Differenzierung vom Selbstmitleid

Deutlich abzugrenzen vom Selbstmitgefühl ist das Selbstmitleid. Obwohl es sich ganz klar – ähnlich wie Self-Compassion - auf die eigenen Erfahrungen, Gedanken und Emotionen bezieht, bestehen dennoch wesentliche Unterschiede. Insbesondere das Versinken im eigenen Leid und das Gefühl, keiner könne die eigene Situation nachempfinden, stehen im offensichtlichen Widerspruch zu einer distanzierten und verständnisvollen Betrachtung von Misserfolgen als typisch menschliche Erfahrungen, wie sie charakteristisch für das Erleben von Selbstmitgefühl ist. Vielmehr werden Individuen von den eigenen Gefühlen mitgerissen, sind darin eingewickelt und vertieft (Neff, 2003a). Es gelingt ihnen kaum noch, eine objektive und distanzierte Sichtweise einzunehmen. „Over-identification“, also eine Überidentifizierung mit den eigenen Problemen, ist schließlich die Folge. Doch Grübeleien, Selbstkritik und Gefühle des Losgelöstseins von anderen stehen in engem Zusammenhang mit Depressivität (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Bowly, 1980; Nolen-Hoeksema, 1991). Damit unterscheidet sich Selbstmitleid in wesentlichen Punkten vom Selbstmitgefühl. Gerade der Vergleich eigener Erfahrungen und Erlebnisse mit denen anderer Menschen trägt dazu bei, dass Gefühle der Isolation ausbleiben. Durch Perspektivenübernahme, z. B. in der Rolle eines mitfühlenden Anderen gegenüber der eigenen Person, entsteht genügend Distanz, um die individuellen Erfahrungen im Kontext menschlichen Erlebens einzuordnen, ohne jedoch schmerzhaft Gefühle auszublenden (Neff, 2003a, 2010). Common Humanity und Mindfulness sind folglich die Self-Compassion Komponenten, die eine strikte Trennung zwischen Selbstmitleid und Selbstmitgefühl rechtfertigen.

Unterscheidung von „Self-indulgence“

Neben Selbstmitleid ist auch „Self-indulgence“ eindeutig von Self-Compassion zu unterscheiden (Neff, 2010). „Self-indulgence“ beinhaltet eine gewisse Nachgiebigkeit und Nachsicht mit sich selbst bis hin zum Verwöhnen der eigenen Person. Man ist

bestrebt, sich Gutes zu tun. Demgemäß wird versucht, Probleme zu vermeiden. Wohlwollen gegenüber der eigenen Person ist grundsätzlich auch im Sinne von Selbstmitgefühl. Der Schwerpunkt liegt dabei allerdings auf einer realistischen Betrachtung des Selbst, um notwendige Veränderungsansätze erkennen zu können (Neff, 2004). Dazu gehört folglich ebenso die Auseinandersetzung mit persönlichen Schwächen und Verfehlungen als weniger angenehme Aufgabe (Neff, 2010). Statt die Auseinandersetzung mit Problemen zu vermeiden, wird vielmehr versucht, die damit einhergehenden negativen Emotionen zu reduzieren, indem man eine objektivere Perspektive einnimmt.

Selbstmitgefühl vs. Selbstwert

Am häufigsten wird Selbstmitgefühl dem Selbstwert gegenüber gestellt. *„Der Selbstwert bezieht sich darauf, wie sehr man sich selbst mag bzw. wie man sich selbst bewertet und basiert auf der Übereinstimmung mit persönlichen Standards oder den Vergleichen mit anderen“* (Coopersmith, 1967; Harter, 1999; frei übersetzt und zitiert nach Neff, 2008, S. 96). Auf diese Weise beschreibt der Selbstwert die affektive Komponente des Selbst, nämlich die Wertschätzung der eigenen Person (Blascovich & Tomaka, 1991). Dafür werden selbstbezogene Informationen aus drei verschiedenen Quellen herangezogen: (1) Selbstbeobachtungen erlauben den Vergleich aktuellen Erlebens und Verhaltens mit den Erfahrungen in früheren Situationen, (2) soziale Vergleiche geben Einblick, inwiefern man sich von anderen abhebt und (3) Rückmeldungen zeigen auf, wie andere uns sehen. Unabhängig von der jeweiligen Quelle der Informationsgewinnung lässt sich meist der Bezug zu einem bestimmten Lebensbereich erkennen. Vor allem erzielte Leistungen, soziale Beziehungen und das äußere Erscheinungsbild gehen in die Bewertung ein. Sie werden auch als Selbstwertquellen bezeichnet. Prinzipiell kann zwischen Selbstwertquellen unterschieden werden, die als relativ stabil gelten oder im Verlauf des Lebens an Bedeutung gewinnen und solchen, die Schwankungen unterliegen bzw. vergänglich sind. Während die Schönheit mit zunehmendem Alter weniger bzw. negativen Einfluss auf den Selbstwert haben kann, können Leistungen und stabile Partnerschaften einen Anstieg des Selbstwertes bedingen (Luciano & Orth, 2017; Hansford & Hattie, 1982). Schließlich basiert der Selbstwert auf der Bewertung eigener Leistungen (*Wie gut war ich?*) im Vergleich zu bestehenden Standards (*Was gilt als gut genug?*) in Bereichen, die als wichtig wahrgenommen werden (*Es ist wichtig, gut*

darin zu sein.) (James, 1890). Die Grundlage dafür bilden unmittelbar zurückliegende Situationen und Ereignisse (Neff, 2010). Dementsprechend veränderlich ist der Zustands-Selbstwert („state-self-esteem“), während der Eigenschafts-Selbstwert („trait-self-esteem“) als relativ beständig gilt (Kernis, Paradise, Whitaker, Wheatman & Goldman, 2000). Darüber hinaus gehen Selbstwerttheorien davon aus, dass ein globaler, hierarchisch übergeordneter Selbstwert aus den Selbstwertschätzungen in den verschiedenen einzelnen Bereichen resultiert (Streblow, 2004).

Wie zuvor bereits angedeutet, steht ein hoher Selbstwert in Zusammenhang mit einer Vielzahl positiver Eigenschaften. Mit zunehmendem Selbstwert steigen die Lebensfreude und –zufriedenheit sowie das Ausmaß an Optimismus (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007; Lucas, Diener & Suh, 1996; Lyubomirsky, Tkach & DiMatteo, 2006). Ferner nimmt die Kontaktfreudigkeit zu (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2005). Zudem werden weniger Angst und Depressivität erlebt (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007). Ein niedriger Selbstwert begünstigt seinerseits ein Absinken der Motivation, Depressivität und das Auftreten von Suizidgedanken (Neff, 2003a; Harter, 1999). Im Vergleich zum Selbstwert weist Self-Compassion hinsichtlich der positiven Auswirkungen erkennbare Parallelen auf. Einhergehend mit einem Anstieg des Selbstmitgefühls nehmen gleichfalls Depressivität, Grübelneigung und Angsterleben ab (Neff, 2004; Neff, Hsieh & Dejithirat, 2005; Neff & McGeehee, 2010). Lebensfreude und Optimismus verzeichnen indessen eine Zunahme (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Neben den genannten positiven Aspekten kann ein hoher Selbstwert andererseits aber auch negative Erlebens- und Verhaltensweisen bedingen. Mit zunehmendem Selbstwert steigen Narzissmus und Selbstbezug (Damon, 1995; Morf & Rhodewalt, 2001; Seligman, 1995). Die Sorge um andere nimmt deutlich ab (Damon, 1995; Seligman, 1995). Mitmenschen werden diskreditiert (Neff, 2003a). Vorurteile gegenüber Outgroups gewinnen an Bedeutung (Allport, 1954; Berson, Healy & Romero, 2000; Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987). Obendrein begünstigen maladaptive Verhaltensweisen zwischenmenschliche Konflikte (Campbell & Baumeister, 2001). An dieser Stelle lässt sich ganz klar zwischen Selbstwert und Selbstmitgefühl differenzieren. Während mit steigender Selbstwertschätzung die eigene Person immer mehr an Bedeutung gewinnt, rücken mit zunehmendem Selbstmitgefühl die Mitmenschen stärker in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Gefühl sozialer Verbundenheit nimmt zu (Neff, 2003a; Neff,

Kirpatrick & Rude, 2007; Neff & McGeehee, 2010). Und auch in Paarbeziehungen zeigen selbstmitfühlende Menschen mehr emotionale Verbundenheit, Akzeptanz und unterstützen die Autonomie des Partners (Neff, 2003a).

Je höher der Selbstwert ausgeprägt ist, umso eher neigen Individuen dazu, aggressiv gegenüber denjenigen zu reagieren, die dem eigenen Ego schaden könnten (Baumeister, Smart & Boden, 1996). Ähnlich Abwärtsvergleichen, dient dieses Verhalten dem Schutz und der Aufrechterhaltung des Selbstwerts (Fein & Spencer, 1997). Selbstwertsteigernde Aktivitäten umfassen demnach auch dysfunktionales Verhalten (Blaine & Crocker, 1993; Crocker & Park, 2004). Um den eigenen Selbstwert zu erhöhen werden individuelle Schwächen häufig ausgeblendet, persönliche Verfehlungen heruntergespielt oder auf äußere Umstände geschoben (Neff, 2010). Zudem bleibt der Blick für eine andere Perspektive verschlossen („need for cognitive closure“), alternative Ansichten treffen auf Ablehnung (Jost, Glaser, Kruglanski & Sulloway, 2003; Tavis, 2000). Wachstum und Veränderung verlieren auf diese Weise an Substanz (Sedikides, 1993). Stattdessen entsteht ein recht unrealistisches, positiv gefärbtes Bild vom Selbst („Self-enhancement bias“, Robin & Beer, 2001). Self-Compassion basiert hingegen nicht auf Selbstbewertungen. Dieser Umstand erlaubt selbstmitfühlenden Personen eine objektivere Beurteilung der eigenen Leistungen (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007). Aus dem rücksichtsvollen Umgang mit persönlichen Schwächen resultiert ein deutlich realistischeres Selbstbild.

Ein hoher Selbstwert beruht auf erfolgreichen Leistungen und positiven Selbstbewertungen. Demnach sind vor allem externale Ereignisse für den Selbstwert relevant. Self-Compassion ist demgegenüber auf vorwiegend internale Quellen zurückzuführen und gilt im Vergleich zum Selbstwert als unabhängiger und stabiler. Insbesondere dann, wenn der Selbstwert bedroht ist, bspw. nach einem Misserfolg, gewinnt Self-Compassion an Bedeutung. „*Thus, self-compassion provides a way of dealing with negative life experiences that self-esteem cannot provide*“ (Neff, 2009a, S. 15). Auf diese Weise wirkt sich Self-Compassion positiv auf die emotionale Widerstandsfähigkeit aus (Neff, 2010).

Auch in biologischer Hinsicht finden sich Unterschiede zwischen beiden Konstrukten. Der Selbstwert dient der Einschätzung individueller Überlegenheit und trägt zur Stabilisierung der sozialen Position bei. Zugleich steht er in Zusammenhang mit der

Alarmfunktion des Körpers, dem Freisetzen von Energie und dopaminergem Aktivierung. Self-Compassion deaktiviert das auf Bedrohungsreize reagierende körpereigene System, das seinerseits mit Unsicherheitsgefühlen, Verteidigungsverhalten und limbischer Aktivität in Zusammenhang steht. Im Gegenzug wird über das Oxitocyn-Opiat-System die Aktivierung des körpereigenen Beruhigungssystems ausgelöst und das Sicherheitsempfinden verstärkt (Gilbert & Irons, 2005).

Während Self-Compassion das eigene Erleben in Relation zu anderen setzt, bedarf es für die Entwicklung des Selbstwerts hauptsächlich positiver Selbsteinschätzungen, durch die man sich von anderen abhebt (Neff, 2008). Dennoch besteht zwischen beiden Konstrukten ein moderater Zusammenhang ($r=.57$ bis $.59$) (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, 2003a; Neff & McGeehee, 2010). Sowohl Self-Compassion als auch der Selbstwert beinhalten positive emotionale Einstellungen sich selbst gegenüber (Tabelle 1, S. 44). Beide stehen in Verbindung mit geringerem Angsterleben, weniger Depressivität und höherer Lebensfreude (Leary et al., 2007). Jedoch ließ sich in jüngster Vergangenheit auch zeigen, dass der Einfluss des Selbstwertes oftmals die Beziehung zwischen Self-Compassion und anderen, dem Selbst zuträglichen Konstrukten schwächt, wohingegen es umgekehrt, bezogen auf den Einfluss von Self-Compassion auf den Zusammenhang des Selbstwertes mit anderen, für das Selbst wünschenswerten Konstrukten nicht der Fall ist. So weisen etwa das Selbstmitgefühl wie auch die Selbstwertschätzung eine signifikant positive Korrelation zu positivem Affekt¹⁰ und eine bedeutsam negative Korrelation zu negativem Affekt¹¹ auf. Wird der Einfluss des Selbstwertes kontrolliert, bleiben die gefundenen signifikanten Zusammenhänge zwischen Self-Compassion und positivem/negativem Affekt bestehen. Andersherum, wenn der Einfluss des Selbstmitgefühls kontrolliert wird, geht gleichfalls der bedeutsame Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem Affekt (sowohl PA als auch NA) verloren (Krieger, Hermann, Zimmermann & grosse Holtforth, 2015). Die Selbstwertschätzung moderiert ebenso die signifikant positive Beziehung zwischen Self-Compassion und dem Wohlbefinden und schwächt den Zusammenhang zwischen dem Selbstmitgefühl und

¹⁰ Positiver Affekt fortan abgekürzt mit PA

¹¹ Negativer Affekt fortan abgekürzt mit NA

der kognitiven Komponente des Wohlbefindens (Zessin, Dickhauser & Garbade, 2015).

Verglichen mit Self-Compassion ist es ferner kaum möglich, den Selbstwert gezielt zu steigern (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Zu sehr halten Personen an eigenen Unzulänglichkeiten fest, anstatt sich der Vorstellung hinzugeben, gleichwohl zahlreiche Stärken zu haben (Swann, 1996). Zur Erhöhung des Selbstmitgefühls reicht es dagegen aus, sich vor Augen zu führen, dass es anderen ähnlich geht wie einem selbst. *„Compassion is not extended of oneself because one is superior or more deserving than others, rather, it is done precisely because the individual recognizes his or her interconnectedness and equality with others”* (Brown, 1999).

Tabelle 1: Gegenüberstellung von Selbstwert und Self-Compassion

	Selbstwert	Self-Compassion
Selbstbild	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unrealistisches Selbstbild ▪ Betonung der eigenen Überlegenheit ▪ Subjektive Betrachtungsweise ▪ „need for cognitive closure“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realistisches Selbstbild ▪ Verständnis einer geteilten Menschlichkeit ▪ Eher objektivere Betrachtungsweise
Quellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Externale, unmittelbar zurückliegende Ereignisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internale Quellen
Korrelate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg von Lebensfreude, Zufriedenheit und Optimismus ▪ Zunahme der Kontaktfreudigkeit ▪ Weniger Angst und Depressivität ▪ Narzissmus und Egozentrik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg von Lebensfreude, und Optimismus ▪ Abnahme der Angst, Depressivität und Grübelneigung
Umgang mit anderen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abwertung anderer ▪ Maladaptive Verhaltensweisen fördern Konflikte ▪ Zunahme von Vorurteilen ▪ Anstieg des Interesses an der eigenen Person 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunehmende soziale Verbundenheit ▪ Mitgefühl für andere ▪ Perspektivenübernahme ▪ Steigendes Interesse an anderen
Bedeutung von Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwächen werden verleugnet oder external attribuiert ▪ Grundlage für persönliches Wachstum und Veränderung fehlt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwächen und Verfehlungen werden als typisch menschlich angenommen ▪ Basis für persönliches Wachstum und notwendige Veränderungen

Aufgrund der genannten nachteiligen Eigenschaften der Selbstwertschätzung war man bereits vor Entwicklung des Konstruktes Self-Compassion bestrebt, alternative

Konzepte zu finden, die eine gesunde Einstellung zum Selbst beinhalten. Deci und Ryan (1995) prägten in diesem Zusammenhang den Begriff „true self-esteem“. Gemeint ist damit eine selbstbestimmte und autonome Art, die eigene Person zu beurteilen, unabhängig von sozialer Zustimmung oder erzielten Ergebnissen. „True self-esteem“ resultiert aus der Reflektion des eigenen authentischen Selbst und gewinnt immer dann an Bedeutung, wenn das eigene Verhalten intrinsisch motiviert und selbstbestimmt erfolgt. Ein hohes Maß an Selbstmitgefühl sollte auch eine hohe Ausprägung des „wahren Selbstwerts“ bedingen. Weitere, ähnliche Konzepte stammen von Kernis („optimal self-esteem“, 2003), Seligman („self-respect“, 1995), Bandura („self-efficacy“, 1990) und Damon („personal character“, 1995).

2.5 STRESS UND COPING

Self-Compassion gewinnt insbesondere an Relevanz im Kontext persönlichen Versagens, der Konfrontation mit eigenen Unzulänglichkeiten oder dem Erleben von Misserfolgen. Widerfahrene negative Lebensereignisse gelten somit als Auslöser von Selbstmitgefühl und bilden die Basis der daraus resultierenden individuellen Weiterentwicklung im Sinne persönlichen Wachstums. Diejenigen problematischen Situationen, die Self-Compassion bedingen, werden häufig als Belastung erlebt. Sie rufen ihrerseits Stress und Stressreaktionen hervor. Zugleich sind sich selbstmitfühlende Menschen über ihre Gefühle eher im Klaren und verfügen über die Fertigkeit, negative emotionale Zustände leichter zu überwinden (Diedrich, Burger, Kirchner & Berking, 2016). Self-Compassion geht folglich mit ausgeprägten Coping-Fähigkeiten einher (Neff, 2003a). Ein hohes Selbstmitgefühl „federt“ vielmehr den Einfluss von Stress auf das Erleben negativen Affektes ab (Krieger, Hermann, Zimmermann & grosse Holforth, 2015).

2.5.1 STRESS – BEGRIFFSBESTIMMUNG

Das Wort Stress ist aus dem heutigen Sprachgebrauch kaum mehr wegzudenken. Dabei versteht man unter Stress zunächst ganz allgemein „... *die Reaktion des Organismus auf Anforderungen und Belastungen*“ (Fabry, 2009). Deutlich konkreter werden Zimbardo und Gerrig (1999) in ihrer Definition, in der sie Stress beschreiben „... *als Muster unspezifischer psychischer und körperlicher Reaktionen des*

Organismus auf interne oder externe Reizereignisse [...], die das Gleichgewicht stören und die Fähigkeit zur Bewältigung strapazieren oder überschreiten und somit vom Individuum eine Anpassungsleistung verlangen“ (zitiert nach Kohlmann, 2002, S. 558). Gerade der letztgenannte Aspekt kann als Schnittstelle zwischen Self-Compassion und Stress interpretiert werden. So erfordern die Umstände, die durch das Erleben von Selbstmitgefühl relativiert werden, ebenfalls ein hohes Maß an Anpassung von der betroffenen Person und können überdies die individuelle Fähigkeit zur Bewältigung stark beanspruchen oder gar darüber hinausgehen.

Nach Kohlmann (2002) lassen sich drei verschiedene Konzeptionen von Stress unterscheiden. *Reaktionsbezogene Definitionen* sind eher physiologisch ausgerichtet. Als Indikator für Stress gilt demnach ein spezifisches, überwiegend psychophysiologisches Reaktionsmuster des Organismus, das mittel- und langfristig durch Überbeanspruchung des physiologischen Systems zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. Einen sozialen Bezug weisen *situationsbezogene Ansätze* auf. Sie beschreiben Stressoren in Form kritischer Lebensereignisse, „... die ein hohes Maß an Anpassungsleistung und persönlicher Umorientierung erfordern“ (Kohlmann, 2002, S. 558), sowie als „daily hassles“ (Alltagsstressoren) und als kennzeichnende Belastungen, die beim Übergang von einer Lebensphase in die nächste auftreten können. Die *rationale Sichtweise* stellt schließlich eine Synergie oder Mischform beider zuvor genannten Ansätze dar. Wesentliche Determinante des Stresserlebens ist hierbei die individuelle Bewertung der Situation und der damit verbundenen Handlungsanforderungen durch die Person. Einer der wohl bekanntesten Vertreter der rationalen Betrachtungsweise von Stress ist Richard Lazarus (1966). In seinem Modell sind Individuum und Umwelt transaktional miteinander verbunden, Situationen können folglich nicht losgelöst vom Individuum herangezogen werden. Der eigentliche Bewertungsprozess basiert auf drei Schritten: (1) „*primary appraisal*“ beinhaltet eine erste reiz- bzw. situationsbezogene Bewertung als Prozess der Wahrnehmung (Was ist das Problem?), (2) „*secondary appraisal*“ - als zweite ressourcenbezogene Bewertung - ist der Prozess des Abwägens potentieller Reaktionsmöglichkeiten (Was kann ich tun?) und (3) „*reappraisal*“ ist als abschließende Bewertung entscheidend dafür, ob eine Situation als Bedrohung oder Herausforderung angesehen wird (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Fabry, 2009; Kohlmann, 2002). Durch situative Veränderungen kann es zu einer dynamischen

Neubewertung der Beziehung zwischen Person und Umwelt kommen (Kohlmann, 2002). Ergebnis des Bewertungsprozesses ist die Auswahl geeigneter Abwehr- und Bewältigungsstrategien (Fabry, 2009).

2.5.2 ABWEHR UND BEWÄLTIGUNG

Im Umgang mit Stress unterscheidet man grundlegend zwischen Abwehr und Bewältigung (Fabry, 2009). Das Konzept der **Abwehr oder Abwehrmechanismen** entstammt der Psychoanalyse. Ziel ist die Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts trotz bedrohlicher Wahrnehmungen oder Emotionen. Abwehr gilt folglich als „zentrale Grundfunktion“ der menschlichen Psyche und wichtigste Aufgabe des Ich. Dem Ich stehen dafür verschiedene Mechanismen zur Verfügung, die sich drei übergeordneten Kategorien zuteilen lassen: (1) Veränderung der Wahrnehmung, (2) Veränderung der Bedeutung und (3) Neutralisieren durch Gegenmaßnahmen. Eine Veränderung der Wahrnehmung kann durch Verdrängung, Verleugnung, Verschiebung oder Projektion erreicht werden. Bei der *Verdrängung* werden negative Vorstellungen oder Emotionen aus dem Bewusstsein verbannt. *Verleugnung* umfasst die Verneinung nicht willkommener Wahrnehmungen. Die Ausrichtung eigener unangenehmer Vorstellungen oder Emotionen auf andere Personen wird als *Verschiebung* bezeichnet. *Projektion* führt dazu, dass unerwünschte Anhaltspunkte oder Gefühle an anderen wahrgenommen werden. Die Veränderung der Bedeutung gelingt hingegen durch *Rationalisieren*, wobei unangenehme Emotionen von der Vorstellung abgespalten und verdrängt werden, sowie durch *Identifikation*, also denken, handeln und fühlen wie die Person, durch die man sich belastet fühlt, oder *Reaktionsbildung*, so dass unerträgliche Vorstellungen durch entgegengesetztes Verhalten abgewehrt werden. Das Neutralisieren durch Gegenmaßnahmen umfasst *kontraphobische Handlungen*, wie z. B. die direkte Konfrontation, sowie *Acting out* in Form hoher Betriebsamkeit und das *Ungeschehenmachen*, also so zu tun, als ob nichts gewesen sei (Fabry, 2009).

Der Abwehr gegenüber steht die Bewältigung bzw. Coping (Abbildung 3, S. 48). Der Begriff Coping stammt aus dem Englischen („to cope with“) und bedeutet übersetzt „etwas bewältigen“ oder „überwinden“. Coping „bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer

Lebensphase.“ (Wolf, 2008, Onlinequelle). Es handelt sich konkret um „*Maßnahmen, die darauf abzielen, Stress zu bewältigen*“ (Psychology48, 2010). Differenziert wird zwischen adaptiven und maladaptiven Strategien (Wolf, 2008, Onlinequelle; Stangl, 2017a, Onlinequelle). Adaptive Strategien tragen zur langfristigen, dauerhaften Lösung eines Problems bei, wohingegen maladaptive Strategien die Ablenkung von einem Problem beinhalten.

Eine weitere Unterscheidung kann im Hinblick auf die Merkmale der Belastungsbewältigung erfolgen (Perrez, 2002). Relevanz besitzen diesbezüglich die Aufmerksamkeitsausrichtung (vigilant versus vermeidend), die Einschätzung und Bewertung des Stressors, ebenso die Art der Einflussnahme und Kontrolle (problem focused coping) und die affektive Reaktion auf den Stressor (emotion focused coping). Insbesondere den beiden letztgenannten Aspekten kommt in der Coping-Forschung wesentliche Bedeutung zu. Während **problemfokussiertes Coping** zu einer Veränderung der Problemlage führt, beinhaltet **emotionsfokussiertes Coping** die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit (Ortellus, 2010). Beide Bewältigungsstrategien basieren auf den gleichen Prozessen: (a) der Informationssuche, (b) der direkten Handlung respektive (c) der Unterdrückung einer Handlung und (d) intrapsychischen Abläufen.

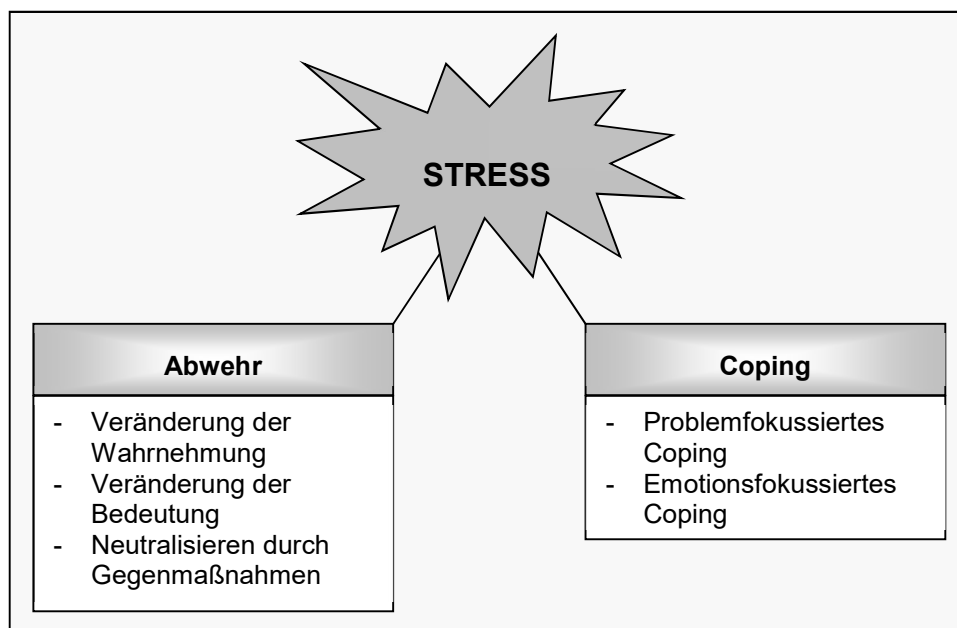


Abbildung 3: Möglichkeiten im Umgang mit Stress

Dennoch lassen sich problemfokussiertes Coping und emotionsfokussiertes Coping ganz klar voneinander abgrenzen. So differenzierten Carver, Scheier und Weintraub (1989) bei der Entwicklung ihres multidimensionalen Coping-Inventars (COPE) jeweils fünf verschiedene Strategien für beide Arten der Belastungsbewältigung. Dem gegenüber stehen nochmals 3 Formen maladaptiver Bewältigungsreaktionen (Abbildung 4, S. 50). Den Autoren zufolge kann problemfokussiertes Coping als *aktives Coping* („active coping“), durch *Planung* („planning“) oder *Zurücksetzen konkurrierender Aktivitäten* („suppression of competing activities“), in Form *abwartender Bewältigung* und mittels der *Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung* („seeking of instrumental social support“) erfolgen. Aktives Coping heißt direktes Handeln mit dem Ziel, den Stressor zu entfernen oder ihn bzw. seine Auswirkungen zu umgehen und ist verbunden mit einem Anstieg eigener Anstrengungen. Zeitlich davor einzuordnen ist die Planung. Sie dient dem Überdenken konkreter Handlungsschritte, auf welche Weise am besten mit einem Problem umzugehen ist. Durch das Zurückstellen konkurrierender Aktivitäten verlieren andere Projekte zeitweilig an Bedeutung, die gesamte Konzentration gilt dann der Herausforderung. Das Abwarten auf eine geeignete Gelegenheit, um angemessen zu reagieren, wird als abwartende Bewältigung bezeichnet und ist sowohl aktive Strategie, da das Verhalten auf die effektive Bewältigung eines Stressors ausgerichtet ist, als auch passiver Natur, weil eine konkrete Handlung zunächst ausbleibt. Die Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung umfasst das Einholen von Ratschlägen, Informationen und Unterstützung durch andere. Emotionsfokussiertes Coping gelingt hingegen über *Akzeptanz* („acceptance“), *positive Neuinterpretation und Wachstum* („positive reinterpretation and growth“), *Suche nach emotionaler sozialer Unterstützung* („seeking of emotional social support“), *Verleugnung* („denial“) und *Zuwendung zur Religion* („turning to religion“). Akzeptanz ist eine funktionale Coping-Reaktion bei der eine Person ein stressvolles Ereignis in vollem Umfang annimmt und sich folglich ganz bewusst der Bewältigung zuwenden kann. Gleichwohl gewinnt Akzeptanz auch dann an Bedeutung, wenn es darum geht, das gegenwärtige Fehlen geeigneter aktiver Copingstrategien einzugestehen. „*Managing distress emotions rather than dealing with the stressor per se*“ (Carver, Scheier & Weintraub, 1989, S. 269) führt dazu, dass eine problematische Situation positiv ausgelegt wird und die davon betroffene Person aktives und problemfokussiertes Coping weiterführt.

In diesem Falle spricht man von positiver Neuinterpretation und Wachstum als Strategie emotionsfokussierten Copings. Die Suche nach emotionaler sozialer Unterstützung steht in Zusammenhang mit dem Erleben von Sympathie und Verständnis auf Seiten anderer. Eine besondere Form emotionaler Unterstützung resultiert aus der Zuwendung zur Religion. Verleugnung als Bewältigungsstrategie gilt hingegen ausschließlich in frühen Phasen des Copingprozesses als hilfreich (Levine, Warrenburg, Kerns, Schwartz, Delaney, Fontana, Gradman, Smith, Allen & Cascione, 1987; Mullen & Suls, 1982; Suls & Fletcher, 1985), da auf diese Weise Distress minimiert und Coping überhaupt erst ermöglicht wird (Breznitz, 1983; Wilson, 1981), jedoch auch zusätzliche Probleme erwachsen, bis der Stressor nicht mehr ignoriert werden kann. Maladaptive Bewältigungsstrategien umfassen das *Fokussieren auf und Öffnen für Gefühle* („focussing and venting of emotions“) sowie das *Ausbleiben verhaltensbezogenen oder mentalen Engagements* („behavioral disengagement“, „mental disengagement“). Durch eine Fokussierung der Gefühle werden Distress und Niedergeschlagenheit ganz bewusst erlebt. Es droht die Gefahr, in diesen negativ behafteten Emotionen völlig zu versinken. Werden die eigenen Anstrengungen hinsichtlich der Bewältigung eines Stressors zurückgenommen bis hin zur Aufgabe von Zielen, die mit dem Stressor interferieren, spricht man vom Ausbleiben des verhaltensbezogenen Engagements. Das Ausbleiben mentalen Engagements ist hingegen verbunden mit der Involviertheit in zahlreiche alternative Aktivitäten, wie Tagträume, Fernsehen oder Schlaf, um so ein Nachdenken über Ziele zu vermeiden, die vom Stressor überlagert werden (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

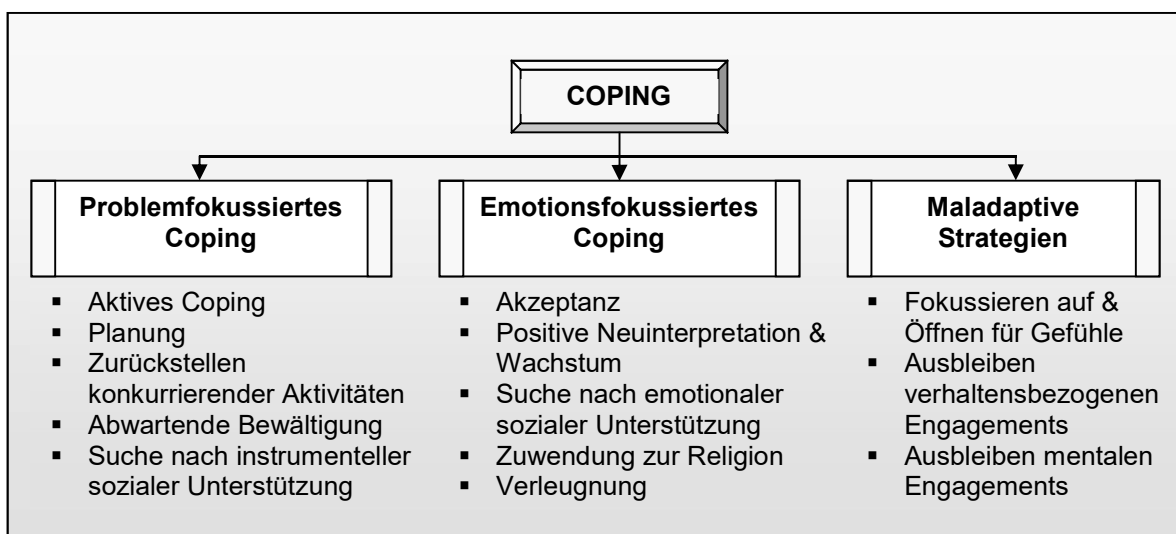


Abbildung 4: Arten der Belastungsbewältigung (nach Carver, Scheier & Weintraub, 1989)

Grundsätzlich neigen Personen dazu, stabile Präferenzen für verschiedene Coping-Strategien zu entwickeln, sodass man von zeitlich überdauernden Coping-Stilen oder Dispositionen ausgehen kann (Caver, Scheier & Weintraub, 1989). Demzufolge wird – im Widerspruch zur schrittweisen Transaktion nach Folkman und Lazarus (1980; 1985) – nicht jede Situation neu bewertet, sondern stattdessen ein Set bewährter Bewältigungsreaktionen abgerufen. Dadurch verliert eine Person an Freiheit und Flexibilität, entsprechend dem jeweiligen Kontext zu reagieren. Dem ungeachtet kommen prinzipiell aber auch situationsspezifische Coping-Tendenzen zum Einsatz. Diese unterscheiden sich von Coping-Dispositionen in Hinblick auf einzelne Reaktionen. So sind in spezifischen Situationen aktives Coping, die Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung, positive Neubewertung und Wachstum, die Zuwendung zur Religion und ausbleibendes mentales Engagement seltener zu beobachten (Caver, Scheier & Weintraub, 1989).

Neben der globalen Unterscheidung zwischen problem- und emotionsfokussiertem Coping ist ergänzend auch eine zeitliche Differenzierung dahingehend möglich, ob sich die Bewältigung auf vergangene oder zukünftige Ereignisse bezieht (Ortellus, 2010, Abbildung 5, S. 52). In diesem Zusammenhang wird die „*Anstrengung, mit einem bereits eingetretenem Ereignis umzugehen, z. B. indem Schaden oder Verlust kompensiert werden, ...*“ (Schwarzer, 2002, S. 46) als *reaktives Coping* bezeichnet. Reaktives Coping ist generell rückwärtsgerichtet. Es beinhaltet die kognitive Einschätzung widerfahrener Schädigung und damit verbundener Verluste sowie die Definition neuer Ziele bzw. die Suche nach einem Sinn. *Antizipatorisches, präventives* und *proaktives Coping* sind zukunftsgerichtete Formen der Bewältigung, die eine kognitive Einschätzung potentieller Bedrohungen und Herausforderungen einschließen (Schwarzer, 2002; Schwarzer & Knoll, 2002; Schwarzer & Taubert, 2002). Wird eine Strategie für den Umgang mit einer sehr wahrscheinlichen und zeitnahen Stresssituation entwickelt, die allerdings gegenwärtig noch aussteht, gewinnt antizipatorisches Coping an Bedeutung. Je besser eine Person auf das Ereignis vorbereitet ist, desto erfolgreicher gelingt die Bewältigung und umso weniger drohen negative Konsequenzen. Die Vorbereitungen auf ungewisse Risiken im Leben werden unter dem Begriff präventives Coping zusammengefasst. Kennzeichnend dafür ist der „*Aufbau von Ressourcen [um sich] allgemein für die Geschehnisse des Lebens zu wappnen*“ (Schwarzer, 2002, S. 47). Hierzu zählen bspw. der Abschluss

einer Versicherung, das Hinterlegen eines Zweitschlüssels oder das Pflegen von Freundschaften. Auch proaktives Coping basiert auf der Schaffung grundlegender Ressourcen für eine erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen des Lebens, die ebenso langfristig und ungewiss sind wie beim präventiven Coping, jedoch mit dem Unterschied, dass diese aus selbst gewählten Zielen resultieren. Somit handelt es sich bei proaktiver Bewältigung nicht um „*Risikomanagement*“, sondern vielmehr um „*Zielmanagement*“ (Schwarzer, 2002, S. 47). Auf diese Weise ergibt sich ein „*konstruktiver Handlungspfad*“ (Schwarzer, 2002, S. 47) als Grundlage individueller Entwicklung und persönlichen Wachstums. Charakteristisch für proaktives Coping sind hohe Ziele, das Annehmen von Herausforderungen und Kontinuität bei der Verfolgung von Zielstellungen.

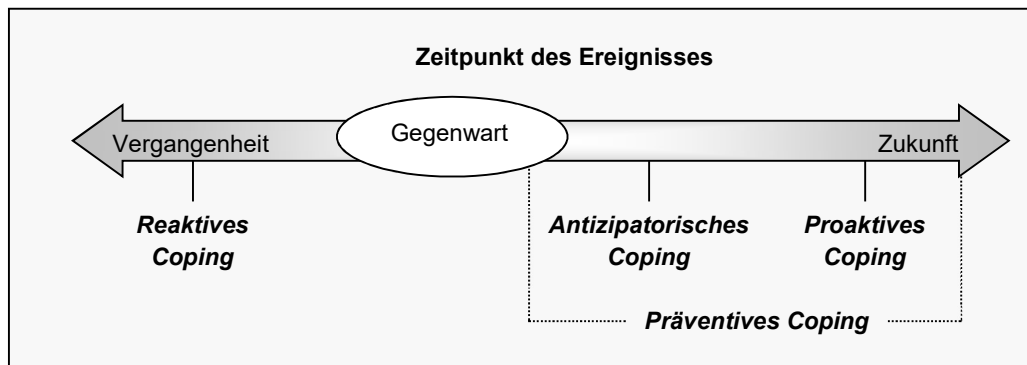


Abbildung 5: Zeitliche Unterscheidung von Bewältigungsstrategien (nach Schwarzer, 2002)

Als spezielle Form von Coping kann die Krankheitsbewältigung verstanden werden. Darunter fallen „... *all jene Versuche [...], die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen oder externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen*“ (Mayer & Filipp, 2002, S. 307). Potentielle Verhaltensweisen, die im Umgang mit einer Krankheit als Bewältigungsstrategien gezeigt werden, können (a) den Aufmerksamkeitsfokus und die Realitätstestung betreffen, sich auf (b) die soziale Eingebundenheit auswirken oder auf (c) der Ebene der Reaktion erfolgen. Aufmerksamkeitsfokus und Realitätstestung stehen im Vordergrund, wenn die Realität geleugnet oder illusorisch umgedeutet wird, eine Aufwertung der Situation durch Abwärtsvergleiche stattfindet oder es zur Vermeidung bedrohlicher Situationen kommt. Bezugnehmend auf die soziale Eingebundenheit können sozialer Rückzug oder die gezielte Suche nach sozialen Kontakten mit dem Ziel, sich Hilfe zu besorgen oder mit anderen Betroffenen auszutauschen, resultieren.

Auf der Ebene der Reaktion spielen sowohl kognitive als auch behaviorale Prozesse eine Rolle. So wird bspw. versucht, der Krankheit einen „Sinn“ zuzuschreiben (kognitiv) oder es gewinnen die Suche nach Informationen, die Flucht aus dem Alltag und die Verwirklichung von Träumen an Bedeutung (behavioral). Entscheidend für den Erfolg einer Strategie ist letztlich, wie flexibel und situationsangemessen sie Anwendung findet (Mayer & Filipp, 2002).

Stellt man Abwehr und Coping einander gegenüber, so lässt sich festhalten, dass Coping-Strategien deutlich bewusster im Vergleich zu Abwehrmechanismen eingesetzt werden (Fabry, 2009). Darüber hinaus erfordert Coping die aktive Auseinandersetzung mit den Stressoren unter der Zielstellung, eine Anpassung an die bzw. Veränderung der Umwelt zu erreichen. Abwehr hingegen dient der innerpsychischen Stabilisierung durch Schutz vor bedrohlichen äußeren und inneren Reizen (Fabry, 2009).

2.5.3 SELF-COMPASSION, COPING UND KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Dass für Self-Compassion ein positiver Einfluss auf den individuellen Umgang mit Stress allgemein sowie speziell hinsichtlich der Krankheitsbewältigung angenommen werden kann, scheint aufgrund der bereits zuvor geschilderten Zusammenhänge nur naheliegend. Tatsächlich empfinden stärker selbstmitfühlende Personen signifikant weniger Stresserleben (Sirois, Molnar & Hirsch, 2015). Darüber hinaus besteht ein bedeutsamer negativer Zusammenhang zwischen Self-Compassion und vermeidenden Bewältigungsstrategien, wie Verleugnung oder Vermeidungsverhalten (Sirois, Molnar & Hirsch, 2015) sowie Prokrastination (Sirois, 2014).

Im Kontext einer chronischen Erkrankung kommt hinsichtlich der Anpassung an die gegebene Situation der Akzeptanz des Gesundheitszustandes wesentliche Bedeutung zu (Vowles, McNeil, Gross, McDaniel & Mouse, 2007) ebenso wie der Ausrichtung der eigenen Anstrengungen hin zur Erreichung persönlicher Ziele (Crombez, Eccleston, De Vlieger, Van Damme & De Clercq, 2008; Vowles, McNeil, Gross, McDaniel & Mouse, 2007; McCracken, 1998). Patienten, die sich stärker aktiv einbringen und bereit sind, ihren Gesundheitszustand zu akzeptieren, lassen ein höheres Maß an Self-Kindness, Common Humanity und Mindfulness erkennen (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Gleichfalls zeigen sie weniger Symptome von Stress, Depressivität und

Ängstlichkeit. Die dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten Self-Judgement, Over-Identification und Isolation korrelieren hingegen signifikant negativ mit der Bereitschaft, Schmerzen zu akzeptieren (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Je geringer Self-Compassion und je höher Erlebnisvermeidung jedoch ausgeprägt sind, desto höher auch das Stressempfinden (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Patienten mit einem starken Selbstmitgefühl wenden überwiegend adaptive und deutlich seltener maladaptive Bewältigungsstrategien an. Dadurch gelingt Coping erfolgreicher und geht mit reduziertem Stresserleben einher (Sirois, Molnar & Hirsch, 2015).

2.6 FEHLBARKEIT VERSUS PERFEKTION

Self-Compassion und Coping nehmen jeweils Bezug auf Situationen, die nicht in gewünschter Weise verlaufen und dadurch mit dem Erleben von Misserfolg, Versagen und Fehlbarkeit verbunden sind. Dem gegenüber steht das Bestreben, es gar nicht erst soweit kommen zu lassen. Als motivierende Kraft gilt in diesem Zusammenhang das individuelle Ausmaß an Perfektionismus. Perfektionismus ist ein Persönlichkeitsmerkmal und lässt sich grundlegend verstehen als *„...psychologisches Konstrukt, das versucht, interpersonelle Differenzen bezüglich des Strebens nach möglicher Perfektion und Fehlervermeidung zu erklären“* (Stangl, 2017b, Onlinequelle).

2.6.1 DAS KONSTRUKT PERFEKTIONISMUS

Charakteristisch für Perfektionismus ist *„...das Streben nach Fehlerlosigkeit und Setzen auffallend hoher Leistungsstandards begleitet von der Tendenz zu überkritischen Bewertungen [...]“* (frei übersetzt nach Stoeber & Childs, 2011, S. 2). Dabei sind alle Bereiche des Lebens gleichermaßen betroffen (Stoeber & Stoeber, 2009).

Ursprünglich wurde Perfektionismus mit Fehlverhalten und psychischen Störungen in Verbindung gebracht (Burns, 1980; Flett, Hewitt & Dyck, 1989; Pacht, 1984). Darüber hinaus beruhen frühere Konzeptionen auf der Annahme, es handele sich bei Perfektionismus um ein eindimensionales Konstrukt (Burns, 1980). Noch immer gehen zeitgemäße Ansätze und Betrachtungsweisen auf die dichotome Darstellung von Hamacheck (1978) und der daraus resultierenden Unterscheidung zwischen

normalem und *neurotischem Perfektionismus* zurück. Demnach umfasst normaler Perfektionismus das Setzen hoher persönlicher Standards und eine stark ausgeprägte Leistungsmotivation ebenso wie das Erkennen und Akzeptieren eigener Grenzen (Hawkins, 2005). Nach Hamacheck sind normale Perfektionisten diejenigen, „...*who derive a very real sense of pleasure from the labors of a painstaking effort and who feel free to be less precise as the situation permits*“ (Hamacheck, 1978, S. 27). Normale Perfektionisten suchen nach Anerkennung und profitieren von den damit verbundenen positiven Gefühlen, die ihrerseits das subjektive Wohlbefinden stärken und die Fortführung weiterer Anstrengungen begünstigen. Neurotische Perfektionisten können im Vergleich dazu eigene Grenzen in Bezug auf das Erreichen selbst gesetzter Standards nicht akzeptieren. Sie werden angetrieben von der Angst vor Misserfolgen. Gleichwohl sind sie nicht in der Lage, mit sich und den eigenen Leistungen zufrieden zu sein (Hill, McIntyre & Bacharach, 1997; Nugent, 2000; Pacht, 1984). Vielmehr „... leiden diese Individuen unter ihrem perfektionistischen Streben“ (frei übersetzt nach Stoeber & Otto, 2006, S. 296).

In den 1990er Jahren rückte die Multidimensionalität von Perfektionismus in den Vordergrund wissenschaftlicher Betrachtungen (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1993; Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995). Frost, Marten, Lahart und Rosenblate (1990) beschrieben zunächst ein **6-Facetten-Modell**, mit den Faktoren: „Besorgnis über Fehler“ (*concern over mistakes*, CM), „Persönliche Standards“ (*personal standards*, PS), „Elterliche Erwartungen“ (*parental expectations*, PE), „Elterliche Kritik“ (*parental criticism*, PC), „Zweifel an Handlungen“ (*doubts about actions*, D) und „Organisiertheit“ (*organization*, O). Um diese zu erfassen, entwickelten sie die Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). „*Während die ersten fünf Skalen die Kerndimensionen der FMPS repräsentieren, ließ sich zeigen, dass Organisiertheit nur schwach mit den anderen Skalen verbunden ist*“ (frei übersetzt nach Stoeber, 1998, S. 4). Frost et al. (1990) verzichteten daher darauf, Organisiertheit bei der Berechnung eines globalen Perfektionismuswertes einzubeziehen. In klinischen Studien zeichnete sich alsbald ab, dass diejenigen Subskalen der FMPS, die ein grundlegendes Maß an Besorgnis beinhalten (CM, PE, PC, D) oftmals in Zusammenhang mit prekären Befunden stehen. Je höher ihre Ausprägung, desto wahrscheinlicher sind Wettbewerbsängste (Frost & Henderson, 1991), Schlaflosigkeit (Lundh, Broman, Hett & Saboonchi, 1994), das Auftreten von Zwangsstörungen

(Rhèaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995), soziale Phobien (Juster, Heimberg, Frost, Holt, Mattia & Faccenda, 1996), Anorexia nervosa (Bastiani, Rao, Welzin & Kaye, 1995) und Angst (Frost & Marten, 1990). Wünschenswerte Befunde weisen hingegen meist eine Verbindung zu hohen „Persönlichen Standards“ und „Organisiertheit“ auf. Diese gehen beispielsweise einher mit ausgeprägter Zielverbundenheit (Flett, Sawatzky & Hewitt, 1995), Erfolgsorientierung (Frost & Henderson, 1991) und Leistungsmotivation (Adkins & Parker, 1996). In späteren Untersuchungen traten zudem Schwierigkeiten auf, wenn es darum ging, die besagte 6-Faktoren-Struktur zu replizieren (Frost et al., 1990; Rhèaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995). Stoeber (1998) schlussfolgerte, dass es sich weder bei den Faktoren „Besorgnis über Fehler“ und „Zweifel an Handlungen“ noch bei den Komponenten „Elterliche Erwartungen“ und „Elterliche Kritik“ um jeweils zwei distinkte Dimensionen handelt. Aufgrund der bestehenden Konvergenzen schlug er deshalb ein **4-Facetten-Modell** vor, bei dem die Komponenten „Besorgnis über Fehler und Zweifel an Handlungen“ (CMD) sowie „Elterliche Erwartungen und Kritik“ (PEC) je einen Faktor bilden.

Nur kurze Zeit nach Vorstellung des 6-Facetten Modells (Frost, Marten Lahart & Rosenplate, 1990) veröffentlichten Hewitt und Flett (1991) ihren Entwurf zur Struktur des Perfektionismus mit insgesamt drei Komponenten. Sie unterschieden in ihrem **3-Facetten-Modell** zwischen „selbstorientiertem Perfektionismus“ („*self-oriented perfectionism*“), „an anderen orientiertem Perfektionismus“ („*other-oriented perfectionism*“) und „sozial gefordertem Perfektionismus“ („*social-prescribed perfectiosnism*“). Selbstorientierter Perfektionismus beinhaltet „... *behaviors such as setting exacting standards for oneself and stringently evaluating and censuring one's own behavior*“ (Hewitt & Flett, 1991, S. 457). Die motivationale Komponente des selbstorientierten Perfektionismus findet Ausdruck im Streben nach Perfektion und dem Vermeiden von Fehlern. In Zusammenhang mit dem eigenen Anspruch perfekt zu sein, gewinnen Selbstkritik und Selbstbestrafung an Bedeutung. Der an anderen orientierte Perfektionismus richtet sich indes nach außen und umfasst die Forderung, dass andere perfekt sein müssen. „*The other-oriented perfectionist is believed to have unrealistic standards for significant others, places importance on other people being perfect, and stringently evaluates others' performance*“ (Hewitt & Flett, 1991, S. 457). Auf diese Weise bedingt der an anderen orientierte Perfektionismus

Schulduweisungen, den Verlust des Vertrauens den Mitmenschen gegenüber und Gefühle der Feindseligkeit. Ein signifikant positiver Zusammenhang besteht zudem mit histrionischen, narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsmustern. Sozial geforderter Perfektionismus bezieht sich dagegen auf die Annahme, dass andere von der eigenen Person Perfektion erwarten und beinhaltet demnach „... *the perceived need to attain standards and expectations prescribed by significant others*“ (Hewitt & Flett, 1991, S. 457). Damit einhergehend kommt es zum Erleben stärkeren äußeren Drucks und einer strengeren Bewertung der eigenen Person. Aufgrund der Unkontrollierbarkeit fremdbestimmter Standards treten Fehler sowie damit verbunden Ängste, Ärger und Depressivität häufiger auf. Hat das Erfüllen der Erwartungen anderer Vorrang, nimmt in der Folge die intrinsische Motivation ab (Deci & Ryan, 1985; Ryan, 1982). Sozial geforderter Perfektionismus steht in engem Zusammenhang mit einem hohen Bedürfnis nach Anerkennung und einem externalen Locus of Control. Darüber hinaus findet sich eine Verbindung zu schizoiden, vermeidenden, passiv-aggressiven, schizotypischen und borderline-charakteristischen Verhaltensmustern (Hewitt & Flett, 1991). Zur Erfassung der drei zuvor beschriebenen Perfektionismus-Komponenten entwickelten Hewitt und Flett (1991) ebenfalls ein Fragebogeninventar, das namentlich der FMPS gleicht und daher unter der Bezeichnung HMPS geführt wird.

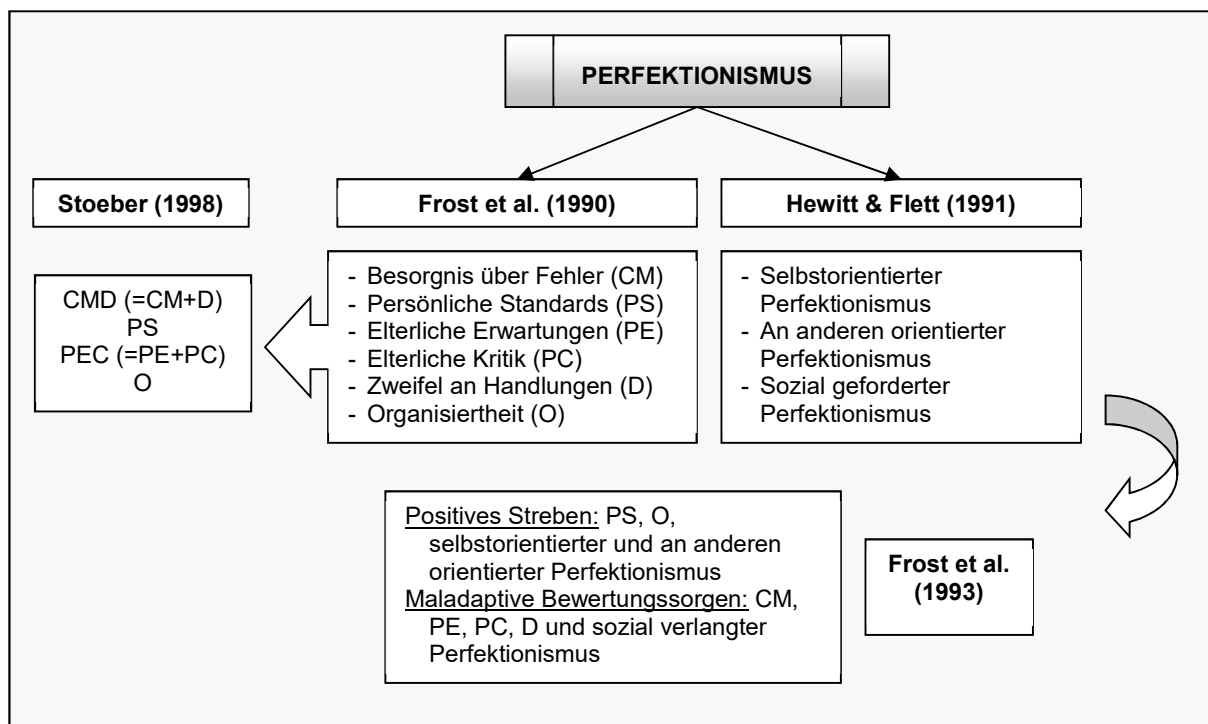


Abbildung 6: Dimensionale Ansätze der Perfektionismus-Forschung

Basierend auf beiden Ansätzen wird allgemein zwischen zwei Hauptdimensionen des Perfektionismus unterschieden (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993; Stoeber & Otto, 2006; Abbildung 6, S. 57). Das **perfektionistische Streben**¹² nimmt Bezug auf diejenigen Facetten, die mit persönlichen Standards, Organisiertheit und selbst- sowie an anderen orientiertem Perfektionismus verbunden sind. Demzufolge ist perfektionistisches Streben mit eher positiven Eigenschaften, Prozessen und Ergebnissen assoziiert. Signifikante Zusammenhänge bestehen mit guter psychischer Anpassung und positivem Affekt, Durchhaltevermögen und akademischen Leistungen (Bieling, Israeli, Smith & Antony, 2003; Frost et al., 1993; Stöber & Kersting, 2007; Stumpf & Parker, 2000) ebenso wie mit subjektivem Wohlbefinden, höherem Selbstwert und Lebenszufriedenheit (Stoeber & Childs, 2011). Darüber hinaus weisen Individuen, die nach Perfektion streben, mehr Extraversion und Gewissenhaftigkeit auf (Stoeber & Otto, 2006). Gleichwohl neigen sie stärker zu Selbstkritik (Stoeber, Hutchfield & Wood, 2008). Gegenstück zum perfektionistischen Streben ist die **perfektionistische Besorgnis**¹³. Sie umfasst Facetten des Perfektionismus, die einhergehen mit der Angst vor Fehlern, dem Anzweifeln von Handlungen, negativen Gedanken hinsichtlich der Leistungsbewertung durch andere sowie dem Erleben von Diskrepanzen zwischen den eigenen Erwartungen und Leistungen. Aufgrund dessen stehen eher negative Aspekte mit perfektionistischer Besorgnis in Verbindung. So finden sich signifikante Korrelationen mit maladaptivem Coping, negativem Affekt, psychologischer Fehlanpassung und psychischen Störungen sowie Neurotizismus (Stoeber & Childs, 2011; Stoeber, Hutchfield & Wood, 2008). Hinzu kommen größere Versagensängste, mehr Stresserleben, Depressivität, Angst und somatische Beschwerden (Stoeber & Childs, 2011). In Übereinstimmung mit der Zusammenfassung mehrdimensionaler Perfektionismus-Konzeptionen zu einem zweidimensionalen Modell (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993; Stoeber & Otto, 2006) konnten Stumpf und Parker (2000) in einer exploratorischen Untersuchung der sechs FMPS-Facetten gleichfalls zwei Faktoren höherer Ordnung nachweisen: (1) „Persönliche Standards & Organisiertheit“ als einen Faktor sowie (2)

¹² Begriff nach Stoeber & Otto (2006), vergleichbar mit „Positive Strivings“ nach Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer (1993)

¹³ Begriff nach Stoeber & Otto (2006), vergleichbar mit „Maladaptive Evaluation Concerns“ nach Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer (1993) und dem „selbstkritischen Perfektionismus“ nach Dunkley, Zuroff & Blankenstein, 2003

„Besorgnis über Fehler, Zweifel an Handlungen, Elterliche Erwartungen & Elterliche Kritik“ gemeinsam als einen weiteren Faktor.

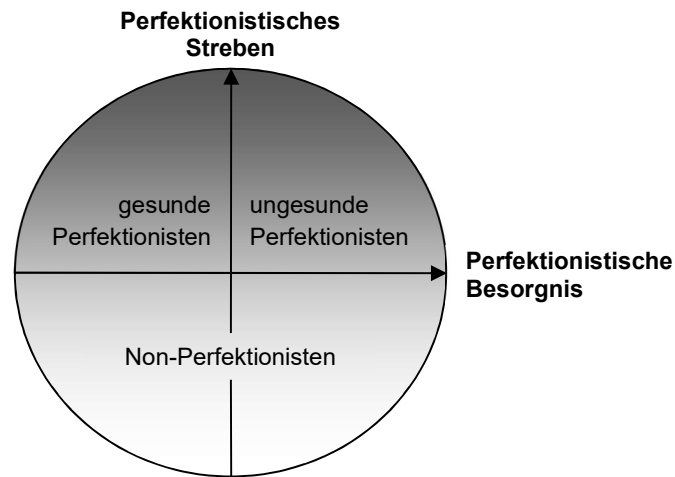


Abbildung 7: Gruppenbasierter Ansatz (deutsche Übersetzung nach Stoeber & Otto, 2006, S. 296)

Neben den dimensional Ansätzen gewinnen gruppenbasierte Betrachtungsweisen zunehmend an Bedeutung (Abbildung 7, S. 59). Auf Clusteranalysen zurückgehend erlauben sie eine generelle Differenzierung zwischen *gesunden Perfektionisten* und *ungesunden Perfektionisten* sowie *Non-Perfektionisten* (Parker, 1997; Hawkins, 2005). Während gesunde Perfektionisten als Individuen gelten, für die ein hohes Maß an perfektionistischem Streben und wenig perfektionistische Besorgnis kennzeichnend sind, weisen ungesunde Perfektionisten in beiden Dimensionen starke Ausprägungen auf. Non-Perfektionisten erzielen insgesamt die niedrigsten Werte sowohl im perfektionistischen Streben als auch hinsichtlich perfektionistischer Besorgnis. Konkret bestehen Unterschiede zwischen gesunden und ungesunden Perfektionisten in den Ausprägungen einzelner Komponenten. Gesunde Perfektionisten haben hohe persönliche Standards und sind gut organisiert. Weniger relevant sind für sie hingegen Sorgen über Fehler und Zweifel an Handlungen ebenso wie Elterliche Erwartungen und Kritik. Gerade diese haben für ungesunde Perfektionisten wesentliche Bedeutung. Im Vergleich zu gesunden Perfektionisten verfügen auch ungesunde Perfektionisten über hohe persönliche Standards, sind aber weniger organisiert (Hawkins, 2005; Parker, 1997). Gleichbedeutend mit gesundem Perfektionismus werden die Begriffe *funktionaler* oder *adaptiver Perfektionismus*

verwandt. Analog dazu finden sich in der Literatur die Bezeichnungen *dysfunktionaler* oder *maladaptiver Perfektionismus* für ungesunden Perfektionismus.

2.6.2 PERFEKTIONISMUS IN DER SELBSTDARSTELLUNG

Neben dem Wunsch, perfekt zu sein und Fehler zu vermeiden, der seinerseits Ausdruck in dem Persönlichkeitsmerkmal Perfektionismus findet, besteht auch das Bedürfnis, anderen Menschen gegenüber perfekt zu erscheinen und Imperfektibilität weder zu zeigen noch einzuräumen (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Fairlie & Stein, 2003). In diesem Fall spricht man von **perfektionistischer Selbstdarstellung**. *„Perfectionistic self-presentation is conceptualized as a stylistic trait [...], and involves an expression of perfectionistic behavior. [...] Whereas the trait dimensions reflect a need to be perfect, perfectionistic self-presentation reflects a need to simply appear to be perfect“* (Hewitt et al., 2003, S.1304). Grundlage der perfektionistischen Selbstdarstellung ist das Bedürfnis nach Anerkennung und Akzeptanz. Dieses manifestiert sich in der Zurschaustellung sozial erwünschter Eigenschaften. Dadurch wird eine Art Fassade geschaffen, die Schutz vor Zurückweisung bietet (Sorotzkin, 1985).

Nach Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, McMurty, Ediger, Fairlie und Stein (2003) lassen sich drei Facetten der perfektionistischen Selbstdarstellung voneinander abgrenzen (Abbildung 8, S. 61). Die perfektionistische Selbstwerbung („*perfectionistic self-promotion*“) umfasst alle Bemühungen, die darauf abzielen, die eigene Person anderen gegenüber perfekt erscheinen zu lassen, um sich auf diese Weise Ansehen, Respekt und Achtung zu sichern. Im Vordergrund steht die positive Selbstdarstellung im Sinne des aktiven Bewerbens der individuellen Vollkommenheit. Unzulänglichkeiten gilt es hingegen zu überspielen. Zur Vermeidung der Offenlegung von Schwächen („*nondisplay of imperfection*“) werden Situationen, bei denen das eigene Verhalten der Bewertung durch andere unterliegt, umgangen, persönliche Makel und Fehler, Versagen oder Unfähigkeiten schlichtweg ausgeblendet. Zu keiner Zeit soll der Eindruck entstehen, dass eine Person „*less-than-perfect*“ (Hewitt et al, 2003, S. 1305) ist. Das Verbergen mangelnder Perfektion („*nondisclosure of imperfection*“) beinhaltet das Ausbleiben der Auseinandersetzung mit eigenen Fehlern sowie das Verschweigen wahrgenommener persönlicher Unzulänglichkeiten und trägt

ebenfalls zur „Wahrung des Scheins“ bei. Alle drei Facetten weisen eine hohe zeitliche Stabilität auf.

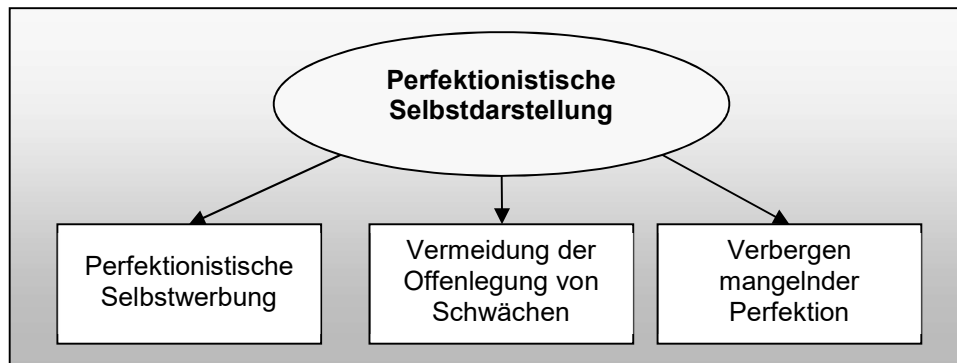


Abbildung 8: Die Komponenten der perfektionistischen Selbstdarstellung (nach Hewitt et al., 2003)

Je stärker sozial geforderter Perfektionismus ausgeprägt ist, desto eher neigen Individuen zur Vermeidung der Offenlegung von Schwächen und dem Verbergen mangelnder Perfektion (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, McMurty, Ediger, Fairlie & Stein, 2003). Gleichfalls kommen häufiger selbstwertschützende Strategien der Selbstdarstellung zur Anwendung, wie Self-Handicapping, Self-Concealment oder Face-Saving (Hewitt et al., 2003; Hobden & Pilner, 1995). Die perfektionistische Selbstdarstellung dient vor allem der Regulation des Selbstwertes im interpersonalen Kontext (Hewitt et al., 2003). Dementsprechend fand sich ein signifikanter Zusammenhang zu selbstüberwachendem Verhalten (Hewitt et al., 2003). Mit zunehmender perfektionistischer Selbstwerbung steigt zudem die Sensibilität hinsichtlich des emotionalen Ausdrucks anderer. Vor dem Hintergrund, die eigene Glaubwürdigkeit zu wahren, dennoch die Realität lediglich dosiert auf sowohl offenbarende als auch verheimlichende Weise preiszugeben, kommt gerade diesem Aspekt wesentliche Bedeutung zu.

Die perfektionistische Selbstdarstellung wird grundlegend als dysfunktionale „Coping-Strategie“ betrachtet, führt sie doch zu einer Vermeidung der konstruktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Fehlern (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, McMurty, Ediger, Fairlie & Stein, 2003). Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der perfektionistischen Selbstdarstellung und einem geringeren Selbstwert sowie dem Erleben selbstbezogener und zwischenmenschlicher Probleme. *„Ironically, the self-protective nature of perfectionistic self-presentation may actually create a less favorable impression by promoting an avoidance of social interaction and stimulating*

defensive behaviors that are viewed negatively (Powers & Zuroff, 1988; Robinson, Johnson, & Shields, 1995). This may produce not only a lack of acceptance but also low self-regard and psychological distress“ (Hewitt et al., 2003, S. 1312). Es droht ebenso die Gefahr, dass das Individuum selbst auf die eigene makellose Fassade „hereinfällt“ und die Überzeugung entwickelt, unfehlbar zu sein (Horney, 1950). So weisen Personen mit einem hohen Maß perfektionistischer Selbstdarstellung tatsächlich eine hohe Ausprägung von Narzissmus auf (Hewitt et al., 2003; Hewitt, Flett & Turnbull, 1992).

2.6.3 SELF-COMPASSION UND PERFEKTIONISMUS

Vor dem Hintergrund, Perfektion zu erlangen, gehen entsprechend getriebene Individuen hart mit sich ins Gericht und evaluieren kontinuierlich das Selbst anhand eigener und gesellschaftlicher Maßstäbe. Diese Form der Bewertung der eigenen Person basiert zu einem großen Teil auf Selbstkritik. Selbstkritik wiederum entspricht in der Konzeption von Self-Compassion der Komponente Self-Judgement und ist folglich der Entwicklung von Selbstmitgefühl abträglich. Neben der Selbstkritik weist auch die Perfektionismus-Facette „Elterliche Kritik“ einen signifikant negativen Zusammenhang zu Self-Compassion auf (Potter, Yar, Francis & Schuster, 2014).

2.6.4 PERFEKTIONISMUS UND COPING

Einige Forschungsansätze schreiben in ihrer Auslegung dem Perfektionismus kognitive Tendenzen zu, die Beck (1976) in Zusammenhang mit Depressivität benennt. Neben der selektiven Aufmerksamkeit gehören dazu die Neigung zur Übergeneralisierung von Fehlern und eine dichotome Sichtweise der Dinge (Barrow & Moore, 1983; Burns, 1980; Hamacheck, 1978; Hollender, 1965; Pacht, 1984). Derartige Denkmuster treten insbesondere in Verbindung mit perfektionistischer Besorgnis auf. Folglich sind das Erfahren negativer Empfindungen und eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen (Alkoholismus, Depressionen, Ess- und Zwangsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen und Suizidgedanken) kennzeichnend für dysfunktionalen Perfektionismus. Dem gegenüber begünstigt funktionaler Perfektionismus aktives Coping und trägt dadurch zur Reduzierung des Stresserlebens bei. Infolgedessen steigt das subjektive Wohlbefinden, die Anfälligkeit

für psychische Erkrankungen nimmt hingegen ab (Geranmayepour & Besharat, 2010; Stoeber & Otto, 2006). Während also gesunde Perfektionisten auf aktive Bewältigungsstrategien zurückgreifen können, neigen ungesunde Perfektionisten eher zu psychischer Dekompensation in Belastungssituationen. Ganz allgemein kann davon ausgegangen werden, dass mit einem Anstieg des Bedürfnisses nach Perfektion die Bedeutung von Verfehlungen und Misserfolgen zunimmt. Sie lassen sich dennoch nicht gänzlich vermeiden und verursachen bei ihrem Auftreten Stress auf Seiten des Individuums. Im Umgang mit derartigen Spannungszuständen kommt dem Prozess der Bewältigung im Sinne von Coping eine wesentliche Rolle zu. Dabei haben die verschiedenen Dimensionen des Perfektionismus durchaus unterschiedlichen Einfluss auf die Wahl der individuellen Coping-Strategien (Flett, Russo & Hewitt, 1994). Sozial geforderter Perfektionismus unterbindet konstruktives Denken ebenso wie positives emotionales Coping¹⁴ und verhaltensbezogenes Coping¹⁵. Stattdessen nehmen das Denken in Kategorien¹⁶ und die Tendenz zu abergläubischen Annahmen zu. Selbst- und an anderen orientierter Perfektionismus begünstigt im Vergleich dazu teilweise gegensätzliche Coping-Strategien. So lassen sich verhaltensbezogenes Coping, insbesondere eine ausgeprägte Handlungsorientierung und Gewissenhaftigkeit, sowie das Ausbleiben abergläubischer Denkmuster häufiger beobachten. Überstimmend mit sozial gefordertem Perfektionismus wird Selbstakzeptanz als Aspekt des positiven emotionalen Copings gleichfalls seltener erlebt. Selbst- und an anderen orientierter Perfektionismus besitzt folglich sowohl adaptive als auch maladaptive Coping-Eigenschaften (Flett, Russo & Hewitt, 1994).

¹⁴ Zurückgehend auf das Constructive Thinking Inventory (CTI, Epstein & Meier, 1989) umfasst positives emotionales Coping: Selbstakzeptanz, das Ausbleiben von Übergeneralisierung, Unempfindlichkeit und fehlende Grübelneigung.

¹⁵ Nach dem CTI beinhaltet verhaltensbezogenes Coping positives Denken, Handlungsorientierung und Gewissenhaftigkeit.

¹⁶ Gemäß CTI sind polarisierendes Denken, Misstrauen gegenüber anderen und Intoleranz kennzeichnend für kategorisierendes Denken.

3. EINFÜHRUNG IN DEN EMPIRISCHEN TEIL

Auf den vorangegangenen Seiten erfolgte eine detaillierte und intensive theoretische Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Self-Compassion. Die Abgrenzung von anderen, auf den ersten Blick ähnlich erscheinenden Konstrukten fand dabei ebenso Betrachtung, wie die gründliche Darlegung der mit dem Selbstmitgefühl verbundenen Korrelate. Ergänzend wurden die Themen Perfektionsstreben, Misserfolg, Stress und Coping beleuchtet, welche in direktem Zusammenhang mit selbstmitfühlendem Erleben und Verhalten hohe Relevanz besitzen, führt man sich vor Augen, dass Fehlschläge unverkennbar dem eigenen Perfektionsgedanken entgegen stehen. Folglich erzeugen sie Stress und erfordern ein Entwickeln von Bewältigungsstrategien, die ihrerseits auf einer sorgfältigen Beschäftigung mit der eigenen Situation und dem Selbst beruhen.

In diesem Kapitel geht es um die ausführliche Darstellung der durchgeführten Untersuchung hinsichtlich Fragestellungen, Instrumente, Stichprobe und Ablauf. Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Studie liegt auf dem Konstrukt Self-Compassion sowie damit verbundenen Annahmen und Erwartungen, die sich aus der Auseinandersetzung mit den in Kapitel zwei beschriebenen Ansätzen, Theorien und vorliegenden Befunden ergeben. Aus diesen Überlegungen heraus wurden in einem ersten Schritt entsprechende Leithypothesen formuliert, welche die weitere Basis der durchgeführten Erhebung bilden.

3.1 FRAGESTELLUNGEN

Wie eingangs bereits dargelegt, handelt es sich bei Self-Compassion um ein relativ junges Konstrukt innerhalb der Selbstkonzeptforschung. Auch wenn das Selbstmitgefühl in den vergangenen Jahren sukzessive mehr Beachtung fand, liegt insbesondere für den deutschsprachigen Raum bisher nur eine begrenzte Anzahl an Untersuchungen und Befunden vor. Diese Studie soll dazu beitragen, ein grundlegendes Verständnis für Self-Compassion und dessen Bedeutung zu schaffen und zu fördern. Dafür steht einerseits der Nachweis wünschenswerter, positiver Auswirkungen von Self-Compassion im Vordergrund, wie er schon in ähnlicher Form in vorausgehenden Studien (vorwiegend im englischsprachigen Raum) erbracht wurde. Von zentralem Interesse sind hierbei Gesundheitsaspekte, Coping-Verhalten,

akademische Leistungen und eine generell bejahende Einstellung gegenüber dem Selbst.

Darüber hinaus liegt ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Relevanz von Selbstmitgefühl für Menschen, die sich in einer kritischen Ausnahmesituation befinden. Wie an späterer Stelle eingehend beschrieben (vgl. 3.2.1 „Stichprobe“, S. 77 ff.), setzt sich die Stichprobe dieser Erhebung aus Probanden zusammen, deren bisheriges Leben eine entscheidende Wendung erfuhr: Aus gesundheitlichen Gründen sind sie nicht mehr in der Lage, ihrer ursprünglichen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zum Zeitpunkt der Befragung durchlaufen sie eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation. Neben gesundheitlichen Belastungsfaktoren physischer und/oder psychischer Natur erleben sie darüber hinaus multiplen Stress, hervorgerufen durch existentielle Ängste und Leistungsdruck. Wenn aufgezeigt werden kann, dass Self-Compassion in diesem Kontext weitere positive Auswirkungen hat, würden sich daraus strukturierte Handlungsanweisungen ableiten lassen, die darauf abzielen, zum Erfolg der beruflichen Rehabilitation beizutragen. Denn anders als hinsichtlich des Selbstwertes, der als relativ stabil gilt, besteht für das Selbstmitgefühl die grundlegende Möglichkeit, dieses durch entsprechende psychologische Intervention zu steigern.

Vor diesem Hintergrund werden, ergänzend zu den zuvor genannten Aspekten, der Zusammenhang zwischen Self-Compassion und der Krankheitsbewältigung als spezifische Form des Copings sowie die Wechselwirkung zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus untersucht. Darüber hinaus stehen im Fokus der Befragung das Integrationsengagement, die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, die Umschulungsmotivation und die wahrgenommenen Chancen am Arbeitsmarkt. Self-Compassion erfährt dabei als Gesamtwert zunächst einer globalen Betrachtung. Zur näheren explorativen Analyse der Ergebnisse werden ferner ebenso die sechs Unterskalen einbezogen und entsprechend im Ergebnisteil aufgeführt. Unter Berücksichtigung des nicht unbedeutenden Einflusses, der dem Selbstwertgefühl auf die Beziehung von Self-Compassion mit anderen relevanten Konstrukten unterstellt werden kann (vgl. Kapitel 2, Seite 41), hat die vorliegende Arbeit darüber hinaus den Anspruch, die eigenständige, vom Selbstwert losgelöste Bedeutung von Self-Compassion aufzuzeigen.

Basierend auf dieser Zielsetzung lassen sich zusammenfassend folgende generelle Fragestellungen ableiten:

- Wie groß sind die Zusammenhänge zwischen Self-Compassion und positiven, erwünschten Konsequenzen, die sich in dieser Erhebung zeigen lassen? Finden vorherige Befunde Bestätigung?
- Gelingt es Probanden mit einem starken Selbstmitgefühl eher als anderen, sich mit ihrer gegenwärtigen Situation zu arrangieren?
- Wirkt sich ein hohes Maß an Self-Compassion förderlich auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation aus? Lassen sich gar Vorhersagen treffen hinsichtlich der Chancen einer erfolgreichen Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt auf Grundlage der Ausprägung des Selbstmitgefühls?
- Macht es perspektivisch allgemein Sinn, dem Selbstmitgefühl beruflicher Rehabilitanden mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, respektive es gezielt durch bspw. psychologische Intervention zu steigern?

Abgeleitet von diesen eher globalen Fragestellungen ergeben sich verschiedene spezifische Hypothesen:

Hypothese 1 (H1): Ein hohes Maß an Self-Compassion geht mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand einher.

H1a: Probanden mit einer hohen Ausprägung an Selbstmitgefühl lassen mehr Vitalität erkennen als andere.

H1b: Diese Personen erzielen darüber hinaus bessere Werte hinsichtlich der Sozialen Funktionsfähigkeit.

H1c: Auch bezüglich der Wahrnehmung der Emotionalen Rollenfunktion sind Personen mit einem hohen Maß an Self-Compassion weniger selbstmitfühlenden Menschen überlegen.

H1d: In ihrem Psychischen Wohlbefinden lassen selbstmitfühlende Menschen höhere Werte erkennen als weniger selbstmitfühlende Personen.

Vorausgehende Studien konnten zeigen, dass mit zunehmendem Selbstmitgefühl das Erleben von Depressivität und Ängstlichkeit abnimmt (Neff, 2004; Neff, Hsieh & Dejithirat, 2005). Dementsprechend liegt die Vermutung nahe, dass Menschen mit einer hohen Ausprägung an Self-Compassion psychisch ausgeglichener und stabiler

sind im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Menschen. Zwar konnte ebenso gezeigt werden, dass eine hohe Ausprägung an Self-Compassion mit einer signifikant geringeren Bereitschaft, Schmerzen zu akzeptieren einhergeht (Costa & Pinto-Gouveia, (2011) und sich insbesondere die Komponente Mindfulness positiv auf den Umgang mit chronischen Schmerzen auswirkt (Kabat-Zinn, 1982; Sharpio, Schwartz & Bonner, 1998, Williams, Kolar, Reger & Parson, 2001). Gleichwohl wird jedoch angenommen, dass das eigentliche, ursprüngliche Schmerzempfinden nicht in Abhängigkeit vom Selbstmitgefühl über die Probanden hinweg divergiert und sie sich darüber hinaus auch folglich ebenso wenig hinsichtlich weiterer Aspekte des körperlichen Gesundheitszustandes unterscheiden.

H1e: Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustandes bestehen im Kontext der beruflichen Rehabilitation dahingehend, dass Männer in den körperlichen Dimensionen niedrigere Werte erzielen, wohingegen Frauen in den psychischen Aspekten geringere Werte aufweisen.

Generell ist der Anteil der Männer, die die berufliche Rehabilitation durchlaufen, erkennbar höher als der Anteil der Frauen. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass Männer der untersuchten Altersgruppe überwiegend einer Generation angehören, die erwartungskonform in typischen „Männerberufen“ körperlich schwereren Tätigkeiten nachging. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit körperlich-degenerativer Erscheinungen, die eine berufliche Neuorientierung erforderlich machen, ungleich höher als bei Frauen derselben Generation, die oftmals in körperlich weniger anstrengenden Berufen beschäftigt waren. Der letztgenannte Gesichtspunkt untermauert dementsprechend die Annahme, dass Frauen in der beruflichen Rehabilitation eher psychische Grunderkrankungen, die eine neue berufliche Ausrichtung erforderlich machen, aufweisen.

Hypothese 2 (H2): Je höher Self-Compassion ausgeprägt ist, desto besser gelingt die Krankheitsbewältigung.

Personen, die selbstmitfühlender sind,...

H2a: zeigen eher (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping*.

H2b: lassen mehr (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau* erkennen.

- H2c: nutzen stärker (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch*.
- H2d: weisen weniger (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* auf.
- H2e: zeigen weniger (EFK 5) *Depressive Verarbeitung*.
- H2f: weisen eine höhere (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* auf.
- H2g: lassen eine (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* erkennen.
- H2h: nutzen stärker das (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* zur Krankheitsbewältigung.

Die Krankheitsbewältigung gilt als eine spezifische Form des Copings und erfordert die konstruktive Auseinandersetzung mit den belastenden Faktoren sowie die individuelle Anpassung an die Situation oder eine aktive Veränderung der Umwelt. Damit steht zunächst, wie beim Selbstmitgefühl auch, die intensive Beschäftigung mit der eigenen Person im Vordergrund. Selbstmitfühlendere Probanden sollten folglich in allen funktionalen Dimensionen der Krankheitsverarbeitung signifikant höhere Werte erzielen als Personen mit einem geringer ausgeprägten Selbstmitgefühl. Lediglich in Hinblick auf (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst* werden keine Unterschiede erwartet. Dysfunktionale Coping-Strategien der Krankheitsbewältigung wie (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* und (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* sollten deutlich geringer ausgeprägt sein bei stärker selbstmitfühlenden Untersuchungsteilnehmern im Vergleich zu Personen mit geringem Selbstmitgefühl.

Da Self-Compassion positive Auswirkungen auf die emotionale Widerstandsfähigkeit hat (Neff, 2010), kann davon ausgegangen werden, dass es selbstmitfühlenden Menschen unabhängig vom Geschlecht leichter gelingt, eine Erkrankung anzunehmen und sich entsprechend neu auszurichten. Dementsprechend werden keine Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Krankheitsbewältigung erwartet.

Hypothese 3 (H3): Je geringer das Perfektionsstreben, desto selbstmitfühlender das Individuum. - Untersuchungsteilnehmer, die ein hohes Maß an Perfektionismus erkennen lassen, weisen ein geringeres Selbstmitgefühl auf, als weniger perfektionistische Probanden.

Wie bereits in Kapitel zwei angemerkt, gilt die perfektionistische Selbstdarstellung als destruktive Coping-Strategie, da sie eine kritische Auseinandersetzung der Person mit

eigenen Misserfolgen und Unzulänglichkeiten unterbindet (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, McMurty, Ediger, Fairlie & Stein, 2003). Ferner ist anzunehmen, dass die Erkenntnis, den eigenen oder von außen gesetzten Perfektionsansprüchen nicht zu genügen, Gefühle der Insuffizienz und damit einhergehend selbstverurteilende Gedanken oder eine isolierte Sichtweise bedingen, davon ausgehend die gesetzten Maßstäbe seien generell erreichbar gewesen. Je perfektionistischer eine Person ist, desto höher fallen ihre Erwartungen an sich selbst aus. Jedoch steigt damit auch die Wahrscheinlichkeit, diesen eventuell nicht gerecht zu werden. In Übereinstimmung mit den zuvor beschriebenen Betrachtungsweisen konnte in der Vergangenheit ein negativer Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Self-Compassion nachgewiesen werden, der besonders stark für die Perfektionismus-Komponente „Elterliche Kritik“ ausfiel (Neff, 2003a). Basierend auf diesen Befunden wurde die zuvor formulierte Hypothese generiert in der Annahme, dass sich bisherige Ergebnisse in dieser Studie reproduzieren lassen, wobei es keine Hinweise dafür gibt, Männer und Frauen könnten sich in Hinblick auf das Perfektionsstreben voneinander abheben.

Hypothese 4 (H4): Zwischen Self-Compassion und dem Selbstwert besteht ein positiver Zusammenhang. Mit zunehmendem Selbstmitgefühl steigt auch der Selbstwert.

H4a: Je selbstmitfühlender ein Proband, desto stärker ausgeprägt ist auch sein Selbstwertgefühl.

Das Selbstwertgefühl und Self-Compassion weisen erkennbare Parallelen auf. Beide Konstrukte gehen einher mit einer bejahenden Haltung dem Selbst gegenüber und dem geringeren Erleben von Angst und Depressivität (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007). Aufgrund der Gemeinsamkeiten ist eine positive Wechselwirkung zwischen der Ausprägung des Selbstmitgefühls und des Selbstwertes zu erwarten.

H4b: Frauen weisen im Vergleich zu Männern ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf.

Es kann angenommen werden, dass insbesondere Frauen in ihrem Selbstwert stärker bzw. anders als das männliche Geschlecht von der öffentlichen Meinung beeinflusst werden. Während bei Männern bspw. der kantige, unabhängige und individuelle Typ als Werbeträger stets im Trend zu liegen scheint, sind Frauen dem beinahe ausnahmslos retuschierten Bild der faltenfreien, makellosen, erfolgreichen und von

allen geliebten Verführerin, das die sozialen Medien auf jeglichen Kanälen propagieren, ausgesetzt. Dies bleibt nicht ohne Auswirkungen. So realitätsfremd und folglich unerreichbar ein solches weitverbreitet gepredigtes, weibliches Ideal auch ist, führt es durch seine Omnipräsenz doch dazu, dass sich Frauen daran orientieren (Girl's Attitude Survey, 2013, Onlinequelle; Petersen, 2005; Thomas, Mussweiler, & Mandel, 2010). Der Einfluss der Medien geht dabei über das Körperbild hinaus. Die Frau der Gegenwart glaubt zumeist, dass sie neben einem stets attraktiven Erscheinungsbild auf eine erstrebenswerte Karriere, traditionelle Qualitäten in der Haushaltsführung und Kindererziehung verweisen können sollte, um in der Gesellschaft zu bestehen. Ihr eigener Anspruch an sich selbst, den gesellschaftlichen Erwartungen gerecht zu werden, setzt sie zusätzlich unter Druck. Dadurch begibt sich die Frau in eine „Selbstwert-Falle“, kann sie doch auch mit größtem Engagement nur hinter den Erwartungen zurückbleiben, da diese ganz klar die Grenze des real Möglichen überschreiten. Darunter leidet der Selbstwert. Das wird vor allem klar, wenn man bedenkt, dass Frauen eine stärkere Neigung zur Selbstkritik zugesprochen wird (Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Und so modern diese Gesellschaft auf den ersten Blick auch wirkt, in den Punkten Teilzeitarbeit, gleichberechtigte Unterstützung im Haushalt oder Kindererziehung stehen Männer den Frauen nach und sind demgemäß weniger mit der Doppelbelastung Familie/Haushalt und Beruf konfrontiert, also auch weniger expliziten Erwartungshaltungen der Gesellschaft dahingehend ausgesetzt (Becher & El-Menouar, 2014). Ihr Selbstwert resultiert folglich aus einem „passgenaueren“, realistischen Abgleich mit gesellschaftlichen Anforderungen.

Hypothese 5 (H5): Self-Compassion wirkt sich positiv auf (VK) *Verhaltenskontrolle* und (SG) *Seelische Gesundheit* aus.

H5a: Mit zunehmendem Selbstmitgefühl steigt die (VK) *Verhaltenskontrolle*.

H5b: Je selbstmitfühlender eine Person ist, umso *seelisch gesünder* ist sie.

H5c: Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen hinsichtlich (SG) *Seelische Gesundheit*, die bei Frauen geringer ausgeprägt ist als bei Männern.

In vorausgehenden Untersuchungen ließ sich zeigen, dass eine höhere Ausprägung des Selbstmitgefühls mit einem höheren Maß an Gewissenhaftigkeit verbunden ist

(Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Da Verhaltenskontrolle gewissenhaftes Agieren voraussetzt, ist es naheliegend, dass ein stärker ausgeprägtes Selbstmitgefühl mit einer gesteigerten (VK) *Verhaltenskontrolle* einhergeht. Wie in der Auseinandersetzung mit Hypothese H1 bereits erwähnt, weisen selbstmitfühlende Menschen weniger Angst und Depressivität auf (Neff, 2004; Neff, Hseih & Dejithirat, 2005). Sie zeigen mehr positiven sowie weniger negativen Affekt und empfinden eher Lebensfreude und Optimismus (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Vor diesem Hintergrund kann gemutmaßt werden, dass mit zunehmendem Selbstmitgefühl auch die (SG) *Seelische Gesundheit* steigt. Signifikante Unterschiede in der (VK) *Verhaltenskontrolle* im Vergleich von Männern und Frauen werden nicht vermutet, wohl aber hinsichtlich der (SG) *Seelischen Gesundheit* (vgl. Hypothese H1i).

Hypothese 6 (H6): Self-Compassion weist einen positiven Zusammenhang zu konstruktiven, funktionalen Formen des Copings auf.

Je höher das Selbstmitgefühl ausfällt, desto ...

H6a: eher zeigen Probanden (1) *Aufgabenorientiertes Coping*.

H6b: geringer ist die Neigung zu (2) *Emotionsorientiertem Coping*.

H6c: häufiger nutzen Untersuchungsteilnehmer *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* als Form des (3) *Vermeidungsorientierten Copings*.

H6d: eher greifen Personen auf *Palliatives Coping: Versuch* zurück.

H6e: häufiger zeigen die Untersuchten *Palliativ-erfolgreiches Coping*.

Neff (2003a) berichtete, dass zwischen dem Selbstmitgefühl und Coping-Fähigkeiten ein positiver Zusammenhang besteht, Coping also besser gelingt, je selbstmitfühlender jemand ist. Demzufolge sollten (1) *Aufgabenorientiertes Coping* und *Palliatives Coping* (Versuch und Erfolg) stärker ausgeprägt sein bei Personen mit hohem Selbstmitgefühl im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Menschen. Da Isolation das Selbstmitgefühl negativ beeinflusst, ist ebenso davon auszugehen, dass *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* als Form des (3) *Vermeidungsorientierten Copings* umso relevanter wird, je selbstmitfühlender das Individuum agiert. Das Versinken in dem eigenen Leid (Over-Identification) ist für das Entwickeln von Selbstmitgefühl ebenfalls hinderlich, was zu der Annahme führt, selbstmitfühlendere Menschen neigen weniger zu (2) *Emotionsorientiertem Coping*.

Self-Compassion beruht auf einer gedanklichen und emotionalen Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007). Da *Zerstreuungsorientiertes Coping* als Form des (3) *Vermeidungsorientierten Copings* vielmehr darauf abzielt, von persönlichen Schwierigkeiten abzulenken und diese auszublenden, ist anzunehmen, dass sich kein Zusammenhang zwischen dieser Form des Copings und Self-Compassion aufzeigen lässt. Bezüglich Unterschieden zwischen den Geschlechtern im Bewältigungsverhalten gibt es Hinweise darauf, dass Frauen eher zu emotional ausgerichteten und vermeidenden Coping-Strategien neigen als Männer (Matud, 2014), zugleich aber auch mehr emotionale, soziale Unterstützung suchen (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002) und erhalten (Kelly, Tyrka, Price & Carpenter, 2008). Daher wird zunächst angenommen, dass Männer und Frauen in ihren globalen Coping-Werten ähnlich hohe Ausprägungen aufweisen.

Hypothese 7 (H7): Selbstmitgefühl ist förderlich für das Integrationsengagement. - Mit zunehmendem Selbstmitgefühl steigt das Integrationsengagement.

Wie in Kapitel zwei beschrieben, weisen selbstmitfühlendere Menschen mehr Zuversicht und eine positivere Grundhaltung dem Leben gegenüber auf (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Zudem nutzen sie konstruktive Strategien im Umgang mit belastenden Situationen und können diese dadurch erfolgreicher bewältigen (Neff, 2003a). Ein hohes Integrationsengagement setzt voraus, dass Probanden bereit sind, ihre gegenwärtige Situation anzunehmen, jedoch auch diese gezielt ändern und verbessern wollen. Im Kontext der beruflichen Rehabilitation lässt sich das Integrationsengagement somit als aktive Form des Copings verstehen. Basierend auf der Akzeptanz der gesundheitlichen Situation und der daraus resultierenden Notwendigkeit der beruflichen Neuausrichtung geht es im Sinne des Integrationsengagements darum, sich für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation und eine gelungene Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt einzusetzen. Vor diesem Hintergrund wird erwartet, dass Selbstmitgefühl einen positiven Zusammenhang zum Integrationsengagement aufweist. Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden diesbezüglich nicht vermutet.

Hypothese 8 (H8): Selbstmitfühlende Menschen können eher Unterstützung in Form der Besonderen Hilfen annehmen. - Je höher Self-Compassion

ausgeprägt ist, umso stärker die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen.

Individuen mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl gelingt es eher als anderen, Misserfolge und persönliche Niederlagen als Teil des Menschseins und unmittelbar zum Leben dazugehörend anzunehmen (vgl. Common-Humanity als Komponente von Self-Compassion) und sich dabei selbstfreundlich zu begegnen. Dadurch sollte es ihnen leichter fallen, Unterstützungsbedarf einzugestehen und Hilfe zu suchen sowie zuzulassen. Dementsprechend liegt es nahe, dass selbstmitfühlende Menschen eher bereit sind, das Angebot Besonderer Hilfen in Anspruch zu nehmen, unabhängig vom Geschlecht, wobei eine Präferenz für spezifische Formen der Besonderen Hilfen in Abhängigkeit vom Geschlecht nicht ausgeschlossen wird.

Hypothese 9 (H9): Zwischen dem Selbstmitgefühl und der Umschulungsmotivation besteht ein positiver Zusammenhang. - Probanden weisen eine umso höhere Umschulungsmotivation auf, je selbstmitfühlender sie sind.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass selbstmitfühlendere Menschen psychisch stabiler und weniger ängstlich oder depressiv veranlagt sind (Neff, 2004; Neff, Hsieh & Dejithirat, 2005), kann spekuliert werden, dass sie einer so gravierenden Änderung in ihrem Leben, wie sie eine berufliche Neuausrichtung darstellt, offener und insgesamt positiver gegenüber stehen, als Personen, die weniger Selbstmitgefühl zeigen. Zugleich sind sie eher in der Lage, sich konstruktiv mit dem eigenen Selbst und kritischen Situationen auseinanderzusetzen sowie aktiv Wege zu finden, um sich neu auszurichten (Neff, 2003a). Die Umschulungsmotivation bezieht sich darauf, wie sehr sich die Befragten mit der neuen beruflichen Richtung identifizieren können und bestrebt sind, zukünftig in dem Bereich tätig zu werden. Von selbstmitfühlenderen Personen, die als eher zukunftsorientiert und optimistisch gelten, lässt sich annehmen, sie würden sich auch stärker in die berufliche Neuausrichtung einbringen, wobei zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede dahingehend erwartet werden.

Hypothese 10 (H10): Self-Compassion hat einen positiven Einfluss auf die akademischen Leistungen. - Probanden, die hohe Werte bezüglich des Selbstmitgefühls aufweisen, lassen bessere

schulische Leistungen erkennen im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Untersuchungsteilnehmern.

In Kapitel zwei wurde bereits beschrieben, dass Self-Compassion in positivem Zusammenhang steht mit der Einschätzung der eigenen Kompetenz sowie mit der Lernzielorientierung (Neff, Hseih & Dejithirat, 2005). Darüber hinaus zeigen selbstmitfühlende Personen weniger Aufschiebeverhalten und akademische Ängste (Williams, Stark & Foster, 2008). Basierend auf diesen Befunden wird davon ausgegangen, dass sich Self-Compassion positiv auf die akademischen Leistungen auswirkt. Je weniger schulische Leistungsängste, je langfristiger die Vorbereitung auf Prüfungen und je realistischer die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten sowie des resultierenden Lernbedarfs, desto besser sollten Personen im schulischen Kontext abschneiden, unabhängig davon, ob es sich um Männer oder Frauen handelt.

Hypothese 11 (H11): Zwischen dem Selbstmitgefühl und den subjektiv wahrgenommenen Chancen auf eine erfolgreiche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt besteht ein positiver Zusammenhang.

H11a: Ein höheres Maß an Selbstmitgefühl geht mit höher wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt nach Abschluss der beruflichen Rehabilitation einher.

H11b: Selbstmitfühlendere Menschen können eher einen zukünftigen Arbeitsplatz im Anschluss an die berufliche Rehabilitation vorweisen als weniger selbstmitfühlende Personen.

Die Hypothese H11 steht in engem Zusammenhang mit Hypothese H9 und Hypothese H10. Es wird vermutet, dass selbstmitfühlende Personen sich aufgrund einer positiveren Wahrnehmung (Neff, 2004; Neff, Hseih & Dejithirat, 2005) und funktionalerer Coping-Strategien (Neff, 2003a) eher auf einen beruflichen Neuanfang einlassen können und dahingehend mehr Commitment zeigen. Hinzu kommen weniger akademische Ängste (Williams, Stark & Foster, 2008). Unter diesen Voraussetzungen liegt es nahe, dass selbstmitfühlendere Menschen eher davon ausgehen, den neuen beruflichen Anforderungen gewachsen zu sein und dem Arbeitsmarkt als geeigneter Arbeitnehmer zur Verfügung zu stehen. Im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung lässt sich ferner annehmen, diese Personen treten

bereits im Praktikumsunternehmen zielstrebig und souveräner auf, ebenso wie in Vorstellungsgesprächen und sichern sich so eine berufliche Zukunft. Geschlechtsunterschieden wird dabei keine relevante Rolle eingeräumt. Auch die Chancen am Arbeitsmarkt sollten objektiv und frei vom Selbstmitgefühl über alle Probanden hinweg ähnlich wahrgenommen werden.

Hinsichtlich des Erlebens von Selbstmitgefühl wird angenommen, dass das Geschlecht keine bedeutsame Rolle spielt, Frauen und Männer demnach Selbstmitgefühl in ähnlichem Maße aufweisen. Frauen gelten als grundlegend empathischer als Männer (Eisenberg & Lennon, 1983; Zahn-Waxler, Cole & Barrett, 1991). Würde man davon ausgehen, dass sie diese Empathie auch sich selbst gegenüber aufbringen können, ließe sich spekulieren, sie wären Männern im Erleben von Self-Compassion überlegen. Jedoch gelten Frauen gleichfalls als selbstkritischer (Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999) – ein Aspekt, der konträr dem Selbstmitgefühl ist. Unter der Annahme, förderliche und hemmende Einflussfaktoren gleichen sich aus, kann deshalb davon ausgegangen werden, dass sich für das Erleben von Self-Compassion keine Geschlechtsunterschiede aufzeigen lassen.

Diese Annahme weist damit einen gewissen Widerspruch zu Hypothese H4 auf. Wenn einerseits das Selbstmitgefühl in Zusammenhang mit dem Selbstwert steht (H4a) und Frauen ein geringerer Selbstwert unterstellt wird (H4b), ist zu vermuten, dass auch ihr Selbstmitgefühl niedriger ausfällt als das der Männer. Gleichwohl gibt es für Hypothesen H4 und die zuletzt getätigte Annahme überzeugende Argumente, welche den jeweiligen Ansatz stützen. Unter diesem Gesichtspunkt werden daher in dem Bewusstsein der bestehenden Diskrepanz beide hypothetischen Aussagen zunächst aufrechterhalten.

3.2 DURCHFÜHRUNG

Die Befragung der Teilnehmer erfolgte über zwei standardisierte Fragebögen (Teil 1 und Teil 2, (vgl. Anhang, S. 225 ff.)), die den Probanden im Abstand von circa sechs Wochen vorgelegt wurden. Die erste Erhebung (Teil 1) fand jeweils während der

unmittelbaren Vorbereitung auf die Kammerprüfungen¹⁷ statt. Teil 2 des Fragebogens wurde den Probanden erst nach Erhalt Ihrer schriftlichen Prüfungsergebnisse ausgehändigt. Die Teilnehmer wurden im Unterrichtskontext, bspw. im Rahmen einer Vertretungsstunde, um die Mitwirkung an der Studie gebeten. Dabei wurden sie explizit auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben und die Gewährleistung der Anonymität ihrer Daten hingewiesen. Es stand den Probanden frei, die Fragebögen unmittelbar vor Ort oder zu einem späteren Zeitpunkt auszufüllen. Teil 1 des Fragebogens erforderte für die Bearbeitung etwa 60 min, Teil 2 des Fragebogens circa 15 min Zeitaufwand. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte überwiegend vor Ort. Nur im Einzelfall wurden Exemplare von Probanden mit nach Hause genommen und später eingereicht. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über mehr als zwei Jahre, beginnend im Mai 2012 und endend im Juli 2014.

Um die zusammengehörenden Fragebögen einer Person (Teil 1 und Teil 2) zuordnen zu können, wurden die Teilnehmer gebeten, sowohl auf dem ersten als auch dem folgenden Fragebogen anhand der Verschlüsselung ihrer persönlichen Daten (Vorname, Geburtsdatum und -ort) nach konkreter Anleitung einen sechsstelligen Identifizierungscode zu erstellen und diesen auf dem Bogen an dafür vorgesehener Stelle einzutragen. Der so generierte Code erlaubt keinerlei Rückschlüsse auf den Ausfüllenden und unterstützt damit die Wahrung der Anonymität.

Die Teilnehmer erhielten die Information, dass die Befragung dazu dient, Erkenntnisse über Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen in Hinblick auf ihre persönliche, berufliche und soziale Lebenslage zu sammeln.

In den Jahren 2012 und 2013 wurden die Fragebögen von der Untersuchenden persönlich an die Probanden ausgegeben, im Folgejahr 2014 von Mitarbeitern des Berufsförderungswerkes an die Teilnehmer verteilt. In Abhängigkeit dessen variierte die Rücklaufquote markant (je nach Kohorte zwischen 83,3% und 16,7%). Die Ursache dafür kann lediglich spekuliert werden. Vermutlich wirkte sich die Tatsache, dass die Untersuchende mehrere Jahre selbst im Berufsförderungswerk tätig und den Befragten zumindest „vom Sehen her“ bekannt war, förderlich auf die Schaffung von

¹⁷ Abschluss- oder Zwischenprüfung vor der Industrie- und Handelskammer Magdeburg, Sachsen-Anhalt

Sympathien, persönlicher Verbundenheit und einer vertrauensvollen Atmosphäre aus. Später war dieser Aspekt nicht mehr gegeben, da die Untersuchende einer anderen Beschäftigung nachging.

3.2.1 STICHPROBE

Der Fokus dieser Studie liegt darauf, wie Menschen mit selbstwertkritischen Situationen, persönlichen Niederlagen und Lebenskrisen umgehen. Die Befragung wurde an beruflichen Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt in Staßfurt durchgeführt. Die Probanden befanden sich in einer beruflichen Bildungsmaßnahme¹⁸ mit dem Ziel des Abschlusses vor der Industrie- und Handelskammer Magdeburg. Jeder der Befragten wies mindestens ein Rehabilitationsleiden physischer oder psychischer Natur auf. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach §33 SGB IX¹⁹ in diesem Kontext war zudem das Vorliegen der Tatsache, dass eine fortlaufende Ausübung des bisherigen Berufes respektive der zuletzt nachgegangenen Tätigkeit für keinen der Befragten aus gesundheitlichen Gründen als perspektivisch sinnvoll bzw. möglich erachtet wurde. Ein Großteil der Teilnehmer an der Untersuchung war aufgrund einer, die berufliche Rehabilitation erfordernden Erkrankung entweder von Arbeitslosigkeit bedroht oder arbeitsuchend. Im Erhebungszeitraum lag die Arbeitslosenquote in Sachsen-Anhalt mit 11,5% in 2012, 11,2% in 2013 und 10,7% in 2014 deutlich über dem Bundesdurchschnitt (6,8% in 2012, 6,9% in 2013, 6,7% in 2014) und damit vor Berlin und Mecklenburg-Vorpommern an drittletzter Stelle im gesamtdeutschen Vergleich (StrukturKompass, 2016, Onlinequelle).

Einrichtungen, wie das Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt, sind bundesweit vertreten und verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, um behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dabei werden die Betroffenen – abgestimmt nach individuellem Bedarf – durch verschiedene Professionen unterstützt. Pädagogen, Rehabilitations- und Integrationsmanager, Sozialarbeiter, Arbeitsmediziner und Psychologen arbeiten

¹⁸ Die Begriffe Umschulung/Qualifizierung werden synonym genutzt und stehen für berufliche Bildung.

¹⁹ Sozialgesetzbuch - Dieser Paragraph regelt den Zugang zur beruflichen Rehabilitation, insbesondere den Zugang zu einer beruflichen Qualifizierung in einem Berufsförderungswerk.

interdisziplinär gemeinsam mit dem Rehabilitanden an einer erfolgreichen beruflichen Integration und den dafür notwendigen individuellen Voraussetzungen. Neben der beruflichen Qualifizierung stellt die Krankheitsbewältigung einen Schwerpunkt der Zusammenarbeit mit den Teilnehmern dar. Darin nehmen Unsicherheiten und Ängste wesentlichen Raum ein. Dies wird offenbar, führt man sich bspw. vor Augen, dass die wenigsten Rehabilitanden nach mehreren Jahren oder gar Jahrzehnten souveränen Agierens in ihrem Arbeitsumfeld, ohne gesundheitlich bedingte Notwendigkeit auf den Gedanken gekommen wären, sich beruflich neu aufzustellen und noch einmal „die Schulbank zu drücken.“ In der beruflichen Rehabilitation sind sie unmittelbar mit Leistungsdruck und Prüfungsstress konfrontiert, setzen sich als reife Erwachsene häufig konkretere oder gar höhere Ziele als während der Erstausbildung und versuchen sich in einem Aufgabenfeld zu etablieren, das selten präferiert wird, lediglich gut mit dem Rehabilitationsleiden vereinbar ist. Die Zeit der Ausbildung trägt darüber hinaus dazu bei, dass die Rehabilitanden nach krankheitsbedingter, teilweise längerer beruflicher Pause sukzessive wieder in den Arbeitsalltag zurückfinden. Währenddessen stoßen sie in der Anfangsphase jedoch auch wiederholt an die Grenzen ihrer körperlichen/psychischen Belastbarkeit, müssen lernen, diese zu erkennen und zu akzeptieren ebenso wie die daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag. Mit dem Verlust der Position als (Haupt-)Verdiener für die Familie ist häufig die Angst vor Verschuldung und sozialem Abstieg verbunden. Insbesondere unter Berücksichtigung der im Bundesvergleich hohen Arbeitslosenquote in Sachsen-Anhalt ließen die Teilnehmer starke Zweifel am Erfolg der beruflichen Rehabilitation im Sinne einer Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt und in direktem Zusammenhang damit existentielle Ängste erkennen.

Versetzt man sich in die Lage der Befragten, waren diese mit einer Vielzahl unterschiedlicher psychosozialer Belastungsfaktoren zum Erhebungszeitpunkt konfrontiert. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass sie sich in einer Situation befanden, in der das Erleben persönlichen Leides, Misserfolges und Niederlagen hohe Relevanz besaß und damit auch dem Konstrukt Selbstmitgefühl wesentliche Bedeutung zukam.

An der Befragung nahmen insgesamt 166 Personen im Alter zwischen 19 und 52 Jahren teil ($M=39.96$, $MD=41.00$, $SD=7.07$, $n=131$) teil (vgl. Tabelle 2, S. 79), davon 30 Frauen (18,1%) sowie 117 Männer (70,5%) und 19 Probanden (11,4%), für die

keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (vgl. Tabelle 3, S. 81 f.). Die Hälfte der Teilnehmer (83 Probanden) füllte beide Fragebögen, Teil 1 und Teil 2, weitestgehend vollständig aus. Dabei entsprach die Geschlechterverteilung 15 Frauen (18,1%) sowie 67 Männern (80,7%) und einem weiteren Probanden (1,2%) ohne Angabe zum Geschlecht. Von den verbleibenden Befragten liegt jeweils nur Teil 1 (52 Personen) oder Teil 2 (31 Personen) der Fragebögen ausgefüllt vor. Hierbei erstreckt sich die Geschlechterverteilung auf 15 Frauen (18,1%), 50 Männer (60,2%) sowie 18 Personen (21,7%), bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (vgl. Tabelle 3, S. 81 f.). Erfolgte die Auswertung der Daten im Einzelnen aufgrund unvollständiger Datensätze, ist dies durch die zusätzliche zahlenmäßige Aufführung der Teilnehmer gekennzeichnet.

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe – Altersverteilung

Gesamtstichprobe (n=131)	
Alter in Jahren	
Median	41.00
Mittelwert	39.96
Standardabweichung	7.07
Range	19-52

Angaben zum Beschäftigungsstatus machten 123 Probanden (74,1%). Über ein Drittel von ihnen (37,4%) befand sich zum Erhebungszeitpunkt in Arbeit. Die Mehrheit der Probanden war weniger als ein Jahr (24,4%) oder ein bis drei Jahre (22,8%) ohne Beschäftigung. Langzeitarbeitslosigkeit bestand bei 14 Teilnehmern (11,4%), von denen vier Personen (3,3%) vier bis sechs Jahre, acht Personen (6,5%) sechs bis zehn Jahre und zwei Personen (1,6%) länger als zehn Jahre ohne Arbeit waren. Fünf Befragte (4,1%) gaben keine Dauer ihrer Arbeitslosigkeit an (vgl. Tabelle 3, S. 81 f.).

Beinahe alle Probanden (97,0%) konnten einen Schulabschluss vorweisen (n=133). Die meisten von ihnen (51,1%) erlangten diesen an einer Polytechnischen Oberschule²⁰. Ein Drittel der Antwortenden (33,8%) besaß einen Realschulabschluss, ein weiterer Teil (9,0%) einen Hauptschulabschluss. Einen höheren Schulabschluss

²⁰ Polytechnische Oberschule (POS) ist eine Schulform des Schulsystems der DDR und umfasste zehn Klassen.

(3,0%, davon Erweiterte Oberschule²¹: 1,5%, Berufsausbildung mit Abitur: 1,5%) oder keinen (3,0%) wiesen nur wenige Probanden auf (vgl. Tabelle 3, S. 81 f.).

Die meisten Befragten (96,9%) hatten bereits mindestens eine Berufsausbildung erfolgreich absolviert ($n=130$). Besonders häufig wurden Ausbildungsberufe im Handwerk (25,4%), auf dem Bau (20,0%) sowie in der Industrie/Metallverarbeitung (20,0%) genannt. Seltener war eine Ausbildung in der Gastronomie (7,7%), dem Handel (4,6%), der Produktion (3,1%), dem Gesundheits- und Sozialwesen (2,3%) sowie bei der Bahn (1,5%) und alternativ in anderen Branchen²² (12,3%). Im Falle von Mehrfachnennungen wurde die am jüngsten zurückliegende Ausbildung berücksichtigt (vgl. Tabelle 3, S. 81 f.). Lediglich zwei Probanden ($n=130$) hatten ein Studium absolviert, jedoch nur einer der Befragten dieses auch erfolgreich mit einem Diplom abgeschlossen.

Als häufigste gesundheitliche Einschränkung ($n=129$), die die berufliche Rehabilitation erforderlich machte, wurden Erkrankungen des Muskel- oder Skelettsystems (76,0%) genannt. Ein weiterer Anteil entfiel auf psychische Erkrankungen (7,8%). Weniger oft lag die berufliche Rehabilitation begründet in einer neurologischen Erkrankung (4,7%), einer Verletzung (3,9%), Neubildungen (Krebs, Tumore, 3,9%) oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (3,1%). Kaum Relevanz als alleiniges Rehabilitationsleiden besaßen Atemwegserkrankungen (0,8%). Knapp ein Drittel der Befragten (31%) gab an, zusätzlich von einer weiteren Erkrankung betroffen zu sein, die ebenfalls die berufliche Rehabilitation begründete. Von denjenigen Probanden, die mehr als eine Erkrankung angaben, wies der Großteil Erkrankungen des Muskel- oder Skelettsystems (80,0%) auf sowie ein kleinerer Teil Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (5,0%), neurologische Erkrankungen (5,0%) und Verletzungen (5,0%), Neubildungen (2,5%) und Atemwegserkrankungen (2,5%). Als weiteres, zweites Rehabilitationsleiden wurden von diesen Teilnehmern am häufigstem psychische Erkrankungen (12,4%) aufgeführt, gefolgt von Verletzungen (4,7%), neurologischen Erkrankungen (3,9%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (3,9%) sowie Atemwegserkrankungen (3,1%), Neubildungen (2,3%) und Erkrankungen des Verdauungssystems (0,8%). Diese Zahlen, insbesondere der Aspekt, dass beinahe

²¹ Erweiterte Oberschule (EOS) ist eine Schulform im Schulsystem der DDR und umfasste zwölf Klassen zum Erreichen der Hochschulreife.

²² Bspw. Forst, Hotelgewerbe, Medien usw.

jeder achte Befragte auch auf eine psychische Diagnose als sekundäre Erkrankung verweisen konnte, legen nahe, dass sich die Probanden – wie eingangs schon beschrieben - zum Zeitpunkt der beruflichen Rehabilitation in einer Belastungssituation befanden. So können in diesem Zusammenhang vor allem eine Anpassungsstörung oder reaktive Depression als Ausdruck suboptimaler Krankheitsbewältigung vermutet werden. Das Ausmaß des Belastungserlebens und des Leidensdrucks muss in diesem Falle bereits so groß gewesen sein, dass eine Diagnosestellung überhaupt gerechtfertigt war. Hinzu kommen diejenigen Probanden, die zwar nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllten, dennoch durch ihre Grunderkrankung in ihrem Erleben und Verhalten stark beeinträchtigt waren (vgl. Tabelle 4, S. 82 f.).

Die Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erfolgten sowohl im kaufmännischen (59,5%) als auch im gewerblich-technischen Bereich (40,5%, $n=153$). Bei den kaufmännischen Berufen war vor allem die Ausbildung zur Fachkraft für Bürokommunikation (33,4%) gefragt, gefolgt von den Berufen Industriekaufmann²³, Kaufmann im Groß- und Außenhandel und Automobilkaufmann²⁴ (23,5%) sowie Immobilienkaufmann (2,6%). Führend bei den gewerblich-technischen Berufen war der Qualitätsfachmann für Längenprüftechnik (13,8%), gefolgt vom Elektroniker für Geräte und Systeme (9,2%), dem Technischen Produktdesigner (7,9%), dem IT-Systemelektroniker (7,2%) sowie dem Industriemechaniker (2,7%; vgl. Tabelle 4, S. 82 f.). Die Befragten nahmen überwiegend (95,4%) zum Zeitpunkt der Abschlussprüfung an der Erhebung teil.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe - Geschlechterverteilung, Beschäftigungsstatus, Schulabschluss, Berufsausbildung

	n	%
Geschlecht (Gesamtstichprobe, N=166)		
Weiblich	30	18,1
Männlich	117	70,5
Ohne Angabe	19	11,4
Beschäftigungsstatus (n=123)		

²³ Um die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, wird auf den integrativen Sprachgebrauch verzichtet. Es versteht sich von selbst, dass stets beide Geschlechter gemeint sind.

²⁴ Aufgrund der Anordnung dieser drei Ausbildungsberufe (Industriekaufmann, Kaufmann im Groß- und Außenhandel, Automobilkaufmann) in einem Klassenverband, wird lediglich ein Gesamtwert für alle angegeben.

In Anstellung	46	37,4
Ohne Arbeit < 1 Jahr	30	24,4
Ohne Arbeit 1 bis 3 Jahre	28	22,8
Ohne Arbeit 4 bis 6 Jahre	4	3,3
Ohne Arbeit 6 bis 10 Jahre	8	6,5
Ohne Arbeit > 10 Jahre	2	1,6
Keine Angabe zur Dauer der Arbeitslosigkeit	5	4,1
Höchster Schulabschluss (n=133)		
Polytechnische Oberschule	68	51,1
Realschule	45	33,8
Hauptschule	12	9,0
Erweiterte Oberschule	2	1,5
Berufsausbildung mit Abitur	2	1,5
Keinen Schulabschluss	4	3,0
Vorausgegangene Berufsausbildung (n=130)		
Bau	26	20,0
Handwerk	33	25,4
Industrie/Metallverarbeitung	26	20,0
Gastronomie	10	7,7
Handel	6	4,6
Produktion	4	3,1
Gesundheits- und Sozialwesen	3	2,3
Bahn	2	1,5
Andere Branchen	16	12,3
Ohne Angabe	4	3,1

Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe - Rehabilitationsleiden und Ausrichtung der beruflichen Rehabilitation

	n	%
Rehabilitationsleiden (n=129)		
Erkrankungen des Muskel- oder Skelettsystems	98	76,0
Psychische Erkrankungen	10	7,8
Neurologische Erkrankung	6	4,7
Verletzung	5	3,9
Neubildungen (Krebs, Tumore)	5	3,9
Herz-Kreislauf-Erkrankung	4	3,1
Atemwegserkrankungen	1	0,8

Weiteres Rehabilitationsleiden (n=129)		
Psychische Erkrankungen	16	12,4
Neurologische Erkrankung	5	3,9
Verletzung	6	4,7
Neubildungen (Krebs, Tumore)	3	2,3
Herz-Kreislauf-Erkrankung	5	3,9
Atemwegserkrankungen	4	3,1
Erkrankungen des Verdauungssystems	1	0,8
Kein weiteres (zweites) Rehabilitationsleiden	89	69,0
Ausrichtung der beruflichen Rehabilitation (n=153)		
Kaufmännischer Bereich	91	59,5
Fachkraft für Bürokommunikation	51	33,4
Industriekaufmann, Kaufmann im Groß- und Außenhandel und Automobilkaufmann	36	23,5
Immobilienkaufmann	4	2,6
Gewerblich-technischer Bereich	62	40,5
Qualitätsfachmann für Längenprüftechnik	21	13,8
Elektroniker für Geräte und Systeme	14	9,2
Technischer Produktdesigner	12	7,9
IT-Systemelektroniker	11	7,2
Industriemechaniker	4	2,7

3.2.2 INSTRUMENTE

Neben den soziodemographischen Aspekten wurden im ersten Teil des Fragebogens unter Zuhilfenahme bekannter und bewährter Instrumente der Gesundheitszustand, die Krankheitsbewältigung, Selbstmitgefühl, Perfektionismus, Selbstwertschätzung, Persönlichkeit und Coping erfasst. Im zweiten Teil des Fragebogens galt das Augenmerk dem Integrationsengagement, der Inanspruchnahme Besonderer Hilfen²⁵ und der Umschulungsmotivation. Dafür wurden eigene Skalen konstruiert sowie generelle Verhaltensweisen im Verlauf der Qualifizierungsmaßnahme erfragt.

Um die Ergebnisse global, losgelöst von dieser Studie, interpretieren zu können, wurde im Vorfeld der Erhebung die Entscheidung getroffen, die bekannten, den Skalen

²⁵ Berufsförderungswerke bieten eine Vielzahl verschiedener Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten, die unter dem Begriff „Besondere Hilfen“ zusammengefasst werden und den Rehabilitanden in Abhängigkeit individueller Bedarfe zur Verfügung stehen.

zugehörenden Antwortformate weitestgehend zu übernehmen. Dementsprechend findet sich eine Variation verschiedener Antwortmöglichkeiten in beiden Fragebögen. Diese erfährt der besonderen Beachtung im Hinblick auf die Auswertung, um Probleme der Vergleichbarkeit der Variablen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Skalenniveaus zu minimieren.

3.2.2.1 STANDARDISIERTE VERFAHREN

3.2.2.1.1 SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes

Wie es den Probanden zum Zeitpunkt der Erhebung gesundheitlich ging bzw. inwieweit sie durch ihre Erkrankung im Alltag eingeschränkt und belastet waren, wurde mit dem *SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) ermittelt. Dieses Verfahren umfasst insgesamt 36 Items, die sich über acht Bereiche der subjektiven Gesundheit erstrecken und den Basisdimensionen Körperliche Gesundheit und Psychische Gesundheit zuordnen lassen (vgl. Anhang, S. 216 f.). Unabhängig von der Grunderkrankung werden untersucht: (SF-36 1) *Körperliche Funktionsfähigkeit*, im Sinne gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die sich auf körperliche Aktivitäten auswirken, (SF-36 2) *Körperliche Rollenfunktion* verstanden als gesundheitliche Beeinträchtigungen in Arbeit und Alltag, (SF-36 3) *Körperliche Schmerzen* als das Ausmaß von Schmerzen während täglicher Aktivitäten, (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* als subjektive Bewertung des individuellen Gesundheitszustandes sowie einhergehende Erwartungen, (SF-36 5) *Vitalität* in Hinblick auf Energie zur Alltagsbewältigung versus Erschöpfung, (SF-36 6) *Soziale Funktionsfähigkeit* im Sinne der Fortführung sozialer Aktivitäten, (SF-36 7) *Emotionale Rollenfunktion* als Einfluss emotionaler Probleme auf Arbeit und Alltag und (SF-36 8) *Psychisches Wohlbefinden* in Hinblick auf die allgemeine psychische Gesundheit, die emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle sowie die Stimmungslage (Hogrefe Testzentrale 4, 2016, Onlinequelle). Abgesehen von einem Einzelitem, das einen direkten Vergleich des Gesundheitszustands zum Vorjahr erfasst, nimmt der Fragebogen zeitlichen Bezug auf die vergangenen vier Wochen. Das Antwortformat unterscheidet sich von Item zu Item und bewegt sich zwischen einer maximal sechsstufigen Skala bis zu einer minimal zweistufigen Ja-/Nein-Auswahl (vgl. Fragebogen Teil 1, Anhang S. 225 ff.). Die Auswertung des SF-

36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) erfolgte anhand der im Testmanual angegebenen Schritte. Zunächst wurden alle Item-Antwortwerte entsprechend den Vorgaben standardisiert (um)codiert. Dies erfolgte, je nach Item, durch (a) Beibehaltung, (b) Invertierung oder (c) Rekalibrierung (vgl. Abbildung 9, S. 85).

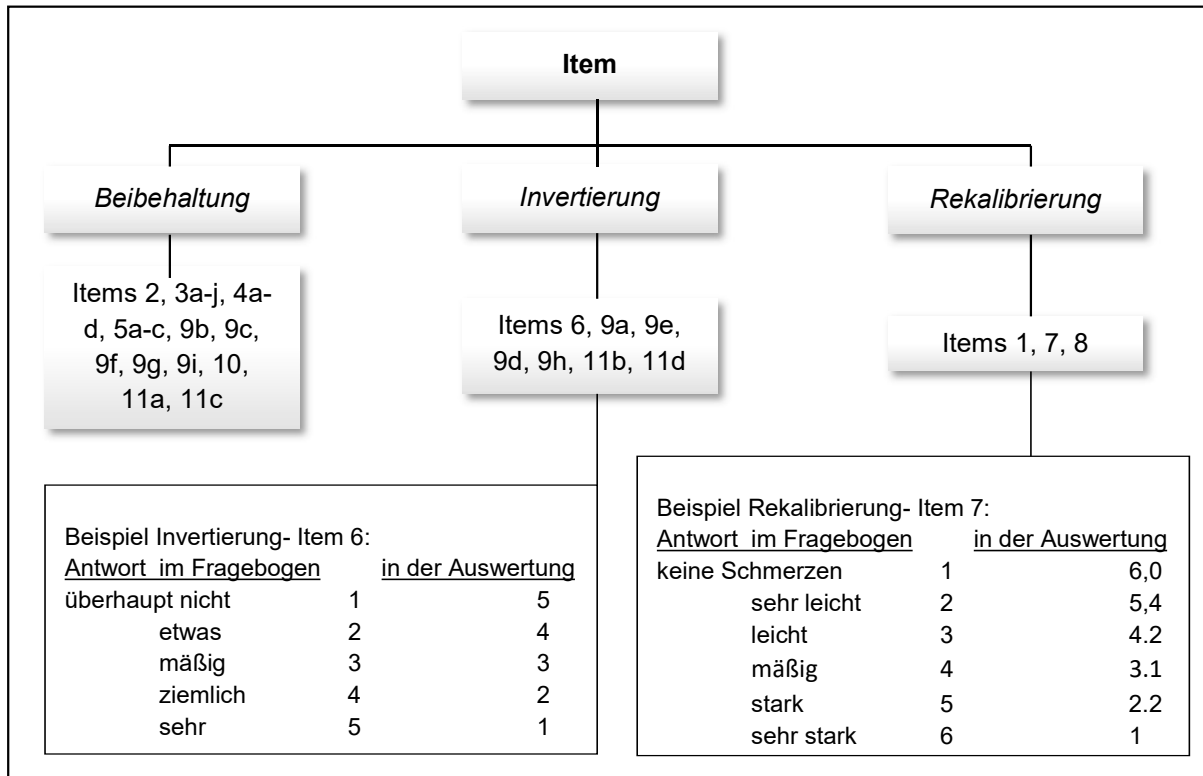


Abbildung 9: Codierung der Items des SF-36 anhand der Vorgaben im Testmanual

Fehlende Werte wurden gemäß den Vorgaben im Testmanual durch Mittelwertschätzungen ersetzt. Anschließend galt es, die Skalenrohwerte pro Subskala als Summenwerte der jeweiligen Item-Antworten zu berechnen. Jeder Skalenrohwert wurde in eine neue Skalierung überführt, deren Werte zwischen 0 und 100 rangieren, um – trotz unterschiedlicher Antwortformate – einen Vergleich der Skalen untereinander respektive mit anderen Populationen zu ermöglichen. Die Transformation der Subskalen erfolgte basierend auf der Formel (vgl. Tabelle 5, S. 86):

$$\text{Subskalenwert= (transformierte Skala)} = \frac{(\text{tatsächlicher Rohwert} - \text{niedrigst möglicher Rohwert})}{\text{mögliche Spannweite der Rohwerte}} \times 100$$

Höhere Werte der transformierten Subskala lassen auf eine höhere Lebensqualität schließen, wobei ein Wert von 100 der höchsten Lebensqualität entspricht. Werte

dazwischen repräsentieren den erreichten prozentualen Anteil an der insgesamt möglichen Punktzahl. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die Skalen (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, (SF-36 5) *Vitalität* und (SF-36 8) *Psychisches Wohlbefinden* als bipolare Skalen konstruiert sind, höhere Werte also eine besonders hohe Ausprägung in der jeweiligen Dimension indizieren.

Tabelle 5: Grundlage der Berechnung und Transformation von Skalenwerten des SF-36

Summe der endgültigen Itemwerte	Subskala	Itemzahl	Niedrigster & höchster möglicher Rohwert	Mögliche Spannweite der Rohwerte
3a + 3b +3c +3d + 3e +3f +3g +3h+ 3i +3j	(SF-36 1) Körperliche Funktionsfähigkeit	10	10, 30	20
4a + 4b +4c +4d	(SF-36 2) Körperliche Rollenfunktion	4	4, 8	4
7 + 8	(SF-36 3) Körperliche Schmerzen	2	2, 12	10
1 + 11a + 11b + 11c +11d	(SF-36 4) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	5, 25	20
9a + 9e +9g +9i	(SF-36 5) Vitalität	4	4, 24	20
6 + 10	(SF-36 6) Soziale Funktionsfähigkeit	2	2, 10	8
5a + 5b + 5c	(SF-36 7) Emotionale Rollenfunktion	3	3, 6	3
9b + 9c + 9d + 9f +9h	(SF-36 8) Psychisches Wohlbefinden	5	5, 30	25

Der Test-Handanweisung entsprechend, erfolgte im nächsten Schritt die Berechnung der z-Werte für die Subskalen auf Grundlage der Normwerte der gesamtdeutschen Stichprobe von 1994 nach folgender Formel:

$$\text{z-Wert Subskala} = \frac{(\text{Subskalenwert} - \text{Mittelwert der Subskala der Normdaten})}{\text{Standardabweichung der Subskala der Normdaten}}$$

Darauf basierend, mittels Gewichtung der z-Werte anhand von Regressionskoeffizienten, die ihrerseits ebenfalls auf die deutsche Normstichprobe von 1994 zurückzuführen sind, wurden dann die Rohwerte für die Basisdimensionen Körperliche Gesundheit und Psychische Gesundheit berechnet und anschließend transformiert, so dass ein Wert von 50 den Mittelwert der vorgegebenen Normalpopulation darstellt (Standardabweichung 10). An diesem orientieren sich die berechneten Werte der Summenskalen (vgl. Tabelle 6, S. 87). Der mögliche Wertebereich dieser Summenskalen hängt also von der jeweils berücksichtigten Normstichprobe ab.

Tabelle 6: Tatsächliche und mögliche Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für die Summenskalen

	n	M	SD	M _{min} tatsächlich	M _{max} tatsächlich	M _{min} möglich	M _{max} möglich
Körperliche Summenskala	132	41,86	9,86	20,89	65,16	0,47	82,73
Psychische Summenskala	132	41,34	15,66	1,24	71,36	-13,323	81,05

Für die interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha) der Subskalen werden mehrheitlich Werte von über .70 berichtet, abgesehen von Werten für die beiden Subskalen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* und *Soziale Funktionsfähigkeit*, die in einigen Stichpunkten darunter lagen (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011). In dieser Untersuchung ergaben sich Reliabilitäten (vgl. Tabelle 7, S. 87) zwischen .68 für die Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* ($n=134$, $M=3,65$, $SD=1,25$) und .92 für die Subskala *Körperliche Schmerzen* ($n=135$, $M=2,35$, $SD=0,44$).

Tabelle 7: Interne Konsistenzen (Cronbach`s Alpha) der Subskalen des SF-36

	Cronbach`s Alpha	n	M	SD	Transformierte Skalen	
					M	SD
(SF-36 1) Körperliche Funktionsfähigkeit	.89	135	2,35	0,44	67,52	21,80
(SF-36 2) Körperliche Rollenfunktion	.79	135	1,52	0,39	51,67	38,90
(SF-36 3) Körperliche Schmerzen	.92	135	3,65	1,25	52,99	24,90
(SF-36 4) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	.68	134	3,10	0,70	52,54	17,60
(SF-36 5) Vitalität	.82	135	3,37	0,93	47,39	18,51
(SF-36 6) Soziale Funktionsfähigkeit	.83	134	3,79	0,99	69,68	24,73
(SF-36 7) Emotionale Rollenfunktion	.86	134	1,62	0,43	61,94	42,71
(SF-36 8) Psychisches Wohlbefinden	.86	134	4,14	1,00	62,85	20,01
Vorjahresvergleich		134	2,93	0,91		

3.2.2.1.2 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Um zu ermitteln, wie die Befragten mit ihrer Erkrankung umgingen, ob und welche Bewältigungsstrategien sie nutzten, wurde der *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) eingesetzt (vgl. Anhang, S. 217 ff.). Dieses krankheitsübergreifende Verfahren

beinhaltet insgesamt 45 gegenwartsbezogene Items in Ich-Formulierung und soll „...die aktuellen Bewältigungsanstrengungen [...] auf emotionaler, kognitiver und Verhaltensebene [...] erfassen...“ (Franke et al., 2000, S. 167). Jeweils fünf Items dienen der Erhebung eines von neun Bewältigungsbereichen. Diese erstrecken sich über (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* als „... aktive, kognitiv strukturierende Bewältigungsarbeit“ (Franke et al., 2000, S. 167), (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau* mit den zentralen Themen Selbstbestätigung, Ermutigung sowie Abstand und Ablenkung, (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch*, wobei der Kontakt mit anderen Betroffenen, Erkundigungen nach deren Erfahrungen und das weiterführende Einholen von Informationen zum eigenen gesundheitlichen Leiden im Vordergrund stehen, (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* in Form von Verleugnung oder Herabspielen, (EFK 5) *Depressive Verarbeitung*, (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* einschließlich der Bereitwilligkeit, sich anderen gegenüber anzuvertrauen, (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* im Sinne der Schaffung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst* sowie die persönliche Mitwirkung im Rahmen der Behandlung und (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* angelehnt an religiöse oder andere Verhaltensweisen, die das Ich stärken (Franke et al., 2000).

Tabelle 8: Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung

	Cronbach's Alpha	n	M	SD
(EFK 1) Handelndes, problemorientiertes Coping	.79	133	2,20	0,77
(EFK 2) Abstand und Selbstaufbau	.53	131	1,87	0,61
(EFK 3) Informationssuche und Erfahrungsaustausch	.86	134	0,88	0,82
(EFK 4) Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	.47	131	1,19	0,64
(EFK 5) Depressive Verarbeitung	.82	132	0,77	0,75
(EFK 6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	.63	129	1,40	0,66
(EFK 7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.80	132	2,01	0,84
(EFK 8) Vertrauen in die ärztliche Kunst	.69	131	2,54	0,65
(EFK 9) Erarbeiten eines inneren Haltes	.55	131	0,91	0,60

Zwischen den Skalen besteht ein eher mittlerer bis schwacher Zusammenhang. Eine hohe Abhängigkeit findet sich zwischen EFK 1 und EFK 2. Die Beantwortung der Items

erfolgt über eine fünfstufige Likertskala mit Werten für die Zustimmung von „0 – überhaupt nicht“ bis „4 – sehr stark“. Die Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) der Subskalen wurden mit .51 für EFK 4 sowie mit Werten zwischen .63 und .80 für die übrigen angegeben (Jagla & Franke, 2008, S. 15, Onlinequelle). In dieser Untersuchung ergaben sich interne Konsistenzen (vgl. Tabelle 8, S. 88) zwischen .47 für die Subskala (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* ($n=131$, $M=1,19$, $SD=0,64$) und .86 für die Subskala (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch* ($n=134$, $M=0,88$, $SD=0,82$). Damit liegt die generell schon fragliche Reliabilität für die Subskala (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr*, wie sie von den Autoren des Verfahrens bestätigt wurde (Jagla & Franke, 2010, Onlinequelle), in dieser Studie noch leicht darunter. Allerdings ließen weitere Untersuchungen der Autoren erkennen, dass die internen Konsistenzen ihres Instruments in Abhängigkeit von der Grunderkrankung der zu Grunde liegenden Population deutliche Schwankungen aufweisen. So berichteten Jagla, Parchmann, Kumbier und Franke ebenfalls im Jahr 2010 innerhalb einer weiteren Erhebung einen noch schwächeren Wert für die interne Konsistenz der Subskala EFK 4 mit Cronbach's Alpha .41 (Jagla et al., 2010) – so dass bei einer Interpretation dieser Dimension generell eher Vorsicht geboten ist. Ebenfalls inakzeptable Reliabilitäten weisen die Subskalen (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau* und (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* auf. Vergleichbar mit der vorliegenden Reliabilität für EFK 2 ist der von Jagla, Reimer, Philipp und Franke im Jahr 2007 berichtete Wert von .56 (Jagla et al., 2007, S. 11, Onlinequelle). Lediglich für die interne Konsistenz der Subskala EFK 9 findet sich kein Pendant in der Literatur. Sie liegt mit .55 erkennbar unter der minimal angegebenen Reliabilität von .62 (Jagla et al., 2008, S. 15, Onlinequelle). Der vorliegende Wert lässt sich möglicherweise jedoch auch auf die Besonderheiten der aktuellen Population zurückzuführen. Es bleibt festzuhalten, dass eine Interpretation auch dieser beiden zuletzt genannten Subskalen nur mit Zurückhaltung erfolgen sollte.

3.2.2.1.3 Self-Compassion Scale SCS-D

Die Untersuchung von Selbstmitgefühl erfolgte unter Einsatz der deutschen Version der *Self-Compassion Scale SCS-D* (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Dieses Instrument beinhaltet 26 Items, die sich innerhalb des bipolaren Konstruktes der drei Komponenten Self-Kindness, Common Humanity und Mindfulness, als das Self-

Compassion verstanden wird, sechs Subskalen zuordnen lassen (vgl. Anhang, S. 219 f.). Jeweils fünf Items werden den Subskalen (SC 1) *Selbstbezogene Freundlichkeit* (im englischen Original: Self-Kindness) und (SC 2) *Selbstverurteilung* (im englischen Original: Self-Judgement) zugeordnet. Während *Selbstbezogene Freundlichkeit* einen verständnisvollen und gütigen Umgang mit der eigenen Person in lebenskritischen Situationen beschreibt, umfasst *Selbstverurteilung* als Gegenpol die Neigung zu Intoleranz und Selbstgeißelung in der Auseinandersetzung mit eigenen Misserfolgen. Auf die verbleibenden Subskalen entfallen jeweils vier Items. Die Subskala (SC 3) *Verbindende Humanität* (im englischen Original: Common Humanity) nimmt Bezug auf das Erleben von Niederlagen und Leid als Teil einer Erfahrung, die von allen Menschen geteilt wird. Ihr gegenüber steht die Subskala (SC 4) *Isolation* (im englischen Original: Isolation) die sich dem Gefühl annimmt, mit seinen negativen Erfahrungen und Misserfolgen völlig allein in der Welt zu sein. Die Subskala (SC 5) *Achtsamkeit* (im englischen Original: Mindfulness) dient der Erfassung einer objektiven, akzeptierenden Sichtweise auf persönliche Niederlagen. Am anderen Ende des bipolaren Kontinuums wird über die Subskala (SC 6) *Überidentifizierung* (im englischen Original: Over-Identification) das Ausmaß ermittelt, in dem eine Person droht, von negativen Erfahrungen überwältigt und mitgerissen zu werden.

Tabelle 9: Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen der deutschen Version der Self-Compassion Scale

	Cronbach's Alpha	n	M	SD
(SC 1) Selbstbezogene Freundlichkeit	.74	130	2,65	0,77
(SC 2) Selbstverurteilung	.70	131	3,20	0,80
(SC 3) Verbindende Humanität	.72	131	2,97	0,88
(SC 4) Isolation	.75	130	3,59	0,90
(SC 5) Achtsamkeit	.69	128	3,15	0,75
(SC 6) Überidentifizierung	.60	131	3,33	0,83
Self-Compassion gesamt	.76	126	2,78	0,91

Die Zustimmung zu den Items erfolgt über eine fünfstufige Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „1-Trifft fast nie zu“ bis „5-Trifft fast immer zu“ (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen wurden in einer ersten Validierung der SCS-D von Hupfeld und Ruffieux (2011) mit Werten zwischen .72 und .80 angegeben. In der vorliegenden Erhebung ergaben sich Werte

für die Reliabilitäten der Subskalen zwischen .60 und .75 (vgl. Tabelle 9, S. 90). Für die interne Konsistenz der gesamten Skala finden sich bei den Autoren eine Reliabilitätsschätzung auf Grundlage des Koeffizienten Omega und eine Testwiederholung im Sinne der Retestmethode mit Wertangaben von jeweils .91 (Hupfeld & Ruffiex, 2011, S. 117, 119). Krieger, Hermann, Zimmermann und grosse Holtforth berichten in ihrer Erhebung von einem globalen Alpha von .85, verzichten jedoch auf Angaben zu den internen Konsistenzen der Subskalen (Krieger et al., 2015, S. 289). Verglichen mit den berichteten Reliabilitäten sind die für diese Untersuchung geschätzten Werte darunter anzusiedeln, können jedoch als akzeptabel betrachtet werden. Lediglich für (SC 5) *Achtsamkeit* und (SC 6) *Überidentifizierung* ist die Reliabilität mit Werten unter .70 kritisch zu sehen. Der Grund für die vorliegenden, eher schwächeren Ergebnisse kann darin vermutet werden, dass sowohl Hupfeld und Ruffiex (2011) als auch Krieger und Kollegen (Krieger et al., 2015) ihre Stichproben aus rein studentischen bzw. akademischen Probanden rekrutierten, denen eine grundlegende Erfahrung im Umgang mit Fragebögen unterstellt werden kann, wohingegen die aktuell untersuchte Population einen beinahe gar nicht vorhandenen Akademikeranteil aufweist.

3.2.2.1.4 Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D

Um das Ausmaß des Strebens nach Perfektion zu ermitteln, fand die *Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D* (Stoeber, 1995, Onlinequelle) Anwendung (vgl. Anhang, S. 220 f.). Mittels derer wird Perfektionismus in 35 Items über sechs Dimensionen erhoben, die sich wie folgt verteilen: (1) *Sorge über Fehler* (im englischen Original: Concern over Mistakes, CM), neun Items, (2) *Handlungszweifel* (im englischen Original: Doubts about Actions, D), vier Items, (3) *Elterliche Erwartungen* (im englischen Original: Parental Expectations, PE), fünf Items (4) *Elterliche Kritik* (im englischen Original: Parental Criticism, PC), vier Items (5) *Persönliche Ansprüche* (im englischen Original: Personal Standards, PS), sieben Items und (6) *Organisation* (im englischen Original: Organization, O), 6 Items. Die Beantwortung geschieht anhand einer fünfstufigen Skala mit Werten zwischen „1-trifft überhaupt nicht zu“ bis „5-trifft ganz genau zu“ (Stoeber, 1995, Onlinequelle). Nach Stoeber (1998) werden in der Auswertung die beiden Subskalen CM und D zu einer Gesamtskala *Sorge über Fehler und Handlungszweifel* (engl. Concern over Mistakes

and Doubts, CMD) und die beiden Subskalen PE und PC zu einer Skala *Elterliche Erwartungen und Kritik* (engl. Parental Expectations and Criticism, PEC) zusammengefasst, da sich in einer Reanalyse nicht alle der von Frost, Marten, Lahart und Rosenblate (1990) postulierten Faktoren zeigen ließen. Überdies kann ein globaler Wert für Perfektionismus bestimmt werden, der aus der Gesamtheit der Subskalenwerte resultiert, abzüglich dem der Unterskala Organisation, da diese kaum einen Zusammenhang zu den anderen Subskalen aufweist (Damian, Stoeber, Negru-Subtirica & Băban, 2016). Es ließen sich für die FMPS-D interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) von .88 für die Subskala CMD und .89 für die Subskala PEC sowie von .78 für die Subskala PS (nach Austausch zweier Items lag die Reliabilität bei .83) und .86 für O zeigen (Stöber, 1998). In dieser Studie erreichten die Reliabilitäten Werte von .91 für die Subskala CMD ($n=130$, $M=2,36$, $SD=0,77$) und .74 für die Subskala PEC ($n=131$, $M=2,24$, $SD=0,82$) sowie .83 für die Subskala PS ($n=132$, $M=3,01$, $SD=0,75$) und .85 für die Subskala O ($n=132$, $M=3,93$, $SD=0,63$). Perfektionismus als Gesamtwert weist eine Reliabilität von .91 auf.

3.2.2.1.5 Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW

Die Erfassung der Selbstwertschätzung erfolgte über die *Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW* (vgl. Anhang, S. 221 f.) der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986). Dieses Instrument beinhaltet neben der FSSW neun weitere eindimensionale Skalen zur Erfassung des Selbstbildes, die auch als Einzelverfahren Anwendung finden können. Die *Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW* dient der Erhebung von Einstellungen „...zur eigenen Person hinsichtlich der Selbstachtung, des Gefühls der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit und des Gefühls der Nützlichkeit.“ (Sedlacek, 2015, S. 170). Ursprünglich vorgegeben ist ein sechsstufiges Antwortformat. Abweichend davon erfolgte in dieser Studie die Zustimmung zu den Items basierend auf einer vierstufigen Antwortmöglichkeit, die von „1-lehne stark ab“ bis „4-stimme voll und ganz zu“ reichte. In der ursprünglichen Version des Testverfahrens indizieren niedrige Skalenwerte eine hohe Selbstwertschätzung, da die Items negativ formuliert sind. Für die vorliegende Auswertung hingegen erfolgte eine Umpolung der Skala, so dass hohe Werte nunmehr eine hohe Ausprägung der Selbstwertschätzung widerspiegeln. Die in der Handanweisung genannte interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) wird mit .80

angegeben. In dieser Erhebung zeigte sich ein als exzellent zu bezeichnender Wert von .91 ($n=133$, $M=3,33$, $SD=0,54$).

3.2.2.1.6 Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF

Als Instrument zur Bestimmung der Persönlichkeit kam selektiv der *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF* (Becker, 1989) zum Einsatz (vgl. Anhang, S. 221 f.). Dieser basiert auf einem zweidimensionalen, hierarchischen Persönlichkeitsmodell mit den übergeordneten Faktoren „Verhaltenskontrolle“ und „Seelische Gesundheit.“ Die insgesamt 120 Items lassen sich neun Skalen zuordnen: 17 Items entfallen auf die Skala (VK) *Verhaltenskontrolle*, 20 Items auf die Skala (SG) *Seelische Gesundheit*. Die verbleibenden 83 Items sind den sieben Indikatorbereichen, in die sich die Seelische Gesundheit untergliedern lässt, zugeordnet (vgl. Abbildung 10, S. 93). Zur Erhebung der Indikatoren des (habituellen) seelisch-körperlichen Wohlbefindens dienen die Subskalen (SE) *Sinnerfülltheit vs. Depressivität*, (SV) *Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung*, (BF) *Beschwerdefreiheit vs. Nervosität* (insgesamt 31 Items).

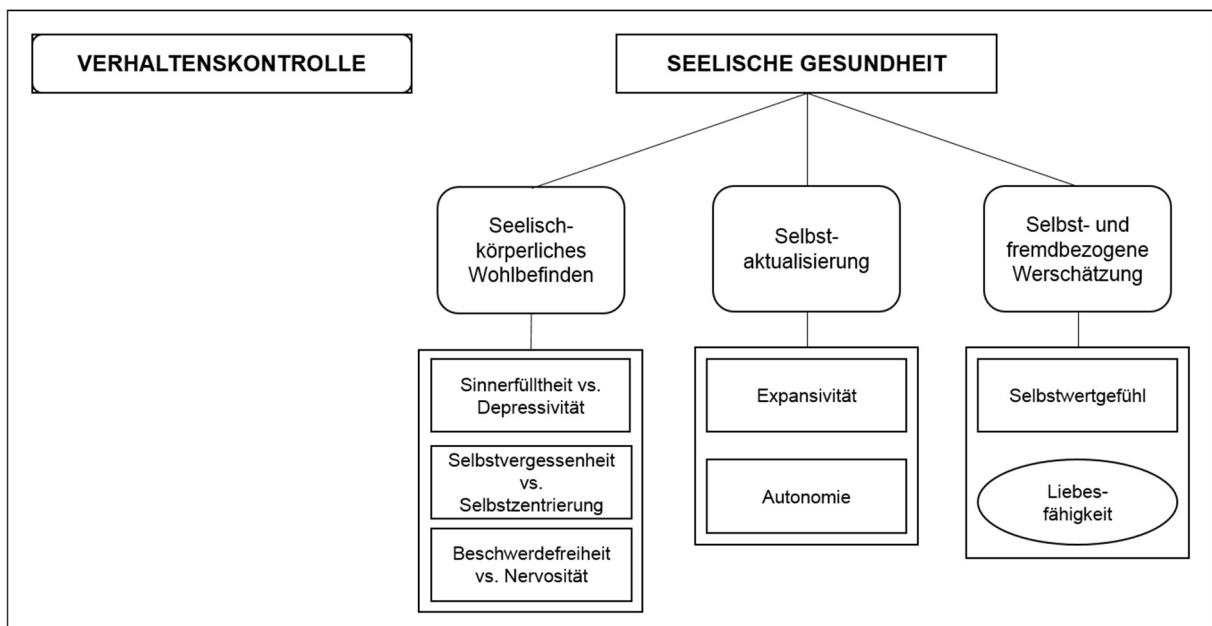


Abbildung 10: Hierarchische Struktur der TPF-Skalen nach Beck: „Rechtecke: Skalen basierend auf Itemfaktoren. Rechtecke mit gerundeten Ecken: Faktoren basierend auf Skalen. Oval: Rational konstruierte Skala (Beck, 1989, S. 12).“

Als Selbstaktualisierungsindikatoren werden die Subskalen (EX) *Expansivität* und (AUX) *Autonomie* (insgesamt 27 Items) aufgefasst. Die Subskalen (SW) *Selbstwertgefühl* und (LF) *Liebesfähigkeit* (insgesamt 29 Items) gelten als selbst- und

fremdbezogene Wertschätzungsindikatoren seelischer Gesundheit (Beck, 1989). Relevanz besaßen für die vorliegende Studie die übergeordneten Faktoren „Verhaltenskontrolle“ und „Seelische Gesundheit“, so dass die Skalen SG und VK Anwendung fanden. Seelische Gesundheit wird mit dem Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF als Eigenschaft erhoben. Grundlage bildet die Annahme, dass eine Person nicht absolut als seelisch gesund oder krank bezeichnet werden kann, sondern sich vielmehr innerhalb eines Kontinuums bewegt, in dem sie *„...in unterschiedlichem Grade seelisch gesund oder seelisch krank ist...“* (Beck, 1989, S. 7). Beck zufolge ist eine Person umso eher seelisch gesund, je leichter es ihr gelingt, äußere und innere Anforderungen zu bewältigen. Ein hohes Maß an Verhaltenskontrolle wird Personen zugesprochen, die ihre Handlungen und Entscheidungen zunächst durchdenken und abwägen, bevor sie agieren, wohingegen weniger stark verhaltenskontrollierte Menschen sich vor allem durch Spontanität und impulsives sowie meist nur kurzfristig ausgerichtetes Verhalten auszeichnen (Beck, 1989). Die Beantwortung der Items erfolgt in Hinblick auf die Häufigkeit bestimmter Verhaltens- und Erlebensmuster. Zur Auswahl stehen die Angaben „1-immer“, „2-oft“, „3-manchmal“ und „4-nie.“ Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) wird im Testmanual mit .68 für VK und .92 für SG angegeben. In dieser Studie erreichten die Reliabilitäten Werte von .64 für die Skala VK ($n=133$, $M=2,12$, $SD=0,26$) und von .93 für die Skala SG ($n=131$, $M=2,13$, $SD=0,48$).

3.2.2.1.7 Coping – Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ und Skala zum Palliativen Coping

Das Coping-Verhalten wurde über die *Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS* (Kälin, 1995) erfasst (vgl. Anhang, S. 223 f.), ergänzt um Items der *Skala zum Palliativen Coping* (Kälin & Semmer, 2001). Jeweils acht Items der Kurzform des Coping-Inventars entfallen auf die drei Skalen (1) *Aufgabenorientiertes Coping*, (2) *Emotionsorientiertes Coping* und (3) *Vermeidungsorientiertes Coping*. Die letztgenannte Skala lässt sich in die zwei Subskalen *Zerstreuungsorientiertes Coping* und *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* aufteilen, die je vier Items beinhalten (Kälin, 1995). Beim palliativen Coping wird zwischen den Skalen (1) *Palliatives Coping: Versuch* und (2) *Palliativ-erfolgreiches Coping* mit jeweils vier Items sowie einem weiteren Item zur körperlichen Aktivität als

Stressbewältigung differenziert. Palliatives Coping nimmt im Gegensatz zum eher emotionsorientierten Coping Bezug darauf, wie gut es einer Person gelingt, in stressvollen Situationen die eigenen Gefühle in den Griff zu bekommen und sich zu beruhigen (Kälin & Semmer, 2001). Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala mit Werten von „1-sehr untypisch“ bis „5-sehr typisch.“ Für beide Inventare liegen gegenwärtig noch keine Normierungen, jedoch für das CISS diverse Vergleichsdaten vor. Auch gibt es keine Angaben zur internen Konsistenz der Skalen zum palliativen Coping. Für die CISS werden Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) von .85 für *Aufgabenorientiertes Coping* sowie *Emotionsorientiertes Coping* und .81 für *Vermeidungsorientiertes Coping* (mit Werten von .75 für *Zerstreuungsorientiertes Coping* und .84 für *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping*) sowie für die CISS insgesamt von .82 angegeben (Kälin, 1995). In dieser Erhebung lag die interne Konsistenz bei .82 für *Aufgabenorientiertes Coping* ($n=134$, $M=3,54$, $SD=0,56$) sowie bei .87 für *Emotionsorientiertes Coping* ($n=133$, $M=2,63$, $SD=0,78$) und bei .85 für *Vermeidungsorientiertes Coping* ($n=134$, $M=3,17$, $SD=0,78$) mit Werten von .73 für *Zerstreuungsorientiertes Coping* ($n=134$, $M=2,94$, $SD=0,84$) und von .84 für *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* ($n=134$, $M=3,39$, $SD=0,92$). Für das palliative Coping wurden in dieser Untersuchung Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) von .82 für *Palliatives Coping: Versuch* ($n=135$, $M=3,57$, $SD=0,75$) und .86 für *Palliativ-erfolgreiches Coping* ($n=134$, $M=3,72$, $SD=0,71$) erzielt.

3.2.2.2 INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG DES ERFOLGS DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Im zweiten Teil des Fragebogens standen die Inanspruchnahme Besonderer Hilfen, das Integrationsengagement sowie die Umschulungsmotivation und der Erfolg der Maßnahme der beruflichen Rehabilitation im Mittelpunkt.

3.2.2.2.1 Angebot Besonderer Hilfen

Das *Angebot Besonderer Hilfen* im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt ist breit gefächert. Es reicht von individueller Förderung in der Ausbildung und im Bewerbungsprozess über ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Unterstützung bis hin zu Reha-Sport. Ergänzt wird es um einrichtungsspezifische

Freizeitaktivitäten²⁶, die den Teilnehmern während der Maßnahme zur Verfügung stehen. Von Interesse für diese Untersuchung war, ob und welche Angebote von den Probanden in Anspruch genommen wurden. Dafür beantworteten sie zehn Fragen (vgl. Anhang, S. 224) zu den Besonderen Hilfen und Freizeitaktivitäten mit „stimme zu“ oder „stimme nicht zu“.

3.2.2.2 Integrationsengagement

Um das *Integrationsengagement* zu erheben, bedurfte es im Vorfeld der Erstellung des Fragebogens der Entwicklung einer eigenen Skala. Dabei wurde rational-deduktiv in direkter Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Reha- und Integrationsmanagern vorgegangen. In einem ersten Schritt erhielten diese die Möglichkeit, sich dahingehend zu äußern, was sie unter Integrationsengagement verstehen respektive woran sie Integrationsengagement der Teilnehmer festmachen. Die Befragten sind während der gesamten Qualifizierung und darüber hinaus Ansprechpartner für die beruflichen Rehabilitanden. Sie begleiten sie vom ersten Tag der (Vorbereitungs-)Maßnahme während der gesamten Ausbildung sowie im Praktikum. Insgesamt sieben Reha- und Integrationsmanager sowie eine Sozialarbeiterin²⁷ benannten unterschiedliche Kennzeichen von Integrationsengagement auf Seiten der Teilnehmer. Diese wurden in übergreifenden Kategorien zusammengefasst und nach der Häufigkeit ihrer Aufzählung sortiert (vgl. Tabelle 10, S. 96). Darüber hinaus wurde auch erfragt, worin sich mangelndes Integrationsengagement widerspiegelt.

Tabelle 10: Kriterien für Integrationsengagement

Kriterien für Integrationsengagement seitens der Teilnehmer	Anzahl der Nennungen (N=8)
Selbstständige Praktikums- und Stellensuche	6
Nutzung der zur Verfügung stehenden Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten	5
Flexibilität	4

²⁶ Freizeitaktivitäten gelten als Ergänzung der Angebote des Berufsförderungswerkes im Rahmen der Besonderen Hilfen. Sie schaffen einen Ausgleich zu den Belastungen des Alltags und fördern das soziale Miteinander.

²⁷ Diese Sozialarbeiterin verfügt über langjährige Berufserfahrung und hatte vor der Einführung der Reha- und Integrationsmanager eine vergleichbare Funktion inne. Darüber hinaus steht auch sie in direktem Kontakt mit zahlreichen Teilnehmern während der gesamten beruflichen Rehabilitation.

<ul style="list-style-type: none"> - Mobilität - Umzugsbereitschaft - breitgefächerte Stellensuche - Erweiterung der territorialen Radius für die Stellensuche im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten 	
<p>Kompromissbereitschaft – Anpassung der eigenen Ansprüche an die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zugeständnisse hinsichtlich Gehalt, Stundenzahl, Position, Aufgaben - eingehen auf Forderungen des Unternehmens - aufgeschlossene Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen - überdenken berufsverwandter Tätigkeiten für den Neu-Einstieg 	4
<p>Bereitschaft zur Wissenserweiterung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Messen, Kursen, Weiterbildungen - Qualifizierung, Training - erwerben von Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz 	4
<p>Eigeninitiative, Motivation, den eigenen Lebensstandard zu sichern, Hartnäckigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - alles Machbare versuchen - mehr tun, als von offizieller Seite gefordert wird - stringent ein klares Ziel verfolgen, dass sich wie ein roter Faden durch die Ausbildung zieht - ggf. auch mal Privates zurückstellen - sich selbst bei potentiellen Arbeitgebern in Erinnerung bringen - gezielt Chancen auf eine Anstellung erhöhen - Engagement im Praktikum - Teilnahme am Job Train²⁸ 	6
<p>Bewerbungsunterlagen: Aktueller Stand und persönliche Gestaltung (zeitliche und finanzielle Investitionen)</p>	5
<p>Kontakte pflegen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt halten zum Praktikumsbetrieb - Einbeziehung des eigenen sozialen Netzwerks (Bekannte, Verwandte, Verein) bei der Stellensuche - Pflege des Netzwerks beruflicher Kontakte - bei längerer Arbeitsunfähigkeit während der Maßnahme Kontakt zum Berufsförderungswerk nicht abreißen lassen 	3

²⁸ Job Train ist eine Initiative des Berufsförderungswerks Sachsen-Anhalt im Anschluss an die Qualifizierungsmaßnahme für Teilnehmer, die bis dato nicht in Arbeit sind. Sie zielt darauf ab, im Bewerbungsprozess zu unterstützen und aktiv „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten.

Kritikfähigkeit und Änderungsbereitschaft	4
<ul style="list-style-type: none"> - individuelle Defizite identifizieren und abbauen - offen sein für hilfreiche Hinweise anderer (Kleidung, Auftreten, Verhalten) 	
Aktive Teilnahme an der Ausbildung	3
<ul style="list-style-type: none"> - gute Noten erzielen - Mitarbeit im Unterricht - Pünktlichkeit 	

Als Kriterien, die gegen ein hohes Integrationsengagement sprechen, wurden folgende Punkte genannt, die sich teilweise überschneiden: (a) ständig Gründe hervorbringen, warum etwas nicht geht, (b) allein finanzielle Aspekte in den Vordergrund rücken (z. B. eher drei Monate Übergangsgeld nach der Ausbildung beziehen, als unmittelbar nach Abschluss eine Anstellung aufzunehmen, die mit einer darunter liegenden Vergütung verbunden ist), (c) wenig Einsatzbereitschaft im Praktikum, (d) auf „Totalversorgung“ bauen – andere werden es schon richten, (e) fehlende Aktivität, Lustlosigkeit, mangelnde Mitwirkung, (f) keinerlei Leistungsstreben, „Hauptsache Abschluss“, (g) keine relevanten Informationen einholen, (h) Angebote, ohne zu überdenken, ausschlagen, (i) Zeitarbeit von Vorherein ablehnen.

Anhand der getroffenen Aussagen wurden anschließend 30 Items zur Erfassung des Integrationsengagements ausformuliert und diese den Befragten vorgelegt, mit der Bitte zu beurteilen, wie gut jedes einzelne Item Integrationsengagement bzw. einen Mangel dessen erfasst (vgl. Tabelle 11, S. 98 ff.). Zur Beantwortung wurde eine fünfstufige Skala mit den Werten „1-völlig“ bis „5-gar nicht“ vorgegeben.

Tabelle 11: Items zur Erfassung von Integrationsengagement bzw. fehlendem Integrationsengagement – Vorauswahl (Grau unterlegt: Items zu mangelndem Integrationsengagement, rosa unterlegt: Items, die keine weitere Berücksichtigung fanden, grün unterlegt: Items, die in die Skala zur Erfassung des Integrationsengagements eingingen)

		1 völlig	2 weitest- gehend	3 teil- weise	4 kaum	5 gar nicht
1.	Um wieder in Arbeit zu kommen, tue ich alles, was in meiner Macht steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich informiere mich regelmäßig über geeignete Praktikums- bzw. Arbeitsstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		1 völlig	2 weitest- gehend	3 teil- weise	4 kaum	5 gar nicht
3.	Bei auftretenden Schwierigkeiten oder Problemen suche ich Hilfe und Unterstützung bei meinem zuständigen Ansprechpartner (Lehrer, RIM, o. ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bei Bedarf würde ich Stütz- und Förderunterricht in Anspruch nehmen, um mein Ausbildungsziel zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wenn die Rahmenbedingungen nicht meinen Vorstellungen entsprechen, würde ich ein Arbeitsangebot ausschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich wäre bereit, für den passenden Job einen längeren Anfahrtsweg in Kauf zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Hauptsache, ich komme durch die Ausbildung – die Noten spielen für mich nur eine untergeordnete Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hinsichtlich der Rückkehr in das Berufsleben lasse ich die Dinge einfach auf mich zukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich würde Abstriche beim Gehalt machen, wenn ich dafür einen Job bekomme, der mir eine erfolgreiche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt ermöglicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Es ist mir wichtig, meinen Bewerbungsunterlagen eine persönliche Note zu geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Um beruflich vorwärts zu kommen, bin ich bereit, mich auch über die Ausbildung hinaus weiterzubilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich weiß selbst am besten, was ich tun muss, um in Arbeit zu kommen, da möchte ich keine Ratschläge von anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Beim Erstellen meiner Bewerbungsunterlagen übernehme ich weitestgehend Vorlagen und Formulierungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	In der Ausbildung lege ich Wert auf gute Leistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Für einen Job würde ich meine eigenen Ansprüche überdenken und ggf. den Bedingungen des Arbeitgebers anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich nutze meine privaten Kontakte, um in Erfahrung zu bringen, ob irgendwo eine passende Stelle für mich frei ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich finde immer wieder Gründe, warum ein Stellenangebot für mich nicht zutrifft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Meine Bewerbungsunterlagen bringe ich regelmäßig auf den neusten Stand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Um meine Chancen auf eine Anstellung zu erhöhen, wäre ich auch bereit, Aufgaben zu übernehmen, die nicht berufstypisch sind (sofern gesundheitlich möglich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		1 völlig	2 weitest- gehend	3 teil- weise	4 kaum	5 gar nicht
20.	Es ist mir wichtig, vom Praktikumsbetrieb eine gute Beurteilung zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Für den erfolgreichen Verlauf der Ausbildung würde ich das Privatleben zeitweise zurückstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich bin bereit, entsprechende Zusatzqualifikationen zu erlangen, um meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Würde das Einstiegsgehalt geringer ausfallen als die finanziellen Leistungen, die ich ansonsten nach Ausbildungsabschluss erhalte, wäre das ein Grund für mich, ein Arbeitsangebot auszuschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich verlasse mich auf die Mitarbeiter im Bfw und erwarte, dass sie mich in Arbeit bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Stellenangebote im Rahmen von Zeitarbeit lehne ich grundsätzlich ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ich mache mir Gedanken, an welchen persönlichen Defiziten eine Einstellung scheitern könnte und wie sich diese beheben ließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Hinweise von anderen, wie ich mich kleiden oder verhalten sollte, um in einem Vorstellungsgespräch erfolgreich zu sein, überdenke ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ich würde auch in einer niedrigeren Position arbeiten, um überhaupt wieder auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Für mich ist es wichtig, erst einmal die Maßnahme der beruflichen Rehabilitation zu absolvieren; was dann kommt, wird man sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ich habe Vorstellungen und Pläne für meine berufliche Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In die Skala zur Erfassung von Integrationsengagement (vgl. Anhang, S. 224) fanden nur diejenigen Items Eingang, bei denen der Median der Antworten 1,50 nicht überschritt und die Antwortkategorie „3-teilweise“ höchstens einmal gewählt wurde sowie wenn darüber hinaus keine Antworten der Kategorien „4“ oder „5“ vorlagen (vgl. Tabelle 12, S. 101).

Für den Fragebogen wurden alle Items positiv formuliert, so dass eine Rekodierung nicht erforderlich ist. Die Beantwortung erfolgte auf einer Skala mit Werten zwischen „1-trifft überhaupt nicht zu“ bis „5-trifft ganz genau zu.“ Ein hoher Item-Antwortwertwert respektive ein hoher Skalenmittelwert indizieren demnach ein hohes Maß an Integrationsengagement. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skala betrug in dieser Studie .84 ($n=109$, $M=4,19$, $SD=0,56$).

Tabelle 12: Statistische Kennzahlen der Itemauswahl für die Skala zur Erfassung von Integrationsengagement

Item	Häufigkeit (N=8)			M	MD
	„1-völlig“	„2-weitestgehend“	„3-teilweise“		
2	4	4	-	1,50	1,50
10	7	-	1	1,25	1,00
11	6	1	1	1,38	1,00
16	4	4	-	1,50	1,50
18	7	-	1	1,25	1,00
20	4	4	-	1,50	1,50
22	5	3	-	1,38	1,00
24	4	3	1	1,63	1,50
26	5	2	1	1,50	1,00
27	4	3	1	1,63	1,50

3.2.2.2.3 Umschulungsmotivation

Auch hinsichtlich der Erfassung von *Umschulungsmotivation* wurden in Zusammenarbeit mit den Reha- und Integrationsmanagern sowie der Sozialarbeiterin zunächst Kriterien zusammengestellt und daraus entsprechende Items abgeleitet, die wiederum von den Fachkräften in Hinblick auf ihre Aussagefähigkeit bestätigt wurden. Als Kennzeichen der Umschulungsmotivation nannten die Befragten weitestgehend übereinstimmend folgende Aspekte:

- gesteigertes Selbstvertrauen, Zuversicht gegenüber neuen Herausforderungen
- Zielstrebigkeit, Aufweisen einer Perspektive basierend auf der Maßnahme
- Handlungskompetenz, persönliche Reife und Weiterentwicklung
- Stolz auf erreichte Leistungen
- Zufriedenheit

Daraus resultierend fanden vier Items zur Erfassung der Umschulungsmotivation Eingang in den Fragenbogen Teil 2 (vgl. Tabelle 13, S. 102), deren Beantwortung mittels „stimme zu“ – „teils teils“ – „stimme nicht zu“ erfolgte. Ergänzt wurden diese um vier weitere, deskriptive Fragestellungen zum *Erfolg der beruflichen Rehabilitation*, die (1) die schulischen Leistungen im Durchschnitt (ohne Prüfungsergebnis) sowie (2) die

durchschnittliche Prüfungsnote²⁹ beinhalteten, ebenso wie (3) eine Beurteilung der eigenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt und (4) die Angabe dazu, ob bereits ein Arbeitsplatz in Aussicht ist (vgl. Anhang, S. 248).

Tabelle 13: Items zur Erfassung von Umschulungsmotivation

1	Es ist mir wichtig, meine Ausbildung erfolgreich abzuschließen.
2	Ich kann mich gut mit meinem Umschulungsberuf identifizieren.
3	Ich gehe davon aus, durch die Umschulung meine Chancen, einen Arbeitsplatz zu finden, zu verbessern.
4	Ich würde mir wünschen, zukünftig in meinem Umschulungsberuf tätig werden zu können.

In dieser Studie erreichte die Reliabilität der Skala zur Erfassung der Umschulungsmotivation einen Wert von .60 ($n=114$, $M=1,31$, $SD=0,33$), wobei sich zeigte, dass Item 1 lediglich eine geringe Trennschärfe aufweist. Durch den Verzicht auf dieses Item erhöht sich die interne Konsistenz auf .65 ($n=114$, $M=2,59$, $SD=0,44$), was als besserer, jedoch nicht optimaler Wert für die Reliabilität gesehen werden kann, und bei der Interpretation der Skala zu berücksichtigen ist.

²⁹ Angabe in erreichten Prozent

4. EMPIRISCHER TEIL – ERGEBNISSE

In dem nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Erhebung unter Bezug auf die in Kapitel drei formulierten Hypothesen detailliert dargestellt. Neben der deskriptiven Statistik gilt das Interesse dem Zusammenhang zwischen Self-Compassion und anderen Konstrukten sowie eventuellen Geschlechtsunterschieden in der Ausprägung der untersuchten Dimensionen.

4.1 DESKRIPTIVE STATISTIK

Einen ersten Überblick über die erhobenen Befunde liefern zunächst die deskriptiven Daten. Sie dienen einer verständlichen Beschreibung der Ergebnisse und vereinfachen damit im Verlauf die Interpretation der Resultate.

4.1.1 DIE BESONDERHEITEN DER STICHPROBE IM VERGLEICH ZUR NORMIERUNG

Auf den vorangegangenen Seiten wurde ausführlich geschildert, dass sich die Probanden der vorliegenden Erhebung in einer Ausnahmesituation befanden, die einen mitfühlenden Umgang mit dem Selbst ganz besonders erfordert. Alle Befragten nahmen an einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach §33 SGB IX teil. Voraussetzung dafür ist, dass die betroffenen Personen aus gesundheitlichen Gründen ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgehen können. Dementsprechend lagen bei allen Untersuchungsteilnehmern schwerwiegende, teilweise chronisch-persistierende Grunderkrankungen vor. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass das Erleben der Krankheit und damit verbundener Folgen auch eine psychische Belastung darstellt. Das allgemeine Wohlbefinden der Untersuchungsteilnehmer wurde über den *SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) erhoben. Im Rahmen dessen ist eine Differenzierung zwischen *Körperlichem Gesundheitszustand* und *Psychischem Gesundheitszustand* sowie den zugehörigen Subskalen möglich. Um einen ersten Eindruck hinsichtlich des physischen und psychischen Wohlbefindens der untersuchten Population zu erlangen, wurden die in dieser Studie erzielten (Sub-)Skalenwerte in Relation zur gesamtdeutschen Normstichprobe aus dem Jahr 1994 gesetzt (vgl. Tabelle 14, S. 104).

Tabelle 14: Subskalen- und Summenskalenwerte des SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) im Verhältnis zur Normstichprobe und untersuchten Teilpopulationen mit Erkrankungshintergrund

	Stichprobe der vorliegenden Untersuchung		Normstichprobe gesamt (1994)		Norm (1994): Patienten mit Gelenkrheumatismus, Arthrose, Arthritis		Norm (1994): Patienten mit Rückenschmerzen, Ischias, Bandscheibenvorfall		Norm (1994): Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
KöFu	67,52 n=135	21,80	85,56 n=2906	22,32	64,13 n=488	27,73	75,93 n=1041	25,46	66,00 n=168	29,22
KöRo	51,67 n=135	38,90	82,96 n=2899	32,59	58,98 n=488	41,91	70,92 n=1040	39,00	53,06 n=168	41,65
SCHM	52,99 n=135	24,90	79,08 n=2908	27,36	52,94 n=487	28,59	63,27 n=1045	28,79	52,49 n=168	29,37
AGES	52,54 n=134	17,60	67,92 n=2914	20,27	50,89 n=488	20,79	58,63 n=1048	20,39	46,09 n=168	21,40
VITA	47,39 n=135	18,51	63,21 n=2895	18,46	50,32 n=486	19,90	55,33 n=1042	19,14	45,81 n=168	21,52
SoFu	69,68 n=134	24,73	88,76 n=2913	18,39	78,19 n=488	23,87	83,67 n=1047	20,64	73,18 n=168	27,01
EmRo	61,94 n=134	42,71	89,97 n=2903	26,25	81,06 n=485	35,35	84,32 n=1045	32,34	76,30 n=168	38,48
PSYCH	62,85 n=134	20,01	73,76 n=2905	16,57	66,11 n=486	18,91	69,07 n=1044	18,18	60,70 n=168	21,78
KöΣ	41,86 n=132	9,86	50,06 n=2870	10,33	39,26 n=482	11,86	44,51 n=1031	11,32	39,20 n=168	11,58
PsyΣ	41,34 n=132	15,66	51,44 n=2870	8,24	49,77 n=482	9,84	50,04 n=1031	9,44	46,67 n=168	11,61

Anmerkungen: SF-36 36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (SF-36 5) VITA Vitalität, (SF-36 6) SoFu Soziale Funktionsfähigkeit, (SF-36 7) EmRo Emotionale Rollenfunktion, (SF-36 8) PSYCH Psychisches Wohlbefinden, PSYCH Psychisches Wohlbefinden, KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert

Unter Berücksichtigung von Mittelwerten und Standardabweichungen ist erkennbar, dass die Summenwerte der Probanden der aktuellen Untersuchung tendenziell geringer ausfallen als die der Normstichprobe aus dem Jahre 1994 und sich eher in Richtung der vorliegenden Normwerte von Patienten mit chronischen Erkrankungen respektive Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates beziehungsweise der Gelenke bewegen. Darüber hinaus wird anhand der Standardabweichung offenbar, dass es sich bei der untersuchten Population in Hinblick auf das psychische Wohlbefinden um eine stärker heterogene Stichprobe handelt. In diesem Zusammenhang lässt sich besonders hervorheben, dass eine länger andauernde Erkrankung körperlicher und/oder mentaler Natur, die eine Rückkehr in die bisherige berufliche Tätigkeit ausschließt, oftmals mit (weiteren) psychischen Auswirkungen einhergeht.

Bei beiden Basisdimensionen kann eine Normalverteilung angenommen werden. Hingegen ist nicht für alle Subskalen das Vorliegen einer Normalverteilung der Daten gegeben. Lediglich die Werte für *Vitalität* sind normalverteilt. Eine tolerierbare Schiefe weisen die Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* und *Allgemeine*

Gesundheitswahrnehmung auf. In beiden Fällen kann von einer annähernden Normalverteilung ausgegangen werden. Nicht normalverteilt sind die Werte der Skalen *Körperliche Rollenfunktion*, *Schmerzen*, *Soziale Rollenfunktion*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden* (detaillierte Informationen sowie graphische Darstellungen der Verteilungen finden sich im Anhang, S. 250 ff.).

4.1.2 INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG DES ERFOLGS DER BERUFLICHEN REHABILITATION

4.1.2.1 INTEGRATIONSENGAGEMENT

Zur Berechnung eines Skalenwertes für das *Integrationsengagement* wurde zunächst anhand der Rohwerte der Item-Antworten der Skalensummenwert gebildet und davon ausgehend der Skalenmittelwert für jeden Teilnehmer berechnet, für den Antworten zu allen zehn Items vorlagen (vgl. Tabelle 15, S. 105).

Tabelle 15: Item- und Skalenmittelwerte sowie Standardabweichungen für das Integrationsengagement

Nr.	Item-Inhalt	n	M	SD
1	Einholen von Information zu Praktikums- bzw. Arbeitsstellen	112	4,00	1,07
2	Persönliche Note der Bewerbungsunterlagen	112	4,03	0,89
3	Bereitschaft zur Weiterbildung	110	4,42	0,76
4	Nutzung privater Kontakte bei der Stellensuche	110	4,27	0,86
5	Aktualisierung der Bewerbungsunterlagen	113	4,05	0,94
6	Hohe Relevanz der Praktikumsbeurteilung	113	4,47	0,85
7	Bereitschaft zum Erlangen von Zusatzqualifikationen	113	4,51	0,71
8	Eigeninitiative bei der Arbeitsuche	114	4,46	0,78
9	Selbstreflexion bzgl. eigener Schwächen im Bewerbungsprozess	114	3,85	0,96
10	Offenheit im Umgang mit konstruktiver Kritik für ein souveränes Auftreten	114	3,91	0,946
Skalensummenwert		109	4,19	0,56

Hinsichtlich der Item-Antworten waren pro Item alle möglichen Werte, von „1 – trifft überhaupt nicht zu“ bis „5 – trifft ganz genau zu“, vertreten. Die Hälfte aller Befragten weist einen Skalenmittelwert zwischen 3,85 und 4,60 und daraus resultierend ein relativ hohes Integrationsengagement auf ($n=109$, $M=4,19$, $SD=0,56$). Jeweils ein

Viertel erzielte Skalenmittelwerte, die darunter bzw. darüber liegen ($M_{min}=1,80$, $M_{max}=5,00$). Die Daten sind annähernd normalverteilt (detaillierte Informationen sowie eine graphische Darstellung der Verteilung finden sich im Anhang, S. 254).

4.1.2.2 ANGEBOT BESONDERER HILFEN

Das *Angebot Besonderer Hilfen* im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt gehört zu den Spezifika dieser Einrichtung der beruflichen Rehabilitation. Im Ergebnis der vorliegenden Befragung zeigte sich, dass die Besonderen Hilfen auf Seiten der Rehabilitanden vielfach angenommen werden. Unter allen Teilnehmern der Erhebung, von denen Angaben vorlagen, gab es niemanden, der nicht mindestens ein Angebot in Anspruch nahm ($n=114$). Mehr als die Hälfte der Befragten (62,2%) wiesen Erfahrung in vier bis sieben verschiedenen Formen der Förderung und Unterstützung durch das Berufsförderungswerk auf (vgl. Tabelle 16, S. 106).

Tabelle 16: Häufigkeit der Nutzung Besonderer Hilfen im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt

	Gesamtstichprobe (n=114)	
	Häufigkeit	Prozent
Inanspruchnahme des Angebots Besonderer Hilfen		
Mindestens ein Angebot	2	1,8
2 oder 3 Angebote	15	13,2
4 oder 5 Angebote	34	29,8
6 oder 7 Angebote	37	32,4
8 oder 9 Angebote	17	14,9
Alle 10 aufgeführten Angebote	9	7,9

Am häufigsten genutzt wurde Unterstützung beim Verfassen von Bewerbungsschreiben sowie in Hinblick auf das Recherchieren berufsbezogener Informationen und der medizinische Dienst. Es zeigte sich ebenso, dass jedes der verfügbaren Angebote auf Nachfrage stößt und in Anspruch genommen wird (vgl. Tabelle 17, S. 107). Niedrige Skalenmittelwerte entsprechen einer hohen Nutzung der vorhandenen Angebote im Sinne der Inanspruchnahme mehrere verschiedene Formen der Hilfe und Unterstützung durch die Mitarbeiter vor Ort.

Tabelle 17: Häufigkeit der Nutzung einzelner Angebote im Rahmen der Besonderen Hilfen

	Gesamtstichprobe (n=114)	
	Häufigkeit	Prozent
Angebot Besonderer Hilfen		
(1) Sportangebote (Entspannung im Wasser, Rückenschule o.ä.)	63	55,3
(2) Freizeitaktivitäten (Fahrradverleih, Internetcafé, Besuch der Cafeteria usw.) und/oder Veranstaltungen	52	45,6
(3) Physiotherapie (Hydrojet etc.)	65	57,0
(4) Arzt	92	80,7
(5) Psychologische Beratung	44	38,6
(6) Unterstützung der Sozialarbeiterin	53	46,5
(7) Förderunterricht	70	61,4
(8) Einholen berufsbezogener Informationen	77	67,5
(9) Hilfe beim Schreiben von Bewerbungen	95	83,3
(10) Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Praktikums- bzw. Arbeitsplatz	59	51,8

Betrachtet man die Häufigkeitsverteilungen der Mittelwerte bezüglich der Angaben zur Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt, wird erkennbar, dass eine Normalverteilung vorliegt (detaillierte Informationen sowie eine graphische Darstellung der Verteilung finden sich im Anhang, S. 255).

4.1.2.3 UMSCHULUNGSMOTIVATION

Im Rahmen der Auswertung der Umschulungsmotivation fanden zugunsten der internen Konsistenz ausschließlich die Items 2 bis 4, jedoch nicht Item 1, Eingang in die Berechnungen. Die Item-Antworten wurden zunächst rekodiert, so dass hohe Werte auf eine höher ausgeprägte Umschulungsmotivation schließen lassen. Anschließend wurden Mittelwerte über jedes Item und die Umschulungsmotivation gesamt berechnet (vgl. Tabelle 18, S. 108). Die Antworten pro Item weisen Werte, von „1 – stimme zu“ (rekodiert Wert 3) bis „3 – stimme nicht zu“ (rekodiert Wert 1), auf. Mit einem Skalenmittelwert von 2,59 kann die Umschulungsmotivation der Befragten insgesamt als hoch bezeichnet werden ($n=114$, $M=2,59$, $SD=0,44$). Die Verteilung lässt eine Linksschiefe erkennen (detaillierte Informationen sowie eine graphische Darstellung der Verteilung finden sich im Anhang, S. 255).

Tabelle 18: Item- und Skalenmittelwerte für die Umschulungsmotivation

	Gesamtstichprobe (n=114)	
	M	SD
Umschulungsmotivation		
(2) Identifizierung mit dem Umschulungsberuf	2,50	0,58
(3) Antizipation verbesserter Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch Umschulung	2,54	0,57
(4) Wunsch, im Umschulungsberuf tätig werden zu können	2,75	0,56
Umschulungsmotivation gesamt	2,59	0,44

Die Antworten auf die Fragen nach den (1) *schulischen Leistungen* und der (2) *Prüfungsnote* wurden zunächst hinsichtlich ihrer Häufigkeit ausgewertet. Ergänzend erfolgte die Berechnung des Mittelwertes aus beiden Angaben, um einen Indikator für die Schulleistungen gesamt zu bestimmen.

Tabelle 19: Mittelwerte der schulischen Leistungen

	n	M	SD
Schulleistungen			
Schulische Leistungen (ohne Prüfungsergebnisse)	113	2,51	0,83
Prüfungsnote	109	3,02	0,72
Schulleistung gesamt	109	2,77	0,70

Mit durchschnittlichen Werten zwischen 2 („91-81%“) und 3 („80-67%“) sprechen die Ergebnisse für schulischen Erfolg der Teilnehmer (vgl. Tabelle 19, S. 108). Nur einer der Befragten gab an, ein unzureichendes Prüfungsergebnis (<50%) erzielt zu haben. Die schulischen Leistungen ohne Prüfungsnote lagen bei allen Teilnehmern über 50% und damit im Bereich des erfolgreichen Bestehens der Umschulung. Von einer Normalverteilung der Daten kann ausgegangen werden (eine graphische Darstellung der Verteilung finden sich im Anhang, S. 256).

Anschließend wurden für die weitere Auswertung die Angaben der Befragten zu (1) *schulischen Leistungen*, (2) *Prüfungsnote* und (3) *Beurteilung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt* einer Invertierung unterzogen ebenso wie der Wert der *Schulleistungen*

gesamt. Hohe Werte indizieren folglich gute schulische Leistungen und Noten sowie hohe wahrgenommene Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Zudem fand auch die Frage nach einem potentiellen Arbeitsplatz im Anschluss an die Ausbildung Berücksichtigung. Als „eher gut“ oder „gut“ beurteilen mehr als ein Drittel der Untersuchungsteilnehmer ihre Chancen, im Anschluss an die Umschulung eine Anstellung zu finden (39,3%, $n=112$). Knapp ein Viertel der Befragten (24,3%) geht sogar davon aus, bereits einen Arbeitsplatz sicher zu haben. Eher pessimistisch sehen mehr als ein Fünftel ihre berufliche Zukunft. Sie schätzen die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für sich „schlecht“ oder „weniger gut“ ein. Der Großteil der Probanden ist unschlüssig (37,5%, eine graphische Darstellung der Verteilung finden sich im Anhang, S. 256). Auch hier findet sich eine Normalverteilung der Angaben.

4.2 SELF-COMPASSION IM KONTEXT DER UNTERSUCHTEN KONSTRUKTE

Das Hauptaugenmerk dieser Studie liegt auf dem Erleben von Self-Compassion und den damit verbundenen Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen.

Die Betrachtung von Geschlechtsunterschieden in den erhobenen Bereichen soll in dieser Arbeit nur ergänzend und mit Zurückhaltung erfolgen. Ausschlaggebend dafür ist der Aspekt, dass häufiger Männer als Frauen die berufliche Rehabilitation durchlaufen. Das spiegelt sich auch in den erhobenen Daten wider (vgl. Tabelle 3, S. 81): Während 70,5% der Untersuchungsteilnehmer männlich waren, entfielen nur 18,1% der Datensätze auf weibliche Probanden (keine Angabe zum Geschlecht lag bei 11,4% der Befragten vor). Bei den nachfolgend dargestellten Ergebnissen kann weitestgehend eine „Circa-Verteilung“ von eins zu vier angenommen werden. Das heißt, dem Datensatz einer Frau stehen die Angaben von jeweils vier Männern gegenüber. Damit fällt der Anteil der Angaben weiblicher Probanden deutlich geringer aus. Resultierende Geschlechtsunterschiede in den Ergebnissen sollten vor diesem Hintergrund deshalb lediglich als Tendenz interpretiert werden. Für eine fundierte Aussage bezüglich Geschlechtsunterschieden innerhalb der untersuchten Konstrukte bedarf es der weiterführenden Befragung einer größeren Stichprobe respektive eines höheren Frauenanteils, was sich aus ökonomischen Gründen im Rahmen vorliegender Arbeit jedoch nicht realisieren ließ.

Für die Daten dieser Erhebung ließ sich in Hinblick auf den globalen Self-Compassion-Wert eine Normalverteilung erkennen. Für die Subskalen war diese Bedingung jedoch nicht durchweg gegeben. Betroffen sind die Skalen *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Achtsamkeit* (graphische Darstellungen der Verteilung finden sich im Anhang, S. 257 ff.).

4.2.1 SELF-COMPASSION UND GESUNDHEIT – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H1

Zunächst wurde vermutet, das Selbstmitgefühl könne einen Einfluss auf das psychische, jedoch nicht auf das physische Wohlbefinden haben (Hypothese H1). Konkret wurde davon ausgegangen, dass zwischen Self-Compassion und den Subskalen *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden* des *SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) ein positiver Zusammenhang bestehen sollte (Hypothese H1a bis H1d). Wohingegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen den körperlich-ausgerichteten Subskalen des *SF-36* und dem Selbstmitgefühl erwartet wurde. Darüber hinaus wurde vermutet, Geschlechtsunterschiede würden im Kontext der beruflichen Rehabilitation hinsichtlich des Gesundheitszustandes dahingehend bestehen, dass Männer in den körperlichen Dimensionen niedrigere Werte erzielen, wohingegen Frauen in den psychischen Aspekten geringere Werte aufweisen (Hypothese H1e).

Um dies zu prüfen, galt es in einem ersten Schritt die Korrelationen zwischen den Komponenten des Selbstmitgefühls und den Subskalen des *SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011), ergänzt um die Variablen Selbstwertschätzung, Alter und Geschlecht, zu betrachten (vgl. Tabelle 20, S. 111 sowie zur einfacheren Lesbarkeit Tabelle 21, S.112). Tatsächlich fanden sich wie erwartet signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert für Self-Compassion und *Vitalität* ($r=.49$, $p<.01$), *Soziale Funktionsfähigkeit* ($r=.41$, $p<.01$), *Emotionale Rollenfunktion* ($r=.39$, $p<.01$) und *Psychisches Wohlbefinden* ($r=.56$, $p<.01$) des *SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011). Die zuvor genannten Subskalen korrelieren zudem signifikant negativ mit den Komponenten *Isolation* ($-.49 \leq r \leq -.36$, $p<.01$) und *Überidentifizierung* ($-.48 \leq r \leq -.35$, $p<.01$) sowie etwas

Tabelle 20: Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, dem Gesundheitszustand, Selbstwert, Alter und Geschlecht (gekürzt)

Pearson Korrelation	SC 1-6							SF-36									Selbstwert	Alter	Geschlecht			
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.	KöFu	KöRo	SCHM	AGES	VITA	SoFu	EmRo	PSYCH	KöΣ-				PsyΣ	Vo Ja	
S C	Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine umfassende Darstellung findet sich im Anhang (Tabelle 57, S. 270f.)																					
SF-36	(SF-36 1) KöFu n	.01 130	.11 131	-.03 131	-.03 130	.01 128	.03 131	-.01 126	1.00 135													
	(SF-36 2) KöRo n	.01 130	-.08 131	.02 131	-.13 130	.07 128	-.21 131	.13 126	.31** 135	1.00 135												
	(SF-36 3) SCHM n	.14 130	.01 131	.05 131	.00 130	.09 128	.02 131	.08 126	.48** 135	.58** 135	1.00 135											
	(SF-36 4) AGES n	.04 129	-.02 130	.05 130	-.08 129	.15 127	-.15 130	.14 125	.35** 134	.40** 134	.39** 134	1.00 134										
	(SF-36 5) VITA n	.35** 130	-.28** 131	.20* 131	-.38** 130	.38** 128	-.36** 131	.51** 126	.24** 135	.39** 135	.30** 135	.46** 134	1.00 135									
	(SF-36 6) SoFu n	.21* 129	-.25** 130	.04 130	-.42** 129	.15 127	-.39** 130	.41** 125	.19* 134	.41** 134	.33** 134	.32** 134	-.04 132	1.00 134								
	(SF-36 7) EmRo n	.32** 129	-.23* 130	.08 130	-.42** 129	.19* 127	-.36** 130	.41** 125	.08 134	.39** 134	.28** 134	.23** 133	.59** 134	.65** 133	1.00 134							
	(SF-36 8) PSYCH n	.40** 128	-.39** 129	.15 129	-.49** 128	.36** 126	-.49** 129	.58** 124	.06 134	.29** 134	.20* 134	.24** 133	.74** 134	.70** 133	.72** 133	1.00 134						
	KöΣ n	-.16 127	.21* 128	-.05 128	.24** 127	-.07 125	.18* 128	-.22* 123	.72** 132	.58** 132	.70** 132	.51** 132	-.04 132	.31** 134	-.18 132	-.26** 132	1.00 132					
	PsyΣ n	.35** 127	-.33** 128	.11 128	-.52** 127	.27** 125	-.48** 128	.54** 123	-.04 132	.27** 132	.12 132	.22* 132	.76** 132	.82** 132	.86** 132	.91** 132	-.37** 132	1.00 132				
	VoJa n	.10 128	-.04 130	.02 130	-.13 129	.05 127	-.02 130	.13 125	.38** 134	.31** 134	.39** 134	.42** 134	.35** 124	.38** 134	.29** 133	.23** 133	.33** 132	.26** 132	1.00 134			
	Selbstwert n	.36** 128	-.47** 129	.20* 129	-.65** 128	.34** 126	-.61** 129	.68** 124	.02 133	.19* 133	.03 133	.20* 132	.48** 133	.45** 132	.46** 132	.60** 132	.12 132	-.19* 130	.57** 130	1.00 133		
	Alter n	.12 127	-.04 128	.20* 129	-.65** 128	.11 125	-.02 128	.07 123	-.37** 131	-.20* 131	-.24** 131	-.27** 130	-.09 131	-.08 130	-.08 131	-.03 130	-.12 130	-.35** 129	.02 129	-.05 129	1.00 131	
	Geschlecht n	-.02 129	.11 130	-.04 131	.25** 147	-.12 127	.19* 130	-.19* 125	-.15 134	.07 134	.00 134	.17 133	-.09 134	-.11 133	-.08 133	-.07 133	-.10 133	.05 131	-.07 131	-.13 132	-.04 131	1.00 147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; SF-36 36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2), KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (SF-36 5) VITA Vitalität, (SF-36 6) SoFu Soziale Funktionsfähigkeit, (SF-36 7) EmRo Emotionale Rollenfunktion, (SF-36 8) PSYCH Psychisches Wohlbefinden, PSYCH Psychisches Wohlbefinden, KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert, VoJa Vorjahresvergleich

schwächer mit *Selbstverurteilung* ($r=-.21$, $p<.05$ für die *Emotionale Rollenfunktion* und $-.36 \leq r \leq -.25$, $p<.01$ für die verbleibenden Subskalen). Je selbstmitfühlender die Befragten sind, insbesondere je weniger sie zu selbstverurteilendem Verhalten, Abgrenzung im Sinne von *Isolation* und *Überidentifizierung* neigen, umso vitaler, sozial aktiver, psychisch gesünder und in ihrer emotionalen Rolle fester verankert sind sie. Wie prognostiziert weisen die hingegen eher physisch ausgerichteten Subskalen des *SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) keine bedeutsame wechselseitige Beziehung zu Self-Compassion allgemein oder einzelnen Komponenten auf.

Tabelle 21: Korrelationsmatrix - Überblick der globalen Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand, Selbstwert und Selbstmitgefühl sowie Alter und Geschlecht (konzentrierter Auszug aus Tabelle 20, S. 111)

Pearson Korrelation	SF-36 KöΣ	SF-36 PsychΣ	SW	SC gesamt	Alter	Geschlecht
SF-36 KöΣ n	1.00 132					
SF-36 PsychΣ n	-.36** 132	1.00 132				
SW n	.19* 130	.57** 130	1.00 133			
SC gesamt n	-.22* 123	.54** 123	.68** 124	1.00 125		
Alter n	-.35** 129	.02 129	-.05 129	.07 123	1.00 131	
Geschlecht n	.05 131	-.07 131	-.13 132	-.19* 125	-.04 131	1.00 147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; SW Selbstwert; SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert

Betrachtet man darüber hinaus die globalen Werte für das körperliche und psychische Wohlbefinden, wird ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Psychischen Summenskala und Self-Compassion erkennbar ($r=.54$, $p<.01$). Jedoch findet sich ebenfalls ein bedeutsamer negativer Zusammenhang für die Körperliche Summenskala und Self-Compassion ($r=-.22$, $p<.05$), wenn dieser auch geringer ausfällt, als für die psychische Basisdimension. Dieses eher überraschende Ergebnis veranlasste im nächsten Schritt der Datenauswertung das Durchführen einer Partialkorrelation. Wird der Einfluss der Psychischen Summenskala kontrolliert, ergibt sich nur noch eine unbedeutende Korrelation zwischen Self-Compassion und der

Körperlichen Summenskala ($r=-.01$). Umgekehrt ist der Einfluss der Körpersumme auf den Zusammenhang zwischen Self-Compassion und der Psychischen Summenskala vernachlässigbar. Der Zusammenhang bleibt signifikant bedeutsam ($r=.51$, $p<.001$).

Zur besseren Veranschaulichung bestehender Zusammenhänge erfolgt an dieser Stelle eine Aufteilung der Probanden in zwei Gruppen, von denen sich die eine durch ein hohes Maß an Selbstmitgefühl auszeichnet ($n=63$), während die Mitglieder der anderen Gruppe nur wenig mitfühlendes Verhalten sich selbst gegenüber zeigen ($n=63$). Als Entscheidungskriterium für die Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer zur jeweiligen Gruppe fungiert der Median (3.18) für Self-Compassion. Wird dieser Wert erreicht oder überschritten, spricht das für ein starkes Selbstmitgefühl. Umgekehrt lässt das Unterschreiten dieses Wertes auf ein geringes Maß an selbstmitfühlendem Verhalten schließen. Zu bedenken gilt, dass diese Methode den Fokus auf die Verdeutlichung signifikanter Ergebnisse legt, jedoch den Nachteil eines Informationsverlustes mit sich bringt. Zur Hypothesenüberprüfung werden ausschließlich bedeutsame Korrelationen herangezogen. Mittelwerte finden nur zur Darstellung signifikanter Ergebnisse Beachtung.

Wie bereits erwähnt, weisen die erhobenen Daten für Self-Compassion gesamt eine Normalverteilung auf. Anders sieht das für einzelne Skalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) aus (vgl. Anhang, S. 250 ff.). Sofern die Daten es zuließen (Voraussetzung: Vorliegen einer Normalverteilung), wurde für den Vergleich der Mittelwerte ein T-Test herangezogen, anderenfalls auf ein nicht-parametrisches Verfahren - den Mann-Whitney-U-Test - ausgewichen.

Während sich die Untersuchungsteilnehmer hinsichtlich der Mittelwerte in den Subskalen der *Körperlichen Summenskala* sowie des Vorjahresvergleiches³⁰ nicht unterscheiden, finden sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten³¹ für die Subskalen der *Psychischen Summenskala* (vgl. Abbildung 11, S. 114). Stärker selbstmitfühlende Probanden zeigen im Mittelwert mehr *Vitalität* ($M=54,84$, $SD=16,14$,

³⁰ Der Vorjahresvergleich findet sich nicht in der Abbildung, da dieser Wert als einziger keiner Transformation unterzogen wurde ($M=3,10$, $SD=0,89$, $n=63$ vs. $M=2,85$, $SD=0,85$, $n=62$).

³¹ Betrachtet wurden die transformierten Skalenwerten, die sich zwischen 0 und 100 bewegen können. Hohe Werte lassen auf eine hohe Lebensqualität schließen.

$n=63$ vs. $M=41,45$, $SD=17,96$, $n=63$, $t(124)=-4.53$, $p<.01$), eine ausgeprägtere *Soziale Rollenfunktion* ($M=75,79$, $SD=22,99$, $n=63$ vs. $M=64,11$, $SD=25,76$, $n=62$, $U=-2.64$, $p<.01$) ebenso wie eine stärkere *Emotionale Rollenfunktion* ($M=71,43$, $SD=39,19$, $n=63$ vs. $M=52,46$, $SD=44,50$, $n=61$, $U=-2.65$, $p<.01$) und bedeutend mehr *Psychisches Wohlbefinden* ($M=70,71$, $SD=15,73$, $n=62$ vs. $M=54,84$, $SD=19,63$, $n=62$, $U=-4.66$, $p<.001$). Sie lassen überdies eine allgemein bessere psychische Gesundheit erkennen ($M=46,50$, $SD=13,89$, $n=62$ vs. $M=36,62$, $SD=15,98$, $n=61$, $t(121)=-4.03$, $p<.01$), unterscheiden sich allerdings nicht bezüglich des physischen Gesundheitszustandes bedeutsam.

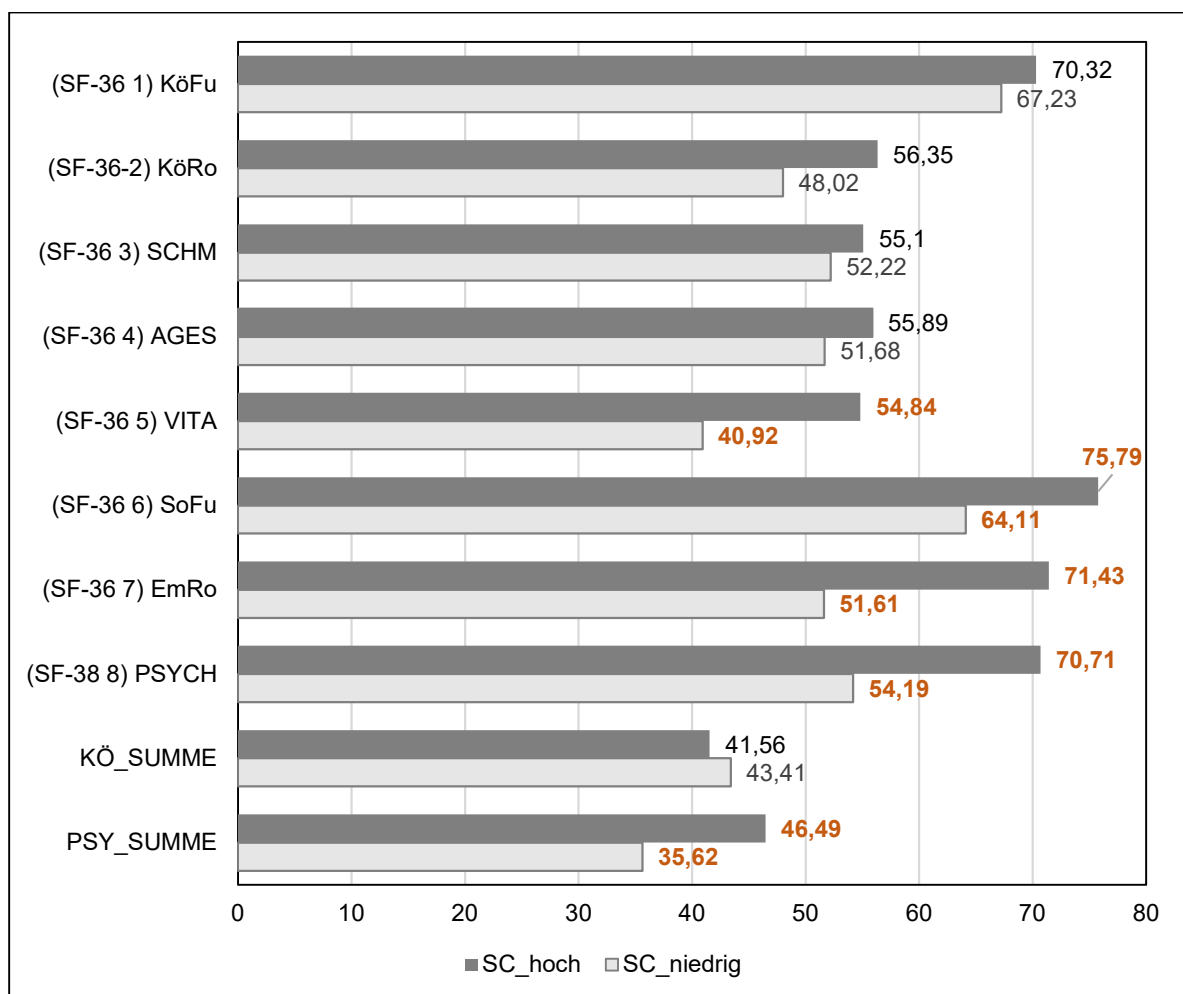


Abbildung 11: Mittelwertsunterschiede in den Subskalen des SF-36 Fragebogens entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: SC Self-Compassion; SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (SF-36 5) VITA Vitalität, (SF-36 6) SoFu Soziale Funktionsfähigkeit, (SF-36 7) EmRo Emotionale Rollenfunktion, (SF-36 8) PSYCH Psychisches Wohlbefinden, KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert, VoJa Vorjahresvergleich

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustandes wurden dahingehend erwartet, dass Männer in den körperlichen Dimensionen niedrigere Werte erzielen, wohingegen Frauen in den psychischen Aspekten geringere Werte unterstellt wurden (Hypothese H1e). Signifikante Unterschiede in den transformierten Skalenmittelwerten des *SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) fanden sich aber nur in geringem Maße (vgl. Abbildung 12, S. 115). Die in der Stichprobe befragten Männer weisen im Mittelwert bedeutsam mehr Vitalität auf als die untersuchten Frauen (M=47,97, SD=18,12, n=106 vs. M=45,19, SD=17,84, n=27, $t(131)=0.72$, $p<.05$). Gleichwohl fällt ihre Allgemeine Gesundheitswahrnehmung signifikant niedriger aus als die der weiblichen Probanden (M=50,07, SD=17,64, n=105 vs. M=58,11,

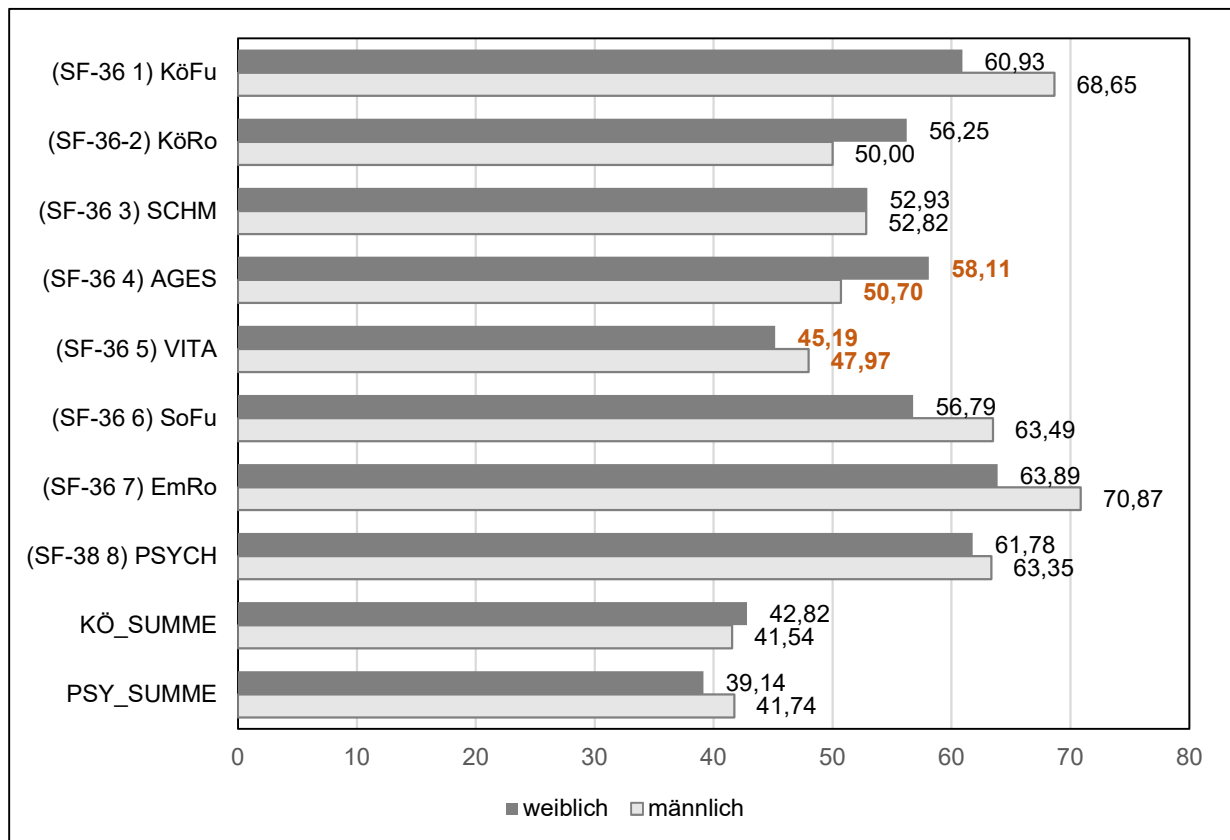


Abbildung 12: Mittelwertsunterschiede bezüglich der Subskalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) in Abhängigkeit vom Geschlecht

Anmerkungen: SC Self-Compassion; SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (SF-36 5) VITA Vitalität, (SF-36 6) SoFu Soziale Funktionsfähigkeit, (SF-36 7) EmRo Emotionale Rollenfunktion, (SF-36 8) PSYCH Psychisches Wohlbefinden, KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert, VoJa Vorjahresvergleich

SD=16,00, n=27, $t(130)=1.98$, $p<.05$). In den globalen Werten für das körperliche und psychische Wohlbefinden ließen sich keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede aufzeigen. Folglich fand Hypothese H1e keine Bestätigung.

In dieser Arbeit steht der Zusammenhang zwischen Self-Compassion und verschiedenen Variablen im Zentrum der Betrachtungen. Aufgrund der hohen Korrelation zwischen dem Selbstwert und dem Selbstmitgefühl ($r=.68$, $p<.01$) empfiehlt sich eine schrittweise lineare Regressionsanalyse mit den jeweiligen Kriterien und den Prädiktoren Selbstwert und Self-Compassion.

4.2.1.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: VITALITÄT

Für das Kriterium (SF-36 5) *Vitalität* wurden in einem ersten Schritt die körperlichen Prädiktoren (SF-36 1) *Körperliche Funktionsfähigkeit*, (SF-36 2) *Körperliche Rollenfunktion*, (SF-36 3) *Schmerz* und (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* als Kontrollvariablen einbezogen (vgl. Tabelle 22, S. 117). Sie klären insgesamt 27 % der Gesamtvarianz des Kriteriums auf. Das Regressionsgewicht für die *Körperliche Rollenfunktion* erwies sich als signifikant ($\beta=.23$, $p<.05$) ebenso wie das Regressionsgewicht für die *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* ($\beta=.40$, $p<.001$), wohingegen die Regressionsgewichte für die *Körperliche Rollenfunktion* und für *Schmerz* nicht signifikant wurden. In einem zweiten Schritt erfolgte die Einbeziehung des *Selbstwerts* in die Analyse, was zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.38$, $p<.001$) führte sowie einen Anstieg der aufgeklärten Gesamtvarianz auf 40 % zur Folge hatte. Somit besitzt der Selbstwert einen bedeutsamen Einfluss auf das Kriterium *Vitalität*. Im dritten Schritt wurde schließlich *Self-Compassion* hinzugenommen, was ebenfalls zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.33$, $p<.01$) und zu einer Änderung von R^2 um .06 führte. Das verdeutlicht den signifikanten Einfluss des Selbstmitgefühls auf das Kriterium *Vitalität*. Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (SF-36 5) *Vitalität* kommen insbesondere dem körperlichen Faktor (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* sowie *Self-Compassion* Bedeutung zu – für beide sind die jeweiligen Regressionsgewichte signifikant ($p<.01$), die Gesamtvarianz wird zu 43 % aufgeklärt. Der Einfluss des Selbstwerts verliert an Bedeutung, sobald *Self-Compassion* in die Betrachtung einbezogen wird.

Tabelle 22: Regressionsanalyse mit Vitalität als Kriterium

(SF-36 5) Vitalität			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
(SC-36 1) KöFu	.02	.03	.05
(SC-36 2) KöRo	.23*	.15	.16
(SC-36 3) SCHM	.05	.03	-.01
(SC-36 4) AGES	.40***	.31***	.32***
Schritt 2			
Selbstwert		.38***	.16
Schritt 3			
Self-Compassion			.33**
ΔR^2		.13	.06
R^2	.27	.40	.46
<i>df (Regression, Residuen)</i>	4, 118	5, 117	6, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung. N=123

Wie in Hypothese H1a vorhergesagt, lassen Personen mit einem stark ausgeprägten Selbstmitgefühl mehr Vitalität erkennen als andere. Die Hypothese H1a gilt damit als bestätigt. Die Befunde legen zudem nahe, dass die *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* und Self-Compassion Gültigkeit als Prädiktoren für Vitalität besitzen. Für den Selbstwert gilt dies nur, solange der Einfluss von Self-Compassion nicht kontrolliert wird, dann jedoch verliert der Selbstwert an Vorhersagekraft für das Kriterium Vitalität.

4.2.1.2 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: SOZIALE FUNKTIONSFÄHIGKEIT

Zur Vorhersage des Kriteriums (SF-36 6) *Soziale Funktionsfähigkeit* wurden zunächst in einem ersten Schritt der linearen Regressionsanalyse – wie zuvor bezüglich des Kriteriums *Vitalität* – die körperlichen Prädiktoren (SF-36 1) *Körperliche Funktionsfähigkeit*, (SF-36 2) *Körperliche Rollenfunktion*, (SF-36 3) *Schmerz* und (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* einbezogen (vgl. Tabelle 23, S. 118). Die zu kontrollierenden Variablen klärten 20 % der Gesamtvarianz auf. Lediglich für

die *Körperliche Rollenfunktion* war das Regressionsgewicht signifikant ($\beta=.33$, $p<.01$), nicht aber für die verbleibenden Prädiktoren. Im zweiten Schritt der linearen Regressionsanalyse wurde der Selbstwert hinzugenommen. Dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.41$, $p<.001$) sowie zu einer Veränderung von R^2 um $.15$. Das Einbinden von Self-Compassion im dritten und letzten Schritt trug hingegen kaum zur weiteren Aufklärung der Gesamtvarianz bei, R^2 erhöhte sich minimal um $.01$. Das Regressionsgewicht für Self-Compassion wurde nicht signifikant.

Tabelle 23: Regressionsanalyse für das Kriterium Soziale Funktionsfähigkeit

(SF-36 6) Soziale Funktionsfähigkeit			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
(SC-36 1) KöFu	-.05	-.04	-.03
(SC-36 2) KöRo	.33**	.25*	.26**
(SC-36 3) SCHM	.03	.12	.10
(SC-36 4) AGES	.19	.08	.09
Schritt 2			
Selbstwert		.41***	.29**
Schritt 3			
Self-Compassion			.17
ΔR^2		.15	.01
R^2	.20	.35	.36
<i>df</i> (Regression, Residuen)	4, 118	5, 117	6, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung. N=123

Die Hypothese H1b fand Bestätigung. Menschen mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl erzielen bessere Werte hinsichtlich der Sozialen Funktionsfähigkeit. Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (SF-36 6) *Soziale Funktionsfähigkeit* besitzen der körperliche Faktor (SF-36 2) *Körperliche Rollenfunktion* sowie der Selbstwert Vorhersagekraft. Für beide sind die jeweiligen Regressionsgewichte signifikant ($p<.01$), die Gesamtvarianz wird zu 35 % aufgeklärt. Für Self-Compassion kann dagegen kein signifikantes Regressionsgewicht gezeigt werden, die aufgeklärte Varianz bleibt beinahe gleich. Der entscheidende Prädiktor für die *Soziale*

Funktionsfähigkeit scheint demnach (abgesehen von der *Körperlichen Rollenfunktion*) der Selbstwert zu sein, nicht aber Self-Compassion.

4.2.1.3 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: EMOTIONALE ROLLENFUNKTION

Für die schrittweise lineare Regression der Vorhersage des Kriteriums (SF-36 7) EmRo *Emotionale Rollenfunktion* wurden im ersten Schritt die körperlichen Prädiktoren (SF-36 2) *Körperliche Rollenfunktion*, (SF-36 3) *Schmerz* und (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* kontrolliert (vgl. Tabelle 24, S. 119). Sie klären 15 % der Gesamtvarianz auf. Wesentliche Bedeutung kommt dabei der *Körperlichen Rollenfunktion* zu, deren Regressionsgewicht signifikant wurde ($\beta=.31$, $p<.01$), was für die Prädiktoren *Schmerz* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* nicht der Fall war. Das Hinzunehmen des Prädiktors Selbstwert im zweiten Schritt führt zu einem hoch signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.40$, $p<.001$) und einer Veränderung von R^2 um .15. Wird im dritten Schritt zusätzlich Self-Compassion kontrolliert, wirkt sich das beinahe gar nicht auf die aufgeklärte Gesamtvarianz aus. Sie erhöht sich marginal auf 31 %. Das Regressionsgewicht wird nicht signifikant.

Tabelle 24: Regressionsanalyse für das Kriterium Emotionale Rollenfunktion

(SF-36 7) Emotionale Rollenfunktion			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
(SC-36 2) KöRo	.31**	.23*	.24*
(SC-36 3) SCHM	.03	.12	.10
(SC-36 4) AGES	.10	.01	.01
Schritt 2			
Selbstwert		.40***	.30**
Schritt 3			
Self-Compassion			.16
ΔR^2		.15	.01
R^2	.15	.30	.31
<i>df (Regression, Residuen)</i>	3, 118	4, 117	5, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung. N=122

Wie in Hypothese H1c prognostiziert, werden stärker selbstmitfühlende Probanden ihrer Emotionalen Rollenfunktion eher gerecht als andere. Damit fand Hypothese H1c Bestätigung. Die Befunde der schrittweisen linearen Regressionsanalyse legen zudem nahe, dass abgesehen von der *Körperlichen Rollenfunktion* dem Selbstwert als Prädiktor für das Kriterium *Emotionale Rollenfunktion* entscheidende Bedeutung zukommt, weniger jedoch dem Selbstmitgefühl.

4.2.1.4 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN

Ein ebenfalls dreistufiges Vorgehen fand auch für die Vorhersage des Kriteriums (SF-36 8) *Psychisches Wohlbefinden* Anwendung (vgl. Tabelle 25, S. 120). Für die schrittweise lineare Regression wurden als erstes die körperlichen Prädiktoren *Körperliche Rollenfunktion*, (SF-36 3) *Schmerz* und (SF-36 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* eingebunden. Sie klären 12 % der Gesamtvarianz auf. Nur für die *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* wurde das Regressionsgewicht signifikant ($\beta=.23$, $p<.05$). Das Hinzuziehen des Selbstwertes als Prädiktor im zweiten

Tabelle 25: Regressionsanalyse für das Kriterium Psychisches Wohlbefinden

(SF-36 8) Psychisches Wohlbefinden			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
(SC-36 2) KöRo	.20	.09	.10
(SC-36 3) SCHM	-.02	.09	.07
(SC-36 4) AGES	.23*	.09	.11
Schritt 2			
Selbstwert		.56***	.34***
Schritt 3			
Self-Compassion			.31**
ΔR^2		.28	.05
R^2	.12	.40	.45
<i>df (Regression, Residuen)</i>	3, 118	4, 117	5, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung. N=122

Schritt der Analyse führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta = .56$, $p < .001$) sowie zu einer deutlichen Änderung von R^2 um $.28$. Der Anteil der aufgeklärten Gesamtvarianz des Kriteriums erhöht sich auf insgesamt 45 % durch das Kontrollieren des Selbstmitgefühls im dritten Schritt der linearen Regression und bedingt ebenfalls ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta = .31$, $p < .01$).

Auch für das Psychische Wohlbefinden gilt, wie in Hypothese H1d vorhergesagt, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten Selbstmitgefühl höhere Werte erkennen lassen im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Personen. Diese Ergebnisse stützen Hypothese H1d. Sowohl dem Selbstwert als auch dem Selbstmitgefühl kommen hinsichtlich der Vorhersage des Kriteriums *Psychisches Wohlbefinden* Bedeutung zu. Sie klären 45 % der Gesamtvarianz des *Psychischen Wohlbefindens* auf.

4.2.1.4 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: PSYCHISCHE SUMMENSKALA

Im ersten Schritt der linearen Regressionsanalyse mit dem Kriterium *Psychische Summenskala* wurden die Vorhersagegrößen *Körperliche Summenskala* und *Alter* kontrolliert. Dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht für die *Körperliche Summenskala* ($\beta = -.43$, $p < .001$), nicht jedoch für das Alter (vgl. Tabelle 26, S. 122). Die Gesamtvarianz der *Psychischen Summenskala* konnte auf diese Weise um 17 % aufgeklärt werden. Im zweiten Schritt wurde der Selbstwert hinzugenommen. Dadurch veränderte sich R^2 um $.25$. Das Regressionsgewicht für den Selbstwert wurde signifikant ($\beta = .52$, $p < .001$). Durch das Einbeziehen von Self-Compassion im dritten Schritt konnte die Gesamtvarianz der *Psychischen Summenskala* zu 45 % aufgeklärt werden. Zudem führte dieses Vorgehen ebenfalls zu einem signifikanten Regressionsgewicht für das Selbstmitgefühl ($\beta = .24$, $p < .05$).

Hypothese H1, wonach ein hohes Maß an Self-Compassion mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand einhergehen sollte, wurde bestätigt. Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums *Psychische Summenskala* besitzen sowohl die *Körperliche Summenskala*, der Selbstwert als auch Self-Compassion Vorhersagekraft. Die

jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .05$), die Gesamtvarianz wird zu 45 % aufgeklärt.

Tabelle 26: Regressionsanalyse für das Kriterium Psychische Summenskala

Psychische Summenskala			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Alter	-.11	-.05	-.08
KöΣ	-.43***	-.32***	-.30***
Schritt 2			
Selbstwert		.52***	.36***
Schritt 3			
Self-Compassion			.24*
ΔR^2		.25	.03
R^2	.17	.42	.45
<i>df (Regression, Residuen)</i>	2, 116	3, 115	4, 114

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen KöΣ Körperliche Summenskala. N=119

4.2.2 SELF-COMPASSION UND KRANKHEITSVERARBEITUNG – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H2

Neben der Überlegenheit stärker selbstmitfühlender Menschen im Vergleich zu anderen in Hinblick auf Aspekte der psychischen Gesundheit wurde zudem vermutet, dass ihnen die Krankheitsverarbeitung leichter und erfolgreicher gelingt (Hypothese H2). Im Einzelnen bestand Grund zu der Annahme, Personen mit einem hohen Maß an Self-Compassion würden eher (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* zeigen (H2a), mehr (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau* erkennen lassen (H2b) und stärker (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch* nutzen (H2c). Darüber hinaus ließ sich mutmaßen, sie könnten weniger kognitive und Verhaltenstendenzen aufweisen, die (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* umfassen (H2d) oder gar (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* (H2e). Vielmehr wurde ihnen eine höhere (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* zugesprochen (H2f)

sowie die (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* (H2g) und das erkennbare Bestreben zum (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* (H2h).

Zunächst wurden die Korrelationen zwischen den Komponenten des Selbstmitgefühls und den Subskalen des *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) herangezogen (vgl. Tabelle 27, S. 124). Es zeigte sich, dass signifikante Korrelationen (auf dem Niveau .05, respektive .01) zwischen mindestens einer Komponente des Selbstmitgefühls und jeder Subskala der Krankheitsverarbeitung bestehen. Der globale Wert für Self-Compassion, erhoben mit der *Self-Compassion Scale SCS-D* (Hupfeld & Ruffieux, 2011), korreliert signifikant mit sieben der insgesamt neun Subskalen der Krankheitsverarbeitung. Der durchweg stärkste (negative) Zusammenhang findet sich zwischen Self-Compassion und der Subskala (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* ($r=-.63$, $p<.01$). Betrachtet man die Komponenten des Selbstmitgefühls losgelöst, so weist (SC 1) *Selbstbezogene Freundlichkeit* die höchsten signifikanten Korrelationen zu den Subskalen (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* ($r=.41$, $p<.01$) und (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* ($r=.44$, $p<.01$) auf. Die Self-Compassion-Komponente (SC 5) *Achtsamkeit* korreliert am höchsten mit den Subskalen (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* ($r=.61$, $p<.01$), (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* ($r=.37$, $p<.01$) und (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* ($r=.42$, $p<.01$). Ein stark positiver Zusammenhang besteht zudem zwischen (SC 6) *Überidentifizierung* und (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* ($r=.62$, $p<.01$). Der stärkste Zusammenhang von (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* besteht zur (SC2) *Selbstverurteilung* ($r=.27$, $p<.01$).

Auch an dieser Stelle soll nunmehr zur besseren Veranschaulichung bestehender Zusammenhänge die Betrachtung der Probanden getrennt nach Personen mit einer hohen Ausprägung des Selbstmitgefühls vs. Personen mit einem geringen Maß an Self-Compassion erfolgen (vgl. Abbildung 13, S. 125). Wie bereits zuvor werden zur Hypothesenüberprüfung nur bedeutsame Korrelationen herangezogen. Auch finden Mittelwerte nur zur Darstellung signifikanter Ergebnisse Beachtung.

Tabelle 27: Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, der Krankheitsverarbeitung (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000), Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson Korrelation	SC 1-6							EFK 1-9									Selbstwert	Alter	Geschlecht
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.	HPC	AUS	IUE	BWB	DV	BHA	ASS	VIÄ	EIH			
SC	Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine umfassende Darstellung findet sich im Anhang (Tabelle 58, S. 272 f.).																		
EFK 1-9	(EFK 1) HPC	.41**	.07	.35**	-.28**	.61**	-.26**	.47**	1.00										
	(EFK 2) AUS	.39**	.04	.25**	-.08	.32**	.04	.25**	.38**	1.00									
	(EFK 3) IUE	.21*	.19*	.14	.18**	.18*	.16	-.03	.19*	.35**	1.00								
	(EFK 4) BWB	-.03	.27**	.10	.24**	.02	.16	-.14	-.02	.18*	-.04	1.00							
	(EFK 5) DV	-.32**	.47**	-.12	.57**	-.34**	.62**	-.63**	-.20*	.05	.36**	.20**	1.00						
	(EFK 6) BHA	.39**	.04	.27**	.06	.30**	.09	.19*	.40**	.59**	.35**	.21*	.04	1.00					
	(EFK 7) ASS	.33**	-.11	.20*	-.31**	.37**	-.31**	.41**	.46**	.36**	.06	.03	-.35**	.47**	1.00				
	(EFK 8) VIÄ	.10	-.11	.07	-.09	.20*	-.15	.18*	.38**	.14	-.06	-.03	-.24**	.15	.20*	1.00			
	(EFK 9) EIH	.44**	-.03	.42**	-.19*	.42**	-.15	.42**	.41**	.53**	.12	.16	-.14	.56**	.46**	.14	1.00		
Selbstwert	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	.31**	.11	-.07	-.24**	-.71**	.05	.46**	.12	.21*	1.00		
Alter	.12	-.04	-.01	.00	.11	-.02	.07	-.02	.02	.22*	-.16	.06	-.02	-.20*	-.08	-.03	-.04	1.00	
Geschlecht	-.02	.11	.01	.25**	-.12	.19*	-.19*	.03	.01	.05	.13	.09	.03	.01	.08	-.05	-.13	-.04	1.00

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; EFK Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung mit den Subskalen (EFK 1) Handelndes, problemorientiertes Coping, (EFK 2) Abstand und Selbstaufbau, (EFK 3) Informationssuche und Erfahrungsaustausch, (EFK 4) Bagatellisieren, Wünschen und Bedrohungsabwehr, (EFK 5) Depressive Verarbeitung, (EFK 6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe, (EFK 7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung, (EFK 8) Vertrauen in die ärztliche Kunst, (EFK 9) Erarbeiten eines inneren Haltes

Nicht alle Subskalen des *Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung* (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) ließen eine Normalverteilung der Mittelwerte erkennen. Betroffen waren die Skalen (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch*, (EFK 5) *Depressive Verstimmung*, (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst* sowie (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* (vgl. Anhang, S. 260 ff.).

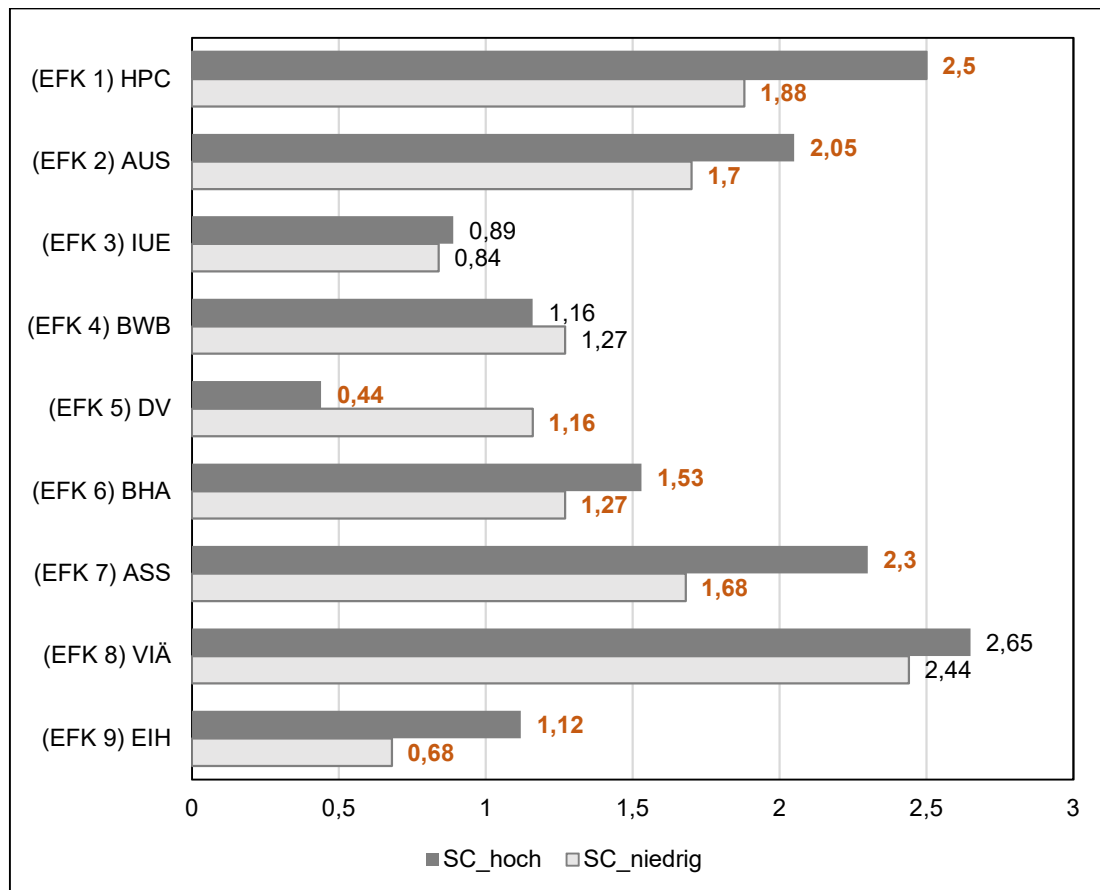


Abbildung 13: Mittelwertsunterschiede in den Subskalen der Krankheitsverarbeitung entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: SC Self-Compassion; EFK Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung mit den Subskalen (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping*, (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau*, (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch*, (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschenken und Bedrohungsabwehr*, (EFK 5) *Depressive Verarbeitung*, (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe*, (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung*, (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst*, (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes*;

Im direkten Vergleich treten die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit hohem versus niedrigem Selbstmitgefühl deutlich hervor (vgl. Abbildung 13, S. 125). Stark selbstmitfühlende Personen weisen in dieser Untersuchung ein signifikant höheres (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* auf, als diejenigen, die sich selbst wenig Empathie entgegenbringen ($M=2,50$, $SD=0,67$, $n=63$ vs. $M=1,88$, $SD=0,77$, $n=62$, $t(123)=-4.75$, $p<.001$). Darüber hinaus spielt für sie der Aspekt (EFK 2)

Abstand und Selbstaufbau in der Krankheitsverarbeitung eine bedeutsam größere Rolle ($M=2,50$, $SD=0,57$, $n=63$ vs. $M=1,70$, $SD=0,60$, $n=62$, $t(124)=-3.41$, $p<.001$). Kennzeichnend für eher selbstmitfühlende Probanden sind zudem eine signifikant weniger (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* ($M=0,44$, $SD=0,06$, $n=63$ vs. $M=1,16$, $SD=0,10$, $n=62$, $U=-5.29$, $p<.001$) und eine höhere (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* ($M=1,53$, $SD=0,73$, $n=63$ vs. $M=1,27$, $SD=0,56$, $n=62$, $t(124)=-3.41$, $p<.05$). Auch die (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* ($M=2,30$, $SD=0,81$, $n=63$ vs. $M=1,68$, $SD=0,76$, $n=62$, $t(124)=-4.41$, $p<.001$) und das (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Halts* ($M=1,12$, $SD=0,70$, $n=63$ vs. $M=0,68$, $SD=0,38$, $n=62$, $U=-3.83$, $p<.001$) werden als konstruktive Strategien der Krankheitsverarbeitung eher von Personen gezeigt, die ein höheres Mitgefühl sich selbst gegenüber aufbringen als von denen, die ein geringeres Selbstmitgefühl zeigen. Keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen hinsichtlich der Bereiche (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch*, (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* und (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst*.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Hinblick auf die Krankheitsbewältigung erfasst über den *Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung* (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) wurden weder erwartet noch wurden sie erkennbar.

An dieser Stelle lässt sich bereits festhalten, die Hypothesen H2a, H2b, H2e, H2f, H2g und H2h fanden Bestätigung. Stärker selbstmitfühlende Menschen zeigen innerhalb der Krankheitsbewältigung eher (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* (H2a) sowie (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau* (H2b), weniger (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* (H2e) dafür eine höhere (EFK 6) *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe* (H2f), die (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* (H2g) und das (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* (H2h). Hingegen wurden die Hypothesen H2c und H2d widerlegt. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Selbstmitgefühls und der Bereitschaft zu mehr (EFK 3) *Informationssuche und Erfahrungsaustausch* (H2c) und einer Neigung hinsichtlich (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* (H2d). Ein geringer, obgleich signifikanter Zusammenhang fand sich – entgegen der Vorhersagen - zwischen Self-Compassion und (EFK 8) *Vertrauen in die ärztliche Kunst*.

4.2.2.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: HANDELNDES, PROBLEMORIENTIERTES COPING

Für das Kriterium (EFK 1) *Handelndes, problemorientiertes Coping* wurde eine zweistufige lineare Regressionsanalyse durchgeführt (vgl. Tabelle 28, S. 127). Die Kontrollvariable Selbstwert klärte bei signifikantem Regressionsgewicht ($\beta=.31$, $p<.001$) im ersten Schritt 10 % der Gesamtvarianz des Kriteriums *Handelndes, problemorientiertes Coping* auf. Im zweiten Schritt wurde Self-Compassion in die Berechnung einbezogen. Das Regressionsgewicht des Selbstwertes reduzierte sich dadurch drastisch auf beinahe Null, während es für das Selbstmitgefühl signifikant wurde ($\beta=.48$, $p<.01$). Beide Prädiktoren zusammen klären 23 % der Gesamtvarianz des Kriteriums auf.

Tabelle 28: Regressionsanalyse für das Kriterium Handelndes, problemorientiertes Coping

(EFK 1) Handelndes, problemorientiertes Coping		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	.31***	-.01
Schritt 2		
Self-Compassion		.48**
ΔR^2		.13
R^2	.10	.23
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 121	2, 120

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=123

4.2.2.2 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: DEPRESSIVE VERARBEITUNG

Eine ebenfalls zweistufige lineare Regressionsanalyse wurde für das Kriterium (EFK 5) *Depressive Verarbeitung* durchgeführt (vgl. Tabelle 29, S. 128). Unter Einbindung des Prädiktors Selbstwert im ersten Schritt ließen sich 50 % der Gesamtvarianz der *Depressiven Verarbeitung* aufklären. Das Regressionsgewicht war hoch signifikant ($\beta=-.71$, $p<.001$). Durch das Hinzuziehen von Self-Compassion im zweiten Schritt der Analyse veränderte sich R^2 um .04. Zudem führte das Vorgehen zu einem ebenfalls signifikanten Regressionsgewicht für Self-Compassion ($\beta=-.27$, $p<.01$). Bezüglich der

Vorhersage des Kriteriums (EFK 5) Depressive Verarbeitung besitzen sowohl der Selbstwert als auch Self-Compassion signifikante Bedeutung als Prädiktoren – die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .01$), die Gesamtvarianz wird durch sie allein bereits zu 54 % aufgeklärt.

Tabelle 29: Regressionsanalyse für das Kriterium Depressive Verarbeitung

(EFK 5) Depressive Verarbeitung		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	-.71***	-.53**
Schritt 2		
Self-Compassion		-.27**
ΔR^2		.04
R^2	.50	.54
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 122	2, 121

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=124

In diesem Beispiel sind, anders als zuvor, die Residuen nicht normalverteilt. Baltès-Götz (2006, S.63) sowie Bühner und Ziegler (2009, S. 674) verweisen jedoch darauf, dass bei Abwesenheit von Ausreißern und Fallzahlen über 100 eine Verletzung der Normalverteilungsregel minder schwer und deshalb tolerierbar ist. Tatsächlich gehen Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber sogar schon bei einem Stichprobenumfang von 40 von einer Robustheit gegenüber Verletzungen der Residuennormalverteilung aus (Backhaus et al., 2008, S. 90).

4.2.2.3 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: AKTIVE SUCHE NACH SOZIALER EINBINDUNG

Für die schrittweise lineare Regression in Hinblick auf das Kriterium (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* wurde im ersten Schritt die Variable Alter kontrolliert (vgl. Tabelle 30, S. 129). Dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta = -.19$, $p < .05$) und einer Aufklärung der Gesamtvarianz des Kriteriums von 4 %. Im zweiten Schritt fand der Selbstwert Einbindung in die Regressionsanalyse. Dadurch wurde ebenfalls ein signifikantes Regressionsgewicht erzeugt ($\beta = .45$, $p < .001$) und eine Veränderung von R^2 um .20 herbeigeführt. Im dritten und letzten Schritt wurde

Self-Compassion als Prädiktor einbezogen. Auch dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.23$, $p<.05$) und einem Anstieg der aufgeklärten Gesamtvarianz des Kriteriums *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* auf 27 %. Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums Kriterium (EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* besitzen sowohl das Alter als auch der Selbstwert und Self-Compassion Vorhersagekraft. Die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p<.05$), die Gesamtvarianz wird durch sie zu 27 % aufgeklärt.

Tabelle 30: Regressionsanalyse für das Kriterium Aktive Suche nach sozialer Einbindung

(EFK 7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Alter	-.19*	-.17*	-.19*
Schritt 2			
Selbstwert		.45***	.30**
Schritt 3			
Self-Compassion			.23*
ΔR^2		.20	.03
R^2	.04	.24	.27
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 119	2, 118	3, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=121

4.2.2.4 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: ERARBEITEN EINES INNEREN HALTES

Die gestufte lineare Regressionsanalyse für das Kriterium (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* umfasste insgesamt zwei Schritte (vgl. Tabelle 31, S. 130). Zunächst wurde der Selbstwert kontrolliert, was zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.21$, $p<.05$) und einer Aufklärung der Gesamtvarianz des Kriteriums von gerade einmal 4 % führte. Durch das Hinzunehmen von Self-Compassion als Kontrollvariable im zweiten Schritt konnte bei einem hoch signifikanten Regressionsgewicht für das Selbstmitgefühl ($\beta= .53$, $p<.001$) eine Veränderung von R^2 um .15 erreicht werden. Dieser Befund legt die Vermutung nahe, Self-Compassion ist der entscheidende Prädiktor für die Vorhersage des Kriteriums *Erarbeiten eines inneren Haltes*. Beide

Variablen, Selbstwert und Self-Compassion klären zusammen 19 % der Gesamtvarianz des Kriteriums auf.

Tabelle 31: Regressionsanalyse für das Kriterium Erarbeiten eines inneren Haltes

(EFK 9) Erarbeiten eines inneren Haltes		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	.21*	-.16
Schritt 2		
Self-Compassion		.53***
ΔR^2		.15
R^2	.04	.19
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 121	2, 120

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=123

4.2.3 SELF-COMPASSION UND PERFEKTIONISMUS – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H3

Ein weiteres Interesse dieser Erhebung galt dem Perfektionsstreben und möglichen Zusammenhängen zum Erleben von Self-Compassion. Es wurde vermutet, dass Personen mit einem ausgeprägten Hang zum Perfektionismus sich selbst gegenüber strenger sind und folglich weniger Selbstmitgefühl aufbringen können als weniger perfektionistische Menschen (Hypothese H3). Die Korrelationsanalyse zwischen den Subskalen der *Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D* (Stoeber, 1995, Onlinequelle) und denen der *Self-Compassion Scale SCS-D* (Hupfeld & Ruffieux, 2011) lässt signifikante Zusammenhänge sowohl zwischen den Gesamtwerten für Perfektionismus und Selbstmitgefühl ($r=-.43$, $p<.01$) als auch zwischen beinahe allen Dimensionen von Perfektionismus und Self-Compassion erkennen (vgl. Tabelle 32, S. 131). Einzige Ausnahme bildet die Skala *Organisation*, die jedoch selbst auch nicht in die Berechnung des Gesamtwertes für Perfektionismus einfließt, sondern eine Sonderstellung inne hat (vgl. Kapitel 3, S. 91). Die höchste (negative) Korrelation besteht zwischen der Perfektionismus-Subskala *Sorge über Fehler und Handlungszweifel* und dem globalen Selbstmitgefühl ($r=-.62$, $p<.01$). Je höher Self-Compassion ausfällt, desto geringer ist somit die *Sorge über Fehler und*

Tabelle 32: Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, Perfektionismus einschließlich den Subskalen der *Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D* (Stoeber, 1995, Onlinequelle), Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson Korrelation	SC 1-6							FMPS					Selbstwert	Alter	Geschlecht	
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.	CMD	PEC	PS	O	P gesamt				
S C - 6	(SC 1) SF n 130	1.00														
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00													
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00												
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00											
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00										
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00									
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00								
F M P S	CMD n 125	-.33**	.48**	-.09	.64**	-.28**	.57**	-.62**	1.00							
	PEC n 126	-.19*	.40**	.01	.26**	-.05	.30**	-.31**	.58**	1.00						
	PS n 127	-.13	.34**	.01	.15	.08	.17	-.18*	.50**	.47**	1.00					
	O n 126	.19*	.05	.22*	.02	.20*	-.04	.13	-.01	.06	.28**	1.00				
	P gesamt n 124	-.26**	.49**	-.02	.42**	-.08	.41**	-.43**	.84**	.84**	.79**	.14	1.00			
Selbstwert n 128	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	-.65**	-.30**	-.15	.19*	-.43**	1.00			
Alter n 127	.12	-.04	-.01	-.65**	.11	-.02	.07	.01	.00	-.10	.20*	-.04	-.05	1.00		
Geschlecht n 129	-.02	.11	-.04	.25**	-.12	.19*	-.19*	.06	.02	.05	.33**	.04	-.13	-.04	1.00	

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; FMPS Perfektionismus mit den Subskalen CMD Sorge über Fehler und Handlungs Zweifel, PEC Elterliche Erwartungen und Kritik, PS Persönliche Standards, O Organisation, P gesamt Perfektionismus insgesamt.

Handlungszweifel ausgeprägt. Es findet sich ein signifikanter Zusammenhang dieser Perfektionismus-Dimension auch zu allen Subskalen des Selbstmitgefühls, abgesehen von (SC 3) *Verbindende Humanität*. Am stärksten ist die Korrelation zwischen *Sorge über Fehler und Handlungszweifel* und der Self-Compassion-Komponente (SC 4) *Isolation* ($r=.64$, $p<.01$). Folglich neigen Personen, die sich auf Fehler fokussieren und Skepsis bezüglich ihres Vorgehens haben, eher dazu, sich in sich zurückzuziehen und von anderen abzugrenzen. Die Subskala *Elterliche Erwartungen und Kritik* weist den deutlichsten Zusammenhang zu (SC 2) *Selbstverurteilung* auf ($r=.40$, $p<.01$). Elterlicher Druck im Sinne von (unerfüllbaren) Erwartungen und Missbilligungen begünstigen demnach selbstverurteilendes Verhalten. Einen ebenfalls starken Zusammenhang zu (SC 2) *Selbstverurteilung* zeigt die Perfektionismus-Subskala (5) *Persönliche Ansprüche* ($r=.34$, $p<.01$). *Organisation* korreliert signifikant mit der Self-Compassion-Dimension (SC 3) *Verbindende Humanität* ($r=.22$, $p<.05$). Selbstorganisierten Personen widerfährt somit eher das Gefühl einer geteilten Menschlichkeit, in der alle sowohl gute als auch weniger gute Dinge und Zeiten durchleben.

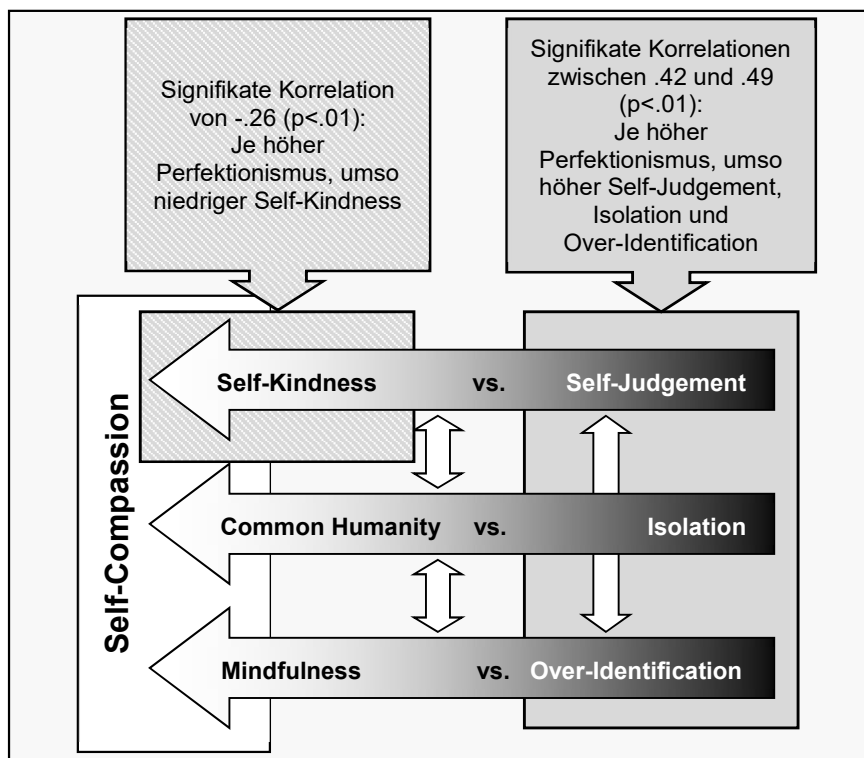


Abbildung 14: Zusammenhänge zwischen den Komponenten des Selbstmitgefühls und Perfektionismus

Insgesamt fällt auf, dass die Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und Selbstmitgefühl stärker ausgeprägt sind für diejenigen Komponenten von Self-Compassion, die einen freundlichen, förderlichen Umgang mit der eigenen Person erschweren (vgl. Abbildung 14, S. 132).

Von den Subskalen für Perfektionismus weisen die Skalen *Elterliche Erwartungen und Kritik* (PEC) sowie *Organisation* (O) keine Normalverteilung auf (vgl. Abbildungen 55 und 57, Anhang, S. 263 f.). Signifikante Mittelwertsunterschiede hinsichtlich Perfektionismus zwischen Personen mit hohem und niedrigem Selbstmitgefühl bestehen für zwei der insgesamt vier Perfektionismus-Dimensionen sowie für den globalen Perfektionismus-Wert (vgl. Abbildung 15, S. 133). Teilnehmer dieser Erhebung, die ein stark ausgeprägtes Selbstmitgefühl aufweisen, zeigen signifikant weniger *Sorge über Fehler und Handlungszweifel* als Probanden, deren Selbstmitgefühl eher gering ausfällt ($M=2,09$, $SD=0,59$, $n=61$ vs. $M=2,75$, $SD=0,77$, $n=61$, $t(111)=5.34$, $p<.01$). Überdies erleben sie weniger stark *Elterliche Erwartungen und Kritik* ($M=2,04$, $SD=0,62$, $n=61$ vs. $M=2,51$, $SD=0,95$, $n=61$, $U=-2.63$, $p<.01$). Perfektionismus insgesamt nimmt bei stärker selbstmitfühlenden Personen einen weniger großen Stellenwert ein als bei denjenigen, bei denen Self-Compassion geringer ausgeprägt ist ($M=2,38$, $SD=0,48$, $n=60$ vs. $M=2,78$, $SD=0,71$, $n=60$, $t(104)=3.69$, $p<.01$).

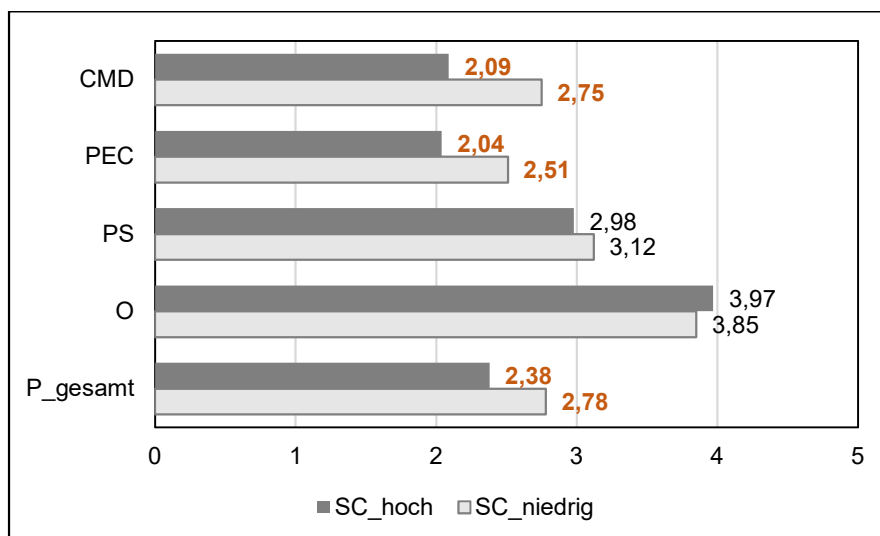


Abbildung 15: Mittelwertsunterschiede in den Subskalen von Perfektionismus und dem Gesamtwert entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: FMPS Perfektionismus mit den Subskalen CMD Sorge über Fehler und Handlungszweifel, PEC Elterliche Erwartungen und Kritik, PS Persönliche Standards, O Organisation, P gesamt Perfektionismus insgesamt; SC Self-Compassion

4.2.3.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: SORGE ÜBER FEHLER UND HANDLUNGSZWEIFEL

Um den Einfluss von Selbstwert und Selbstmitgefühl als Prädiktoren für das Kriterium *CMD Sorge über Fehler und Handlungszweifel* im Detail aufzuzeigen, wurde eine zweistufige lineare Regression gerechnet (vgl. Tabelle 33, S. 134). Im ersten Schritt lag der Fokus auf dem Selbstwert, für den ein hoch signifikantes Regressionsgewicht ($\beta = -.66$, $p < .001$) sowie die Aufklärung der Gesamtvarianz des Kriteriums zu 43 % erreicht wurden. Das Hinzunehmen von Self-Compassion im zweiten Schritt führte zwar lediglich zu einer Veränderung von R^2 um .06, jedoch ebenfalls zu einem signifikanten Regressionsgewicht für das Selbstmitgefühl ($\beta = -.32$, $p < .001$). Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums Perfektionismus besitzen der Selbstwert ebenso wie Self-Compassion Vorhersagekraft. Die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .001$). Die Gesamtvarianz wird zu 49 % aufgeklärt.

Tabelle 33: Regressionsanalyse für das Kriterium Sorge über Fehler und Handlungszweifel

CMD Sorge über Fehler und Handlungszweifel		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	-.66 ***	-.44 ***
Schritt 2		
Self-Compassion		-.32 ***
ΔR^2		.06
R^2	.43	.49
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 118	2, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=120

4.2.3.2 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: ELTERLICHE ERWARTUNGEN UND KRITIK

Auch für die Vorhersage des Kriteriums *PEC Elterliche Erwartungen und Kritik* wurde eine schrittweise lineare Regressionsanalyse durchgeführt (vgl. Tabelle 34, S. 135). Im ersten Schritt galt es zunächst den Selbstwert zu kontrollieren. Dies bedingte ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta = -.29$, $p < .001$) und eine Aufklärung der Gesamtvarianz zu 8 %. Das Einbeziehen von Self-Compassion im zweiten Schritt

fürte zu einem Anstieg der aufgeklärten Gesamtvarianz des Kriteriums auf 11 % bei einem nicht-signifikanten Regressionsgewicht. Für die Vorhersage des Kriteriums Perfektionismus besitzt lediglich der Selbstwert Vorhersagekraft, das Regressionsgewicht ist signifikant ($p < .001$), verliert aber an Bedeutung, sobald Self-Compassion hinzugezogen wird. Demnach scheint der Selbstwert bedeutender Prädiktor für PEC *Elterliche Erwartungen und Kritik* zu sein, nicht Self-Compassion.

Tabelle 34: Regressionsanalyse für das Kriterium Elterliche Erwartungen und Kritik

PEC Elterliche Erwartungen und Kritik		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	-.29***	-.15
Schritt 2		
Self-Compassion		-.23
ΔR^2		.03
R^2	.08	.11
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 119	2, 118

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=121

4.2.3.3 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: PERFEKTIONISMUS (GESAMT)

Ebenso für das Kriterium *Perfektionismus (gesamt)* wurde wie auf zuvor beschriebene Weise eine schrittweise lineare Regressionsanalyse praktiziert (vgl. Tabelle 35, S. 136). Im ersten Schritt wurde der Selbstwert einbezogen. Dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta = -.43$, $p < .001$) und einem Anteil von 18 % aufgeklärter Gesamtvarianz. Das Hinzunehmen von Self-Compassion im zweiten Schritt erzeugte ebenfalls ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta = -.27$, $p < .05$) und eine Veränderung von R^2 um .04. Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums Perfektionismus (gesamt) besitzen der Selbstwert wie auch Self-Compassion Vorhersagekraft. Die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .05$). Die

Gesamtvarianz wird durch beide Prädiktoren zu 22 % aufgeklärt (Residuen sind nicht normalverteilt³²).

Tabelle 35: Regressionsanalyse für das Kriterium Perfektionismus (gesamt)

Perfektionismus (gesamt)		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	-.43 ***	-.25*
Schritt 2		
Self-Compassion		-.27*
ΔR^2		.04
R^2	.18	.22
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 117	2, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=119

Abschließend lässt sich festhalten: Die Hypothese H3 wurde bestätigt. Untersuchungsteilnehmer, die ein hohes Maß an Perfektionismus erkennen lassen, weisen ein geringer ausgeprägtes Selbstmitgefühl auf, als weniger perfektionistische Probanden.

4.2.4 SELF-COMPASSION UND SELBSTWERT – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H4

Ein weiteres Konstrukt, welches im Hinblick auf Self-Compassion in dieser Studie Relevanz besaß, war der Selbstwert. Grundlegend wurde davon ausgegangen, dass Selbstmitgefühl und Selbstwertschätzung in direktem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig positiv beeinflussen (Hypothese H4a), aber auch, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen (Hypothese H4b). Die Korrelationen der *Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW* der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) mit den Skalenwerten für Self-Compassion bestätigen die Vermutung der Hypothese H4a (vgl. Tabelle 36, S. 137). Es findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem globalen Selbstmitgefühl ($r=.68$, $p<.01$) sowie allen Subskalen des Selbstmitgefühls und der Selbstwertschätzung ($-.65 \leq r \leq .36$, $p<.05$). Je höher der Selbstwert, desto höher auch

³² Vgl. Abschnitt 4.2.2.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Depressive Verarbeitung

das Erleben von Self-Compassion. Der stärkste wechselseitige Einfluss besteht zwischen der Self-Compassion-Komponente *Isolation* und der Selbstwertschätzung ($r=-.65$, $p<.01$). Personen mit einem höheren Selbstwert neigen weniger zu einem völligen Versinken in sich selbst und dem sozialen Rückzug im Sinne der Isolation.

Tabelle 36: Korrelationen zwischen Self-Compassion, der Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986), Alter und Geschlecht

Pearson Korrelation	SC 1-6							Selbstwert	Alter	Geschlecht
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.			
S C 1 - 6	(SC 1) SF n 130	1.00								
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00							
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00						
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00					
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00				
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00			
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00		
Selbstwert n 128	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	1.00		
Alter n 127	.12	-.04	-.01	-.65**	.11	-.02	.07	-.05	1.00	
Geschlecht n 129	-.02	.11	-.04	.25**	-.12	.19*	-.19*	-.13	-.04	1.00

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion

Die Daten für die Selbstwertschätzung sind in dieser Stichprobe nicht normalverteilt (vgl. Anhang, Abbildung 59, S. 264). Ein Vergleich der Mittelwerte für die Selbstwertschätzung zwischen Probanden mit hohem Selbstmitgefühl und Untersuchungsteilnehmern mit niedrigem Selbstmitgefühl untermauert die zuvor gefundenen Zusammenhänge (vgl. Abbildung 16, S. 138). Personen mit einem hohen Selbstmitgefühl weisen einen signifikant höheren Selbstwert auf als diejenigen mit geringem Selbstmitgefühl ($M=3,59$, $SD=0,32$, $n=62$ vs. $M=3,04$, $SD=0,61$, $n=62$, $U=-5.66$, $p<.001$).

Anders als ursprünglich angenommen (Hypothese H4b) ließen sich keine Geschlechtsunterschiede aufzeigen bezogen auf den Selbstwert, erfasst über die

Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986).

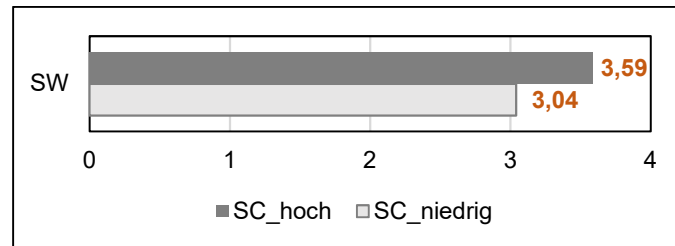


Abbildung 16: Mittelwertsunterschiede bezüglich der Selbstwertschätzung und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: SW Selbstwertschätzung; SC Self-Compassion

Während Hypothese H4a bestätigt wurde – je selbstmitfühlender eine Person, desto größer auch ihre Selbstwertschätzung – muss Hypothese H4b, nach der sich Frauen und Männer in ihrem Selbstwert bedeutsam unterscheiden sollten, verworfen werden.

4.2.5 SELF-COMPASSION, VERHALTENSKONTROLLE UND SEELISCHE GESUNDHEIT – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H5

Eingang in die Untersuchung fand partiell auch der *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF* (Becker, 1989) mit den Subskalen (VK) *Verhaltenskontrolle* und (SG) *Seelische Gesundheit*. Es wurde angenommen, dass Selbstmitgefühl in einem positiven Zusammenhang zu (VK) *Verhaltenskontrolle* und (SG) *Seelischer Gesundheit* steht. Je selbstmitfühlender ein Mensch, desto verhaltenskontrollierter (Hypothese H5a) und seelisch gesünder (Hypothese H5b) sollte er sein. Überdies wurde gemutmaßt, die (SG) *Seelische Gesundheit* sei bei Frauen der untersuchten Population nicht so stark ausgeprägt wie bei Männern (Hypothese H5c).

Im Vorfeld der Korrelationsanalyse wurden zunächst die Skalen des *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF* (Becker, 1989) invertiert, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten, da niedrige Werte ursprünglich hohe Ausprägungen der Dimensionen bedeuteten. Die Ergebnisse der Berechnung machen deutlich, dass signifikante Zusammenhänge zwischen (SG) *Seelischer Gesundheit* und allen Subskalen des Selbstmitgefühls beobachtbar sind ($-.63 \leq r \leq .48$, $p < .01$, vgl. Tabelle 37, S. 139). Hingegen findet sich für (VK) *Verhaltenskontrolle* nur eine schwache signifikante Korrelation mit der Self-Compassion-Komponente

Selbstbezogene Freundlichkeit ($r=.18$, $p<.05$). Während zwischen (VK) *Verhaltenskontrolle* und dem globalen Selbstmitgefühl kein signifikanter Zusammenhang besteht, ist die wechselseitige Beziehung zwischen (SG) *Seelische Gesundheit* und Self-Compassion gesamt relativ stark und signifikant ($r=.71$, $p<.01$).

Tabelle 37: Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, den Skalen Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989), Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson Korrelation	SC 1-6							TPF		Selbstwert	Alter	Geschlecht	
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.	VK	SG				
S C 1 - 6	(SC 1) SF n 130	1.00											
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00										
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00									
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00								
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00							
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00						
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00					
T P F	VK invertiert n 128	.18*	.04	.08	.14	.03	.13	-.01	1.00				
	SG invertiert n 127	.40**	-.38**	.26**	-.63**	.48**	-.56**	.71**	-.20*	1.00			
	Selbstwert n 128	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	-.19*	.79**	1.00		
	Alter n 127	.12	-.04	-.01	-.65**	.11	-.02	.07	.22*	.00	-.04	1.00	
	Geschlecht n 129	-.02	.11	-.04	.25**	-.12	.19*	-.19*	.22**	-.10	-.13	-.04	1.00

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; TPF VK Trierer Persönlichkeitsfragebogen Verhaltenskontrolle, TPF SG Trierer Persönlichkeitsfragebogen Seelische Gesundheit

Personen mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl weisen also zugleich einen hohen Grad *Seelischer Gesundheit* auf. Um dies im Detail zu veranschaulichen, wurde auch diesmal ein Mittelwertvergleich herangezogen (vgl. Abbildung 17, S. 140). Die Entscheidung fiel auf den Mann-Whitney-U-Test, da für beide Skalen, (VK) *Verhaltenskontrolle* und (SG) *Seelische Gesundheit* keine Normalverteilung der Daten vorlag (vgl. Anhang, Abbildung 67 und 68; S. 269). Darin bestätigte sich, dass sich Probanden mit einem hohen Selbstmitgefühl in Bezug auf den Mittelwert für (SG) *Seelische Gesundheit* signifikant von den Untersuchungsteilnehmern mit niedrigem Selbstmitgefühl unterscheiden ($M=3,22$, $SD=0,35$, $n=61$ vs. $M=2,73$, $SD=0,42$, $n=62$,

$U=-6.04$, $p<.001$). Für die (VK) *Verhaltenskontrolle* ließ sich kein bedeutsamer Unterschied aufzeigen.

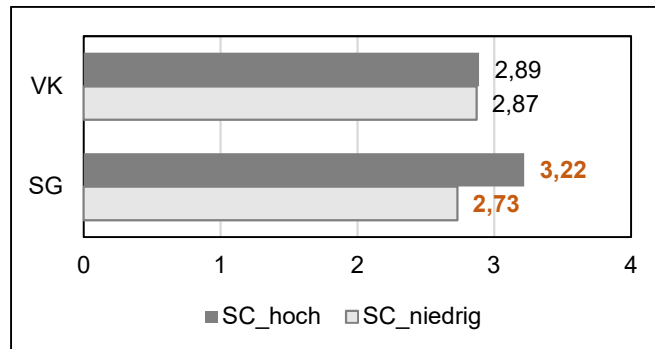


Abbildung 17: Mittelwertsunterschiede bezüglich der Skalen (VK) Verhaltenskontrolle und (SG) Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989) und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: VK Trierer Persönlichkeitsfragebogen Verhaltenskontrolle, SG Trierer Persönlichkeitsfragebogen Seelische Gesundheit; SC Self-Compassion

In Hinblick auf die Subskala (VK) *Verhaltenskontrolle* des *Trierer Persönlichkeitsfragebogens TPF* (Becker, 1989) wurde nicht davon ausgegangen, dass männliche und weibliche Probanden sich signifikant voneinander unterscheiden. Dementgegen lassen die Ergebnisse darauf schließen (vgl. Abbildung 18, S. 140), dass Männer einen signifikant niedrigeren Skalenmittelwert für (VK) *Verhaltenskontrolle* zeigen als Frauen, also weniger stark in ihrem Verhalten kontrolliert sind ($M=2,85$, $SD=0,27$, $n=105$ vs. $M=3,00$, $SD=0,21$, $n=27$, $U=-2.30$, $p<.01$).

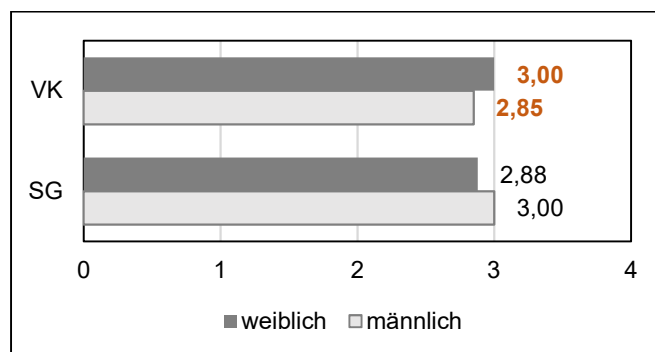


Abbildung 18: Mittelwertsunterschiede bezüglich der der Skalen (VK) Verhaltenskontrolle und (SG) Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989) und der Ausprägung des Geschlechts der Befragten

Anmerkungen: VK Trierer Persönlichkeitsfragebogen Verhaltenskontrolle, SG Trierer Persönlichkeitsfragebogen Seelische Gesundheit

Für (SG) *Seelische Gesundheit* hingegen lag die Vermutung nahe, diese sei bei Frauen in einem geringeren Maße ausgeprägt im Vergleich zu den männlichen Untersuchungsteilnehmern (Hypothese H5c). Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Es fand sich kein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich des Mittelwertes in Abhängigkeit vom Geschlecht für diese Dimension.

Demnach sind die Hypothesen H5a und H5c zu verwerfen, wohingegen die Hypothese H5b Bestätigung fand. Ein hohes Maß an Selbstmitgefühl geht nicht unmittelbar mit einer stärkeren *Verhaltenskontrolle* (H5a), wohl aber mit besserer *Seelischer Gesundheit* (H5b) einher. Frauen der untersuchten Kohorte sind zudem seelisch ebenso gesund wie Männer der Stichprobe (H5c).

4.2.5.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: SEELISCHE GESUNDHEIT

Um in Hinblick auf die (SG) *Seelische Gesundheit* den Einfluss von Selbstwert und Selbstmitgefühl als Prädiktoren hervorzuheben, wurde ebenfalls eine schrittweise lineare Regression durchgeführt (vgl. Tabelle 38, S. 141). Im ersten Schritt galt es, den Selbstwert zu kontrollieren. Dies führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=.81$, $p<.001$) und einer Aufklärung der Gesamtvarianz des Kriteriums zu 65 %. Im zweiten Schritt wurde Self-Compassion hinzugenommen. Auch für diesen Prädiktor fand sich ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta=.31$, $p<.001$). Der Wert für R^2 erhöhte sich um .05.

Tabelle 38: Regressionsanalyse für das Kriterium Seelische Gesundheit

Seelische Gesundheit		
	Schritt 1: β	Schritt 2: β
Schritt 1		
Selbstwert	.81 ***	.60 ***
Schritt 2		
Self-Compassion		.31 ***
ΔR^2		.05
R^2	.65	.70
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 120	2, 119

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=121

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (SG) *Seelische Gesundheit* besitzen der Selbstwert ebenso wie Self-Compassion Vorhersagekraft. Die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .001$). Die Gesamtvarianz wird durch die beiden Prädiktoren zu 70 % aufgeklärt (die Residuen nicht normalverteilt³³).

4.2.6 SELF-COMPASSION UND COPING – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H6

Ebenfalls Relevanz für die Untersuchung besaß die Wechselwirkung zwischen Self-Compassion und Coping, erhoben mit der *Deutschen 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS* (Kälin, 1995), ergänzt um die Items der *Skala zum Palliativen Coping* (Kälin & Semmer, 2001). Ausgegangen wurde von der Annahme, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und konstruktiven Formen des Copings gibt (Hypothese H6). Demnach sollte Self-Compassion positiv korrelieren mit (1) *Aufgabenorientiertem Coping* (Hypothese H6a), mit der Subskala *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* des (3) *Vermeidungsorientierten Copings* (Hypothese H6c) und den Skalen *Palliatives Coping: Versuch* (Hypothese H6d) sowie *Palliativ-erfolgreiches Coping* (Hypothese H6e). Ein negativer Zusammenhang wurde erwartet für (2) *Emotionsorientiertes Coping* (Hypothese H6b). Zwischen dem Selbstmitgefühl und der Subskala *Zerstreuungsorientiertes Coping* des (3) *Vermeidungsorientierten Copings* wurde kein Zusammenhang vermutet. Da es sich bei den Probanden zum Teil um Personen handelt, deren körperliche Aktivität aus gesundheitlichen Gründen deutlich eingeschränkt ist, empfahl sich der Verzicht einer Auswertung des Einzelitems zur körperlichen Aktivität als Stressbewältigung.

Alle Skalen der *Deutschen 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS* (Kälin, 1995) sowie *zum Palliativen Coping* (Kälin & Semmer, 2001) korrelieren signifikant ($p < .01$) mit dem Gesamtwert für Self-Compassion (vgl. Tabelle 39, S. 143). Der stärkste positive Zusammenhang besteht zwischen dem *Palliativ-erfolgreichen Coping* und dem Selbstmitgefühl ($r = .57$, $p < .01$). Je höher der globale Wert für Self-Compassion ausfällt, desto eher zeigen die Befragten zudem *Aufgabenorientiertes Coping* ($r = .42$, $p < .01$), *Vermeidungsorientiertes Coping*

³³ Vgl. Abschnitt 4.2.2.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Depressive Verarbeitung

Tabelle 39: Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, sowie den Coping-Facetten der Deutschen 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations CISS (Kälin, 1995) und der Skala zum Palliativen Coping (Kälin & Semmer, 2001), Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson Korrelation	SC 1-6							CISS					PC		Selbstwert	Alter	Geschlecht	
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC ges.	AO	EO	VO Zerstr.	VO Ablenk.	VO gesamt	PC_E	PC_V				
S C 1 - 6	(SC 1) SF n 130	1.00																
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00															
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00														
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00													
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00												
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00											
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00										
C I S S	AO n 129	.31**	.06	.37**	-.28**	.53**	-.22*	.42**	1.00									
	EO n 128	-.39**	.49**	-.11	.61**	-.44**	.64**	-.68**	-.26**	1.00								
	VO Zerstr. n 129	.29**	-.27**	.01	-.20*	.14	-.26**	.28**	.13	-.25**	1.00							
	VO Ablenk. n 129	.26**	-.29**	.06	-.32**	.21*	-.38**	.39**	.27**	-.44**	.59**	1.00						
	VO gesamt n 129	.31**	-.32**	.04	-.30**	.20*	-.36**	.38**	.22**	-.39**	.88**	.90**	1.00					
P C	PC_E n 130	.48**	-.26**	.28**	-.34**	.54**	-.37**	.57**	.39**	-.58**	.29**	.30**	.33**	1.00				
	PC_V n 129	.47**	-.06	.31**	-.23**	.54**	-.24**	.47**	.47**	-.41**	.23**	.19*	.24**	.81**	1.00			
Selbstwert n 128	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	.22*	-.71**	.18*	.41**	.34**	.39**	.20*	1.00			
Alter n 127	.12	-.04	-.01	-.65**	.11	-.02	.07	-.07	.01	.01	-.17	-.10	.11	.09	-.04	1.00		
Geschlecht n 129	-.02	.11	-.04	.25**	-.12	.19*	-.19*	.01	.11	.11	.18*	.16	-.02	.00	-.13	-.04	1.00	

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; Coping-Facetten des Coping Inventory for Stressful Situations CISS mit AO Aufgabenorientiertem Coping, EO Emotionsorientiertem Coping, VO Vermeidungsorientiertem Coping, VO Zerstr. Vermeidungsorientiertem Coping-Zerstreuung, VO Ablenk. Vermeidungsorientiertem Coping- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping, VO gesamt Vermeidungsorientiertem Coping gesamt, PC Palliativem Coping, PC_E Palliativ-erfolgreiches Coping, PC_V Palliatives Coping Versuch.

($r=.38$, $p<.01$) - sowohl *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* ($r=.39$, $p<.01$) als auch *Zerstreuungsorientiertes Coping* ($r=.28$, $p<.01$) - und *Palliatives Coping: Versuch* ($r=.47$, $p>.01$). *Emotionsorientiertes Coping* weist den insgesamt stärksten (negativen) Zusammenhang zum Selbstmitgefühl auf ($r=-.68$, $p<.01$). Je selbstmitfühlender der Proband, desto weniger Relevanz kommt dem *Emotionsorientierten Coping* in der individuellen Stressbewältigung zu. Betrachtet man die einzelnen Komponenten von Self-Compassion separat, besteht der stärkste Zusammenhang zwischen *Überidentifizierung* und *Emotionsorientiertem Coping* ($r=.64$, $p<.01$). Je weniger jemand zu *Überidentifizierung* neigt, desto seltener zeigt er auch *Emotionsorientiertes Coping*. Umso mehr gewinnen jedoch *Vermeidungsorientiertes Coping: Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* ($r=-.38$, $p<.01$) und *Zerstreuungsorientiertes Coping* ($r=-.26$, $p<.01$) an Bedeutung. Die Komponente Mindfulness weist positive Zusammenhänge zu *Aufgabenorientiertem Coping* ($r=.53$, $p<.01$) und dem *Palliativ-erfolgreichem Coping* ($r=.54$, $p<.01$) sowie zu *Palliativem Coping: Versuch* ($r=.54$, $p<.01$) auf.

Im Vergleich der Mittelwerte³⁴ hinsichtlich der verschiedenen Formen der Stressbewältigung zwischen Untersuchungsteilnehmern mit geringem Selbstmitgefühl und denjenigen, die eine hohe Ausprägung von Self-Compassion aufweisen (vgl. Abbildung 19, S. 145), zeigte sich, dass Teilnehmer mit einem hohen Maß an selbstmitfühlendem Verhalten sich in Bezug auf die Mittelwerte für alle untersuchten Formen des Copings signifikant von Probanden mit einer geringen Ausprägung des Selbstmitgefühls unterscheiden: *Aufgabenorientiertes Coping* ($M=3,72$, $SD=0,53$, $n=62$ vs. $M=3,51$, $SD=0,55$, $n=63$, $t(123)=-3.81$, $p<.01$), *Emotionsorientiertes Coping* ($M=2,27$, $SD=0,58$, $n=62$ vs. $M=3,04$, $SD=0,77$, $n=63$, $U=-5.62$, $p<.001$), *Zerstreuungsorientiertes Coping* ($M=3,07$, $SD=0,90$, $n=62$ vs. $M=2,77$, $SD=0,72$, $n=63$,

³⁴ Eine graphische Abbildung der jeweiligen Verteilung pro Subskala findet sich im Anhang (Anhang, S. 265 ff.). Keine Normalverteilung der Daten lag vor für *Emotionsorientiertes Coping*, alle Skalen des *Vermeidungsorientierten Copings* und denen des *Palliativen Copings*.

U=-2.33, $p<.05$), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping ($M=3,58$, $SD=0,95$, $n=62$ vs. $M=3,19$, $SD=0,83$, $n=63$, $U=-2.76$, $p<.001$), Vermeidungsorientiertes Coping gesamt ($M=3,33$, $SD=0,82$, $n=62$ vs. $M=2,98$, $SD=0,68$, $n=63$, $t(118)=-2.58$, $p<.05$), Erfolgreiches Palliatives Coping ($M=3,93$, $SD=0,57$, $n=62$ vs. $M=3,19$, $SD=0,73$, $n=63$, $U=-5.60$, $p<.001$), Palliatives Coping: Versuch ($M=3,98$, $SD=0,60$, $n=62$ vs. $M=3,44$, $SD=0,74$, $n=63$, $U=-4.16$, $p<.001$).

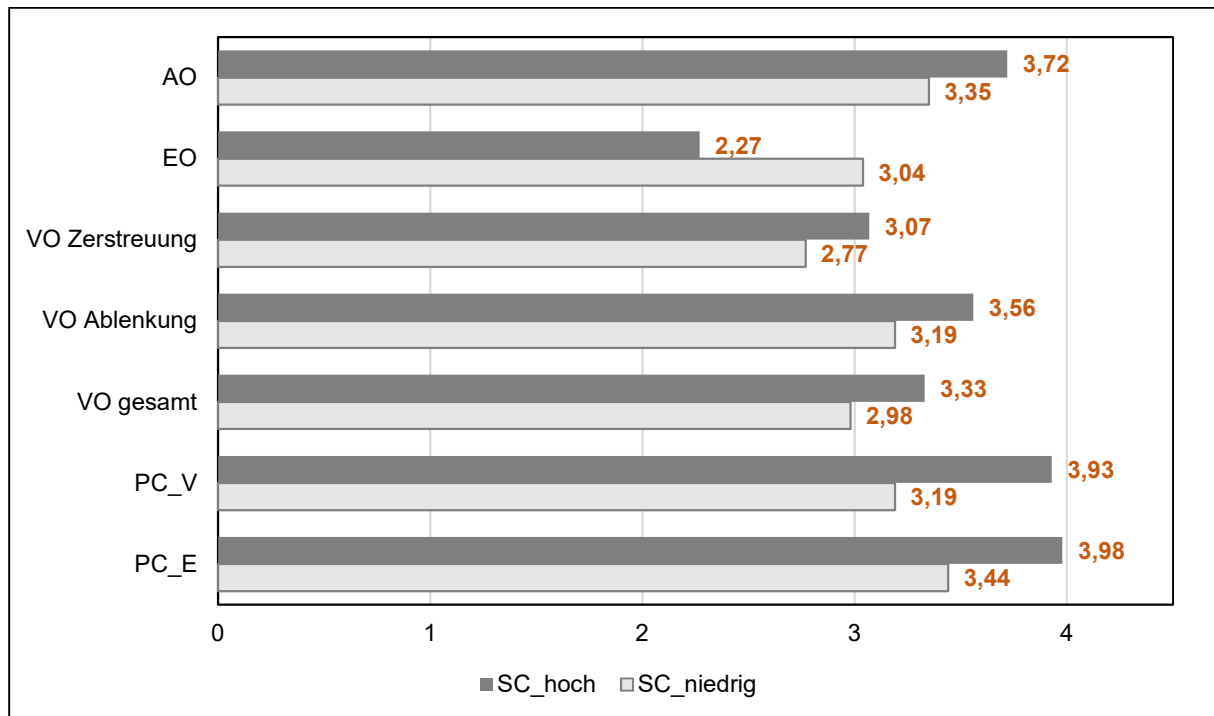


Abbildung 19: Mittelwertsunterschiede bezüglich der der Skalen der Deutschen 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS (Kälin, 1995) sowie zum Palliativen Coping (Kälin & Semmer, 2001) und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)

Anmerkungen: SC Self-Compassion; Coping-Facetten des Coping Inventory for Stressful Situations CISS mit AO Aufgabenorientiertem Coping, EO Emotionsorientiertem Coping, VO Vermeidungsorientiertem Coping, VO Zerstr. Vermeidungsorientiertem Coping-Zerstreuung, VO Ablenk. Vermeidungsorientiertem Coping- Sozial-ablenkungsorientiertes Coping, VO gesamt Vermeidungsorientiertem Coping gesamt, PC Palliativem Coping, PC_E Palliativ-erfolgreiches Coping, PC_V Palliatives Coping Versuch.

Hinsichtlich der Stressbewältigung im Sinne von Coping wurde nicht davon ausgegangen, männliche und weibliche Probanden würden in Belastungssituationen Unterschiede im Bewältigungsverhalten zeigen, bedeutsame Abweichungen zwischen den Geschlechtern würden nicht bestehen. Dies spiegelten weitestgehend auch die vorliegenden Daten wider. Lediglich bezüglich des *Sozial-ablenkungsorientierten Copings* als Dimension des *Vermeidungsorientierten Copings* weisen männliche Untersuchungsteilnehmer einen signifikant niedrigeren Skalenmittelwert auf

verglichen mit den weiblichen Befragten ($M=3,29$, $SD=0,95$, $n=105$ vs. $M=3,69$, $SD=0,68$, $n=28$, $U=-1.97$, $p<.05$).

Bereits an diesem Punkt wird deutlich: Unter Berücksichtigung aller Befunde gelten die Hypothese H6 sowie die dazu gehörenden Subhypothesen (H6a-e) als bestätigt. Self-Compassion weist einen positiven Zusammenhang zu konstruktiven, funktionalen Formen des Copings auf und bedingt *Aufgabenorientiertes Coping*, *Vermeidungsorientiertes Coping* (*Vermeidungsorientiertes Coping-Zerstreuung*, *Vermeidungsorientiertes Coping-Sozial-ablenkungsorientiertes Coping*, *Vermeidungsorientiertes Coping gesamt*) und *Palliatives Coping* (*Palliativ-erfolgreiches Coping*, *Palliatives Coping Versuch*). Erwartungskonform ließ sich ein bedeutsamer negativer Zusammenhang zu *Emotionsorientiertem Coping* als dysfunktionale Form der Bewältigung aufzeigen. Geschlechtsunterschiede besitzen weitestgehend keine Relevanz. Nur bezüglich des *Sozial-ablenkungsorientierten Copings* als Dimension des *Vermeidungsorientierten Copings* lassen männliche Untersuchungsteilnehmer einen signifikant niedrigeren Skalenmittelwert erkennen als weibliche Befragte.

4.2.6.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: AUFGABENORIENTIERTES COPING

Für das (AO) *Aufgabenorientierte Coping* als Kriterium wurde eine schrittweise lineare Regressionsanalyse über insgesamt drei Stufen durchgeführt, um den Einfluss von Selbstwert und Selbstmitgefühl als Prädiktoren deutlicher hervorzuheben (vgl. Tabelle 40, S. 147). Dabei wurde in einem ersten Schritt das *Palliative Coping* (*Palliativ-erfolgreiches Coping* und *Palliatives Coping: Versuch*) kontrolliert, was zu einem signifikanten Regressionsgewicht für das *Palliative Coping: Versuch* führte ($\beta=.47$, $p<.01$), nicht jedoch für das *Palliativ-erfolgreiche Coping*. Der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz des Kriteriums betrug 22 %. Das Hinzuziehen des Selbstwertes im zweiten Schritt bedingte eine Veränderung von R^2 um .02, erbrachte jedoch kein signifikantes Regressionsgewicht für den Selbstwert. Durch das Einbeziehen des Selbstmitgefühls im dritten Schritt stieg der Anteil der aufgeklärten Varianz des Kriteriums *Aufgabenorientiertes Coping* auf 28 %. Zudem ergab sich ein signifikantes Regressionsgewicht für Self-Compassion ($\beta=.32$, $p<.05$).

Tabelle 40: Regressionsanalyse für das Kriterium Aufgabenorientiertes Coping

Aufgabenorientiertes Coping			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Palliativ-erfolgreiches Coping	-.00	-.10	-.16
Palliatives Coping: Versuch	.47**	.52***	.46**
Schritt 2			
Selbstwert		.15	-.03
Schritt 3			
Self-Compassion			.32*
ΔR^2		.02	.04
R^2	.22	.24	.28
<i>df</i> (Regression, Residuen)	2, 119	3, 118	4, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=122

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (AO) *Aufgabenorientiertes Coping* besitzen lediglich das *Palliative Coping: Versuch* und *Self-Compassion* bedeutsame Aussagekraft sowie entsprechend signifikante Regressionsgewichte ($p < .05$). Die Gesamtvarianz wird durch die vier Prädiktoren *Palliativ-erfolgreiches Coping*, *Palliatives Coping: Versuch*, *Selbstwert* und *Selbstmitgefühl* zu 28 % aufgeklärt.

4.2.6.2 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: EMOTIONSORIENTIERTES COPING

Auch für das (EO) *Emotionsorientierte Coping* erfolgte eine schrittweise lineare Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 41, S. 148). Zunächst wurde abermals das *Palliative Coping* (*Palliativ-erfolgreiches Coping*, *Palliatives Coping: Versuch*) kontrolliert. Dies führte zu einem hoch signifikanten Regressionsgewicht für das *Palliativ-erfolgreiche Coping* ($\beta = -.74$, $p < .001$), nicht aber für das *Palliative Coping: Versuch*. Beide Prädiktoren klären 36 % der Gesamtvarianz des *Emotionsorientierten Copings* auf. Im folgenden zweiten Schritt wurde der *Selbstwert* eingebunden. Dies führte ebenfalls zu einem bedeutsamen Regressionsgewicht ($\beta = -.58$, $p < .001$) und einer Änderung von R^2 um .27. Das Hinzunehmen von *Self-Compassion* im dritten Schritt bedingte ein Anstieg des Anteils der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz des Kriteriums auf 64 % sowie ein signifikantes Regressionsgewicht für das *Selbstmitgefühl* ($\beta = -.22$, $p < .05$).

Tabelle 41: Regressionsanalyse für das Kriterium Emotionsorientiertes Coping

Emotionsorientiertes Coping			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Palliativ-erfolgreiches Coping	-.74***	-.36**	-.32**
Palliatives Coping: Versuch	.19	.00	.04
Schritt 2			
Selbstwert		-.58***	-.45***
Schritt 3			
Self-Compassion			-.22*
ΔR^2		.27	.02
R^2	.36	.62	.64
<i>df (Regression, Residuen)</i>	2, 119	3, 118	4, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=122

Für die Vorhersage des Kriteriums (EO) *Emotionsorientiertes Coping* besitzen sowohl das *Palliativ-erfolgreiche Coping*, der Selbstwert und Self-Compassion Aussagekraft sowie signifikante Regressionsgewichte ($p < .05$).

4.2.6.3 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: VERMEIDUNGSORIENTIERTES COPING - ZERSTREUUNG

Im ersten Schritt der linearen Regressionsanalyse für das (VO Zerstreung) *Vermeidungsorientierte Coping-Zerstreung* wurde das *Palliative Coping* (Palliativ-erfolgreiches Coping und Palliatives Coping: Versuch) einbezogen (vgl. Tabelle 42, S. 149). Dies führte zu keinen signifikanten Regressionsgewichten. Der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz durch das *Palliative Coping* betrug 7 %. Auch ein Einbinden des Selbstwertes im zweiten sowie des Selbstmitgefühls im dritten Schritt bedingte keine bedeutsamen Regressionsgewichte und lediglich einen Anstieg von R^2 um 2 % im dritten Schritt.

Tabelle 42: Regressionsanalyse für das Kriterium Vermeidungsorientiertes Coping - Zerstreuung

Vermeidungsorientiertes Coping - Zerstreuung			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Palliativ-erfolgreiches Coping	.22	.17	.13
Palliatives Coping: Versuch	.05	.08	.04
Schritt 2			
Selbstwert		.07	-.04
Schritt 3			
Self-Compassion			.21
ΔR^2		.00	.02
R^2	.07	.08	.09
<i>df (Regression, Residuen)</i>	2, 119	3, 118	4, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=122

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums *Vermeidungsorientiertes Coping - Zerstreuung* weist keiner der Prädiktoren signifikante Regressionsgewichte auf. Die Gesamtvarianz wird durch die Prädiktoren zu 9 % aufgeklärt (die Residuen sind nicht normalverteilt³⁵).

4.2.6.4 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: VERMEIDUNGSORIENTIERTES COPING – SOZIAL-ABLENKUNGSORIENTIERT

Im ersten Schritt der linearen Regressionsanalyse für das (VO Ablenkung) *Vermeidungsorientierte Coping - Sozial-ablenkungsorientiert* wurde neben dem *Palliativen Coping* auch das Geschlecht kontrolliert (vgl. Tabelle 43, S. 150). Dies führte zu signifikanten Regressionsgewichten sowohl für das *Palliativ-erfolgreiche Coping* ($\beta=.39$, $p<.01$) als auch für das Geschlecht ($\beta=.21$, $p<.05$) sowie zu einem Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz des Kriteriums von 12 %. Im zweiten Schritt wurde der Selbstwert hinzugezogen. Dadurch verlor das Regressionsgewicht des *Palliativ-erfolgreichen Copings* seine Bedeutung. Das

³⁵ Vgl. Abschnitt 4.2.2.2 Schrittweise lineare Regressionsanalyse – Kriterium: Depressive Verarbeitung

Regressionsgewicht für den Selbstwert wurde hingegen signifikant ($\beta=.40$, $p<.001$) und der Anteil der aufgeklärten Varianz stieg auf 25 %. Eine Änderung von R^2 wurde im dritten Schritt durch das Einbinden des Selbstmitgefühls minimal um .02 erreicht. Das Regressionsgewicht für Self-Compassion wurde nicht signifikant.

Tabelle 43: Regressionsanalyse für das Kriterium Vermeidungsorientiertes Coping – Sozial-ablenkungsorientiert

Vermeidungsorientiertes Coping – Sozial-ablenkungsorientiert			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Palliativ-erfolgreiches Coping	.39**	.14	.09
Palliatives Coping: Versuch	-.16	-.03	-.08
Geschlecht	.21*	.26**	.29**
Schritt 2			
Selbstwert		.40***	.27*
Schritt 3			
Self-Compassion			.24
ΔR^2		.13	.02
R^2	.12	.25	.27
<i>df (Regression, Residuen)</i>	3, 117	4, 116	5, 115

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=121

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (VO Ablenkung) *Vermeidungsorientiertes Coping – Sozial-ablenkungsorientiert* besitzen das Geschlecht und der Selbstwert Aussagekraft als Prädiktoren, die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p<.05$). Die Gesamtvarianz wird durch die Prädiktoren zu 27 % aufgeklärt.

4.2.6.5 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: PALLIATIV-ERFOLGREICHES COPING

Die lineare Regressionsanalyse für das (PC E) *Palliativ-erfolgreiches Coping* umfasste im ersten Schritt die Kontrolle der Variablen *Aufgabenorientiertes Coping*, *Emotionsorientiertes Coping* und *Vermeidungsorientiertes Coping* *gesamt* (vgl. Tabelle 44, S. 151). Dies bedingte signifikante Regressionsgewichte für das *Aufgabenorientierte Coping* ($\beta=.25$, $p<.01$) und das *Emotionsorientierte Coping*

($\beta = -.50$, $p < .001$) sowie eine Aufklärung der Gesamtvarianz des *Palliativ-erfolgreichen Copings* von 41 %. Für das *Vermeidungsorientierte Coping* ergab sich kein signifikantes Regressionsgewicht. Im zweiten Schritt unter Einbindung des Selbstwertes erhöhte sich R^2 kaum. Das Regressionsgewicht für den Selbstwert wurde ebenfalls nicht signifikant. Erst durch das Hinzuziehen von Self-Compassion im dritten Schritt konnte der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz auf 45 % erhöht werden. Das Regressionsgewicht für Self-Compassion wurde signifikant ($\beta = .29$, $p < .05$).

Für die Vorhersage des Kriteriums (PC E) *Palliativ-erfolgreiches Coping* besitzen das *Aufgabenorientierte Coping*, das *Emotionsorientierte Coping* und Self-Compassion Aussagekraft als Prädiktoren. Die jeweiligen Regressionsgewichte sind signifikant ($p < .05$). Die Gesamtvarianz des *Palliativ-erfolgreichen Copings* wird zu 45 % durch die Prädiktoren aufgeklärt.

Tabelle 44: Regressionsanalyse für das Kriterium Palliativ-erfolgreiches Coping

Palliativ-erfolgreiches Coping			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Aufgabenorientiertes Coping	.25**	.25**	.18*
Emotionsorientiertes Coping	-.50***	-.56***	-.46***
Vermeidungsorientiertes Coping gesamt	.08	.09	.06
Schritt 2			
Selbstwert		-.09	-.20
Schritt 3			
Self-Compassion			.29*
ΔR^2		.00	.03
R^2	.41	.42	.45
<i>df (Regression, Residuen)</i>	3, 119	4, 118	5, 117

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=123

4.2.6.6 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: PALLIATIVES COPING: VERSUCH

Auch in der linearen Regressionsanalyse für das (PC V) *Palliative Coping: Versuch* wurden im ersten Schritt das *Aufgabenorientierte Coping*, *Emotionsorientierte Coping* und *Vermeidungsorientierte Coping gesamt* kontrolliert (vgl. Tabelle 45, S. 152). Für das *Aufgabenorientierte Coping* ($\beta=.39$, $p<.001$) sowie für das *Emotionsorientierte Coping* ($\beta=-.30$, $p<.001$), nicht aber für das *Vermeidungsorientierte Coping* ergaben sich signifikante Regressionsgewichte. Die Gesamtvarianz des Kriteriums wurde zu 32 % aufgeklärt. Auch das Hinzunehmen des Selbstwertes im zweiten Schritt führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=-.23$, $p<.05$) und zu einer Veränderung von R^2 um .03. Für das Selbstmitgefühl ergab sich im dritten Schritt ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta=.30$, $p<.05$). Der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz betrug 38 %.

Tabelle 45: Regressionsanalyse für das Kriterium Palliatives Coping: Versuch

Palliatives Coping: Versuch			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Aufgabenorientiertes Coping	.39***	.40***	.32***
Emotionsorientiertes Coping	-.30***	-.46***	-.35**
Vermeidungsorientiertes Coping gesamt	.05	.06	.04
Schritt 2			
Selbstwert		-.23*	-.33**
Schritt 3			
Self-Compassion			.30*
ΔR^2		.03	.04
R^2	.32	.34	.38
<i>df (Regression, Residuen)</i>	3, 118	4, 117	5, 116

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=123

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (PC V) *Palliatives Coping: Versuch* besitzen das Aufgabenorientierte Coping, das Emotionsorientierte Coping, der Selbstwert und

Self-Compassion Aussagekraft als Prädiktoren mit jeweils signifikanten Regressionsgewichten ($p < .05$).

4.2.7 SELF-COMPASSION UND INTEGRATIONSENGAGEMENT – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H7

Ein erster Blick auf die Zusammenhänge zwischen den für die berufliche Rehabilitation relevanten Konstrukten³⁶ und Self-Compassion anhand bestehender Korrelationen schien zunächst ernüchternd. Für keine der untersuchten Dimensionen ließ sich eine direkte Wechselwirkung mit Self-Compassion im Gesamtwert identifizieren (vgl. Tabelle 46, S.154). Dem ungeachtet fanden sich signifikante Zusammenhänge der betrachteten Konstrukte untereinander, wie sie naheliegend sind und damit für die Untersuchungsmethode sprechen. Erst eine Ausrichtung des Fokus auf einzelne Komponenten und Items sowie die Differenzierung der Population nach verschiedenen Kriterien macht Beziehungsmuster zwischen den erhobenen Variablen und Self-Compassion deutlich.

In Hypothese H7 wurde davon ausgegangen, dass mit zunehmendem Selbstmitgefühl das *Integrationsengagement* steigt. Entgegen der Erwartung fand sich jedoch kaum ein Zusammenhang zwischen Self-Compassion und dem *Integrationsengagement*. Lediglich die Komponente *Verbindende Humanität* weist eine signifikant positive Korrelation zum Integrationsengagement auf ($r = .23$, $p < 0.5$). Wer sich mehr als Teil einer gemeinsamen Menschheit sieht, lässt eher *Integrationsengagement* erkennen.

Dementsprechend unterscheiden sich Probanden mit einem hohen Selbstmitgefühl nicht signifikant von Untersuchungsteilnehmern mit einem geringen Selbstmitgefühl hinsichtlich des *Integrationsengagements* im Mittelwert. Allerdings wurden signifikante Mittelwertsunterschiede basierend auf dem Geschlecht dahingehend offenbar, dass bei männlichen Studienteilnehmern das *Integrationsengagement* weniger stark ausgeprägt ist als bei weiblichen Probanden ($M = 4,11$, $SD = 0,56$, $n = 73$ vs. $M = 4,47$, $SD = 0,45$, $n = 17$, $U = -2.45$, $p < .05$).

³⁶ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werte für die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen invertiert, so dass hohe Werte nunmehr eine starke Nutzung indizieren

Tabelle 46: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Integrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation		SC 1 - 6						US Motivat.	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schulleistung gesamt ¹	Chancen ¹	Bfw Ang. ¹	IntEngagement	Arbeitsplatz	Selbstwert	Alter	Geschl.	
		SF	SV	VH	I	A	ÜI												SC gesamt
SC 1-6		Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine umfassende Darstellung findet sich im Anhang (Tabelle 59, S. 274 f.).																	
US Motivat.	n	.03 81	.14 81	.07 81	-.02 80	-.10 79	.05 81	-.04 78	1.00 114										
Schul. Leist. ¹	n	-.07 80	-.08 80	-.07 80	.00 79	-.03 78	.01 80	-.08 77	.17 113	1.00 113									
Prüf.-Note ¹	n	-.06 76	.01 76	-.10 76	.03 75	-.14 74	-.05 76	-.13 73	.28** 109	.60** 109	1.00 109								
Schulleistung gesamt ¹	n	-.07 76	-.03 76	-.10 76	.03 75	-.09 74	-.02 76	-.13 73	.25** 109	.91** 109	.88** 109	1.00 109							
Chancen ¹	n	-.12 79	-.14 79	-.13 79	.03 79	-.14 77	-.08 79	-.04 77	.42** 112	.21* 111	.33** 107	.30** 107	1.00 112						
Bfw Ang. ¹	n	.02 81	.24* 81	.04 81	.32** 80	.05 79	.27* 81	-.19 78	-.12 114	-.40** 113	-.36** 109	-.42** 109	-.14 112	1.00 114					
IntEngagement	n	.13 77	.09 77	.23* 77	.14 76	.06 75	.08 77	-.02 74	.26** 109	-.01 108	.10 104	.07 104	.08 107	.09 109	1.00 109				
Arbeitsplatz	n	-.07 80	-.07 80	-.17 80	.12 79	-.06 78	-.10 80	-.10 77	.18 111	.05 110	.17 106	.13 106	.57** 110	-.13 111	.00 106	1.00 111			
Selbstwert	n	.36** 128	-.47** 129	.20* 129	.34** 126	-.65** 128	-.61** 129	.68** 124	.14 81	-.07 80	-.02 76	.03 76	.16 79	-.28* 81	.09 77	.07 80	1.00 133		
Alter	n	.12 127	-.04 128	-.01 128	-.01 127	.11 125	-.02 128	.07 123	-.02 80	-.24* 79	-.24* 75	-.26* 75	-.18 78	.33** 80	.27* 76	.07 79	-.45 129	1.00 131	
Geschl.	n	-.02 129	.11 130	.01 130	.25** 129	-.12 127	.19* 130	-.19* 125	.08 95	.09 94	-.13 90	.00 90	-.05 93	.18 95	.25* 90	.09 93	-.13 132	-.04 131	1.00 147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹. Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen/Nutzung. SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; US Motivat. Umschulungsmotivation; Schul. Leistungen Schulische Leistungen;

Prüf.-Note Prüfungsnote; Schulleistung gesamt als Mittelwert aus Schulleistungen und Prüfungsnote, Chancen verstanden als die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt; Bfw Ang. Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen; IntEngagement Integrationsengagement; Arbeitsplatz in Form der Aussicht auf eine Anstellung.

Bei der Betrachtung auf Itemebene (vgl. Tabelle 47, S. 156) zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Item 1 zur Erfassung des Integrationsengagements („*Ich informiere mich regelmäßig über geeignete Praktikums- bzw. Arbeitsstellen.*“) und der Self-Compassion-Dimension *Verbindende Humanität* ($r=.28$, $p<.05$) sowie zwischen Item 2 („*Es ist mir wichtig, meinen Bewerbungsunterlagen eine persönliche Note zu geben.*“) und der *Verbindenden Humanität* ($r=.29$, $p<.05$). Darüber hinaus weist Item 9 („*Ich mache mir Gedanken, an welchen persönlichen Defiziten eine Einstellung scheitern könnte und wie sich diese beheben ließen.*“) eine signifikant negative Korrelation zu Self-Compassion gesamt auf ($r=-.22$, $p<.05$) sowie eine bedeutsame positive Korrelation zu allen drei, dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten: *Selbstverurteilung* ($r=.25$, $p<.05$), *Isolation* ($r=.29$, $p<.01$) und *Überidentifizierung* ($r=.29$, $p<.01$). Auch wenn spekuliert werden könnte, selbstreflektierendes Verhalten, wie in Item 9 erfasst, würde Selbstmitgefühl erfordern und auslösen, machen die Befunde deutlich, dass die intensive Auseinandersetzung mit eigenen Schwächen in Hinblick auf die Integration stattdessen bei den Befragten mit dem Gefühl des Losgelöstseins von anderen, Selbstzweifeln und dem Verharren in negativen Emotionen verbunden ist. Überdies zeigte sich, je älter die Probanden, umso eher sind sie bereit, ihren Bewerbungsunterlagen eine persönliche Note zu geben, private Kontakte bei der Stellensuche zu nutzen, Hinweise und Tipps im Bewerbungsprozess zu berücksichtigen und das eigene Vorgehen zu hinterfragen. Zum Selbstwert ließen sich weder global noch auf Itemebene Zusammenhänge nachweisen.

Das *Integrationsengagement* insgesamt ($r=.26$, $p<.01$) sowie einzelne Items (Item 3: Interesse an Weiterbildung, $r=.36$, $p<.01$; Item 7: Interesse am Erwerb von Zusatzqualifikationen, $r=.37$, $p<.01$; Item 9: Selbstreflexion, $r=.24$, $p<.05$; Item 10: Offenheit für Hinweise und Tipps, $r=.20$, $p<.01$) korrelieren bedeutsam mit der *Umschulungsmotivation* (vgl. Tabelle 48, S. 157). Die individuellen *Chancen am Arbeitsmarkt* werden umso höher bewertet, je eher jemand bereit ist, sich weiterzubilden (Item 3, $r=.24$, $p<.05$), Zusatzqualifikationen zu erlangen (Item 7, $r=.21$, $p<.05$) und Eigeninitiative im Bewerbungsprozess zeigt (Item 8, $r=.28$, $p<.01$). Wohingegen die anhaltende Stellensuche (Item 1, $r=-.26$, $p<.01$) mit der Wahrnehmung verminderter *Chancen am Arbeitsmarkt* einhergeht. Dies scheint

Tabelle 47: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes

Pearson-Korrelation	SC 1 - 6							Int_E1	Int_E2	Int_E3	Int_E4	Int_E5	Int_E6	Int_E7	Int_E8	Int_E9	Int_E10	IntEngagement
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt											
SC 1-6	Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine umfassende Darstellung findet sich im Anhang (Tabelle 60, S. 276 f.).																	
Int_E1	.11 80	.12 80	.28* 80	-.05 79	-.01 78	-.01 80	.08 77	1.00 112										
Int_E2	.16 79	-.06 79	.29* 79	.09 78	.07 77	-.02 79	.10 76	.43** 110	1.00 112									
Int_E3	.06 77	.03 77	.06 77	.11 76	.11 75	.12 77	-.04 74	.13 109	.36** 110	1.00 110								
Int_E4	.16 77	.10 77	.18 77	-.04 76	.21 75	-.04 77	.11 74	.54** 109	.47** 110	.33** 110	1.00 110							
Int_E5	.18 80	-.04 80	.22 80	-.06 79	.07 78	-.09 80	.15 77	.61** 111	.50** 111	.07 110	.41** 110	1.00 113						
Int_E6	.09 80	-.09 80	.00 80	.04 79	-.02 78	.02 80	.00 77	.29** 111	.43** 111	.49** 110	.35** 110	.37** 113	1.00 113					
Int_E7	.05 80	.05 80	.07 80	.13 79	.10 78	.09 80	-.05 77	.11 111	.38** 111	.82** 110	.36** 110	.15 113	.56** 113	1.00 113				
Int_E8	-.12 81	.14 81	.07 81	.01 80	.01 79	-.03 81	-.06 78	.18 112	.39** 112	.36** 110	.34** 110	.08 113	.25** 113	.38** 113	1.00 114			
Int_E9	-.02 81	.25* 81	.17 81	.29** 80	.01 79	.29** 81	-.22* 78	.36** 112	.48** 112	.24* 110	.41** 110	.37** 113	.29** 113	.27** 113	.28** 114	1.00 114		
Int_E10	.05 81	.14 81	.03 81	.28* 80	-.05 79	.19 81	-.20 78	.26** 112	.39** 112	.16 110	.22* 110	.29** 113	.19* 113	.24* 113	.27** 114	.50** 114	1.00 114	
IntEngagement	.13 77	.09 77	.23* 77	.14 76	.06 75	.08 77	-.02 74	.65** 109	.76** 109	.58** 109	.71** 109	.64** 109	.65** 109	.62** 109	.54** 109	.68** 109	.57** 109	1.00 109

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; IntEngagement respektive Int_E Integrationsengagement; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 224; Int_E1 Aktive Stellensuche; Int_E2 Bewerbung mit persönlicher Note; Int_E3 Interesse an Weiterbildung; Int_E4 Nutzung privater Kontakte für Arbeitsuche; Int_E5 Regelmäßige Aktualisierung der Bewerbungsunterlagen; Int_E6 Bestreben eine gute Praktikumsbeurteilung zu erhalten; Int_E7 Interesse an Zusatzqualifikationen; Int_E8 Eigeninitiative im Bewerbungsprozess; Int_E9 Selbstreflexion; Int_E10 Offenheit für Tipps und Rückmeldungen.

Tabelle 48: Korrelationsmatrix der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation		IntEngagement										IntEn-gage-ment	US Motivat.	Chancen ¹	BfwAng. ¹	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schulleistung gesamt ¹	Arbeits-platz	Selbstwert	Alter	Geschlecht	
		Int. E1	Int. E2	Int. E3	Int. E4	Int. E5	Int. E6	Int. E7	Int. E8	Int. E9	Int. E10												
IntEn-gagement		Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine ausführliche Darstellung der fehlenden Werte findet sich im Anhang (Tabelle 61, S. 278 f.).																					
US Motivat.	n	-.01 112	.17 112	.36** 110	.09 110	.12 113	.11 113	.37** 113	.18 114	.24* 114	.20* 114	.26** 109	1.00 114										
Chancen ¹	n	-.26** 110	.06 110	.24* 108	-.03 108	-.14 111	.03 111	.21* 111	.28** 112	.18 112	.16 112	.08 107	.42** 112	1.00 112									
BfwAng. ¹	n	.15 112	.00 112	-.10 110	.10 110	.15 113	.01 113	-.10 113	-.08 114	.25** 114	.10 114	.09 109	-.12 114	-.14 112	1.00 114								
Schul. Leist. ¹	n	-.13 111	.04 111	.19* 109	-.11 109	-.17 112	.08 112	.20* 112	.08 113	-.18 113	-.02 113	-.01 108	.17 113	.21* 111	-.40** 113	1.00 113							
Prüf.-Note ¹	n	.00 107	.11 107	.21* 105	-.08 105	.02 108	.13 108	.23* 108	.16 109	-.12 109	.04 109	.10 104	.28** 109	.33** 107	-.36** 109	.60** 109	1.00 109						
Schulleistung gesamt ¹	n	-.07 107	.10 107	.23* 105	-.10 105	-.08 108	.11 108	.24* 108	.14 109	-.16 109	.02 109	.06 104	.25** 109	.30** 107	-.42** 109	.91** 109	.88** 109	1.00 109					
Arbeitsplatz	n	-.31** 109	.06 109	.19 107	-.01 107	-.12 110	-.06 110	.13 110	.26** 111	.08 111	.03 111	.00 106	.18 111	.57** 110	-.13 111	.05 110	.17 106	.12 106	1.00 111				
Selbstwert	n	.10 80	.18 79	.05 77	.20 77	.08 80	.13 80	.05 80	.11 81	-.14 81	-.11 81	.09 77	.14 81	.16 79	-.28* 81	.07 80	-.02 76	.02 76	.07 80	1.00 133			
Alter	n	.16 79	.32** 78	.11 76	.32** 76	.11 79	.12 79	.06 79	.16 80	.26* 80	.25* 80	.27* 76	-.02 80	-.18 78	.33** 80	-.24* 79	-.24* 75	-.26* 75	.07 79	-.04 129	1.00 131		
Geschlecht	n	.16 93	.33** 93	.18 91	.16 91	.10 94	.26* 94	.09 94	.05 95	.13 95	.12 95	.25* 90	.08 95	-.05 93	.18 95	.09 94	-.13 90	.00 90	.09 93	-.13 132	-.04 131	1.00 147	

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹. Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen/Nutzung. IntEngagement respektive Int_E Integrationsengagement; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 224; Int_E1 Aktive Stellensuche; Int_E2 Bewerbung mit persönlicher Note; Int_E3 Interesse an Weiterbildung; Int_E4 Nutzung privater Kontakte für Arbeitsuche; Int_E5 Regelmäßige Aktualisierung der Bewerbungsunterlagen; Int_E6 Bestreben eine gute Praktikumsbeurteilung zu erhalten; Int_E7 Interesse an Zusatzqualifikationen; Int_E8 Eigeninitiative im Bewerbungsprozess; Int_E9 Selbstreflexion; Int_E10 Offenheit für Tipps und Rückmeldungen;; US Motivat. Umschulungsmotivation; Schul. Leistungen Schulische Leistungen; Prüf.-Note Prüfungsnote; Schulleistung gesamt als Mittelwert aus Schulleistungen und Prüfungsnote, Chancen verstanden als die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt; Bfw Ang. Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen; IntEngagement Integrationsengagement; Arbeitsplatz in Form der Aussicht auf eine Anstellung.

nachvollziehbar, da die fortgesetzte Recherche darauf schließen lässt, dass die Person bisher keinen Erfolg in Form eines Praktikums- oder Anstellungsvertrages vorweisen kann. Die Items 3 (Interesse an Weiterbildung) und 9 (Interesse an Zusatzqualifikationen) stehen auch in Verbindung mit besseren *schulischen Leistungen* (Item 3: $r=.19$, $p<.05$; Item 9: $r=.20$, $p<.05$), einer erfolgreicherer *Prüfung* (Item 3: $r=.21$, $p<.05$; Item 9: $r=.23$, $p<.05$) sowie besseren *Schulleistungen insgesamt* (Item 3: $r=.23$, $p<.05$; Item 9: $r=.24$, $p<.05$). Ein hohes Maß an Eigeninitiative (Item 8) geht mit der höheren Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Anstellungsverhältnisses einher ($r=.26$, $p<.01$). Selbstreflexion (Item 9) in Form des Hinterfragens eigener Defizite im Bewerbungsprozess fördert die *Inanspruchnahme des Angebots Besonderer Hilfen* ($r=.25$, $p<.01$).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Hypothese H7 verworfen werden muss. Self-Compassion geht nicht zwangsläufig mit einem Plus an *Integrationsengagement* einher. Allerdings wirkt sich die Dimension *Verbindende Humanität* des Selbstmitgefühls sehr wohl förderlich auf das *Integrationsengagement* aus. Zudem kristallisierte sich überraschender Weise heraus, dass Männer weniger *Integrationsengagement* erkennen lassen als Frauen.

4.2.8 SELF-COMPASSION UND NUTZUNG DES ANGEBOTS BESONDERER HILFEN – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H8

In Hypothese H8 stand die Annahme im Vordergrund, selbstmitfühlende Menschen könnten eher Unterstützung in Form der Besonderen Hilfen annehmen. Je höher Self-Compassion ausgeprägt ist, umso stärker sollte die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen ausfallen. Wie in Tabelle 46 (S.154) bereits offenbar wurde, finden sich ebenfalls nur schwache Zusammenhänge zwischen der Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen* im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt und der Ausprägung von

Tabelle 49: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes

Pearson-Korrelation	SC 1 - 6							Bfw_A1 ¹	Bfw_A2 ¹	Bfw_A3 ¹	Bfw_A4 ¹	Bfw_A5 ¹	Bfw_A6 ¹	Bfw_A7 ¹	Bfw_A8 ¹	Bfw_A9 ¹	Bfw_A10 ¹	Bfw_Ang. ¹	
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt												
SC 1⁹	Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine umfassende Darstellung findet sich im Anhang (Anhang, S. 278 f.).																		
Bfw_A1 ¹	n	-0.13	-0.10	-0.09	.06	.05	-.02	-.05	1.00										
		81	81	81	80	79	81	78	114										
Bfw_A2 ¹	n	-.07	.13	-.06	.15	-.17	.13	-.19	.51**	1.00									
		81	81	81	80	79	81	78	114	114									
Bfw_A3 ¹	n	.08	.17	.12	.23*	.10	.19	-.08	.18	.15	1.00								
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114								
Bfw_A4 ¹	n	.10	.00	-.04	.06	-.06	-.02	.01	.01	.09	.43**	1.00							
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114							
Bfw_A5 ¹	n	-.11	.29**	-.05	.43**	-.07	.46**	-.38**	.13	.11	.40**	.25**	1.00						
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114						
Bfw_A6 ¹	n	.03	.06	.03	.17	.05	.13	-.05	.10	.10	.17	.10	.16	1.00					
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114					
Bfw_A7 ¹	n	-.18	.01	-.03	.00	-.04	-.06	-.07	.16	.15	.11	.07	.26**	.09	1.00				
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114	114				
Bfw_A8 ¹	n	.20	.15	.22*	.09	.18	.11	.06	-.10	.00	.12	.23*	.16	.16	.14	1.00			
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114	114	114			
Bfw_A9 ¹	n	.17	.04	.04	.03	.02	.02	.06	-.07	.08	.09	.02	.11	.09	.23*	.19*	1.00		
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114	114	114	114		
Bfw_A10 ¹	n	.03	.33**	.04	.20	.14	.22	-.13	-.16	.00	-.02	.06	.22*	.16	.10	.27**	.32**	1.00	
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	
Bfw_Ang. ¹	n	.02	.24*	.04	.32**	.05	.27*	-.19	.40**	.48**	.56**	.45**	.60**	.46**	.49**	.45**	.40**	.41**	1.00
		81	81	81	80	79	81	78	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹steht für invertierte Werte (hohe Werte= hohe Nutzung). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; Bfw Ang. respektive Bfw_A Nutzung des Angebots besonderer Hilfen; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 223; Bfw_A1 Sport; Bfw_A2 Freizeitangebote; Bfw_A3 Physiotherapie; Bfw_A4 Arztbesuch; Bfw_A5 Psychologische Beratung; Bfw_A6 Sozialberatung; Bfw_A7 Förderunterricht; Bfw_A8 Berufskunde; Bfw_A9 Hilfestellung Bewerbungsschreiben; Bfw_A10 Unterstützung Praktikums-/Jobvermittlung.

Self-Compassion. Augenscheinlich wird, dass diejenigen Komponenten des Selbstmitgefühls, die diesem eher abträglich sind - *Self-Judgement*, *Isolation*, *Over-Identification* - signifikant positiv mit der Inanspruchnahme des Angebots Besonderer Hilfen des Berufsförderungswerkes korrelieren. Je mehr selbstverurteilendes Verhalten eine Person zeigt, desto eher neigt sie dazu, auf das *Angebot Besonderer Hilfen* zurückzugreifen ($r=.24$, $p<.05$). Dies gilt auch für die Aspekte Isolation ($r=.32$, $p<.01$) und Überidentifizierung ($r=.27$, $p<.05$).

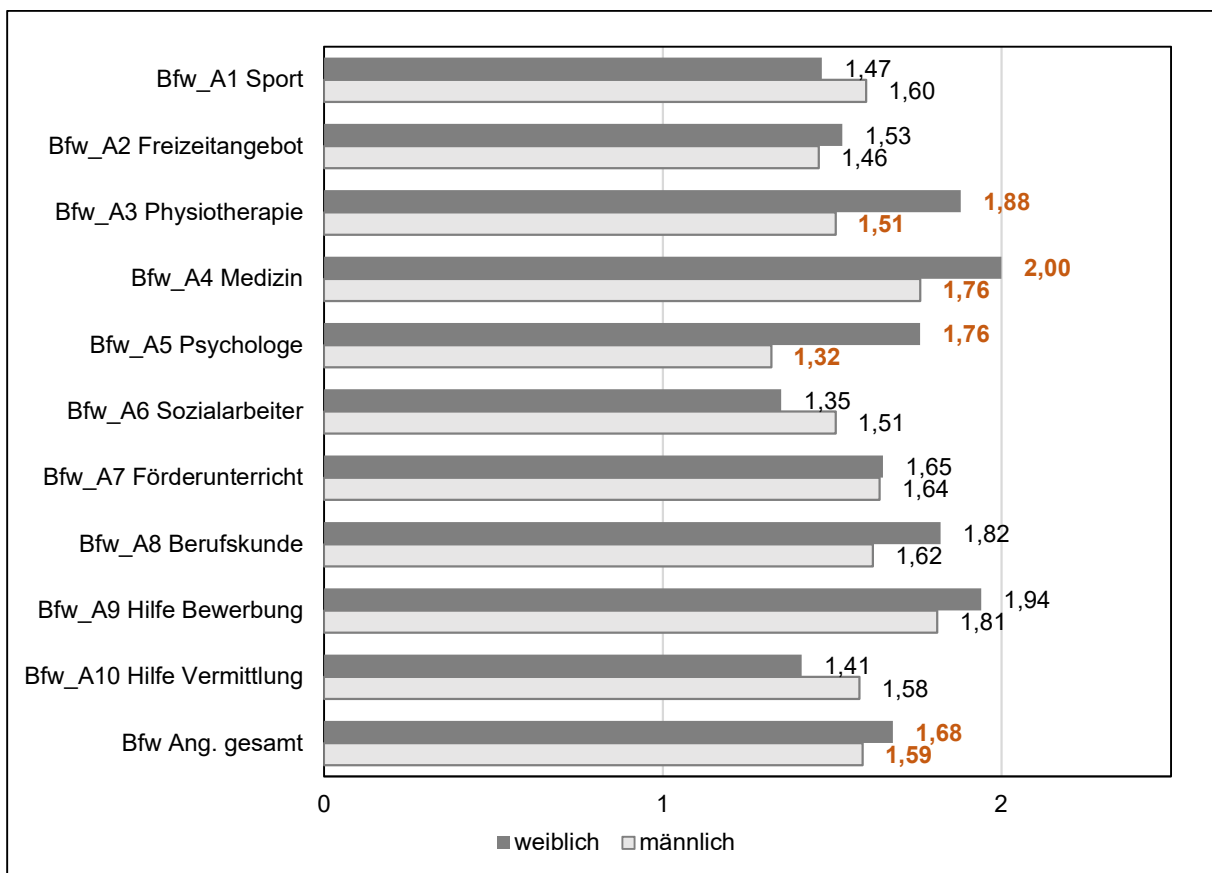


Abbildung 20: Mittelwertsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht bezüglich Self-Compassion gesamt und einzelner Dimensionen

Signifikante Mittelwertsunterschiede in Hinblick auf die Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen*³⁷ zwischen Probanden mit einem hohen Selbstmitgefühl und Untersuchungsteilnehmern mit einem geringen Selbstmitgefühl ließen sich ausschließen. Es offenbarten sich jedoch Präferenzen für unterschiedliche Formen der *Besonderen Hilfen* in Abhängigkeit des Geschlechts (vgl. Abbildung 20, S. 160).

³⁷ Items und Skalenmittelwerte zur Erfassung der Nutzung Besonderer Hilfen wurden zur besseren Vergleichbarkeit invertiert: hohe Werte (max. 2) lassen auf eine intensive Nutzung schließen.

Männliche Studienteilnehmer haben signifikant seltener im Vergleich zu weiblichen Probanden *Angebote der Besonderen Hilfen* wahrgenommen, die (Angebot 3) Physiotherapie ($M=1,51$, $SD=0,50$, $n=78$ vs. $M=1,88$, $SD=0,33$, $n=17$, $U=-2.78$, $p<.01$), (Angebot 4) Arzt ($M=1,76$, $SD=0,43$, $n=78$ vs. $M=2,00$, $SD=0,00$, $n=17$, $U=-2.26$, $p<.05$) und (Angebot 5) psychologische Beratung ($M=1,32$, $SD=0,47$, $n=78$ vs. $M=1,76$, $SD=0,44$, $n=17$, $U=-3.37$, $p<.01$) umfassten. Für die verbleibenden *Angebote Besonderer Hilfen* zeigten sich keine Mittelwertsunterschiede. Insgesamt nutzten von den Befragten Männer weniger als Frauen das *Angebot Besonderer Hilfen* im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt ($M=1,59$, $SD=0,22$, $n=78$ vs. $M=1,68$, $SD=0,15$, $n=17$, $U=-2.06$, $p<.05$).

Auf Itemebene ließ sich dagegen ein signifikanter Zusammenhang zum Selbstmitgefühl nachweisen (vgl. Tabelle 49, S. 159). So geht die Nutzung psychologischer Beratung (Bfw_A5) mit einem bedeutsam geringeren Maß an Self-Compassion insgesamt einher ($r=-.38$, $p<.01$). Zugleich weist dieses Item einen signifikant positiven Zusammenhang zu *Selbstverurteilung* ($r=.29$, $p<.01$), *Isolation* ($r=.43$, $p<.01$) und *Überidentifizierung* ($r=.46$, $p<.01$) auf. Ein ebenfalls bedeutsamer positiver Zusammenhang besteht zwischen der Inanspruchnahme von Physiotherapie (Bfw_A6) und *Isolation* ($r=.23$, $p<.05$). Wer bereit ist, Hilfe im Prozess der Vermittlung von Praktikums- und Beschäftigungsstellen anzunehmen (Bfw_A10), lässt signifikant mehr *Selbstverurteilung* erkennen ($r=.33$, $p<.01$). Das Einholen berufskundlicher Informationen (Bfw_A8) steht mit einem stärkeren Ausmaß an *Verbindender Humanität* in Zusammenhang ($r=.22$, $p<.05$).

Die Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen* korreliert global als auch auf Itemebene (Bfw_A5: Psychologische Beratung, $r=-.38$, $p<.01$) signifikant mit dem *Selbstwert* ($r=-.28$, $p<.05$; vgl. Tabelle 50, S. 162). Mit zunehmendem Alter nimmt zudem die Bereitschaft, auf das *Angebot Besonderer Hilfen* zurückzugreifen, bedeutsam zu ($r=.33$, $p<.01$). Mit steigender Zahl an Lebensjahren scheint sich eine gewisse Gelassenheit hinsichtlich des Einräumens von Unterstützungsbedarf und des Annehmens von Hilfe zu entwickeln. Die Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen* korreliert signifikant mit den *schulischen Leistungen* ($r=-.40$, $p<.01$), der *Prüfungsnote* ($r=-.36$, $p<.01$) und den *Schulleistungen insgesamt* ($r=-.42$, $p<.01$). Besonderen Einfluss haben diesbezüglich Physiotherapie (Bfw_A3), Psychologische Beratung (Bfw_A5), Förderunterricht (Bfw_A7) und Hilfestellungen bei Bewerbungsschreiben

Tabelle 50: Korrelationsmatrix der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes, für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, das Integrationsengagements, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation	Bfw Ang.											US Motivat.	Chancen ¹	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schulleistung gesamt ¹	IntEngagement	Arbeitsplatz	Selbstwert	Alter	Geschlecht
	Bfw_A 1 ¹	Bfw_A 2 ¹	Bfw_A 3 ¹	Bfw_A 4 ¹	Bfw_A 5 ¹	Bfw_A 6 ¹	Bfw_A 7 ¹	Bfw_A 8 ¹	Bfw_A 9 ¹	Bfw_A 10 ¹	Bfw Ang. ¹										
Bfw Ang.	Tabelle zugunsten der Übersichtlichkeit gekürzt. Eine ausführliche Darstellung der fehlenden Werte findet sich in Tabelle 49, S. 159.																				
US Motivat. n	-07 114	-10 114	-02 114	.09 114	-.16 114	-.02 114	-.17 114	.08 114	-.07 114	-.08 114	-.12 114	1.00 114									
Chancen ¹ n	-06 112	-07 112	.00 112	.08 112	-.23* 112	.07 112	-.21* 112	.10 112	-.20* 112	-.15 112	-.14 112	.42** 112	1.00 112								
Schul. Leist. ¹ n	-17 113	-16 113	-.20* 113	-.06 113	-.27** 113	-.35** 113	-.23* 113	-.07 113	-.19* 113	-.18 113	-.40** 113	.17 113	.21* 113	1.00 113							
Prüf.-Note ¹ n	-05 109	-16 109	-.23* 109	-.08 109	-.35** 109	-.16 109	-.28** 109	-.02 109	-.21* 109	-.15 109	-.36** 109	.28** 109	.33** 107	.60** 109	1.00 109						
Schulleistung gesamt ¹ n	-.12 109	-.17 109	-.23* 109	-.07 109	-.34** 109	-.30** 109	-.28** 109	-.04 109	-.23* 109	-.19 109	-.42** 109	.25** 109	.30** 107	.91** 109	.88** 109	1.00 109					
IntEngagement n	-.04 109	-.15 109	.20* 109	.04 109	.10 109	-.04 109	.10 109	.17 109	.19* 109	-.09 109	.09 109	.26** 109	.08 107	-.01 108	.10 104	.06 104	1.00 109				
Arbeitsplatz n	-.20* 111	-.14 111	.03 111	.07 111	-.11 111	-.02 111	-.15 111	.18 111	-.15 111	-.09 111	-.13 111	.18 111	.57** 110	.05 110	.17 106	.12 106	.00 106	1.00 111			
Selbstwert n	-.16 81	-.22 81	-.11 81	-.09 81	-.38** 81	-.14 81	.03 81	-.06 81	.08 81	-.20 81	-.28* 81	.14 81	.16 79	.07 80	-.02 76	.02 76	.09 77	.07 80	1.00 133		
Alter n	.05 80	.04 80	.33** 80	.03 80	.24* 80	.21 80	.35** 80	-.07 80	.13 80	.19 80	.33** 80	-.02 80	-.18 78	-.24* 79	-.24* 75	-.26* 75	.27* 76	.07 79	-.04 129	1.00 131	
Geschlecht n	-.10 95	.05 95	.29** 95	.23* 95	.35** 95	-.12 95	.00 95	.17 95	.14 95	-.13 95	.18 95	.08 95	-.05 93	.09 94	-.13 90	.00 90	.25* 90	.09 93	-.13 132	-.04 131	1.00 147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹ Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen. ; Bfw_Ang. respektive Bfw_A Nutzung des Angebots besonderer Hilfen; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 223; Bfw_A1 Sport; Bfw_A2 Freizeitangebote; Bfw_A3 Physiotherapie; Bfw_A4 Arztbesuch; Bfw_A5 Psychologische Beratung; Bfw_A6 Sozialberatung; Bfw_A7 Förderunterricht; Bfw_A8 Berufskunde; Bfw_A9 Hilfestellung Bewerbungsschreiben; Bfw_A10 Unterstützung Praktikums-/Jobvermittlung.

(Bfw_A9). All diese Items korrelieren signifikant negativ mit den zuvor genannten Konstrukten sowie (bis auf Bfw_A3, Physiotherapie) mit den wahrgenommenen *Chancen am Arbeitsmarkt*. Ähnliches gilt für die Sozialberatung, die einen negativen Zusammenhang zu den *schulischen Leistungen* ($r=-.35$, $p<.01$) und den *Schulleistungen insgesamt* ($r=-.30$, $p<.01$) erkennen lässt. Wer schlechtere Leistungen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation aufweist, bedarf offenbar mehr Unterstützung in Form der *Besonderen Hilfen*. Des Weiteren scheinen sich (Bfw_A3) Physiotherapie ($r=.20$, $p<.05$) und (Bfw_A7) Hilfe beim Verfassen von Bewerbungsschreiben ($r=.19$, $p<.05$) positiv auf das *Integrationsengagement* auszuwirken. Ein eher überraschender Befund ist der negative Zusammenhang zwischen der aktiven Nutzung von Sportangeboten (Bfw_A1) und der *Aussicht auf einen Arbeitsplatz* im Anschluss an die Maßnahme ($r=-.20$, $p<.05$). In diesem Falle lässt sich spekulieren, dass sportliche Menschen eventuell ihre Prioritäten anders setzen, dem Sport Vorrang einräumen – vielleicht, um die Genesung voranzubringen. Letztlich bleibt festzuhalten: Hypothese H8 konnte nicht bestätigt werden. Ein höheres Selbstmitgefühl führt nicht per se zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Angebots *Besonderer Hilfen*. Vielmehr zeigen selbstmitfühlendere Probanden einen tendenziell geringeren Unterstützungsbedarf, insbesondere einhergehend mit einer reduzierten Nutzung psychologischer Beratung. Wohingegen für Untersuchungsteilnehmer, bei denen die dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten *Selbstverurteilung*, *Überidentifizierung* und *Isolation* stärker ausgeprägt sind, eher dazu neigen, *Besondere Hilfen* in Anspruch zu nehmen. Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen* finden sich in Form von Präferenzen für einzelne Angebote.

4.2.8.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: INANSPRUCHNAHME PSYCHOLOGISCHER BERATUNG

Das Item zur Erfassung der Nutzung *psychologischer Beratung* (Bfw_A5) als Teil des Angebots *Besonderer Hilfen* korreliert – wie bereits aufgezeigt - signifikant sowohl mit

dem Selbstwert ($r=-.38, p<.01$) als auch mit Self-Compassion ($r=-.38, p<.01$). In einer linearen Regressionsanalyse für dieses Item wurden im ersten Schritt die Variablen *Alter* und *Geschlecht* kontrolliert (vgl. Tabelle 51, S. 164). Für das *Geschlecht* ($\beta=.29, p<.05$), nicht aber für das *Alter* ergab sich ein signifikantes Regressionsgewicht. Die Gesamtvarianz des Kriteriums wurde zu 13 % aufgeklärt. Das Hinzunehmen des Selbstwertes im zweiten Schritt führte zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=-.38, p<.001$) und zu einer Veränderung von R^2 um .14. Zudem gewann auch das Regressionsgewicht für das *Alter* an Signifikanz ($\beta=.21, p<.05$). Als im dritten Schritt das Selbstmitgefühl eingebunden wurde, trug dies marginal zur Aufklärung der Gesamtvarianz des Kriteriums bei. Die Veränderung von R^2 um .01 brachte keinen Erkenntnisgewinn. Jedoch wiesen schließlich lediglich das *Alter* ($\beta=.21, p<.05$) und das *Geschlecht* ($\beta=.24, p<.05$) signifikante Regressionsgewichte auf. Der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz betrug 28 %.

Tabelle 51: Regressionsanalyse für das Kriterium Psychologische Beratung (Bfw_A5)

Psychologische Beratung			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Alter	.19*	.21*	.21*
Geschlecht	.29*	.24*	.24*
Schritt 2			
Selbstwert		-.38***	-.29
Schritt 3			
Self-Compassion			-.13
ΔR^2		.14	.01
R^2	.13	.28	.28
<i>df</i> (Regression, Residuen)	2, 71	3, 70	4, 69

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=123

Bezüglich der Vorhersage des Kriteriums (Bfw_A5) *psychologische Beratung* besitzen das *Alter* und das *Geschlecht* Aussagekraft als Prädiktoren mit jeweils signifikanten Regressionsgewichten ($p<.05$).

4.2.9 SELF-COMPASSION UND UMSCHULUNGSMOTIVATION – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H9

In Hypothese H9 wurde postuliert: Zwischen dem Selbstmitgefühl und der Umschulungsmotivation bestehe ein positiver Zusammenhang. Probanden weisen eine umso höhere Umschulungsmotivation auf, je selbstmitfühlender sie sind.

Entgegen der im Vorfeld getätigten Annahme findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der *Umschulungsmotivation* und Self-Compassion (vgl. Tabelle 46, S. 154). Es können folglich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der Umschulungsmotivation zwischen Befragten mit hohem Selbstmitgefühl gegenüber Untersuchungsteilnehmern mit gering ausgeprägtem Selbstmitgefühl ausgeschlossen werden. Geschlechtsunterschiede in der *Umschulungsmotivation* wurden nicht augenscheinlich. Weibliche Probanden sind ähnlich stark motiviert, die Maßnahme der beruflichen Rehabilitation erfolgreich abzuschließen, wie die männlichen Befragten.

Auch auf Itemebene ergeben sich für die *Umschulungsmotivation* keine neuen Erkenntnisse (vgl. Tabelle 52, S. 166). Weder die einzelnen Fragestellungen noch der globale Wert für die Umschulungsmotivation lassen einen bedeutsamen Zusammenhang zum Selbstmitgefühl oder zum Selbstwert erkennen.

Allerdings besteht eine signifikante Wechselwirkung zwischen der *Umschulungsmotivation* und dem *Integrationsengagement* ($r=.26$, $p<.01$; vgl. Tabelle 46, S. 154). Je höher das Bestreben ausfällt, im Umschulungsberuf tätig zu werden, umso mehr Einsatzbereitschaft in Hinblick auf eine erfolgreiche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt weisen die Befragten auf. Die Umschulungsmotivation wirkt sich zudem positiv auf die *Prüfungsnote* ($r=.28$, $p<.01$), die *Schulleistungen gesamt* ($r=.25$, $p<.01$) sowie die wahrgenommenen *Chancen* auf dem Arbeitsmarkt ($r=.42$, $p<.01$) aus.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Hypothese H9 keine Bestätigung fand. Zwischen Self-Compassion und der Umschulungsmotivation besteht kein bedeutsamer Zusammenhang.

Tabelle 52: Korrelationen der Self-Compassion-Komponenten mit der Umschulungsmotivation auf Item- und Gesamtwertebeine, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation	SC 1 - 6							US_Motivation 2	US_Motivation 3	US_Motivation 4	US_Motivation	Selbstwert	Alter	Geschlecht	
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt								
SC 1-6	(SC 1) SF n 130	1.00													
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00												
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00											
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00										
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00									
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00								
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00							
US_Motivation 2 n 81	.09	.10	.14	.01	-.07	.02	.02	1.00							
US_Motivation 3 n 81	-.01	.15	-.02	-.06	-.05	.04	-.04	.39**	1.00						
US_Motivation 4 n 81	-.01	.06	.03	.01	-.10	.07	-.07	.50**	.26**	1.00					
US_Motivation n 81	.03	.14	.07	-.02	-.10	.05	-.04	.82**	.72**	.76**	1.00				
Selbstwert n 128	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	.11	.12	.07	.14	1.00			
Alter n 127	.12	-.04	-.01	.00	.11	-.02	.07	-.01	.03	-.08	-.02	-.04	1.00		
Geschlecht n 129	-.02	.11	.01	.25**	-.12	.19*	-.19*	.12	.02	.04	.08	-.13	-.04	1.00	

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; US_Motivation Umschulungsmotivation; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich in Tabelle 13, S. 101; US_Motivation 2: Identifikation mit Umschulungsberuf; US_Motivation 3: positive Bewertung der Chancen im neuen Beruf; US_Motivation 4: Wunsch, im Umschulungsberuf zu arbeiten.

4.2.10 SELF-COMPASSION UND AKADEMISCHE LEISTUNGEN – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H10

Hypothese H10 spekulierte darauf, Self-Compassion habe einen positiven Einfluss auf akademische Leistungen. Probanden mit einem hohen Selbstmitgefühl würden bessere *schulische Leistungen* erkennen lassen verglichen mit weniger selbstmitfühlenden Untersuchungsteilnehmern.

Die Ergebnisse legen hingegen das Fehlen eines wechselseitigen Zusammenhangs zwischen Self-Compassion und Schulerfolg nahe (vgl. Tabelle 46, S. 154). Dementsprechend finden sich keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte *schulischer Leistungen (gesamt)* zwischen Personen mit hohem versus Personen mit geringem Selbstmitgefühl. Ebenso wenig zeigten sich Geschlechtsunterschiede. Deutlich wurde jedoch, dass die *schulischen Leistungen* im Maßnahmezeitraum (ohne Prüfungsnote, $r=-.24$, $p<.05$), die *Prüfungsnote* ($r=-.24$, $p<.05$) und die *Schulleistungen insgesamt* (Mittelwert aus schulischen Leistungen und Prüfungsnote, $r=-.26$, $p<.05$) mit zunehmendem Alter der Probanden sinken.

Die *Prüfungsnote* ($r=.28$, $p<.01$) sowie die *Schulleistungen gesamt* ($r=.25$, $p<.01$) korrelieren zudem signifikant mit der Umschulungsmotivation. Je motivierter jemand ist, umso bessere Leistungen erzielt er folglich. Darüber hinaus stehen die akademischen Leistungen in signifikantem Zusammenhang mit den wahrgenommenen *Chancen* am Arbeitsmarkt. Mit steigenden *schulischen Leistungen* ($r=.21$, $p<.05$), besserer *Prüfungsnote* ($r=.33$, $p<.01$) und *erfolgreicheren Schulleistungen* insgesamt ($r=.30$, $p<.01$) werden auch die individuellen *Chancen* am Arbeitsmarkt höher bewertet.

Bezugnehmend auf Hypothese H10 ließ sich die im Vorfeld aufgestellte Annahme nicht bestätigen. Zwischen den akademischen Leistungen und dem Selbstmitgefühl konnte in dieser Studie kein bedeutsamer Zusammenhang aufgezeigt werden.

4.2.11 SELF-COMPASSION UND BERUFLICHE ZUKUNFT – ÜBERPRÜFUNG VON HYPOTHESE H11

In Hypothese H11 wurde vermutet, zwischen dem Selbstmitgefühl und den subjektiv wahrgenommenen Chancen für eine erfolgreiche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt bestehe ein positiver Zusammenhang. Ein höheres Maß an Self-Compassion sollte mit mehr wahrgenommenen *Chancen* auf dem Arbeitsmarkt nach Abschluss der beruflichen Rehabilitation einhergehen (H11a). Überdies würden selbstmitfühlendere Menschen eher auf einen zukünftigen *Arbeitsplatz* im Anschluss an die berufliche Rehabilitation verweisen können als weniger selbstmitfühlende Personen (H11b).

Für beide Kriterien ließ sich kein Zusammenhang zu Self-Compassion nachweisen (vgl. Tabelle 46, S. 154). Ein selbstmitfühlenderes Verhalten bedingt weder höhere wahrgenommene individuelle *Chancen* auf dem Arbeitsmarkt respektive das Vorhandensein eines festen *Arbeitsplatzes*. Untersuchungsteilnehmer mit einem hohen Maß an Selbstmitgefühl unterscheiden sich folglich im Mittelwert weder hinsichtlich der antizipierten Perspektive noch bezüglich einer in Aussicht stehenden Anstellung signifikant von Probanden mit niedrigem Selbstmitgefühl. Männer und Frauen weisen diesbezüglich vergleichbare Werte auf.

Wie bereits zuvor erwähnt (vgl. Abschnitte 4.2.9 und 4.2.10), bestehen jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen den individuell wahrgenommenen *Chancen* am Arbeitsmarkt und der *Umschulungsmotivation* ($r=.42$, $p<.01$) sowie den *akademischen Leistungen* ($.21 \leq r \leq .33$, $p<.05$). Zudem korrelieren die subjektiv antizipierten Chancen und die Aussicht auf eine Anstellung im Anschluss an die Maßnahme der beruflichen Rehabilitation bedeutsam miteinander ($r=.57$, $p<.01$).

Letztlich muss Hypothese H11 verworfen werden. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen nicht für eine Wechselwirkung zwischen Self-Compassion und den individuellen *Chancen* (H11a) sowie der Aussicht auf einen *Arbeitsplatz* (H11b).

4.2.12 SELF-COMPASSION – GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE INNERHALB DES KONSTRUKTES

Im Mittelpunkt dieser Studie steht das Erleben von Selbstmitgefühl, so dass ergänzend hinsichtlich dieses Konstruktes eventuelle Mittelwertsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht näher beleuchtet werden sollen (vgl. Abbildung 21, S. 169).

Im Vorfeld der Erhebung gab es keinen Grund zur Annahme, dass Self-Compassion bei Frauen nicht ähnlich stark ausgeprägt sein sollte wie bei Männern. Tatsächlich fanden sich Unterschiede jedoch dahingehend, dass Männer im Durchschnitt mehr Mitgefühl sich selbst gegenüber aufbringen, als dies bei Frauen der Fall ist ($M=3,19$, $SD=0,49$, $n=100$ vs. $M=2,93$, $SD=0,64$, $n=25$, $t(123)=2.16$, $p<.05$). Zudem neigen Männer seltener als Frauen zu Verhalten, welches als hinderlich für Self-Compassion gilt: Sie zeigen signifikant weniger *Überidentifizierung* ($M=3,40$, $SD=0,82$, $n=104$ vs. $M=3,00$, $SD=0,78$, $n=26$, $t(128)=2.23$, $p<.05$) und *Isolation* ($M=3,69$, $SD=0,74$, $n=103$ vs. $M=3,14$, $SD=1,02$, $n=26$, $U=-2.47$, $p<.05$).

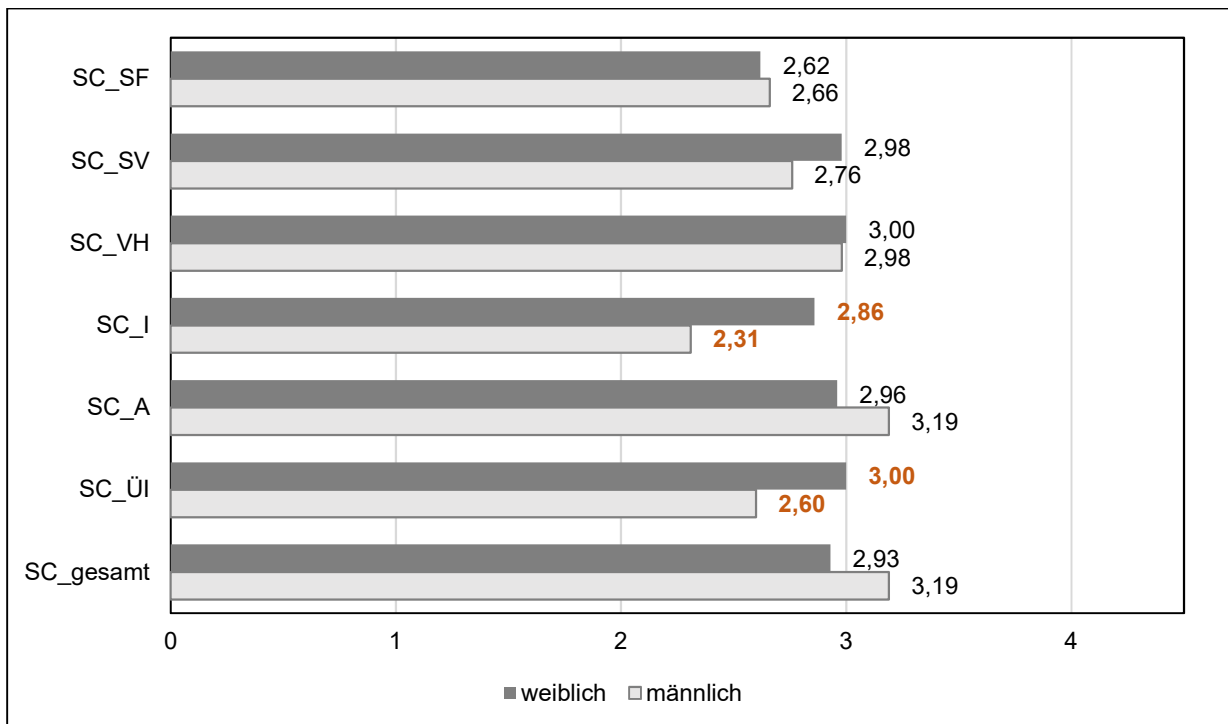


Abbildung 21: Mittelwertsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht bezüglich Self-Compassion gesamt und einzelner Dimensionen

Anmerkungen: SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion.

4.3 EXKURS: GRUPPENSPEZIFISCHE BETRACHTUNG DER STICHPROBE NACH REHABILITATIONSLEIDEN IM KONTEXT DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Ergänzend zu den bisherigen Ausführungen wurden auch gruppenspezifische Besonderheiten in die Auswertung einbezogen. Von einer ursprünglichen Aufteilung der Stichprobe nach (a) Art des Rehabilitationsleidens, (b) Ausbildungsrichtung und (c) schulische Leistungen gesamt zeigten sich lediglich für die zugrunde liegende Erkrankung der Befragten Unterschiede im Erleben und Verhalten. Diese sollen im Folgenden näher beleuchtet werden. Keinen erkennbaren Einfluss haben hingegen die Ausbildungsrichtung – separiert nach gewerblich-technischen Berufen³⁸ und

³⁸ Elektroniker für Geräte und Systeme, Industriemechaniker, IT-Systemelektroniker, Qualitätsfachmann für Längenprüftechnik, Technischer Produktdesigner;

kaufmännischen Berufen³⁹ sowie die schulischen Leistungen – getrennt nach guten bzw. sehr guten Noten und weniger guten Ergebnissen (Noten über 2,5).

Bei der Aufspaltung der Stichprobe nach Rehabilitationsleiden wurde zwischen Probanden, bei denen ausschließlich physische Erkrankungen vorliegen, und Probanden, bei denen mindestens eine psychische und/oder neurologische Erkrankung vorliegt, unterschieden. Auch wenn nach klassisch medizinischen Gesichtspunkten eine Beeinträchtigung des Nervensystems oftmals den körperlichen Krankheiten zugeordnet wird, ist der Übergang zur Psychologie fließend. Beide Patientengruppen – neurologisch oder psychisch beeinträchtigt – weisen in der Regel kognitive Defizite auf. Im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt erfahren die Betroffenen aufgrund dessen häufig im Vorfeld der Maßnahme eine auf diese beiden Zielgruppen speziell zugeschnittene Vorbereitung, um den Erfolg der sich anschließenden Ausbildung abzusichern. Vor diesem Hintergrund schien eine Aufteilung nach den genannten Kriterien sinnvoll und angebracht.

Zunächst wurden die Korrelationen zwischen dem Krankheitsbild, welches die berufliche Rehabilitation erforderlich macht, und den einzelnen Dimensionen von Self-Compassion sowie dem Selbstmitgefühl insgesamt, Selbstwert, Alter und Geschlecht betrachtet (vgl. Tabelle 53, S. 171). Der Wert Eins hinsichtlich des Rehabilitationsleidens ist kennzeichnend für eine ausschließlich körperliche Erkrankung, der Wert Zwei für (mindestens) ein psychisches/neurologisches Störungsbild. De facto besteht ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Art der Grunderkrankung und dem individuellen Ausmaß an Selbstmitgefühl ($r = -.29$, $p < .01$). Ein psychisches/neurologisches Leiden geht mit einem geringeren Selbstmitgefühl einher. Auch der Selbstwert fällt deutlich schwächer aus ($r = -.49$, $p < .01$). Die dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten *Selbstverurteilung* ($r = .25$, $p < .01$), *Isolation* ($r = .36$, $p < .01$) und *Überidentifizierung* ($r = .34$, $p < .01$) sind bei psychisch/neurologisch Erkrankten hingegen signifikant stärker ausgeprägt.

³⁹ Automobilkaufmann, Immobilienkaufmann, Industriekaufmann, Kaufmann für Bürokommunikation, Kaufmann im Groß- und Außenhandel;

Tabelle 53: Korrelationen zwischen der Art des Rehabilitationsleidens und Self-Compassion gesamt sowie einzelnen Dimensionen, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation	Art des Rehabilitationsleidens	SC 1 - 6							Selbstwert	Alter	Geschlecht
		SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt			
Art des Rehabilitationsleidens	n 129										
SC 1-6	(SC 1) SF	n 124	1.00								
	(SC 2) SV	n 125	.25**	1.00							
	(SC 3) VH	n 125	.44**	.11	1.00						
	(SC 4) I	n 124	.36**	-.19*	.43**	-.05	1.00				
	(SC 5) A	n 123	-.15	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00			
	(SC 6) ÜI	n 125	.34**	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00		
	SC gesamt	n 121	-.29**	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00	
Selbstwert	n 127	-.49**	.36**	-.47**	.20*	-.65**	.34**	-.61**	.68**	1.00	
Alter	n 125	-.10	.12	-.04	-.01	.00	.11	-.02	.07	1.00	
Geschlecht	n 128	.24**	-.02	.11	.01	.25**	-.12	.19*	-.19*	-.13	1.00

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; Rehabilitationsleidens: Wert 1 indiziert rein physische Erkrankungen, Wert 2 ist kennzeichnend für mindestens eine psychologische/neurologische Grunderkrankung;

Betrachtet man die Mittelwerte für Self-Compassion und den Selbstwert in Abhängigkeit des Rehabilitationsleidens, lassen sich signifikante Unterschiede aufzeigen. Eine rein physische Erkrankung ist im Mittelwert mit einem bedeutsam höheren Selbstmitgefühl ($M=3,22$, $SD=0,48$, $n=95$ vs. $M=2,83$, $SD=0,59$, $n=26$, $t(119)=3.49$, $p<.01$), weniger Selbstverurteilung ($M=2,71$, $SD=0,76$, $n=99$ vs. $M=3,13$, $SD=0,90$, $n=26$, $U=-2.31$, $p<.05$), Isolation ($M=2,26$, $SD=0,83$, $n=98$ vs. $M=2,97$, $SD=1,00$, $n=26$, $U=-3.82$, $p<.001$) und Überidentifizierung ($M=2,55$, $SD=0,82$, $n=99$ vs. $M=3,14$, $SD=0,77$, $n=26$, $t(123)=-3.33$, $p<.01$) sowie einem stärkeren Selbstwert ($M=3,45$, $SD=0,43$, $n=101$ vs. $M=2,89$, $SD=0,69$, $n=26$, $U=-5.05$, $p<.001$) verbunden. Diese Befunde sind konform zu den bisherigen Ergebnissen, wonach Self-

Compassion mit einem höheren psychischen Wohlbefinden (vgl. Abschnitt 4.2.1, S. 110) und einem höheren Selbstwert (vgl. Abschnitt 4.2.4, S. 136) einhergeht.

4.3.1 SCHRITTWEISE LINEARE REGRESSIONSANALYSE – KRITERIUM: REHABILITATIONSLEIDEN

Welche Relevanz dem Selbstmitgefühl, jedoch auch dem Selbstwert hinsichtlich der Vorhersage des Rehabilitationsleidens zukommt, sollte im Folgenden mittels einer linearen schrittweisen Regressionsanalyse geprüft werden (vgl. Tabelle 54, S. 172).

Tabelle 54: Regressionsanalyse für das Kriterium Rehabilitationsleiden

Rehabilitationsleiden			
	Schritt 1: β	Schritt 2: β	Schritt 3: β
Schritt 1			
Geschlecht	.26**	.20*	.19*
Schritt 2			
Selbstwert		-.39***	-.38**
Schritt 3			
Self-Compassion			-.01
ΔR^2		.14	.00
R^2	.07	.21	.21
<i>df (Regression, Residuen)</i>	1, 116	2, 115	3, 114

Anmerkungen: ***Korrelation ist bei Niveau 0.001 signifikant (zweiseitig), **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). N=118

Im ersten Schritt des Verfahrens wurde das Geschlecht einbezogen. Dadurch ergab sich ein signifikantes Regressionsgewicht ($\beta=.26$, $p<.01$). Der Anteil der aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz betrug 7 %. Anschließend wurde im zweiten Schritt der Selbstwert kontrolliert, was zu einem signifikanten Regressionsgewicht ($\beta=-.39$, $p<.001$) und einer Veränderung von R^2 um .14 führte. Durch das Hinzunehmen von Self-Compassion als Kontrollvariable im dritten Schritt konnte die Gesamtvarianz nicht weiter aufgeklärt werden. Das Regressionsgewicht wurde nicht signifikant.

Dieser Befund legt die Vermutung nahe, Geschlecht und Selbstwert sind die entscheidenden Prädiktoren für die Vorhersage des Kriteriums *Rehabilitationsleiden*. Beide Variablen klären zusammen 21 % der Gesamtvarianz des Kriteriums auf.

4.3.2 AUSWIRKUNGEN DES REHABILITATIONSLEIDENS AUF ASPEKTE DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Bereits in den vorausgehenden Abschnitten wurde ein umfassender Blick auf bestehende Zusammenhänge der für die berufliche Rehabilitation relevanten Konstrukte geworfen (vgl. Tabelle 46, S. 154). Dies soll nunmehr auch auf Gruppenebene in Abhängigkeit des Rehabilitationsleidens erfolgen (vgl. Tabelle 54, S. 174 und Tabelle 55, S. 175). Zu berücksichtigen gilt, dass die Population der Untersuchungsteilnehmer mit psychischem/neurologischem Rehabilitationsleiden deutlich geringer ausfällt im Vergleich zur Stichprobe der Probanden mit körperlicher Beeinträchtigung (Verhältnis ca. eins zu drei). Dementsprechend sollten Ergebnisse vorsichtig interpretiert und eher als Tendenz betrachtet werden.

Es zeigte sich, dass – wie zu erwarten – die *Schulleistungen insgesamt* (Mittelwert aus Schulleistungen ohne Prüfungsnote und der Prüfungsnote) nach wie vor stark signifikant positiv mit den *schulischen Leistung* (ohne Prüfungsnote, $r_{\text{phy}}=.87$, $p<.01$ / $r_{\text{psy}}=.94$, $p<.01$) und der *Prüfungsnote* ($r_{\text{phy}}=.88$, $p<.01$ / $r_{\text{psy}}=.91$, $p<.01$) korrelieren⁴⁰.

Allerdings verändert sich der Einfluss der *Umschulungsmotivation* entscheidend je nach Rehabilitationsleiden. Während der signifikante Zusammenhang zwischen *Umschulungsmotivation* und Prüfungsnote ($r_{\text{psy}}=.48$, $p<.05$) einerseits sowie *Umschulungsmotivation* und Schulleistungen global ($r_{\text{psy}}=.53$, $p<.05$) andererseits für die Gruppe der psychisch und/oder neurologisch beeinträchtigten Probanden im Vergleich zur Gesamtpopulation⁴¹ an Bedeutung gewinnt, verhält es sich in der Gruppe der Befragten mit einer rein körperlichen Erkrankung genau umgekehrt – die Werte der Korrelationen verlieren an Relevanz und liegen erkennbar unter denen der Gesamtstichprobe. Die *Umschulungsmotivation* in der Gruppe mit psychischem und/oder neurologischem Störungsbild hat zudem Auswirkungen auf die schulischen Leistungen (ohne Prüfungsnote, $r_{\text{psy}}=.49$, $p<.05$), wohingegen sie in der Gruppe der körperlich Beeinträchtigten, wie auch in der Gesamtpopulation⁴², signifikant mit den

⁴⁰ r_{phy} steht dabei für die Korrelation der Gruppe körperlich Erkrankter, r_{psy} hingegen für Korrelationen der Gruppe psychisch/neurologisch Erkrankter

⁴¹ $r_{\text{Umschulungsmotivation.Schulleistungen gesamt}}=.25$, $p<.01$; $r_{\text{Umschulungsmotivation.Prüfungsnote}}=.28$, $p<.01$

⁴² $r_{\text{Umschulungsmotivation.Chancen}}=.42$, $p<.01$

Tabelle 55: Korrelationsmatrix für Self-Compassion sowie für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht – **Population: Physisches Rehaleiden** (neurologische Erkrankungen ausgeschlossen)

Pearson-Korrelation	SC gesamt	US Motivat.	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schul-leistung gesamt ¹	Chancen ¹	Bfw Ang.	IntEngagement	Arbeitsplatz	Selbstwert	Alter	Geschl.
SC gesamt n	1.00 87											
US Motivat. n	-.04 55	1.00 58										
Schul. Leist. ¹ n	-.16 54	-.15 57	1.00 57									
Prüf.-Note ¹ n	-.08 52	.22 55	.54** 55	1.00 55								
Schulleistung gesamt ¹ n	-.14 52	.05 55	.87** 55	.88** 55	1.00 55							
Chancen ¹ n	-.04 55	.52** 57	.08 56	.31* 54	.23 54	1.00 57						
Bfw Ang. n	-.12 55	-.09 58	-.26* 57	-.28* 55	-.30* 55	-.16 57	1.00 58					
IntEngagement n	.01 51	.32* 54	.00 53	.19 51	.13 51	.14 53	.16 54	1.00 54				
Arbeitsplatz n	-.14 55	.33* 58	.11 57	.23 55	.21 55	.65** 57	-.15 58	.09 54	1.00 58			
Selbstwert n	.54** 85	.20 56	-.06 55	.01 53	-.03 53	.25 55	-.18 56	.11 52	.07 56	1.00 92		
Alter n	.08 84	-.08 55	-.17 54	-.24 52	-.22 52	-.16 54	.38** 55	.15 51	.14 55	-.10 88	1.00 90	
Geschl. n	-.21* 86	.01 57	.22 56	-.11 54	.07 54	.01 56	.23 57	.16 53	.19 57	-.13 91	.11 90	1.00 93

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); 1. Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen. SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; US Motivat. Umschulungsmotivation; Schul. Leistungen Schulische Leistungen; Prüf.-Note Prüfungsnote; Schulleistung gesamt als Mittelwert aus Schulleistungen und Prüfungsnote, Chancen verstanden als die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt; Bfw Ang. Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen; IntEngagement Integrationsengagement; Arbeitsplatz in Form der Aussicht auf eine Anstellung.

Tabelle 56: Korrelationsmatrix für Self-Compassion sowie für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht – **Population: Psychisches und/oder neurologisches Rehalieiden**

Pearson-Korrelation	SC gesamt	US Motivat.	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schul-leistung gesamt ¹	Chancen ¹	Bfw Ang.	IntEnga-gement	Arbeits-platz	Selbstwert	Alter	Geschl.
SC gesamt n	1.00 34											
US Motivat. n	-.03 19	1.00 20										
Schul. Leist. ¹ n	.14 19	.49* 20	1.00 20									
Prüf.-Note ¹ n	.02 18	.48* 19	.71** 19	1.00 19								
Schulleistung gesamt ¹ n	.07 18	.53* 19	.94** 19	.91** 19	1.00 19							
Chancen ¹ n	-.11 18	.31 19	.41 19	.41 18	.43 18	1.00 19						
Bfw Ang. n	-.10 19	-.50* 20	-.68** 20	-.62** 19	-.70** 19	-.47* 19	1.00 20					
IntEngagement n	-.10 19	.51* 20	.07 20	-.03 19	.05 19	.16 19	-.06 20	1.00 20				
Arbeitsplatz n	-.11 18	-.14 19	-.21 19	-.12 18	-.18 18	.22 19	-.06 19	-.09 19	1.00 19			
Selbstwert n	.77** 34	.17 20	.27 20	.15 19	.23 19	.00 19	-.20 20	.06 20	-.01 19	1.00 35		
Alter n	-.12 34	.13 20	-.41 20	-.18 19	-.33 19	-.25 19	.47* 20	.39 20	-.08 19	-.18 35	1.00 35	
Geschl. n	-.11 34	.12 20	.07 20	-.01 19	.07 19	-.22 19	.18 20	.32 20	.07 19	.08 35	-.23 35	1.00 35

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); 1. Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen. SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; US Motivat. Umschulungsmotivation; Schul. Leistungen Schulische Leistungen; Prüf.-Note Prüfungsnote; Schulleistung gesamt als Mittelwert aus Schulleistungen und Prüfungsnote, Chancen verstanden als die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt; Bfw Ang. Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen; IntEngagement Integrationsengagement; Arbeitsplatz in Form der Aussicht auf eine Anstellung.

wahrgenommenen Chancen am Arbeitsmarkt ($r_{\text{phy}}=.52$, $p<.01$) sowie mit der Aussicht auf einen Arbeitsplatz im Anschluss an die Maßnahme ($r_{\text{phy}}=.33$, $p<.01$) korreliert. Dabei unterscheiden sich beide Gruppen nicht signifikant in Hinblick auf die Ausprägung der Mittelwerte hinsichtlich der Umschulungsmotivation, Schulleistungen insgesamt, Prüfungsnote, schulischen Leistungen (ohne Prüfungsnote) und individuell antizipierten Beschäftigungsaussichten sowie das Vorhandensein eines potentiellen Arbeitsplatzes unmittelbar nach Ausbildungsabschluss.

Der bedeutsame Zusammenhang zwischen den *Chancen* am Arbeitsmarkt und den schulischen Leistungen, wie er für die Gesamtstichprobe⁴³ aufgezeigt werden konnte, findet sich lediglich in Hinblick auf die Prüfungsnote für Untersuchungsteilnehmer mit einem physischen Rehabilitationsleiden ($r_{\text{phy}}=.31$, $p<.05$). Gleiches gilt für das Vorhandensein eines zukünftigen Arbeitsplatzes. Während sich für psychisch/neurologisch beeinträchtigte Befragte kein Zusammenhang aufzeigen ließ, konnte die für die Gesamtstichprobe⁴⁴ nachgewiesene Wechselwirkung für Probanden mit körperlichem Beschwerdebild ($r_{\text{phy}}=.65$, $p<.01$) bestätigt werden.

In Bezug auf die Nutzung des *Angebots Besonderer Hilfen* nehmen Befragte mit körperlichem Rehabilitationsleiden dieses signifikant seltener in Anspruch als psychisch/neurologisch beeinträchtigte Untersuchungsteilnehmer ($M=1,55$, $SD=0,21$, $n=58$ vs. $M=1,67$, $SD=0,24$, $n=20$, $t(76)=-2.07$, $p<.05$). Die für die Gesamtstichprobe aufgezeigten Zusammenhänge mit schulischen Leistungen ($r=-.40$, $p<.01$), Prüfungsnote ($r=-.36$, $p<.01$) und Schulleistungen gesamt ($r=-.43$, $p<.01$), lassen sich für Probanden mit körperlichem Leiden für die Prüfungsnote ($r_{\text{phy}}=-.28$, $p<.05$; $r_{\text{psy}}=-.62$, $p<.01$) und die Schulleistungen gesamt ($r_{\text{phy}}=-.30$, $p<.05$; $r_{\text{psy}}=-.70$, $p<.01$) aufzeigen. Für die Befragten mit psychischer/neurologischer Erkrankung findet sich zudem der Zusammenhang zu den schulischen Leistungen (ohne Prüfungsnote, $r_{\text{psy}}=-.68$, $p<.01$) sowie darüber hinaus zur Umschulungsmotivation ($r_{\text{psy}}=-.50$, $p<.05$).

Mit der Umschulungsmotivation korreliert gruppenübergreifend⁴⁵ auch das *Integrationsengagement* ($r_{\text{phy}}=.33$, $p<.05$; $r_{\text{psy}}=.51$, $p<.05$), das vergleichbar hoch

⁴³ $r_{\text{Chancen.Schulische Leistungen}}=.21$, $p<.05$; $r_{\text{Chancen.Prüfungsnote}}=.33$, $p<.01$; $r_{\text{Chancen.Schulleistungen gesamt}}=.30$, $p<.05$

⁴⁴ $r_{\text{Chancen.Arbeitsplatz}}=.57$, $p<.01$

⁴⁵ $r_{\text{Integrationsengagement.Umschulungsmotivation}}=.26$, $p<.01$

ausgeprägt ist bei Personen mit physischem Rehabilitationsleiden wie bei Probanden mit psychischer/neurologischer Erkrankung.

5. DISKUSSION, ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Wie bereits eingangs erwähnt, zielte die vorliegende Studie darauf ab, die Relevanz von Self-Compassion innerhalb der Forschung zum Selbstkonzept insbesondere im deutschsprachigen Raum herauszustellen. Darüber hinaus galt es, den Einfluss des Selbstmitgefühls in einer Situation zu erheben, die dessen Erleben unmittelbar erfordert. Im Kontext der beruflichen Rehabilitation standen die positiven Auswirkungen von Self-Compassion im Mittelpunkt der Untersuchung.

5.1 DISKUSSION

Die durchgeführte Befragung im Rahmen dieser Arbeit sowie die daraus resultierenden Ergebnisse lassen sich unter zwei wesentlichen Gesichtspunkten betrachten: (1) War der positive Einfluss von Self-Compassion auf das Erleben und Verhalten, wie er in vorausgehenden Studien aufgezeigt wurde, in dieser Erhebung nachweisbar? Und: (2) Konnten positive Auswirkungen von Self-Compassion auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation aufgezeigt werden? Lassen sich gar Vorhersagen ableiten?

5.1.1 DER EINFLUSS VON SELF-COMPASSION AUF DAS ERLEBEN UND VERHALTEN

Basierend auf den in Kapitel zwei berichteten Befunden aus dem überwiegend angelsächsischen Raum wurde mit einer relativ hohen Erwartungshaltung an diese Studie herangegangen. Ein vorrangiges Ziel war es, die positiven Auswirkungen von Self-Compassion auf das Erleben und Verhalten darzulegen und damit die Bedeutung von Selbstmitgefühl innerhalb der Selbstkonzeptforschung zu stärken.

Generell lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung den vorausgegangenen Erwartungen weitgehend entsprechen. Self-Compassion steht in engem Zusammenhang mit der psychischen/seelischen Gesundheit. Je selbstmitfühlender ein Individuum ist, desto mehr Vitalität, eine bessere Wahrnehmung der sozialen und emotionalen Rollenfunktion sowie ein höheres psychisches Wohlbefinden weist es auf. Umso stärker ist zudem die Fähigkeit ausgeprägt, allgemein äußere und innere Anforderungen zu bewältigen. Diese Erkenntnis ist naheliegend, geht Self-Compassion doch einher mit einem hohen Maß an

selbstbezogener Freundlichkeit und weniger Selbstverurteilung, also einer grundlegend positiven Haltung dem Selbst gegenüber. Darüber hinaus kennzeichnet selbstmitfühlende Menschen die Suche nach sozialer Unterstützung statt dem Rückzug in sich selbst, was dazu führt, dass eigene Erfahrungen relativiert und das Gefühl einer drohenden Überforderung dadurch sowie durch den wahrgenommenen gesellschaftlichen Halt minimiert werden. Diese Formen der Auseinandersetzung mit der eigenen Person, gerade in schwierigen Situationen, reduzieren das Erleben von Angst und Auftreten einer Depression, wie Neff (2004) bereits zeigen konnte. Genau das wiederum sind ideale Voraussetzungen, den eigenen Anforderungen sowie der individuellen sozialen und emotionalen Rolle gerecht zu werden und aktiv am Leben teilzuhaben.

Überraschender Weise ließ sich in der Untersuchung jedoch auch ein schwacher, signifikant negativer Zusammenhang aufzeigen zwischen dem Selbstmitgefühl und Indikatoren physischer Gesundheit. Je körperlich gesünder, umso weniger Selbstmitgefühl lässt die Person zunächst erkennen. Dies macht Sinn, führt man sich vor Augen, dass Personen, denen es körperlich grundlegend gut geht, weniger die Notwendigkeit haben, sorgsam und vor allem mitfühlend mit sich selbst umzugehen, Self-Compassion dann weniger Relevanz besitzt. Vor dem Hintergrund jedoch, „[...] *mental functioning has a physical underpinning, and is fundamentally interconnected with physical and social functioning and health outcomes.*“ (World Health Organization, 2001, S. 5), wirkt der gefundene Zusammenhang auf den ersten Blick paradox. Wenn ein gesunder Geist zu einem gesunden Körper beiträgt und Self-Compassion als Ausdruck psychischer Stabilität interpretiert werden kann, wäre dann nicht zu erwarten gewesen, dass eine gute physische Gesundheit mit einer gestärkten mentalen Konstitution einhergeht und folglich sich eher förderlich auf Self-Compassion auswirkt oder zumindest nicht negativ? Letztlich ist genau das der Fall, wie die Ergebnisse nahelegen: Sobald der Einfluss der psychischen Gesundheit kontrolliert wird, geht der Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit und Self-Compassion - wie vorhergesagt - gegen Null. Dieser Befund ist umso nachvollziehbarer, führt man sich vor Augen, dass Selbstmitgefühl keinen erkennbaren direkten Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden hat. Geht es jemandem physisch weniger gut, ändert auch ein selbstmitfühlender Umgang nicht unmittelbar etwas an diesem Umstand. Auf

psychischer Ebene sind die Auswirkungen von Self-Compassion hingegen relativ zeitnah spürbar.

Ebenfalls gering, wenn auch signifikant ausgeprägt ist die Wechselwirkung zwischen dem Selbstmitgefühl und der Verhaltenskontrolle, die sich ihrerseits in ausgewogenem, überlegtem Agieren widerspiegelt und einem eher intuitiven, spontanen Vorgehen entgegensteht. Ursprünglich war vermutet worden, dass der Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und Self-Compassion (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007) als möglicher Ausgangspunkt der Beziehung zwischen dem Selbstmitgefühl und der Verhaltenskontrolle angenommen werden kann, da ein durchdachtes, ausgeglichenes Handeln eines gewissenhaften Abwägens bedarf. Wie erklärt sich folglich der eher schwache Zusammenhang zwischen Self-Compassion und Verhaltenskontrolle? Ein möglicher Aspekt könnte sein, dass ein vorausgehendes Durchdenken der eigenen Verhaltensweisen die Einbindung des eigenen Anspruchs und des Anspruchs relevanter Dritte einbezieht, einschließlich potentieller Herausforderungen oder Schwierigkeiten und resultierender Konsequenzen im Falle eines Misserfolgs bis hin zu (unterschwelligem) Zweifeln am geplanten Agieren. Damit würde Verhaltenskontrolle ansatzweise Kognitionen beinhalten, wie sie mit deutlich stärkerer Relevanz hinsichtlich des Konstruktes Perfektionismus zum Tragen kommen. Perfektionismus wird hingegen eine negative Beziehung zu Self-Compassion zugesprochen. Die relativ schwache Wechselwirkung zwischen Verhaltenskontrolle und dem Selbstmitgefühl lässt sich unter diesem Gesichtspunkt so interpretieren, dass Verhaltenskontrolle zum einen Ausdruck von Gewissenhaftigkeit ist, gleichwohl erkennbare Parallelen zu Perfektionismus aufweist.

Stellt man Perfektionismus und Self-Compassion einander gegenüber, dann offenbart sich beinahe schlagartig, warum es nur einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten geben kann, wie er sowohl in den dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen (Neff, 2003a; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, McMurty, Ediger, Fairlie & Stein, 2003) als auch in der durchgeführten Erhebung Bestätigung fand: Sowohl hinsichtlich des Selbstmitgefühls als auch des Perfektionismus nimmt die individuelle Auslegung von Fehlern, Irrtümern und Lebenskrisen einen zentralen Stellenwert ein, wobei der Umgang mit einer persönlichen Niederlage beinahe konträr erfolgt. Für selbstmitfühlende Personen gehören Fehlschläge zum Leben dazu und einen bzw. verbinden die Menschen. Es

wird sich distanziert und konstruktiv mit ihnen auseinandergesetzt und den eigenen Schwächen freundlich begegnet. Ein Misserfolg kann in Kombination mit Self-Compassion dazu beitragen, dass ein erneuter Versuch oder ein alternatives Vorgehen als motivierende Herausforderung angesehen und – basierend auf den Erfahrungen - erfolgreich gemeistert werden. Das Ziel stark perfektionistischer Menschen ist dagegen ein Streben nach Fehlerlosigkeit. Niederlagen und Misserfolge werden als persönliches Versagen und Schwäche interpretiert, die das Individuum von anderen negativ abheben und ausgrenzen. Dementsprechend wird mit derartigen Ereignissen umgegangen. Perfektionistische Menschen neigen dazu, Fehler zu fokussieren und intensiv zu analysieren, wobei sie eine selbstverurteilende Haltung einnehmen und sich von anderen isolieren. Selbstzweifel und Versagensängste sind die Folge. All die Verhaltensweisen, die Self-Compassion auszeichnen – Selbstfreundlichkeit, Wahrnehmung einer geteilten Menschlichkeit, Achtsamkeit – besitzen für perfektionistische Personen kaum Bedeutung, wohingegen die Dimensionen, die dem Selbstmitgefühl abträglich sind – Selbstverurteilung, Überidentifizierung, Isolation – für Perfektionisten einen hohen Stellenwert einnehmen. Während Perfektionismus und Self-Compassion deutlich auseinanderdriften, weisen Self-Compassion und Selbstwert hingegen eine hohe gemeinsame Schnittmenge auf und beeinflussen sich entsprechend stark wechselseitig. Beide Konstrukte beinhalten eine lebensbejahende Attitüde dem Selbst gegenüber. Die Selbstwertschätzung resultiert aus der Relativierung der eigenen Person anhand der Mitmenschen (James, 1890; Neff, 2008). Daher ist es nur einleuchtend, dass der stärkste negative Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und der Self-Compassion-Komponente Isolation zu finden ist. Ohne den Kontakt zu anderen gestaltet es sich schwierig, die Wertschätzung der eigenen Person adäquat zu regulieren. Ferner ist davon auszugehen, je weniger Bedeutung Fehlern und Misserfolgen dahingehend beigemessen wird, dass diese sich negativ auf die Selbstwahrnehmung auswirken, – wie es hinsichtlich eines ausgeprägten Selbstmitgefühls der Fall ist – desto sicherer ist auch das Selbst vor „Wertverlusten.“

Bestätigen ließ sich ebenfalls der positive Einfluss von Selbstmitgefühl auf die Krankheitsbewältigung. Nicht gänzlich hypothesenkonform, dennoch überzeugend wurde deutlich, dass Self-Compassion die Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer Erkrankung und ihren Folgen fördert.

Handelndes, problemorientiertes Coping, Abstand und Selbstaufbau in der Krankheitsverarbeitung, die *Bereitschaft zur Annahme von Hilfe*, eine *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* und das *Erarbeiten eines inneren Halts* sind kennzeichnend für besonders selbstmitfühlende Personen. Sie tragen als konstruktive Formen der Auseinandersetzung mit den Belastungsfaktoren zu einer erfolgreichen Anpassung an die Umwelt und der weitestgehend möglichen Genesung bei. Maladaptive Strategien, wie eine *Depressive Verarbeitung*, stehen hingegen in starkem Widerspruch zum Selbstmitgefühl und besitzen folglich lediglich untergeordnete Bedeutung für selbstmitfühlende Menschen.

Vergleicht man das Coping im Sinne der Stressbewältigung, die Krankheitsverarbeitung als besondere Form des Copings und das Selbstmitgefühl miteinander, lässt sich auch Self-Compassion in gewisser Weise als spezielle Ausprägung des Copings betrachten. Dabei können die für das Selbstmitgefühl förderlichen Dimensionen *Selbstfreundlichkeit*, *Verbindende Humanität* und *Achtsamkeit* im erweiterten Sinne als adaptive Bewältigungsstrategien verstanden werden, die allesamt dazu dienen, das Selbst positiv auszurichten und optimistisch voranzugehen. Beispielsweise gilt *Palliatives Coping* als Fähigkeit, in einer Belastungssituation die eigenen Gefühle in den Griff zu bekommen (Kälin & Semmer, 2001). Ähnlich, nur spezifischer, verhält es sich mit dem Selbstmitgefühl, da dieses Konstrukt ganz klar eine konkrete Richtung vorgibt, wie die eigenen Emotionen in einer definierten Situation zu handhaben sind – nämlich sich selbst freundlich und nicht verurteilend im Falle eines persönlichen Fehlschlages entgegenzutreten (Neff, 2010a, Onlinequelle). *Emotionsfokussiertes Coping* lässt sich aus dieser Perspektive der Dimension *Überidentifizierung* des Selbstmitgefühls gleichsetzen. Beide Bewältigungsstrategien umfassen eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Belastungssituation derart, dass ein Versinken in (Insuffizienz-)Gefühlen die Folge ist. Gerade selbstmitfühlende Menschen favorisieren eher *Aufgabenorientiertes Coping*, wie die Ergebnisse nahelegen. Self-Compassion unterstützt die dazu zählenden Strategien wie *aktives Coping* und die *Suche nach instrumenteller sozialer Unterstützung*, indem es dazu beiträgt, durch selbstfreundliches Verhalten zu lernen, angemessen und zukunftsweisend mit einem Misserfolg umzugehen und im Einklang mit der Wahrnehmung einer geteilten Menschlichkeit sich die Freiheit zu nehmen,

Ratschläge, Informationen und Unterstützung durch andere einzuholen (Carver, Schreier & Weintraub, 1989).

5.1.2 DIE BEDEUTUNG VON SELF-COMPASSION IM KONTEXT DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Die vorliegende Untersuchung verfolgte überdies den Ansatz, die Relevanz von Self-Compassion für die berufliche Rehabilitation zu prüfen. Insbesondere unter dem Aspekt, dass sich das Selbstmitgefühl von Personen – anders als der Selbstwert (Baumeister, Campell, Krüger & Vohs, 2003) – gezielt beeinflussen lässt, könnten positive Auswirkungen auf den Erfolg von Maßnahmen, die eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt zum Ziel haben, dazu beitragen, das Augenmerk der individuellen Unterstützung, wie sie in einem Berufsförderungswerk im Mittelpunkt steht, neu auszurichten und entsprechend an die Erkenntnisse anzupassen.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit dieser Erhebung standen deshalb neben den zuvor genannten Konstrukten (vgl. Abschnitt 5.2.1) auch die angenommenen Indikatoren für einen gelungenen Abschluss der beruflichen Rehabilitation. Erfasst wurden die akademischen Leistungen im Rahmen der beruflichen Bildungsmaßnahme sowie das Integrationsengagement, als Kennwert des individuellen Bestrebens, die eigene Attraktivität für den Arbeitsmarkt gezielt zu steigern. Ebenfalls Eingang in die Studie fanden die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, die subjektive Beurteilung der eigenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die Umschulungsmotivation, als Ausdruck der individuellen Identifizierung mit dem beruflichen Neuanfang.

Zur Erfassung des Integrationsengagements, der Umschulungsmotivation und der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen kamen eigens entwickelte Skalen zum Einsatz. Die Korrelationen untereinander sowie mit den darüber hinaus erhobenen Konstrukten lassen auf die Validität dieser Instrumente schließen. So scheint es nur sinnvoll, dass eine hohe Umschulungsmotivation auch ein entsprechendes Integrationsengagement nach sich zieht – wie die Befunde bestätigen. Ebenso nachvollziehbar und in dieser Arbeit aufgezeigt, ist der positive Zusammenhang zwischen der Umschulungsmotivation, den subjektiv wahrgenommenen individuellen Chancen am Arbeitsmarkt und die Aussicht auf eine zukünftige Anstellung. Die Inanspruchnahme des Angebots Besonderer Hilfen gewinnt hingegen an Relevanz,

wenn die schulischen Leistungen (ohne Prüfungsnote, Prüfungsergebnis allein und im Mittel) eher schwächer ausfallen. Sie geht mit einem reduzierten Selbstwert einher. Wohingegen gute schulische Leistungen dazu beitragen, dass die antizipierten Chancen auf dem Arbeitsmarkt höher bewertet werden.

Entgegen den Erwartungen zeigten sich für die untersuchten Konstrukte nur bedingt Zusammenhänge zum Selbstmitgefühl. Dabei werden in der Literatur zahlreiche Erkenntnisse berichtet, die diese durchaus nahelegen.

In Hinblick auf die akademischen Leistungen konnten vorausgehende Studien veranschaulichen, dass Self-Compassion mit einem geringeren Maß an hinderlichen Strategien im Leistungskontext einhergeht. Stärker selbstmitfühlende Menschen lassen weniger Aufschiebeverhalten, leistungsbezogene Sorgen und Ängste erkennen (Williams, Stark & Foster, 2008). Stattdessen weisen sie eine höhere Lernzielorientierung auf, nutzen Misserfolge als Ausgangspunkt zum Umdenken und bewerten die eigene Kompetenz höher (Neff, Hseih & Dejithirat, 2005; Neff, 2009a). Damit verfügen selbstmitfühlende Personen über eine Auswahl funktionaler Mechanismen, die sich im akademischen Umfeld günstig auf das Leistungsvermögen auswirken sollten. In der vorliegenden Studie wurde dieses über die Angabe der durchschnittlichen schulischen Leistungen und die Note der schriftlichen Abschlussprüfung erfasst. Jedoch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Probanden in Abhängigkeit der Ausprägung von Self-Compassion. Folglich stellt sich die Frage: Warum bleibt ein sich in den akademischen Leistungen widerspiegelnder Vorteil selbstmitfühlender Menschen aus, obwohl diese auf angeblich optimalere Voraussetzungen im Leistungskontext zurückgreifen können? Es gilt zu berücksichtigen, dass die zuvor genannten Befunde, die den Ausgangspunkt der untersuchten Hypothese bildeten, überwiegend auf Daten studentischer Stichproben beruhen. Möglicherweise liegt darin ein wesentlicher Grund für die beobachtete Diskrepanz. Die Probanden der aktuellen Untersuchung konnten beinahe ausnahmslos auf eine Erstausbildung zurückblicken. Sie waren deutlich älter, wiesen einen entsprechenden Erfahrungsschatz auf und hatten sich in der Vergangenheit ein privates und berufliches Umfeld aufgebaut. Die berufliche Rehabilitation und deren erfolgreicher Abschluss stellte oftmals die einzige Möglichkeit dar, wieder in Arbeit zu gelangen. Hinzu kamen spürbare existenzielle Ängste und ein daraus resultierender innerer Druck, der sich vermutlich auf den eigenen Leistungsanspruch auswirkte.

Demzufolge kann spekuliert werden, dass diese Einflussfaktoren, die unabhängig vom Selbstmitgefühl für alle Probanden in ähnlichem Maße Relevanz besaßen, die Effekte der ursprünglich angenommenen Aspekte überlagern und in gleichem Maße auf die Befragten einwirkten. Aus Erfahrungen der Verfasserin dieser Arbeit lässt sich berichten, dass Teilnehmer einer beruflichen Bildungsmaßnahme häufig einen sehr hohen Leistungsanspruch erkennen ließen und bestrebt waren, einen guten Abschluss zu erlangen. Ein weiterer denkbarer, wenngleich weniger realistischer Aspekt zur Erklärung des Ergebnisses könnte darin begründet sein, dass sich die Gruppen stärker und weniger stark selbstmitfühlender Personen von vornherein in Bezug auf das akademische Leistungsvermögen dahingehend unterschieden, dass selbstmitfühlendere Probanden schlechter abschneiden, jedoch soweit von den positiven Auswirkungen von Self-Compassion profitieren, dass sie weniger selbstmitfühlenden Personen in nichts nachstehen. Möglich ist jedoch auch, dass ein Einfluss von Selbstmitgefühl gänzlich ausbleibt oder sich nicht über die Schulnoten allein ermitteln lässt.

Die Erfassung des Integrationsengagements gestaltete sich – wie bereits zuvor erwähnt - etwas aufwändiger, da nicht auf vorhandene Instrumente zurückgegriffen werden konnte. Dennoch bewährte sich die die eigens entwickelte Skala. Sie wies eine akzeptable Reliabilität (Cronbach's Alpha .84) auf. Das Integrationsengagement war annähernd normalverteilt und fiel mit einem Mittelwert von 4,19 (Standardabweichung 0,56) insgesamt relativ hoch aus (Maximalwert 5). Ein Zusammenhang zwischen Self-Compassion und dem Integrationsengagement zeigte sich in dieser Erhebung auf Itemebene bzw. in Hinblick auf die unterschiedlichen Dimensionen des Selbstmitgefühls. Selbstreflexion mit dem Fokus auf persönliche Mängel, wie sie mit Item 9 (*„Ich mache mir Gedanken, an welchen persönlichen Defiziten eine Einstellung scheitern könnte und wie sich diese beheben ließen.“*) der Skala zu Erfassung des Integrationsengagements erhoben wurde, geht demnach mit einem verminderten Selbstmitgefühl einher. Eine entscheidende Komponente für die Entwicklung von Intergrationsengagement stellt hingegen die Fähigkeit dar, eigene Erlebnisse nicht separiert, sondern als Teil des Menschseins zu betrachten und sich bewusst zu machen, dass es anderen ähnlich geht. Damit trägt die Selbstmitgefühl-Dimension *Verbindende Humanität* bedeutsam zum Erfolg der beruflichen Rehabilitation bei. Dies wird umso deutlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass mit steigendem

Integrationsengagement die Umschulungsmotivation ebenso wie die subjektiv wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit verbunden die Aussicht auf eine Anstellung nach Abschluss der Maßnahme zunehmen. Doch wie lässt sich erklären, dass Self-Compassion lediglich partiell Einfluss auf das Integrationsengagement nimmt? Geht man noch einmal zurück auf die Argumentation für das Ausbleiben des erwarteten positiven Einflusses auf die akademischen Leistungen, so fällt auf, dass sich die genannten Argumente in ähnlicher Weise auch als Begründung in diesem Falle heranziehen lassen. Bei den Untersuchungsteilnehmern handelte es sich um gestandene Persönlichkeiten, die sich der mit der beruflichen Rehabilitation einhergehenden Chancen und Möglichkeiten deutlich bewusst waren, ebenso wie den Konsequenzen eines Scheiterns. Dies spiegelt sich in dem relativ hohen Mittelwert für das Integrationsengagement wider. Losgelöst vom Einfluss des Selbstmitgefühls auf das Integrationsengagement ist sehr wahrscheinlich die Bedeutung der aufgezählten Kontextfaktoren ebenso relevant und wirkt sich entsprechend unabhängig von Self-Compassion auf die Befragten aus.

Wie bereits beim Integrationsengagement bedurfte es auch für die Erhebung der Umschulungsmotivation eines selbst entwickelten Inventars. Dieses setzte sich aus ursprünglich vier Fragen zusammen, von denen im Rahmen der Auswertung zugunsten der Reliabilität lediglich die letzten drei herangezogen wurden. Die Umschulungsmotivation kann mit einem Skalenmittelwert⁴⁶ von 2,59 (möglicher Maximalwert 3, Standardabweichung 0,44) als relativ hoch bezeichnet werden. Ein Einfluss von Self-Compassion auf die Umschulungsmotivation ließ sich dagegen nicht zeigen. Ähnlich wie bei der Betrachtung des Integrationsengagements kann als Grund dafür die Bedeutung situativer Faktoren, wie sie zuvor beschrieben wurden, erwogen werden.

Die Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen⁴⁷ variiert nur marginal in Abhängigkeit der Ausprägung von Selbstmitgefühl. Ein signifikanter Zusammenhang wurde dahingehend deutlich, dass die dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten Selbstverurteilung, Isolation und Überidentifizierung mit einer gesteigerten Inanspruchnahme Besonderer Hilfen einhergehen. Für den Selbstwert und die

⁴⁶ Nach Rekodierung der Skala

⁴⁷ Nach Rekodierung der Skala

schulischen Leistungen gilt, je geringer diese ausfallen, umso eher wird Unterstützung in Form Besonderer Hilfen angenommen. Zusammenfassend wird anhand der Befunde augenscheinlich, dass insbesondere Personen, die die Umstände als schwierige Herausforderung wahrnehmen oder denen es weniger gut geht, eher geneigt sind, auf dieses spezielle Angebot des Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalts zurückzugreifen. Ein höheres Lebensalter begünstigt gleichfalls die Bereitschaft Hilfe anzunehmen. Es scheint nachvollziehbar, dass gerade diejenigen, die im schulischen Kontext weniger gut zurechtkommen, auf bestimmte Angebote, wie bspw. Stütz- und Förderunterricht zurückgreifen, wohingegen diejenigen, denen die Ausbildung leichter fällt, weniger davon Gebrauch machen. Gleiches gilt für die psychologische Beratung als ein Angebot der besonderen Hilfen. Wer dieser bedarf, wird sich wahrscheinlicher in einem Zustand befinden, in dem das subjektive Wohlbefinden reduziert ist. Selbstwert und Selbstmitgefühl werden dadurch ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen. Konkrete Formen der Unterstützung (z.B. Physiotherapie oder Hilfe beim Verfassen von Bewerbungsschreiben) wirken sich ihrerseits förderlich auf den Maßnahmeerfolg aus. Sie stehen in direktem Zusammenhang mit einem gesteigerten Integrationsengagement. Generell nehmen selbstmitfühlende Individuen das Angebot Besonderer Hilfen genauso häufig wahr wie weniger selbstmitfühlende Menschen. In diesem Kontext lässt sich überlegen, ob eine feinere Differenzierung der Probanden nach starkem sowie geringem Selbstmitgefühl ergänzt um die Komponente „neutral“ einen Unterschied der Resultate bedingt hätte. Als „neutral“ wären Personen zu bezeichnen, die weder in den dem Selbstmitgefühl zuträglichen noch in den diesem abträglichen Dimensionen relevante Werte aufzeigen. Damit verbunden bleibt zu klären, ob es tatsächlich Menschen gibt, die diese Kriterien erfüllen, also wirklich „neutral“ agieren und somit überwiegend im mittleren Bereich des bipolaren Kontinuums der Skalen des Selbstmitgefühls rangieren.

Ganz gezielt wurden die Probanden dieser Studie zu den subjektiv wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt und der konkreten Aussicht auf eine Anstellung im Anschluss an die Maßnahme befragt. Bezüglich dieser Angaben ließen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Selbstmitgefühl aufzeigen. Grundlegend war angenommen worden, dass stärker selbstmitfühlende Personen aufgrund ihrer optimistischeren Einstellung als positiver und selbstsicherer erlebt werden, was sich in Hinblick auf den Integrationsprozess, bspw. im Verlauf eines Praktikums oder in einem

Vorstellungsgespräch, zugunsten einer perspektivischen Anstellung auswirken sollte. Wie bereits zuvor thematisiert, weist die untersuchte Population insgesamt ein hohes Integrationsengagement auf. Diesbezüglich wurde vermutet, dass der besonderen Situation, in der sich die Befragten befinden, wesentliche Bedeutung zukommt. Der darin begründete, selbst auferlegte Anspruch und Erfolgsdruck könnten über das Erleben von Self-Compassion hinaus wirken und das auf alle Untersuchungsteilnehmer in vergleichbarem Maße.

5.1.3 SELF-COMPASSION VS. SELBSTWERT – PRÄDIKTOREIGENSCHAFTEN

Bereits zu Beginn wurde auf den moderaten Zusammenhang zwischen Selbstwert und Self-Compassion verwiesen (vgl. S. 42), wie er auch in dieser Arbeit Bestätigung fand. Tatsächlich fällt die Wechselwirkung in der untersuchten Population ($r=.68$, $p<.01$) erkennbar höher aus als in den Beispielen, die in der Literatur berichtet werden ($r=.57$ bis $.59$; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, 2003a; Neff & McGeehee, 2010). Daraus abgeleitet stellt sich die Frage, welchem Konstrukt wirklich Wert als Prädiktor zusteht oder ob gar beide Relevanz besitzen. Um dies zu prüfen, kam eine schrittweise lineare Regressionsanalyse immer dann zum Einsatz, sobald sich signifikante Korrelationen zwischen Kriterium, Selbstwert und Self-Compassion abzeichneten.

In Hinblick auf die psychische Gesundheit allgemein zeigte sich, dass sowohl dem Selbstwert als auch Self-Compassion Bedeutung als Prädiktor zugesprochen werden kann. Die gilt ebenso für die Komponente *Psychisches Wohlbefinden*. Hingegen besitzt ausschließlich der Selbstwert Vorhersagekraft hinsichtlich der Ausprägung der *Sozialen Rollenfunktion* und der Wahrnehmung der *Emotionalen Rollenfunktion*. Self-Compassion bestimmt indes bedeutsam das Ausmaß an *Vitalität*. Ein ähnlich „gemischtes“ Bild ergab sich auch für die Krankheitsverarbeitung. Sowohl der Selbstwert als auch das Selbstmitgefühl haben entscheidenden Einfluss auf die *Aktive Suche nach sozialer Einbindung*, das *Erarbeiten eines inneren Haltes* sowie die *Depressive Verarbeitung*. Darüber hinaus weist Self-Compassion allein Prädiktoreigenschaften für *Handelndes, problemorientiertes Coping* und *Abstand und Selbstaufbau* auf. Selbstwert und Selbstmitgefühl besitzen überdies Vorhersagekraft bezüglich der Coping-Fähigkeiten des Individuums. Sie lassen auf die Neigung zu *Emotionsorientiertem Coping* und *Palliativem Coping: Versuch* schließen. Während

der Selbstwert zudem Vorhersagen über *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* als Form des *Vermeidungsorientierten Copings* erlaubt, ist das Selbstmitgefühl Prädiktor für *Aufgabenorientiertes Coping* und *Palliativ-erfolgreiches Coping*.

Diese Befunde verdeutlichen, dass es sich bei Selbstwert und Self-Compassion - ungeachtet des bestehenden Zusammenhangs untereinander - um jeweils eigenständige Konstrukte handelt, denen separat Bedeutung beigemessen werden muss. Dabei zeichnet sich ab, dass der Selbstwert vor allem dann zum Tragen kommt, wenn es um Erlebens- und Verhaltensweisen geht, die stärker nach außen gerichtet (Rollenfunktionen) oder in einem sozialen Kontext platziert sind, also in gesellschaftlichem Bezug stehen. Self-Compassion spielt dagegen vielmehr eine Rolle, wenn internale Prozesse oder eher bewältigungs- respektive lösungsorientierte Ansätze in den Vordergrund rücken.

5.1.4 GRENZEN DER STUDIE

Für diese Erhebung wurde auf standardisierte Verfahren ebenso zurückgegriffen wie auf eigens entwickelte Skalen. Nicht immer entsprachen die erzielten Reliabilitäten den Vorgaben der Literatur und dem eigenen Anspruch an die Gütekriterien (vgl. Abschnitt 3.2.2.1, S. 83 ff.). Während es an den Werten für den *SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011), der *Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D* (Stoeber, 1995, Onlinequelle), den *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF* (Becker, 1989) und der *Deutschen 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS* (Kälin, 1995) nichts zu beanstanden gibt, die Reliabilität für die *Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (FSKN, Deusinger, 1986) sogar deutlich über den Vorgaben lag (Cronbach's Alpha .91), ließen die internen Konsistenzen des *Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung* (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000) und der deutschen Version der *Self-Compassion Scale SCS-D* (Hupfeld & Ruffieux, 2011) zu wünschen übrig. Wie lässt sich das erklären?

Für den Einsatz des *Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung* finden sich zahlreiche Publikationen der Autoren des Instruments, die eines deutlich machen: Die berichteten internen Konsistenzen schwanken erkennbar in Abhängigkeit von der Grunderkrankung der untersuchten Population (Jagla & Franke, 2008; 2010,

Onlinequelle; Jagla, Parchmann, Kumbier & Franke, 2008; Jagla, Reimer, Philipp & Franke, 2007; 2010). In jeder Erhebung haben sich die Autoren zumeist auf eine ganz spezifische gesundheitliche Einschränkung fokussiert. Die vorliegende Studie setzt sich hingegen aus einem deutlich heterogeneren Pool von Krankheitsbildern zusammen. Zudem muss die in der vorliegenden Untersuchung erzielte Reliabilität für die Subskala (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* zwar als inakzeptabel bezeichnet werden (Cronbach's Alpha .47). Sie liegt aber nur gering unter den Angaben der Autoren für ihr Instrument (Cronbach's Alpha .51, Jagla & Franke, 2008, S. 15, Onlinequelle) und wurde in einer anderen Erhebung sogar noch unterschritten (Cronbach's Alpha .41, Jagla et al., 2008, S. 15, Onlinequelle). Ähnlich verhält es sich mit der Subskala (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau*, deren Reliabilität mit .53 (Cronbach's Alpha) zwar fragwürdig ist, aber nur marginal von den berichteten Werten der Autoren des *Essener Fragebogens zur Krankheitsbewältigung* in einer anderen Studie abweicht (Cronbach's Alpha .56; Jagla, Reimer, Philipp & Franke, 2007, S. 11, Onlinequelle). Allein für die Subskala (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* mit einer Reliabilität von .55 (Cronbach's Alpha), die damit unter den Vorgaben der Autoren liegt (.62; Jagla et al., 2008, S. 15, Onlinequelle), findet sich in der Literatur kein vergleichbarer Wert. Dies kann in der Einzigartigkeit der aktuell untersuchten Population begründet sein. Fakt ist, dass die genannten Skalen (EFK 2) *Abstand und Selbstaufbau*, (EFK 4) *Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* und (EFK 9) *Erarbeiten eines inneren Haltes* mit Zurückhaltung zu interpretieren sind. Die relativ niedrigen internen Konsistenzen passen jedoch weitestgehend zu vorherigen Befunden und deuten eher auf Schwächen des Instruments selbst.

Bezugnehmend auf die deutsche Version der *Self-Compassion Scale SCS-D* (Hupfeld & Ruffieux, 2011) liegen die Reliabilitäten in dieser Erhebung ($.60 \leq \text{Cronbach's Alpha} \leq .75$) zwar unter den Angaben der Autoren des Instruments ($.72 \leq \text{Cronbach's Alpha} \leq .80$), können jedoch weitestgehend als akzeptabel bezeichnet werden. Eine Ausnahme bilden die Subskalen (SC 5) *Achtsamkeit* und (SC 6) *Überidentifizierung*, deren interne Konsistenzen sich unter .70 bewegen. Sowohl bei der Entwicklung dieses Instruments (Hupfeld & Ruffieux, 2011) als auch im Rahmen späterer Anwendung (Krieger, Hermann, Zimmermann & grosse Holtforth, 2015) der deutschen Version der *Self-Compassion Scale SCS-D* setzten sich die untersuchten Stichproben stets aus Probanden mit akademischem Hintergrund oder aus dem universitären

Umfeld zusammen. Dieser Population kann eine gewisse Routine im Umgang mit Fragebögen unterstellt werden, wie sie bei der aktuell untersuchten Probandengruppe – deren Anteil an Akademikern sich beinahe gen null bewegt - nicht gegeben ist.

Hinterfragt werden muss auch die Validität der eigens entwickelten Instrumente zur Erfassung des Erfolgs der beruflichen Rehabilitation. Im Überblick zeigte sich, dass zwischen den erhobenen Kriterien – schulische Leistungen, Umschulungsmotivation, Integrationsengagement, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, subjektiv wahrgenommene Chancen auf dem Arbeitsmarkt und Vorhandensein eines zukünftigen Arbeitsplatzes – signifikante Zusammenhänge bestehen, wie sie naheliegend sind und zu erwarten waren (vgl. Tabelle 46, S. 154). Dies spricht grundlegend für die genutzten Verfahren. Während die interne Konsistenz der Skala zur Erfassung der Umschulungsmotivation eher gering ausfällt (Cronbach's Alpha .65), jedoch tolerierbar ist, konnte für die Skala zur Erfassung des Integrationsengagements eine Reliabilität von .84 nachgewiesen werden. Die Entwicklung dieser Skala erfolgte überdies in enger Zusammenarbeit mit den fachlichen Ansprechpartnern vor Ort, die direkt in den Integrationsprozess involviert und unterstützend tätig waren. Sie lieferten und bewerteten nach rationalem/deduktivem Vorgehen die Kriterien, anhand derer das Integrationsengagement erhoben wurde. Dennoch bedarf es weiterführender Untersuchungen, um die wissenschaftliche Berechtigung im Sinne einer Gültigkeit der Verfahren zu bestätigen.

Die untersuchten Gruppenunterschiede hinsichtlich Geschlecht und Rehabilitationsleiden in dieser Studie sollten nur vorsichtig und als Tendenzen interpretiert werden. Sowohl der Anteil an Frauen als auch an Probanden mit psychischen/neurologischen Einschränkungen fällt um ein Vielfaches geringer aus als der Anteil der Männer bzw. beruflicher Rehabilitanden mit rein körperlicher Erkrankung im direkten Vergleich. Dieses ungleiche Verhältnis ist jedoch typisch für die Population in einem Berufsförderungswerk. Aussagekräftigere Ergebnisse würden eine Datenerhebung über einen deutlich längeren Zeitraum erforderlich machen, wie sie aus ökonomischen Gründen in dieser Untersuchung nicht realisierbar war.

Im Vordergrund dieser Studie stand neben den relevanten Konstrukten eine ganz besondere Zielgruppe, die sich dadurch auszeichnet, dass jeder der Befragten eine außergewöhnlich schwierige Lebenssituation zu meistern hatte (vgl. Abschnitt 3.2.1,

S. 77 ff.). Die Untersuchungsteilnehmer waren allesamt gezwungen, sich beruflich neu aufzustellen, da sie aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht mehr länger ihrer gewohnten Tätigkeit nachgehen konnten. Dies betraf insbesondere Personen, die eher im unteren oder mittleren Einkommensniveau rangieren und selten einen höheren Abschluss als eine klassische Berufsausbildung aufweisen. Neben krankheitsbedingten Folgen zeigten sie oftmals ausgeprägte existentielle Ängste. Sie ließen jedoch auch ein hohes Maß an Engagement, Motivation und Leistungsanspruch erkennen. Ein wesentlicher Teil der eingesetzten Untersuchungsverfahren wurde auf Basis studentischer Stichproben entwickelt sowie deren Normierungen anhand einer sehr viel diverseren Population evaluiert. Diese Aspekte gilt es ebenso zu berücksichtigen, wenn man sich mit den Befunden auseinandersetzt. Sie könnten eine Erklärung für abweichende Reliabilitäten darstellen. Ebenso denkbar sind Auswirkungen des starken Strebens nach Erfolg beispielsweise auf ein Ausbleiben des erwarteten Zusammenhangs zwischen akademischen Leistungen und Self-Compassion, führt man sich vor Augen, dass eventuell der individuelle Leistungsgedanke bereits so stark vorhanden ist, dass jedweder weitere Einflussfaktor keine oder nur noch geringe Effekte haben kann.

5.1.5 IMPLIKATIONEN

Die vorliegende Studie wurde unter der Prämisse durchgeführt, die positiven Auswirkungen von Self-Compassion auf das Erleben und Verhalten generell aufzuzeigen sowie explizit die Relevanz des Konstruktes für die berufliche Rehabilitation abzuklären. Die resultierenden Befunde unterstreichen die Bedeutung von Self-Compassion innerhalb der Selbstkonzeptforschung. Selbstmitfühlendere Menschen sind psychisch ausgeglichener und stabiler, können folglich als gesünder bezeichnet werden im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Personen. Sie greifen häufiger auf adäquate, adaptive Coping-Strategien zurück und profitieren von diesen sowohl in Bezug auf die Krankheitsbewältigung als auch im Umgang mit Belastungssituationen allgemein. Gerade im Kontext der beruflichen Rehabilitation, der eine suboptimale Ausgangssituation vorausgeht, die oftmals als persönliche Niederlage erlebt wird, verfügen selbstmitfühlendere Individuen über eine bessere individuelle Ausstattung bzw. die angemesseneren Regulierungsmechanismen, um die Umstände zu akzeptieren, sich leichter mit den Gegebenheiten zu arrangieren und

eine positive Haltung sich selbst sowie die Zukunft betreffend einzunehmen. Self-Compassion trägt über die Dimension der *Verbindenden Humanität* dazu bei, bei auftretenden Schwierigkeiten gezielt Hilfe und Unterstützung zu suchen und fördert damit die soziale Integration, insbesondere in persönlichen Krisensituationen. Es lässt sich dementsprechend festhalten, dass Personen mit einem hohen Maß an Self-Compassion eine generell bessere Grundlage für die Durchführung und den gelungenen Abschluss einer beruflichen Rehabilitation aufweisen.

Dem Anspruch, einen direkten Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und dem Erfolg der beruflichen Rehabilitation aufzuzeigen, wurde die vorliegende Erhebung teilweise gerecht. Es zeichnete sich deutlich ab, dass eine stärkere Ausprägung der Self-Compassion-Dimension *Verbindende Humanität* mit einem höheren Integrationsengagement einhergeht. Ein gesteigertes Integrationsengagement zieht wiederum eine stärkere Umschulungsmotivation, subjektiv höher wahrgenommene Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die größere Wahrscheinlichkeit einer Anstellung im Anschluss an die Maßnahme nach sich. In Anbetracht dessen scheint es geradezu naheliegend, im Kontext der beruflichen Rehabilitation möglichst gezielt auf die Förderung des Erlebens einer geteilten Menschlichkeit hinzuwirken. Die Bedingungen könnten optimaler kaum sein: Neben der Gruppensituation, wie sie in einem Berufsförderungswerk gegeben ist, und die den direkten Austausch untereinander ermöglicht, weisen alle Teilnehmer an einer Qualifizierungsmaßnahme vor Ort grundlegend ähnliche Ausgangsbedingungen auf. Ein Bewusstmachen dieser Tatsache kann zu einem stärkeren Gefühl der Gemeinsamkeit führen und damit das Erleben *Verbindender Humanität* begünstigen. Ein denkbarer Weg wäre eine Art Vorstellungs-Workshop zu Beginn jeder Maßnahme, in dem den Teilnehmern genügend Zeit eingeräumt wird, sich gegenseitig kennenzulernen, sukzessive angeleitet durch die Mitarbeiter des Berufsförderungswerkes, um das Hauptaugenmerk auf die Ausgangsbedingungen des Einzelnen zu lenken. Weniger konventionell ließen sich im Rahmen der Freizeitangebote in lockerer Atmosphäre Gesprächsrunden zum Austausch über die individuellen Erfahrungen hinsichtlich Erkrankung und den Weg in die berufliche Rehabilitation anbieten, ergänzt um hilfreiche Informationen offizieller Stellen. Es zeichnete sich ebenso ab, dass insbesondere Probanden, die eine höhere Ausprägung in den dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten aufweisen, die weniger Selbstwertschätzung zeigen oder

hinsichtlich schulischer Leistungen Schwierigkeiten haben, auf Angebote im Rahmen der Besonderen Hilfen zurückgreifen. Vor allem die psychologische Beratung als ein Angebot von vielen gewinnt an Relevanz, je geringer Self-Compassion insgesamt ausgeprägt ist. Diesbezüglich stellt sich zwangsläufig die Frage, wie es den Betroffenen ergangen wäre, hätten sie nicht die Möglichkeit erhalten, auf diese für Berufsförderungswerke spezifische Form Unterstützung zurückzugreifen. Zugleich wird die Notwendigkeit und Unverzichtbarkeit der Besonderen Hilfen betont. Dies wird noch klarer, berücksichtigt man überdies, dass sich einzelne Angebote (z.B. Hilfe beim Verfassen von Bewerbungsschreiben) positiv auf das Integrationsengagement auswirken, was seinerseits weitere wünschenswerte Effekte mit sich bringt.

Darüber hinaus interessant wäre im Kontext weiterführender Untersuchungen die Betrachtung von Ausfallzeiten aufgrund von Erkrankungen sowohl im Verlauf der Qualifizierungsmaßnahme als auch im ersten Jahr nach deren Abschluss und ob ein Zusammenhang zur Ausprägung der Höhe des Selbstmitgefühls besteht. Ebenso aufschlussreich könnte die Einbeziehung der Abbruchquote in Abhängigkeit von Self-Compassion sein. In diese Studie fanden ausschließlich Angaben von Probanden Eingang, die die berufliche Rehabilitation mit einer Abschlussprüfung beendeten. Ein nicht zu vernachlässigender Kostenfaktor entsteht den Trägern einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben jedoch durch langanhaltende Fehlzeiten aufgrund von Krankheit, der gegebenenfalls damit verbundenen Verlängerung der beruflichen Rehabilitation oder vorzeitige Beendigung wegen gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Diese Faktoren wirken sich zugleich demotivierend und desillusionierend auf die Betroffenen selbst aus, können sie doch als ein weiterer Rückschlag in einer Reihe von Situationen, die den Stellenwert persönlicher Niederlagen einnehmen, interpretiert werden. Würde ein Zusammenhang zwischen Self-Compassion und den Ausfallzeiten bzw. der Abbruchquote aufgezeigt werden können, wie er zumindest theoretisch denkbar ist, gelten selbstmitfühlendere Menschen schließlich als lebensbejahender, psychisch stabiler, stärker in der Krankheitsbewältigung und im Umgang mit Belastungen, ließe sich frühzeitig intervenieren. Da das Selbstmitgefühl durch entsprechende Strategien unter fachkundiger Anleitung gesteigert werden kann, wären derartige Probleme möglicherweise zukünftig zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Vorstellbar ist ein mehrwöchiges Gruppentraining im Rahmen einer Vorbereitung auf die berufliche

Rehabilitation oder innerhalb der Anfangsphase der Maßnahme, wie es durch die Besonderen Hilfen eines Berufsförderungswerkes gewährleistet werden könnte.

Eine spezielle Thematik, der im Umfeld der beruflichen Rehabilitation besondere Bedeutung zukommt, ist das Erleben einer reaktiven Depression als sekundäre Erkrankung zusätzlich zum behandlungsbedürftigen (meist) physischen Rehabilitationsleiden. Allein in dieser Stichprobe wies beinahe jeder Achte (12,4 %) eine diagnostizierte psychische Beeinträchtigung auf (vgl. Absatz 3.2.1). Sie mag einerseits Abbruchgrund sein; andererseits kann sie je nach Ausprägung dazu führen, dass ein potentieller Kandidat für die Teilnahme an einer Maßnahme zur Förderung am Arbeitsleben eine Ablehnung der beruflichen Rehabilitation erhält, da er zum Zeitpunkt der Beurteilung als nicht ausreichend gesundheitlich belastbar eingeschätzt wird. Damit entstehen dem Staat und dem Gesundheitssystem hohe Kosten, die eventuell vermeidbar wären, würde zeitnah – beispielsweise bereits im Verlauf der medizinischen Rehabilitation – das Selbstmitgefühl von Patienten (prophylaktisch) gestärkt. Wie sich zeigen ließ, weist Self-Compassion einen starken negativen Zusammenhang zu einer depressiven Verarbeitung auf (vgl. Absatz 4.2) und gilt als zuverlässiger Prädiktor für das Erleben einer Depression (Harter, 1999; Neff, 2003a). Sowohl im Sinne des Betroffenen als auch des Kostenträgers wäre die Vermittlung von Strategien zur Entwicklung eines starken Selbstmitgefühls überaus förderlich. Dadurch könnten reaktive, psychische Erkrankungen, damit einhergehende multiple Medikamenteneinnahme und zusätzliche Therapien reduziert bzw. gänzlich vermieden sowie eine frühzeitigere berufliche Rehabilitation realisiert werden.

In dieser Studie kam den Geschlechtsunterschieden im Erleben von Selbstmitgefühl lediglich eine untergeordnete Rolle zu, geschuldet der Tatsache, dass sich die Stichprobe zu einem überwiegenden Teil aus Männern zusammensetzte. Die Interpretation entsprechender Ergebnisse muss daher mit besonderer Vorsicht erfolgen. Festhalten lässt sich jedoch, dass signifikante Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung von Self-Compassion dahingehend offenbar wurden, dass Frauen eher dem Selbstmitgefühl abträgliche Verhaltensweisen zeigen als Männer. Sie neigen stärker zu *Überidentifizierung* und *Isolation*. Auch ihr Selbstmitgefühl insgesamt fällt bedeutsam geringer aus als das der männlichen Probanden der untersuchten Population (vgl. Absatz 4.3). Diese Erkenntnisse sollten Ansporn genug sein, der Thematik perspektivisch mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Männer und Frauen

profitieren scheinbar in gleichem Maße von den positiven Auswirkungen des Selbstmitgefühls. Dementsprechend hilfreich wäre es zu wissen, ob Frauen stärker oder anders angeleitet respektive unterstützt werden müssen, um Self-Compassion mit all seinen Vorteilen zu erfahren.

Auch dem Vergleich möglicher Unterschiede im Erleben und Verhalten von Probanden in Abhängigkeit des Rehabilitationsleidens wurde in dieser Arbeit nur peripher Beachtung geschenkt, begründet in der geringen Anzahl psychisch/neurologisch Erkrankter allgemein sowie im Verhältnis zur Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit körperlichen Einschränkungen. Dennoch zeichneten sich tendenziell Differenzen zwischen den betrachteten Gruppen ab, die eine nähere Betrachtung intendieren und darauf schließen lassen, dass Probanden mit psychischem/neurologischem Rehabilitationsleiden anderer oder intensiverer Unterstützung benötigen als physisch beeinträchtigte Befragte.

5.2 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Winston Churchill soll einmal gesagt haben, „*Success is not final. Failure is not fatal. It's courage that counts.*“ (Churchill⁴⁸, zitiert nach Wooden, 1973, S. 112). Diese Form von Mut, die es bedarf, sich von einer Niederlage nicht unterkriegen zu lassen, sondern stattdessen wieder aufzurappeln und weiterzumachen, beschreibt das Konstrukt Self-Compassion mit all seinen Dimensionen. Das individuelle Ausmaß an Self-Compassion legt sozusagen den Grundstein dafür, wie derjenige, dem ein Misserfolg, ein persönlicher Fehlschlag oder eine Lebenskrise widerfährt, damit umgeht. Ob er schamerfüllt in der Situation verharrt, sich Vorwürfe für sein Versagen macht, sich von anderen zurückzieht und still für sich leidet. Oder ob er hingegen in der Lage ist, das Erlebte als Erfahrung und Bestandteil des menschlichen Daseins zu verbuchen, sich Unterstützung durch andere einzuholen und alternative Wege einzuschlagen, um das Bestmögliche aus der Situation zu machen.

Vorausgehende Studien hatten aufzeigen können, dass Self-Compassion eine hohe Relevanz für das Selbstkonzept besitzt und zahlreiche positive Auswirkungen auf das Individuum hat. Zielsetzung dieser Untersuchung war es zum einen, die Befunde aus dem überwiegend angelsächsischen Raum zu bestätigen und damit die Bedeutung von Self-Compassion für die Selbstkonzeptforschung im deutschsprachigen Umfeld zu stärken. Zum anderen verfolgte die vorliegende Arbeit den Ansatz, über die bekannten Einflüsse von Self-Compassion hinaus, die Gewichtung des Konstruktes innerhalb eines Kontextes vorzunehmen, für den das Erleben eines persönlichen Misserfolges, des individuellen Versagens und von Insuffizienzgefühlen charakteristisch sind. Einen solchen besonderen Rahmen bietet der Bereich der beruflichen Rehabilitation. Inspiriert von den förderlichen Effekten, die Self-Compassion zugeschrieben werden, wurde angenommen, dass sich ein hohes Maß an Selbstmitgefühl ebenso vorteilhaft auf den Erfolg einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben auswirken sollte.

Die dieser Untersuchung zugrunde liegende Stichprobe befindet sich zweifelsohne in einer Ausnahmesituation und hebt sich erkennbar von der Norm ab (vgl. Absatz 4.1.1).

⁴⁸ Die genaue Jahreszahl des Zitats ist unbekannt. Man sagt Winston Churchill den Ausspruch in den späten 1960er Jahren nach.

Alle Probanden weisen zumindest eine gesundheitliche Einschränkung auf, die ihrerseits so gravierend ist, dass die Betroffenen nicht mehr in der Verfassung sind, ihre bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben. Damit einher gehen der (drohende) Verlust des Arbeitsplatzes, existentielle Ängste und die Notwendigkeit der beruflichen Neuausrichtung, oftmals in einem Bereich, der nur selten den persönlichen Interessen entspricht. Es lässt sich also mit Sicherheit schlussfolgern, dass die untersuchte Population zum Zeitpunkt der Erhebung mit einem Lebensabschnitt konfrontiert war, der durch das Erleben eines persönlichen Niederschlags, dem Gefühl des Scheiterns oder zumindest der Erfordernis, Vergangenes hinter sich zu lassen und sich neu aufzustellen, gekennzeichnet ist.

Tatsächlich bestätigten die Ergebnisse die antizipierten positiven Auswirkungen von Self-Compassion generell. Selbstmitfühlendere Personen weisen im Vergleich zu weniger selbstmitfühlenden Menschen einen höheren Selbstwert auf, können eher auf adaptive, funktionale Coping-Mechanismen zurückgreifen, lassen eine bessere Krankheitsbewältigung erkennen und gelten als psychisch stabiler bzw. seelisch gesünder. Darüber hinaus zeigen sie weniger perfektionistische Verhaltenstendenzen. Demnach kann dem Konstrukt Self-Compassion eine insgesamt dienliche Wirkung auf das Selbst zugeschrieben werden. Überdies ließ sich ein direkter Zusammenhang zwischen Self-Compassion und dem Erfolg der beruflichen Rehabilitation dahingehend nachweisen, dass sich die Komponente *Verbindende Humanität* positiv auf das Integrationsengagement auswirkt. Die dem Selbstmitgefühl abträglichen Dimensionen *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Überidentifizierung* stehen ferner mit einem stärkeren Unterstützungsbedürfnis in Form der Nutzung Besonderer Hilfen in Verbindung. Die Probanden zeigen jedoch darüber hinaus unabhängig von der Ausprägung des Selbstmitgefühls eine hohe Umschulungsmotivation, ein starkes Integrationsengagement und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme Besonderer Hilfen, wie sie in einem Berufsförderungswerk angeboten werden. Hinsichtlich der akademischen Leistungen und der subjektiv wahrgenommenen Chancen am Arbeitsmarkt konnten keine Unterschiede zwischen stärker und weniger stark selbstmitfühlenden Personen aufgezeigt werden.

Die Befunde dieser Arbeit legen nahe, dass eine gezielte Stärkung des Selbstmitgefühls im Vorfeld einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben genauso wie zu Beginn oder im Verlauf der beruflichen Rehabilitation angebracht und sinnvoll

erscheint. Deren Umsetzung wäre beispielsweise im Rahmen der medizinischen Anschlussheilbehandlung in einer Kurklinik oder als eine Form der Besonderen Hilfen im Umfeld eines Berufsförderungswerkes denkbar. Die Anleitung zu mehr Self-Compassion könnte Betroffene insbesondere bezüglich der Krankheitsbewältigung unterstützen und ihr psychisches Wohlbefinden fördern. Zudem wäre es dadurch möglich, ein Gefühl von Gemeinsamkeit (*Verbindende Humanität*) zu schaffen, das denjenigen, die sich in dieser schwierigen Situation befinden, aufzeigt, sie stehen mit ihrem Schicksalsschlag nicht alleine da, anderen geht es ähnlich. Auch eine Reduzierung der dem Selbstmitgefühl abträglichen Komponenten *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Überidentifizierung* wären damit zwangsläufig verbunden. All diese Aspekte begünstigen ihrerseits nachweislich den Erfolg der beruflichen Rehabilitation und das Erleben eines jeden einzelnen, was sich langfristig positiv auf das Individuum und die Gesellschaft auswirken dürfte.

Es lässt sich zudem generell spekulieren, welche Bedeutung dem (verminderten) Selbstmitgefühl hinsichtlich krankheitsbedingter Fehlzeiten während der Qualifizierungsmaßnahme sowie geraume Zeit danach ebenso wie der Abbruchquote aus gesundheitlichen Gründen Beachtung beigemessen werden kann. Auch der Einfluss von Self-Compassion auf die Entwicklung eines sekundären Rehabilitationsleidens psychischer Natur, konkret einer reaktiven Depression, die ihrerseits die Aufnahme einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben verzögert oder gar verhindert, bietet einen Ansatz für zukünftige Untersuchungen.

Die vorliegende Studie stellt lediglich einen ersten Schritt in Hinblick auf die Aufklärung der Relevanz des Konstruktes Self-Compassion für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation dar. Von den ursprünglich erwarteten Effekten konnte nur ein kleiner Teil anhand der Befunde bestätigt werden. Diese Ergebnisse vermögen es jedoch bereits, die Wichtigkeit eines „gesunden“, gestärkten Selbstmitgefühls für den Erfolg einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben aufzuzeigen. Vor allem vor dem Hintergrund der mit der beruflichen Rehabilitation verbundenen Kosten für die Gesellschaft, aber auch unter der Prämisse, den Betroffenen zu helfen und ihnen eine gelungene Rückkehr in den Arbeitsalltag zu ermöglichen, ist weitere Forschung intendiert.

LITERATUR

- Adams, C. E. & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120-1144.
- Adkins, K. K. & Parker, W. D. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality, 64*, 529-543.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, structures, and student motivation. *Journal of Educational Psychology, 84*, 261 – 271.
- Ames, C. & Archer, J. (1988). Achievement goals in the classroom: Students' learning strategies and motivation processes. *Journal of Educational Psychology, 80*, 260 – 267.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin: Springer.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Baldwin, M. W. (Hrsg.) (2005). *Interpersonal cognition*. New York: Guilford.
- Baldwin, M. W. (1994). Primed relational schemas as a source of self-evaluative reactions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 380-403.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin, 112*, 461-484.
- Baldwin, M. W. & Holmes, J. G. (1987). Salient private audiences and awareness of the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1087-1098.
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V. & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 94-10
- Baldwin, M. W., & Sinclair, L. (1996). Self-esteem and "if... then" contingencies of interpersonal acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 1130-1141.
- Baltes-Götz, B. (2006). *Lineare Regressionsanalyse mit SPSS*. Trier: Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie (ZIMK) an der Universität Trier. [Online verfügbar unter: <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/linreg/linreg.pdf>, 13.05.2017]
- Bandura, A. (1990). Reflections on nonability determinants of competence. In R. J. Sternberg & J. Kolligian, Jr. (Hrsg.), *Competence considered* (316–352). New Haven, CT: Yale University Press.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289–303.
- Barrow, J. C. & Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel and Guidance Journal, 61*, 612-615.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 147-152.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4*, 1-44.

-
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2005). Mythos Selbstbewusstsein. *Spektrum der Wissenschaft*, 8, 24.
- Baumeister, R. F., Smart, L. & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5-33.
- Becher, I., & El-Menouar, Y. (2014). Geschlechterrollen bei Deutschen und Zuwanderern christlicher und muslimischer Religionszugehörigkeit. *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 21*.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Becker, P. (1989). *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF*. Göttingen: Hogrefe.
- Bennet-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Hrsg.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (114-160). San Diego, CA: Academic Press, Inc..
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Hrsg.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation, Vol. 6* (1-34). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and selfdefinition: two prototypes for depression. *Clinical Psychological Review*, 12(5), 527-562.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3: Loss, separation, and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss. Vol. 1*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Breines, J. G. & Chen, S. (2012). Self-Compassion Increases Self-Improvement Motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-43.
- Breznitz, S. (Hrsg.). (1983). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala.
- Brown, B. & Lohr, M. J. (1987). Peer-group affiliation and adolescent self-esteem: an integration of ego-identity and symbolic-interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 47-55.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

- Crombez, G., Eccleston, C., De Vlieger, P., Van Damme, S. & De Clercq, A. (2008). Is it better to have controlled and lost than never to have controlled at all? An experimental investigation of control over pain. *Pain*, *137*, 631–639.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R. & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1380–1397.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of Pain, Self-Compassion and Psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to Identify Patients' Subgroups, *Clinical Psychology and Psychotherapy*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*, 292–302.
- Crocker, J. & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*, 555-575.
- Dalai Lama (1995). *The Power of Compassion*. Indien: HarperCollins.
- Dalai Lama (1998). Humanity's concern for human rights. In B. van der Heijden & B. Tahzib-Lie (Hrsg.), *Reflections on the Universal Declaration of Human Rights: A Fiftieth Anniversary Anthology* (101-106). Den Haag: Martinus Nijhoff Publishers.
- Dalai Lama (2001). An Open Heart: Practising Compassion in Everyday Life. In N. Vreeland (Hrsg.), *An Open Heart: Practising Compassion in Everyday Life*. London: Hodder & Stoughton.
- Damian, L., E. Stoeber, J., Negru-Subtirica, O. & Băban, A. (2016). On the Development of Perfectionism: The Longitudinal Role of Academic Achievement and Academic Efficacy. *Journal of Personality*. [Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/303370072_On_the_development_of_perfectionism_The_longitudinal_role_of_academic_achievement_and_academic_efficacy, 22.05.2016]
- Damon, W. (1995). *Greater expectations: Overcoming the culture of indulgence in America's homes and schools*. New York: Free Press.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 564–570.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Hrsg.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (31–49). New York: Plenum Press.
- Deniz, M. E., Kesici, Ş. & Sümer, A. S. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality*, *36*, 1151-1160.
- Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, *28*, 313-395.
- Deusinger, I. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen FSKN*. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). *Rentenversicherung in Zeitreihen 2015*. Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016). *Rentenversicherung in Zeitreihen Oktober 2016*. Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG.
- DeVos, G. A. (1998). Confucian family socialization: The religion, morality, and aesthetics of propriety. In W. H. Slote & G. A. DeVos (Hrsg.), *Confucianism and the family in an interdisciplinary, comparative context* (329-380). Albany: State University of New York Press.

- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M. & Berking, M. (2016). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, [Online verfügbar unter: <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/2017/01/Diedrich2016.pdf>, 11.03.2017]
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C. & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 234-252.
- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, *41*, 1040 – 1048.
- Dweck, C. S. & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and performance. *Psychological Review*, *95*, 256 – 273.
- Elliot, A. J. & Church, M. A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 218 – 232.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, *9*, 100–131.
- Epstein, S. & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 332-350.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fabry, G. (2009). *Vorlesung Medizinische Psychologie*. [Online verfügbar unter: www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/coping.pdf, 11.09.2010]
- Fein, S. & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 31-44.
- Finlay-Jones, A., Kane, R. & Rees, C. (2016). Self-Compassion Online: A Pilot Study of an Internet-Based Self-Compassion Cultivation Program for Psychology Trainees. *Journal of Clinical Psychology*. [Online verfügbar unter: <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/2017/01/Finlay-Jones2016.pdf>, 11.03.2017)
- Flett, G. L., Hewitt, E. L. & Dyck, D. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, *10*, 731-735.
- Flett, G. L., Russo, F. A. & Hewitt, P. L. (1994). Dimensions of perfectionism and constructive thinking as a coping response. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, *12*, 163-179.
- Flett, G. L., Sawatzky, D. L. & Hewitt, P. L. (1995). Dimensions of perfectionism and goal commitment: A further comparison of two perfectionism measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *17*, 111-124.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 150-170.
- Franke, G. H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B. & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsbewältigung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *21*, 166-172.

- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O. & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 323-335.
- Frost, R. O. & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 559-572.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Fung, H. & Chen, E. C. (2001). Across time and beyond skin: Self and transgression in the everyday socialization of shame among Taiwanese preschool children. *Social Development*, 10, 421-437.
- Gaspar, C. & Hollmann, D. (2015). *Die Bedeutung der Arbeit*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Geranmayepour, S. & Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and mental health. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 643-647.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive features*. Hove, UK: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *The Compassionate Mind Foundation. Introduction, Aims and Objectives*. [Online verfügbar unter: <http://www.compassionatemind.co.uk/resources/Background.pdf>, 08.05.2010]
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Hrsg.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M.W. Baldwin (Hrsg.), *Interpersonal cognition*. (299–335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Hrsg.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (118-150). Hove, England: Psychology Press.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Erlbaum.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183-200.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Hrsg.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (S. 263 – 325). London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goldstein, J. & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- Goleman, D. (2003). *Destructive Emotions and How We Can Overcome Them: A Dialogue with the Dalai Lama*. London: Bloomsbury.
- Hahn, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston Beacon Press.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.

- Hansford, B. C. & Hattie, J. A. (1982). The relationship between self and achievement/performance measures. *Review of Educational Research*, 52, 123-142.
- Harackiewicz, J., Barron, K. & Elliot, A. (1998). Rethinking achievement goals: When are they adaptive for college students and why. *Educational Psychologist*, 33, 1-21.
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E., Tauer, J. M., Carter, S. M., & Elliot, A. J. (2002). Short-term and long-term consequences of achievement goals: Predicting interest and performance over time. *Journal of Educational Psychology*, 92(2), 316-330.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S. S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Self esteem: The Puzzle of Low Self-Regard* (87-116). New York: Plenum Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Hawkins, C. C. (2005). *A clarification of multidimensionality and perfectionist typology with the Frost Multidimensional Perfectionism Scale*. Sydney: Beitrag zur jährlichen AARE Konferenz. [Online verfügbar unter: <http://www.aare.edu.au/05pap/haw05684.pdf>, 10.04.2011]
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective response to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389-1398.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurty, B., Ediger, E., Fairlie, P. & Stein, M. B. (2003). The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-Presentation and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1325.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Turnbull, W. (1992). Perfectionism and Multiphasic Personality Inventory (MMPI) indices of personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 323-335.
- Hill, R. W., McIntyre, K. & Bacharach, V. (1997). Perfectionism and the big five. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 133-144.
- Hobden, K. & Pliner, P. (1995). Self-handicapping and dimensions of perfectionism: Self-presentation vs. self-protection. *Journal of Research in Personality*, 29, 461-474.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Homan, K. J. (2016). Self-Compassion and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111-119.
- Hope N., Koestner, R. & Milyavskaya, M. (2014). The role of selfcompassion in goal pursuit and well-being among university freshmen. *Self Identity*, 13(5), 579-593.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Hupfeld, J. & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115-123.
- Jagla, M. & Franke, G. H. (2010). Krankheitsverarbeitung von Patienten mit somatischen Erkrankungen. Gemeinsamer Kongress der DGMP und der DGMS; Gießen, September

2010. [Online verfügbar am 1. Mai 2017, <http://www.franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/Jagla-Coping-Somatische-DGMP-2010.pdf>]
- Jagla, M. & Franke, G. H. (2008). Psychometrische Prüfung des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK). [Online verfügbar, <http://www.franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/NKW-Merseburg.pdf>]
- Jagla, M., Parchmann, O., Kumbier, E. & Franke, G. H. (2008). Untersuchungen von Patientinnen der stationären Gynäkologie mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. [Online verfügbar am 1. Mai 2017, http://www.franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/PPP-DGMP_240908.pdf]
- Jagla, M., Reimer, J., Philipp, T. & Franke, G.H. (2007). Bewältigungsstrategien von Patienten vor und nach Nierentransplantation. Einsatz des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK). [Onlinequelle, verfügbar am 1. Mai 2017, http://www.academia.edu/20871182/Krankheitsbew%C3%A4ltigung_vor_und_nach_Nierentransplantation_-_Einsatz_des_Essener_Fragebogens_zur_Krankheitsverarbeitung]
- James, K., Verplanken, B. & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123–128.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.
- Jordan, J. V. (1997). *Women's growth in diversity: More writings from the Stone Center*. New York: Guilford.
- Jordan, J. V. (1991a). Empathy and self-boundaries. In J. V. Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver & J. L. Surrey (Hrsg.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (67–80). New York: Guilford.
- Jordan, J. V. (1991b). Empathy, mutuality and therapeutic change: Clinical implications of a relational model. In J. V. Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver & J. L. Surrey (Hrsg.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 283–290). New York: Guilford.
- Jordan, J. V. (1989). Relational development: Therapeutic implications of empathy and shame. *Work in Progress*, 39. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.
- Jost, J. T., Glaser, J., Kruglanski, A. W. & Sulloway, F. J. (2003). Political conservatism as motivated social cognition. *Psychological Bulletin*, 129, 339–375.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-410.
- Lundh, L.-G., Broman, J.-E., Hetta, J. & Saboonchi, F. (1994). Perfectionism and insomnia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23, 3-18.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness mediation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T. & Cropley, T. G. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing psychotherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kälin, W. (1995). *Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory of Stressful Situation“ (CISS) von N. S. Endler & J. D. A. Parker*. Basierend auf den Übersetzungen

- von N. Semmer, F. Tschan & V. Schade (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Kälin W. & Semmer, N. K. (2001). *Skala zum Palliativen Coping* (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Kaplan, K., Goldberg, D. & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of mediationbased stress reduction program on fibromyalgia. *General-Hospital-Psychiatry*, 15, 284-289.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H. & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depress Anxiety*, 25, 839-846.
- Kernis, M. H., Paradise, A. W., Whitaker, D. J., Wheatman, S. R. & Goldman, B. N. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1297-1305.
- Kim, E. J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thought in social phobics. *Anxiety Disorders*, 19, 69–86.
- Kitayama, S. & Markus, H. R. (2000). The pursuit of happiness and the realization of sympathy: Cultural patterns of self, social relations, and well-being. In E. Diener & E. M. Suh (Hrsg.), *Culture and subjective wellbeing* (113-161). Cambridge, MA: MIT Press.
- Kitayama, S., Markus, H. R., Matsumoto, H. & Norasakkunkit, V. (1997). Individual and collective processes in the construction of the self: Self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1245-1267.
- Kohlmann, C.-W. (2002). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch* (S. 558-560). Göttingen: Hogrefe.
- Kornfield, J. (1993). *A path with heart*. New York: Bantam Books.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N. & grosse Holtforth, M. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*, 44, 501–513.
- Krieger, T., Berger, T. & grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39–45.
- Krieger, T., Hermann, H., Zimmermann, J. & grosse Holtforth, M. (2015). Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life: Findings from a smart phone study. *Personality and Individual Differences*, 87, 288–292.
- Kristheller, J. L. & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Lapsley, D. K., FitzGerald, D., Rice, K. & Jackson, S. (1989). Separation-individuation and the “new look” at the imaginary audience and personal fable: A test of an integrative model. *Journal of Adolescent Research*, 4, 483–505.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of a changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–21.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J. & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268–1282.

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887-904.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Hrsg.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (326–351). London: Brunner-Routledge.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S. & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine, 49*, 109-117.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616–628.
- Luciano, E. C. & Orth, U. (2017). Transitions in romantic relationships and development of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol 112(2)*, 307-328.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research, 78*, 363–404.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, 545–552.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21–27.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98*, 224-253.
- Marshall, E.-J. & Brockman, R. N. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 30(1)*, 60-72.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Matud, M. P. (2014). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37*, 1401-1415.
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch* (S. 307-310). Göttingen: Hogrefe.
- Morf, C. C. & Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry, 12*, 177–196.
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes*. Göttingen: Hogrefe.
- Mullen, B. & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research, 26*, 43-49.
- Neff, K. D. (2010). *Self-Compassion. A Healthier Way of Relating to Yourself*. [Online verfügbar unter: <http://www.self-compassion.org>, 08.05.2010]
- Neff, K. D. (2009a). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Hrsg.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (S. 561-573). Guilford Press.
- Neff, K. D. (2009b). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development, 52*, 211-214.

-
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Hrsg.), *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego (95-105)*. APA Books, Washington DC.
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27-37.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. & Beretvas, S. N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., Hseih, Y. & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D. & Lamb, L. M. (2009). Self-Compassion. In S. Lopez (Hrsg.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (S. 864-867). Blackwell Publishing.
- Neff, K. D. & McGeehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K. & Hseih, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.
- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Nicholls, J. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91, 328 – 346.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061–1072.
- Nugent, S. A. (2000). Perfectionism: Its manifestations and classroom-based interventions. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11, 215-222.
- Middleton, M. & Midgley, C. (1997). Avoiding the demonstration of lack of ability: An underexplored aspect of goal theory. *Journal of Educational Psychology*, 89, 710 – 718.
- Morf, C. C. & Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177-196.
- Thomas, D., Mussweiler, S., & Mandel, N. (2010). The effects of thin and heavy media images on overweight and underweight consumers: Social comparison processes and behavioral implications. *Journal of Consumer Research*, 36(6), 930-949.
- Orzech, K. M., Shapiro, S. L., Brown, K. W. & McKay, M. (2009). Intensive mindfulness training-related changes in cognitive and emotional experience. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 212-222.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.

- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Parker, W. D. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal*, 34, 545-562.
- Pennebaker, J. W. & Graybeal, A. (2001). Patterns of natural language use: disclosure, personality, and social integration. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 90-93.
- Perrez, M. (2002). Messung der Bewältigung (Coping). In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch* (S. 42-45). Göttingen: Hogrefe.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits." *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Petersen, L.-E. (2005). Der Einfluss von Models in der Werbung auf das Körperselbstbild der Betrachter/innen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 17, 54-63.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (1996). *Motivation in education: Theory, research and applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J. P. & Schuster, S. (2014). Self-Compassion Mediates the Relationship between Parental Criticism and Social Anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 33-43.
- Powers, T. A. & Zuroff, D. C. (1988). Interpersonal consequences of overt self-criticism: A comparison with neutral and self-enhancing presentations of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1054-1062.
- Purdie F. & Morley S. (2015). Self-compassion, pain, and breaking a social contract. *Pain*, 156(11), 2354-2363.
- Rein, G., Atkinson, M. & McCraty, R. (1995). The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal for the Advancement of Medicine*, 8, 87-105.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Robins, R. W. & Beer, J. S. (2001). Positive illusions about the self: Short-term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340-352.
- Robinson, M. D., Johnson, J. T. & Shields, S. A. (1995). On the advantages of modesty: The benefits of a balanced self-presentation. *Communication Research*, 22, 575-591.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2009). *Mindfulness & acceptance-based behavioral therapies in practice*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, L. (1999). *Breath by breath. The liberating practice of insight meditation*. Boston: Shambala.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the interpersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 450-461.
- Ryan, A. M. & Pintrich, P. R. (1998). Achievement and social motivational influences on help seeking in the classroom. In S. A. Karabenick (Hrsg.), *Strategic help seeking: Implications for learning and teaching* (117 - 139). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P.M. Salkovskis (Hrsg.), *Frontiers of cognitive therapy* (48-74). New York: Guilford.

- Salzberg, S. (1997). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambala.
- Schafer, R. (1964). The clinical analysis of affects. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 12, 275–299.
- Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization*. New York: International Universities Press.
- Scheff, T. J. (1981). The distancing of emotion in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18, 46-53.
- Schraw, G., Wadkins, T. & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: A grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 12-25.
- Schwarzer, R. (2002). Proaktive Bewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch (S. 45-48)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2002). Positive coping: Mastering demand searching for meaning. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Hrsg.), *Handbook of positive psychological assessment (1-27)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuit and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Hrsg.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges (19-35)*. Oxford: Oxford University Press.
- Sedikides, C. (1993). Assessment, enhancement, and verification determinants of the self-evaluation process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 317-338.
- Sedlacek, F. (2015). *Strategische Jugendlichkeitherapie (SJT) bei internalisierenden Störungen und Schulverweigerung: Eine Evaluationsstudie*. Norderstedt: Books on Demand.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Senécal, C., Koestner, R. & Vallerand, R. J. (1995). Self-regulation and academic procrastination. *The Journal of Social Psychology*, 135(5), 607-619.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Sillars, A., Wesley, S., McIntosh, A. & Pomegranate, M. (1997). Relational characteristics of language: Elaboration and differentiation in marital conversation. *Western Journal of Communication*, 61, 403–422.
- Simmons, R. G., Rosenberg, F. & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 38, 553-68.
- Sirois, F. M., Molnar, D. S. & Hirsch, J. K. (2015). Self-Compassion, Stress, and Coping in the Context of Chronic Illness. *Self and Identity*. [Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>, 04.03.2017]
- Sirois, F. M. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, 13, 128–145.

- Sirois, F. M., Kitner, R. & Hirsch, J. K. (2014). Self-Compassion, Affect, and Health-Promoting Behaviors. *Health Psychology*. [Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000158>, 04.03.2017]
- Snyder, M. (1994). The development of social intelligence in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 34, 84–108.
- Solomon, S., Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (93-159). San Diego, CA: Academic Press.
- Sommers, C. H. & Satel, S. (2005). *One nation under therapy: How the helping culture is eroding self-reliance*. New York: St. Martin's.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy*, 22, 564–571.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L. & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350–362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150–1169.
- Stoeber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481-491. [Online verfügbar unter: http://kar.kent.ac.uk/19826/1/Stoeber_FMPS_1998.pdf, 10.04.2011]
- Stoeber, J. & Childs, J. H. (2011). Perfectionism. In R. J. R. Levesque (Hrsg.), *Encyclopedia of adolescence*. New York: Springer.
- Stoeber, J., Hutchfield, J. & Wood, K. V. (2008). Perfectionism, self-efficacy, and aspiration level: Differential effects of perfectionistic striving and self-criticism after success and failure *Personality and Individual Differences*, 45, 323-327.
- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Stoeber, J. & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530-535.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. E., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stone, L. D. & Pennebaker, J. W. (2002). Trauma in real time: talking and avoiding online conversations about the death of Princess Diana. *Basic and Applied Social Psychology*, 24, 172–182.
- Streblov, L. (2004). Bezugsrahmen und Selbstkonzeptgenese. In D. H. Rost (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie*, 42. Münster: Waxmann.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Swann, W. B. (1996). *Self-traps: The elusive quest for higher self-esteem*. New York: W. H. Freeman.
- Tamres, L. K., Janicki, D. & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.

- Taris, T. W. (2000). Dispositional need for cognitive closure and self-enhancing beliefs. *Journal of Social Psychology, 140*, 35–50.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences, 18*, 663-668.
- Thompson, B. L. & Waltz, J. (2008) Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 556-558.
- Thwaites, R. & Freeston, M. H. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or fiction: How can we clinically differentiate between safety behaviours and additive coping strategies across anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 177–188.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford, UK: Basil Blackwell.
- Umphrey, L. R. & Sherblom, J. C. (2014). The relationship of hope to self-compassion, relational social skill, communication apprehension, and life satisfaction. *International Journal of Wellbeing, 4*(2), 1-18.
- Uväs-Morberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology, 23*, 819-835.
- Vowles, K., McNeil, D., Gross, R., McDaniel, M. & Mouse, A. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy, 38*, 412–425.
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Hrsg.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (S. 75-120). London: Brunner-Routledge.
- Warren, R., Smeets, E. & Neff, K. D., (2016). Risk and resilience being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry, 15* (12), 19-33.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology-Science & Practice, 9*, 95-100.
- Williams, J. G., Stark, S. K. & Foster, E. E. (2008). Start today or the very last day? The relationships among self-compassion, motivation, and procrastination. *American Journal of Psychological Research, 4*, 37-44.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E. & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- Wilson, J. F. (1981). Behavioral preparation for surgery: Benefit or harm? *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 79-102.
- Wispe, L. (1991). *The psychology of sympathy*. New York: Plenum.
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in selfcriticism. *Personality and Individual Differences, 38*, 1583–1595.
- Wooden, J. (1973). *The call me Coach*. New York: Bantam Books.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genf: World Health Organization.

- Yarnell, L. M. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.
- Zahn-Waxler, C., Cole, P. M. & Barrett, K. C. (1991). Guilt and empathy: Sex differences and implications for the development of depression. In J. Garber & K. A. Dodge (Hrsg.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (243–272). New York: Cambridge University Press.
- Zessin, U., Dickhauser, O. & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364.

ONLINEQUELLEN:

- | | |
|--|--|
| Girl's Attitude Survey (2013) | https://www.girlguiding.org.uk/globalassets/docs-and-resources/research-and-campaigns/girls-attitudes-survey-2013.pdf [Online verfügbar am 16. Oktober 2016] |
| Heidenreich & Zirra (2012) | http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138702/arbeits-einstellungen [Online verfügbar am 4. Februar 2017] |
| Hogrefe Testsystem 4 (2016) | https://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4de001/ee8e3ab0685e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm [Online verfügbar am 1. Mai 2016] |
| Jagla, M. & Franke, G. H. (2010) | http://www.franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/Jagla-Coping-Somatische-DGMP-2010.pdf [Online verfügbar am 1. Mai 2017] |
| Jagla, M. & Franke, G. H. (2008) | http://www.franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/NKW-Merseburg.pdf [Online verfügbar am 21. Mai 2016] |
| Jagla, M., Parchmann, O., Kumbier, E. & Franke, G. H. (2008) | http://franke-stendal.de/WS0809/Vortraege/PPP-DGMP_240908.pdf [Online verfügbar am 1. Mai 2017] |
| Jagla, M., Reimer, J., Philipp, T. & Franke, G.H. (2007) | http://www.academia.edu/20871182/Krankheitsbew%C3%A4ltigung_vor_und_nach_Nierentransplantation_-_Einsatz_des_Essener_Fragebogens_zur_Krankheitsverarbeitung [Onlinequelle, verfügbar am 1. Mai 2017] |
| Neff (2010a) | http://www.self-compassion.org/what-is-self-compassion/definition-of-self-compassion.html [Online verfügbar am 8. Mai 2010] |
| Neff (2010b) | http://www.self-compassion.org/what-is-self-compassion/the-three-elements-of-self-compassion.html [Online verfügbar am 8. Mai 2010] |
| Neff (2010c) | http://www.self-compassion.org/what-is-self-compassion/what-self-compassion-is-not.html [Online verfügbar am 8. Mai 2010] |

- Neff (2010d) <http://www.self-compassion.org/what-is-self-compassion/self-compassion-versus-self-esteem.html> [Online verfügbar am 8. Mai 2010]
- Ortellus www.ortellus.de/tauchen_angst/exam-web-Coping.html [Online verfügbar am 11. September 2010]
- Psychology48 www.psychology48.com/deu/d/coping/coping.htm [Online verfügbar am 11. September 2010]
- Reha-Info der BAR (2016) <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/downloads/01-2016.pdf> [Online verfügbar am 4. Februar 2017]
- Stangl (2017a) <http://psychologie-news.stangl.eu/85/coping> [Online verfügbar am 4. März 2017]
- Stangl (2017b) <http://lexikon.stangl.eu/2322/perfektionismus/> [Online verfügbar am 4. März 2017]
- Stoeber (1995) <http://www.erzwiss.uni-halle.de/gliederung/paed/ppsych/sdfmpsd.pdf> [Online verfügbar am 22. Mai 2016]
- StrukturKompass (2016) www.statistik.sachsen-anhalt.de/apps/StrukturKompass/indikator/zeitreihe/89 [Online verfügbar am 10. April 2016]
- Wolf (2008) <https://www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/coping-bewaeltigung.html> [Online verfügbar am 4. März 2017]

26. Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln
27. Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann

(EFK 2) *Abstand & Selbstaufbau:*

03. Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen
07. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen
18. Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen
22. Ich mache mir selber Mut
36. Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung

(EFK 3) *Informationssuche & Erfahrungsaustausch:*

01. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung
08. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus
10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden
14. Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört
20. Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben

(EFK 4) *Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr:*

05. Ich hänge meinen Wunschträumen nach
13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht
23. Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen
39. Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter
43. Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit

(EFK 5) *Depressive Verarbeitung:*

21. Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen
25. Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden
29. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück
35. Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal
40. Ich beginne nachzudenken und zu grübeln

(EFK 6) *Gut Hilfe annehmen können:*

09. Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen
15. Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen
30. Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen
34. Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an
45. Ich lasse mich gerne umsorgen

(EFK 7) *Aktive Suche nach sozialer Einbindung:*

02. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein
17. Ich verbringe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden
32. Ich gehe mit Freunden aus
38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf
44. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen

(EFK 8) Vertrauen in die ärztliche Kunst:

16. Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat
19. Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde*
24. Ich vertraue meinen Ärzten
33. Ich mißtraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen*
41. Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung

(EFK 9) Erarbeiten eines inneren Halts:

11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur
28. Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen
31. Ich bete und suche Trost im Glauben
37. Ich beginne, meine Krankheit als Schicksal anzunehmen
42. Ich finde meine innere Stärke wieder

Self-Compassion Scale SCS-D (Hupfeld & Ruffieux, 2011)**(SC 1) Selbstbezogene Freundlichkeit:**

5. Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht.
12. Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.
19. Ich gehe freundlich mit mir um, wenn ich Kummer und Leid erfahre.
23. Ich akzeptiere meine Fehler und Schwächen.
26. Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.

(SC 2) Selbstverurteilung:

1. Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.*
8. In wirklich schwierigen Zeiten neige ich dazu, streng mit mir selbst zu sein.*
11. Ich bin intolerant und unduldsam gegenüber denjenigen Seiten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag.*
16. Wenn ich Eigenschaften bei mir feststelle, die ich nicht mag, dann deprimiert mich das.*
21. Wenn ich Leid erfahre, kann ich mir gegenüber ein wenig kaltherzig sein.*

(SC 3) Verbindende Humanität:

3. Wenn die Dinge bei mir schlecht laufen, sehe ich diese Schwierigkeiten als Teil des Lebens, den jeder einmal durchlebt.
7. Wenn ich völlig am Ende bin, rufe ich mir in Erinnerung, dass es vielen anderen Menschen auf der Welt genauso geht.
10. Wenn ich mich auf irgendeine Art unzulänglich fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass die meisten Leute solche Gefühle der Unzulänglichkeit haben.
15. Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.

(SC 4) Isolation:

4. Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen.*
13. Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.*

-
18. Wenn ich wirklich zu kämpfen habe, neige ich zur Ansicht, dass andere es sicherlich einfacher haben.*
 25. Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage.*

(SC 5) *Achtsamkeit:*

9. Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.
14. Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.
17. Wenn ich bei etwas scheitere, das mir wichtig ist, versuche ich die Dinge nüchtern zu betrachten.
22. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich meinen Gefühlen mit Neugierde und Offenheit zu begegnen.

(SC 6) *Überidentifizierung:*

2. Wenn ich mich niedergeschlagen fühle, neige ich dazu nur noch auf das zu achten, was nicht in Ordnung ist.*
6. Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.*
20. Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen förmlich mitgerissen.*
24. Wenn etwas Unangenehmes passiert, neige ich dazu, den Vorfall völlig zu übertreiben.*

Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D (Stoeber, 1995, Onlinequelle)

(1) *Sorge über Fehler* (im englischen Original: Concern over Mistakes, CM):

9. Wenn ich bei der Arbeit / beim Studium versage, dann bin ich auch als Mensch ein Versager.
10. Ich rege mich zu Recht auf, wenn ich einen Fehler mache.
13. Wenn jemand bei der Arbeit / beim Studium eine Aufgabe besser macht als ich, fühle ich mich so, als ob ich versagt hätte.
14. Wenn ich an einer Aufgabe zum Teil scheitere, ist das genauso schlimm, als ob ich vollkommen gescheitert wäre.
18. Ich hasse es, bei etwas nicht der / die Beste zu sein.
21. Die Leute werden wahrscheinlich weniger von mir halten, wenn ich einen Fehler mache.
23. Wenn ich nicht so gut bin wie andere, dann heißt das, dass ich als Mensch weniger wert bin.
25. Wenn ich nicht jederzeit gut bin, werden mich die Leute nicht respektieren.
34. Je weniger Fehler ich mache, um so mehr werden mich die Leute mögen.

(2) *Handlungszweifel* (im englischen Original: Doubts about Actions, D):

17. Auch wenn ich etwas sehr sorgfältig mache, habe ich oft das Gefühl, dass es nicht völlig richtig ist.
28. Selbst bei den einfachen alltäglichen Dingen, die ich tue, habe ich gewöhnlich Zweifel.
32. Ich neige dazu, mit meiner Arbeit in Rückstand zu kommen, weil ich Dinge immer Wieder wiederhole.
33. Ich benötige viel Zeit, um etwas „richtig“ zu machen.

(3) Elterliche Erwartungen (im englischen Original: Parental Expectations, PE):

1. Meine Eltern haben sehr hohe Maßstäbe für mich angesetzt.
11. Meine Eltern wollten, dass ich in allem der / die Beste bin.
15. Nur hervorragende Leistungen sind in meiner Familie gut genug.
20. Meine Eltern haben von mir immer nur hervorragende Leistungen erwartet.
26. Meine Eltern hatten an meine Zukunft immer höhere Erwartungen als ich selbst.

(4) Elterliche Kritik (im englischen Original: Parental Criticism, PC):

3. Als Kind wurde ich bestraft, wenn ich meine Sachen nicht perfekt machte.
5. Meine Eltern haben nie versucht, meine Fehler zu verstehen.
22. Ich hatte nie das Gefühl, dass ich die Erwartungen meiner Eltern erfüllen könnte.
35. Ich habe nie das Gefühl gehabt, den Anforderungen meiner Eltern genügen zu können.

(5) Persönliche Ansprüche (im englischen Original: Personal Standards, PS):

4. Wenn ich mir selbst nicht die höchsten Maßstäbe setze, werde ich wahrscheinlich als Mensch zweiter Klasse enden.
6. Es ist wichtig für mich, in allem, was ich tue, vollkommen kompetent zu sein.
12. Ich setze mir höhere Ziele als die meisten Leute.
16. Ich kann meine Anstrengungen gut auf das Erreichen eines Zieles konzentrieren.
19. Ich habe extrem hohe Ziele.
24. Andere scheinen für sich geringere Maßstäbe zu akzeptieren, als ich das tue.
30. Ich erwarte von mir höhere Leistungen bei meinen täglichen Aufgaben als die meisten anderen.

(6) Organisation (im englischen Original: Organization, O):

2. Organisation ist sehr wichtig für mich.
7. Ich bin ein ordentlicher Mensch.
8. Ich versuche, gut organisiert zu sein.
27. Ich versuche, ein ordentlicher Mensch zu sein.
29. Ordentlichkeit ist sehr wichtig für mich.
31. Ich bin ein gut organisierter Mensch.

Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986)

1. Manchmal glaube ich, dass ich zu überhaupt nichts gut bin.*
2. Ich bin ein Niemand.*
3. Ich verachte mich.*
4. Eigentlich bin ich ganz zufrieden mit mir.
5. Manchmal wünsche ich, ich wäre nicht geboren.*
6. Ich wollte, ich könnte mehr Achtung vor mir haben.*
7. Manchmal fühle ich mich zu nichts nütze.*
8. Wenn ich mich mit anderen Menschen meines Alters vergleiche, schneide ich eigentlich ganz gut ab.
9. Ich finde mich ganz in Ordnung.
10. Ich bin zufrieden mit mir.

Einzelitem zur körperlichen Aktivität als Stressbewältigung:

25. Ich betätige mich körperlich (z.B. Bewegung, Sport, körperlich beanspruchende Arbeit).

Skala zur Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen

Im Verlauf der Qualifizierungsmaßnahme habe ich...

- 1 ...Sportangebote in meiner Freizeit (Entspannung im Wasser, Rückenschule o.ä.) genutzt.
...an Freizeitaktivitäten (Fahrradverleih, Internetcafé, Besuch der Cafeteria usw.)
- 2 und/oder Veranstaltungen teilgenommen.
- 3 ...Termine der Physiotherapie (Hydrojet etc.) beansprucht.
- 4 ...den Arzt im Haus aufgesucht.
- 5 ...psychologische Beratung in Anspruch genommen.
- 6 ...Unterstützung der Sozialarbeiterin erhalten.
- 7 ...am Förderunterricht teilgenommen.
- 8 ...bei den Mitarbeitern berufsbezogene Informationen eingeholt.
- 9 ...Hilfe beim Schreiben von Bewerbungen erhalten.
- 10 ...Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Praktikums- bzw. Arbeitsplatz in Anspruch genommen.

Skala zur Ergebung des Integrationsengagements

1. Ich informiere mich regelmäßig über geeignete Praktikums- bzw. Arbeitsstellen.
2. Es ist mir wichtig, meinen Bewerbungsunterlagen eine persönliche Note zu geben.
3. Um beruflich vorwärts zu kommen, bin ich bereit, mich auch über die Ausbildung hinaus weiterzubilden.
4. Ich nutze meine privaten Kontakte, um in Erfahrung zu bringen, ob irgendwo eine passende Stelle für mich frei ist.
5. Meine Bewerbungsunterlagen bringe ich regelmäßig auf den neusten Stand.
6. Es ist mir wichtig, vom Praktikumsbetrieb eine gute Beurteilung zu erhalten.
7. Ich bin bereit, entsprechende Zusatzqualifikationen zu erlangen, um meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.
8. Ich verlasse mich nicht allein auf die Mitarbeiter im Bfw und erwarte, dass sie mich in Arbeit bringen, sondern werde selbst aktiv.
9. Ich mache mir Gedanken, an welchen persönlichen Defiziten eine Einstellung scheitern könnte und wie sich diese beheben ließen.
10. Hinweise von anderen, wie ich mich kleiden oder verhalten sollte, um in einem Vorstellungsgespräch erfolgreich zu sein, überdenke ich.

Angewandter Fragebogen Teil 1

WISSENSCHAFTLICHE ERHEBUNG ZU GESUNDHEIT, BERUF & WOHLBEFINDEN

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Recht herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Untersuchung mitzuwirken. Mit Ihrer Hilfe wollen wir herausfinden, wie sehr persönliche Einstellungen Menschen in ihrem Erleben und Verhalten beeinflussen. Unser primäres Interesse gilt dabei den Aspekten Beruf, Gesundheit und Wohlbefinden. Wir erhoffen uns wichtige Erkenntnisse, um Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Umgang mit den Anforderungen des Alltags gezielter unterstützen zu können.

Die Befragung erfolgt in zwei Teilschritten. Zusätzlich zu diesem Fragebogen findet einige Wochen später nochmals eine Datenerhebung statt. Um beide Datensätze einander zuordnen zu können, werden sie mit einem individuellen Code versehen. Auf diese Weise kann die Anonymität gewahrt und ein streng vertraulicher Umgang mit Ihren Angaben zugesichert werden. Alle Ergebnisse dienen ausschließlich Forschungszwecken.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können sie zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen unterbrechen oder beenden.

Vielen Dank für Ihr Engagement!

Danica Hundt



Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

Philosophische Fakultät I
Institut für Psychologie
 Abteilung Sozial- und Organisationspsychologie



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der Studie zum Thema „Gesundheit, Beruf & Wohlbefinden“ teilzunehmen.

Ich habe den Text des Informationsblattes und dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und vollständig beantwortet. Ich wurde darüber informiert, dass die Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden darf, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Meine Antworten werden absolut vertraulich behandelt.

 Name des/der Teilnehmers/in

 Datum

 Unterschrift

CODIERUNG

Im Folgenden wird zur Wahrung Ihrer Anonymität ein 6-stelliger Code erstellt. Dieser besteht aus Buchstaben und Zahlen Ihres Namens, Ihres Geburtstortes und ihres Geburtsdatums.

Bitte tragen Sie dazu die/den erfragte/n Zahl oder Buchstaben in die dafür vorgesehenen Kästchen ein:

Erster Buchstabe Ihres Vornamens:	<input type="text"/>
Dritter Buchstabe Ihres Vornamens:	<input type="text"/>
Zweite Zahl Ihres Geburtstages:	<input type="text"/>
Zweite Zahl Ihres Geburtsmonats:	<input type="text"/>
Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes:	<input type="text"/>
Dritter Buchstabe Ihres Geburtsortes:	<input type="text"/>

Beispiel:

<u>S</u> IMONE	<input type="text" value="S"/>
S <u>M</u> ONE	<input type="text" value="M"/>
1 <u>6</u> .05.1968	<input type="text" value="6"/>
16.0 <u>5</u> .1968	<input type="text" value="5"/>
<u>W</u> ITTENBERG	<input type="text" value="W"/>
W <u>I</u> TTENBERG	<input type="text" value="T"/>

FRAGEBOGEN

Im Folgenden werden Sie gebeten, verschiedene Aussagen danach zu beurteilen, wie sehr diese mit Ihren persönlichen Ansichten übereinstimmen bzw. einzuschätzen, in welchem Ausmaß beschriebene Umstände auf Sie zutreffen. Bitte antworten Sie ehrlich und spontan, ohne lange zu überlegen. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Sollten Sie sich einmal unsicher sein, kreuzen Sie bitte das Feld an, das Ihre persönliche Einschätzung noch am besten wiedergibt.

Bitte lesen Sie sich jede Fragestellung genau durch und bearbeiten Sie sie nacheinander. Möchten Sie eine bereits gemachte Aussage ändern, streichen Sie das gesetzte Kreuz deutlich erkennbar durch und tragen Sie die neue Antwort an der entsprechenden Stelle ein.

Prüfen Sie am Ende jeder Seite, ob Sie auch alle Fragen beantwortet haben!

Recht herzlichen Dank.

TEIL 2

Wie gehen Sie derzeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie durch ein Kreuz, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ich versuche Abstand und Ruhe zu gewinnen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Ich mache Pläne und halte mich daran.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich hänge Wunschträumen nach.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich löse Schritt für Schritt Probleme, die auf mich zukommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
14.	Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15.	Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16.	Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17.	Ich verlebe mit anderen Menschen sehr schöne Stunden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18.	Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19.	Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20.	Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21.	Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22.	Ich mache mir selber Mut.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23.	Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24.	Ich vertraue meinen Ärzten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25.	Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26.	Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27.	Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28.	Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
29.	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30.	Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31.	Ich bete und suche Trost im Glauben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32.	Ich gehe mit Freunden aus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33.	Ich misstrauere den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34.	Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35.	Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36.	Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37.	Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38.	Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder aus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39.	Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40.	Ich beginne nachzudenken und zu grübeln.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41.	Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
42.	Ich finde meine innere Stärke wieder.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43.	Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
44.	Ich versuche, anderen Menschen zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2	3	4
45.	Ich lasse mich gerne umsorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1	2	3	4

TEIL 3

An dieser Stelle lesen Sie einige Aussagen zur eigenen Person. Setzen Sie Ihr Kreuz bitte in das Feld, das Ihre Meinung am besten ausdrückt. Ein Kreuz ganz rechts würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage fast immer auf Sie zutrifft; ein Kreuz ganz links würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage fast nie auf Sie zutrifft. Trifft eine Aussage eher zu bzw. weniger zu, setzen Sie Ihr Kreuz in ein Kästchen dazwischen.

		Trifft fast nie zu		Trifft fast immer zu		
1	Meine eigenen Fehler und Unzulänglichkeiten missbillige ich und bewerte diese kritisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
2	Wenn ich mich schlecht fühle, neige ich dazu, mich auf alles zu konzentrieren, was schlecht läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
3	Wenn es schlecht für mich läuft, sehe ich die Schwierigkeiten als etwas an, das jedermann in seinem Leben durchmachen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
4	Wenn ich über meine Unzulänglichkeiten nachdenke, fühle ich mich in der Regel noch abgeschnittener von dem Rest der Welt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
5	Ich versuche nett zu mir selbst zu sein, wenn ich mich emotional schlecht fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
6	Ich fühle mich inkompetent, wenn ich bei etwas versage, dass mir selbst wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
7	Wenn ich völlig am Boden bin, erinnere ich mich selbst daran, dass es vielen Anderen auf der Welt auch so geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
8	Wenn die Zeiten wirklich schwer sind, neige ich dazu, hart zu mir selbst zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
9	Wenn mich etwas verärgert, versuche ich meine Gefühle zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

		Trifft fast nie zu				Trifft fast immer zu
10	Wenn ich mich irgendwie inkompetent fühle, versuche ich mich daran zu erinnern, dass dies hin und wieder allen Menschen so geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
11	Ich bin intolerant und ungeduldig den Aspekten meiner Person gegenüber, die ich nicht mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
12	Wenn ich schlechte Zeiten durchmache, gebe ich mir die Liebe und Fürsorge, die ich benötige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
13	Wenn ich mich schlecht fühle, neige ich dazu zu denken, dass viele Menschen glücklicher sind als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
14	Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich die Situation objektiv zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
15	Meine Fehler versuche ich als Teil des menschlichen Daseins zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
16	Wenn ich Eigenschaften an mir bemerke, die ich nicht mag, fühle ich mich schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
17	Wenn ich bei etwas versage, das mir wichtig ist, versuche ich die Situation nüchtern zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
18	Wenn ich wirklich um etwas kämpfe, neige ich zu dem Gedanken, dass andere Menschen diese Situation einfacher durchmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
19	Ich bin gütig mir gegenüber, wenn ich Leid erfahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
20	Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen übermannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
21	Ich kann etwas kaltherzig zu mir selbst sein, wenn ich Leid erfahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
22	Wenn ich mich schlecht fühle, versuche ich mich meinen Gefühlen mit Neugier und Offenheit zu nähern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
23	Ich bin tolerant gegenüber all meinen Fehlern und Unzulänglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
24	Wenn etwas Schlimmes passiert, neige ich dazu die Situation überzubewerten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

		Trifft fast nie zu			Trifft fast immer zu	
25	Wenn ich bei etwas versage, das mir wichtig ist, neige ich dazu mich mit meinen Fehlern allein zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5
26	Aspekten meiner Persönlichkeit, die ich nicht mag, versuche ich geduldig und verständnisvoll gegenüberzutreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

TEIL 4

Im Folgenden finden Sie weitere Aussagen zu Ihrer Person. Kreuzen Sie bei jeder Aussage das Kästchen an, das Ihrer Antwort am besten entspricht.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft ganz genau zu
1. Meine Eltern haben sehr hohe Maßstäbe für mich angesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Organisation ist sehr wichtig für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Als Kind wurde ich bestraft, wenn ich meine Sachen nicht perfekt machte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich mir selbst nicht die höchsten Maßstäbe setze, werde ich wahrscheinlich als Mensch zweiter Klasse enden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Eltern haben nie versucht, meine Fehler zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es ist wichtig für mich, in allem, was ich tue, vollkommen kompetent zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin ein ordentlicher Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuche, gut organisiert zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich bei der Arbeit / bei der Umschulung versage, dann bin ich auch als Mensch ein Versager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich rege mich zu Recht auf, wenn ich einen Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meine Eltern wollten, dass ich in allem der / die Beste bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich setze mir höhere Ziele als die meisten Leute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft ganz genau zu
13. Wenn jemand bei der Arbeit / bei der Umschulung eine Aufgabe besser macht als ich, fühle ich mich so, als ob ich versagt hätte.	1	2	3	4	5
14. Wenn ich an einer Aufgabe zum Teil scheitere, ist das genauso schlimm, als ob ich vollkommen gescheitert wäre.	1	2	3	4	5
15. Nur hervorragende Leistungen sind in meiner Familie gut genug.	1	2	3	4	5
16. Ich kann meine Anstrengungen gut auf das Erreichen eines Zieles konzentrieren.	1	2	3	4	5
17. Auch wenn ich etwas sehr sorgfältig mache, habe ich oft das Gefühl, dass es nicht völlig richtig ist.	1	2	3	4	5
18. Ich hasse es, bei etwas nicht der / die Beste zu sein.	1	2	3	4	5
19. Ich habe extrem hohe Ziele.	1	2	3	4	5
20. Meine Eltern haben von mir immer nur hervorragende Leistungen erwartet.	1	2	3	4	5
21. Die Leute werden wahrscheinlich weniger von mir halten, wenn ich einen Fehler mache.	1	2	3	4	5
22. Ich hatte nie das Gefühl, dass ich die Erwartungen meiner Eltern erfüllen könnte.	1	2	3	4	5
23. Wenn ich nicht so gut bin wie andere, dann heißt das, dass ich als Mensch weniger wert bin.	1	2	3	4	5
24. Andere scheinen für sich geringere Maßstäbe zu akzeptieren, als ich das tue.	1	2	3	4	5
25. Wenn ich nicht jederzeit gut bin, werden mich die Leute nicht respektieren.	1	2	3	4	5
26. Meine Eltern hatten an meine Zukunft immer höhere Erwartungen als ich selbst.	1	2	3	4	5
27. Ich versuche, ein ordentlicher Mensch zu sein.	1	2	3	4	5
28. Selbst bei den einfachen alltäglichen Dingen, die ich tue, habe ich gewöhnlich Zweifel.	1	2	3	4	5

PERSÖNLICHE DATEN

Bitte machen Sie nun abschließend noch einige wenige Angaben zu Ihrer Person.

Geschlecht: weiblich männlich **Alter:** _____ Jahre

Schulbildung:

_____		ohne Abschluss, Klasse: _____		Sonderschule
_____		Volksschule		Hauptschule
_____		Polytechnische Oberschule		Realschule
_____		Erweiterte Oberschule		Gymnasium
_____		Berufsausbildung mit Abitur		

Berufsausbildung: keine ja, als _____

Studium: nein ja, Abschluss als _____

Dauer der Arbeitslosigkeit vor Umschulungsbeginn: nicht arbeitslos arbeitslos seit _____ Jahren
_____ Monaten

- Rehabilitation:**
- Erkrankung des Muskel-, Skelettsystems (z.B. Arthrose, Rückenschmerzen etc.)
 - Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, Erkrankung der Lunge etc.)
 - Verletzung
 - Erkrankung des Verdauungssystems
 - Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - neurologische Erkrankung (z.B.: Epilepsie, Schlaganfall, Migräne etc.)
 - psychische Erkrankung (z.B. Depression, Alkoholabhängigkeit etc.)
 - Neubildungen (z.B. Krebserkrankung, gutartige Tumore)

Recht herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Bitte überprüfen Sie vor Abgabe des Fragebogens, ob Sie alle Seiten und alle Fragen beantwortet haben!

Angewandter Fragebogen Teil 2

WISSENSCHAFTLICHE ERHEBUNG ZU GESUNDHEIT, BERUF & WOHLBEFINDEN

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Wie angekündigt, setzt sich unsere Untersuchung aus zwei Teilschritten zusammen. Nunmehr haben Sie den zweiten Fragebogen ausgehändigt bekommen. Wie Ihnen bereits aus der ersten Erhebung bekannt ist, werden beide Datensätze mit einem individuellen Code versehen, um sie einander zuordnen zu können. Auf diese Weise kann die Anonymität gewahrt und ein streng vertraulicher Umgang mit Ihren Angaben zugesichert werden. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können sie zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen unterbrechen oder beenden.

Ich danke Ihnen recht herzlich für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

Danica Hundt



Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

Philosophische Fakultät I
Institut für Psychologie
 Abteilung Sozial- und Organisationspsychologie

Berufsförderungswerk
 Sachsen-Anhalt



CODIERUNG

Im Folgenden wird zur Wahrung Ihrer Anonymität ein 6-stelliger Code erstellt. Dieser besteht aus Buchstaben und Zahlen Ihres Namens, Ihres Geburtstortes und ihres Geburtsdatums.

Bitte tragen Sie dazu den/die erfragte/n Zahl oder Buchstaben in die dafür vorgesehenen Kästchen ein:

Erster Buchstabe Ihres Vornamens:	<input type="text"/>
Dritter Buchstabe Ihres Vornamens:	<input type="text"/>
Zweite Zahl Ihres Geburtstages:	<input type="text"/>
Zweite Zahl Ihres Geburtsmonats:	<input type="text"/>
Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes:	<input type="text"/>
Dritter Buchstabe Ihres Geburtsortes:	<input type="text"/>

Beispiel:

S IMONE	S
S IMONE	M
1 6.05.1968	6
16. 0 5.1968	5
W ITTENBERG	W
W I TTENBERG	T

FRAGEBOGEN

Im Folgenden werden Sie gebeten, verschiedene Aussagen danach zu beurteilen, wie sehr diese mit Ihren persönlichen Ansichten übereinstimmen bzw. einzuschätzen, in welchem Ausmaß beschriebene Umstände auf Sie zutreffen. Bitte antworten Sie ehrlich und spontan, ohne lange zu überlegen. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Sollten Sie sich einmal unsicher sein, kreuzen Sie bitte das Feld an, das Ihre persönliche Einschätzung noch am besten wiedergibt.

Bitte lesen Sie sich jede Fragestellung genau durch und bearbeiten Sie sie nacheinander. Möchten Sie eine bereits gemachte Aussage ändern, streichen Sie das gesetzte Kreuz deutlich erkennbar durch und tragen Sie die neue Antwort an der entsprechenden Stelle ein.

Prüfen Sie am Ende jeder Seite, ob Sie auch alle Fragen beantwortet haben!

Recht herzlichen Dank.

Bitte tragen Sie hier zunächst Ihren Code ein:

--	--	--	--	--	--

TEIL 1

Nunmehr folgen ein paar Fragestellungen zum Umgang mit Ihrer beruflichen Situation. Bitte kreuzen Sie wiederum das Kästchen an, das Ihrer Antwort am besten entspricht.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft ganz genau zu
1. Ich informiere mich regelmäßig über geeignete Praktikums- bzw. Arbeitsstellen.	1	2	3	4	5
2. Es ist mir wichtig, meinen Bewerbungsunterlagen eine persönliche Note zu geben.	1	2	3	4	5
3. Um beruflich vorwärts zu kommen, bin ich bereit, mich auch über die Ausbildung hinaus weiterzubilden.	1	2	3	4	5
4. Ich nutze meine privaten Kontakte, um in Erfahrung zu bringen, ob irgendwo eine passende Stelle für mich frei ist.	1	2	3	4	5

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft ganz genau zu
5. Meine Bewerbungsunterlagen bringe ich regelmäßig auf den neusten Stand.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6. Es ist mir wichtig, vom Praktikumsbetrieb eine gute Beurteilung zu erhalten.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7. Ich bin bereit, entsprechende Zusatzqualifikationen zu erlangen, um meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8. Ich verlasse mich nicht allein auf die Mitarbeiter im Bfw und erwarte, dass sie mich in Arbeit bringen, sondern werde selbst aktiv.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
9. Ich mache mir Gedanken, an welchen persönlichen Defiziten eine Einstellung scheitern könnte und wie sich diese beheben ließen.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
10. Hinweise von anderen, wie ich mich kleiden oder verhalten sollte, um in einem Vorstellungsgespräch erfolgreich zu sein, überdenke ich.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

TEIL 2

Treffen Sie bitte nun Aussagen darüber, welche Angebote des Berufsförderungswerkes Sachsen-Anhalt Sie schon einmal in Anspruch genommen haben.

Im Verlauf der Qualifizierungsmaßnahme habe ich...		stimme zu	stimme nicht zu
1	...Sportangebote in meiner Freizeit (Entspannung im Wasser, Rückenschule o.ä.) genutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	...an Freizeitaktivitäten (Fahrradverleih, Internetcafé, Besuch der Cafeteria usw.) und/oder Veranstaltungen teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...Termine der Physiotherapie (Hydrojet etc.) beansprucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	...den Arzt im Haus aufgesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	...psychologische Beratung in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	...Unterstützung der Sozialarbeiterin erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme zu	stimme nicht zu
7	...am Förderunterricht teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	...bei den Mitarbeitern berufsbezogene Informationen eingeholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	...Hilfe beim Schreiben von Bewerbungen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Praktikums- bzw. Arbeitsplatz in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL 3

An dieser Stelle möchten wir nunmehr noch einige Angaben in Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Neuorientierung erfassen.

		stimme zu	teils teils	stimme nicht zu
1	Es ist mir wichtig, meine Ausbildung erfolgreich abzuschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich kann mich gut mit meinem Umschulungsberuf identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich gehe davon aus, durch die Umschulung meine Chancen, einen Arbeitsplatz zu finden, zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich würde mir wünschen, zukünftig in meinem Umschulungsberuf tätig werden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Meine schulischen Leistungen (ohne Zwischen- bzw. Abschlussprüfung) liegen im Durchschnitt im Bereich

100-92 %	91-81%	80-67%	66-50%	unter 50%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Bei der schriftlichen Zwischenprüfung/Abschlussprüfung habe ich insgesamt über alle Fächer hinweg ein Ergebnis erzielt im Bereich

100-92 %	91-81%	80-67%	66-50%	unter 50%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Wie beurteilen Sie Ihre Chancen, im Anschluss an die Umschulung einen Arbeitsplatz zu finden?

sehr gut	eher gut	teils teils	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Ich habe bereits einen Arbeitsplatz sicher. ja nein

Recht herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Bitte überprüfen Sie vor Abgabe des Fragebogens, ob Sie alle Seiten und alle Fragen beantwortet haben!

WEITERE INFORMATIONEN

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Uns interessiert sehr, wie sich Ihre berufliche Situation im Anschluss an die Maßnahme entwickelt. Dafür würden wir Sie gerne zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal kurz telefonisch oder per E-Mail kontaktieren wollen.

Deshalb wäre es schön, wenn Sie uns Ihre E-Mail-Adresse oder Ihre Rufnummer mitteilen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen dieser Studie genutzt.

Sie haben darüber hinaus auch die Möglichkeit, sich selbst an uns zu wenden, wenn Sie eine neue Arbeitsstelle antreten oder sich andere Veränderungen Ihrer beruflichen Situation ergeben.

Bitte tragen Sie an dieser Stelle Ihre Telefonnummer oder E-Mail-Adresse ein:

E-Mail oder Telefonnummer

voraussichtliches Ende der Maßnahme

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Danica Hundt



Bitte trennen Sie diesen Abschnitt ab und bewahren Sie ihn bei Ihren Unterlagen auf:

Rückantworten bezüglich Veränderungen Ihrer beruflichen Situation senden Sie bitte mit Angabe Ihres persönlichen Codes per E-Mail an: **Studie_MLU@yahoo.de**

Ihr persönlicher Code lautet:

--	--	--	--	--	--

Abbildungen

a. Verteilungen der Subskalen- und Summenskalenwerte des SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011)

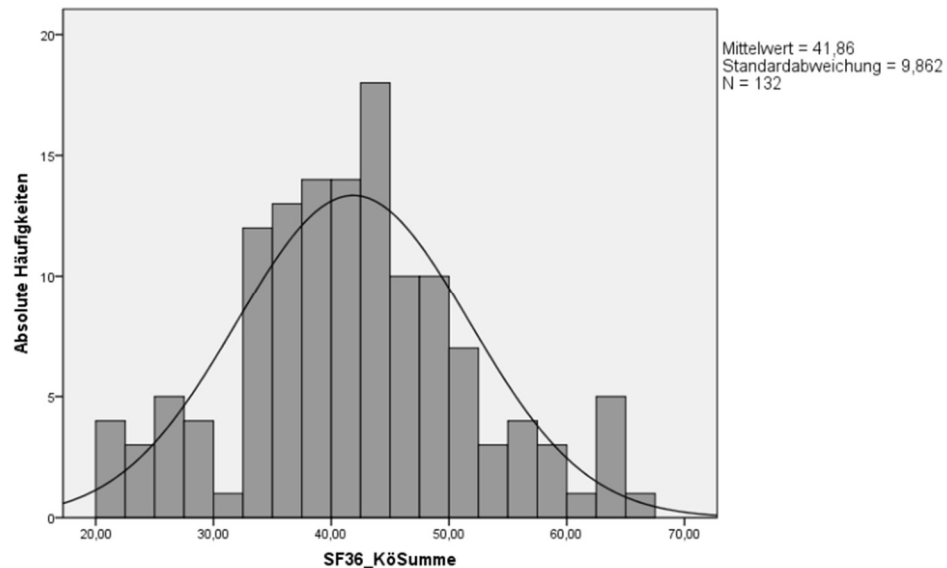


Abbildung 22: Histogramm für die Verteilung der Körperlichen Summenskala

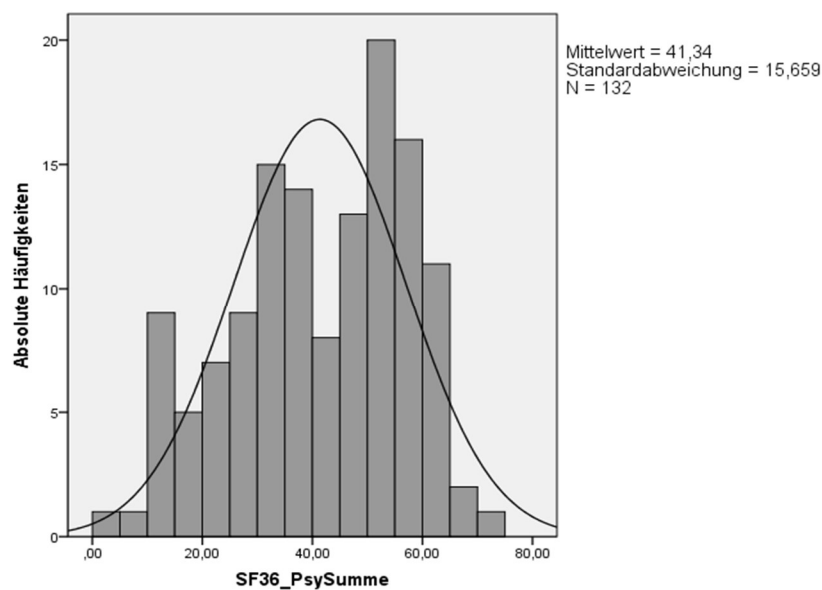


Abbildung 23: Histogramm für die Verteilung der Psychischen Summenskala

Bei beiden Basisdimensionen kann eine Normalverteilung angenommen werden. So weist die Physische Summenskala lediglich eine minimale, tolerierbare Rechtsschiefe von 0,14 (Standardfehler 0,21) und einen Exzess von -0,01 (Standardfehler 0,42) auf (vgl. Abbildung 22, S. 250). Die Psychische Summenskala lässt eine leichte Linksschiefe von -0,41 (Standardfehler 0,21) und einen Exzess von -0,74 (Standardfehler 0,42) erkennen, die jedoch ebenfalls nicht signifikant von der Normalverteilung abweichen (vgl. Abbildung 23, S. 250).

Auch die Quantile-Quantile-Plots beider Verteilungen indizieren das Vorliegen einer Normalverteilung in den Basisdimensionen Körperliches Wohlbefinden und Psychischer Gesundheitszustand (vgl. Abbildung 24, S. 251).

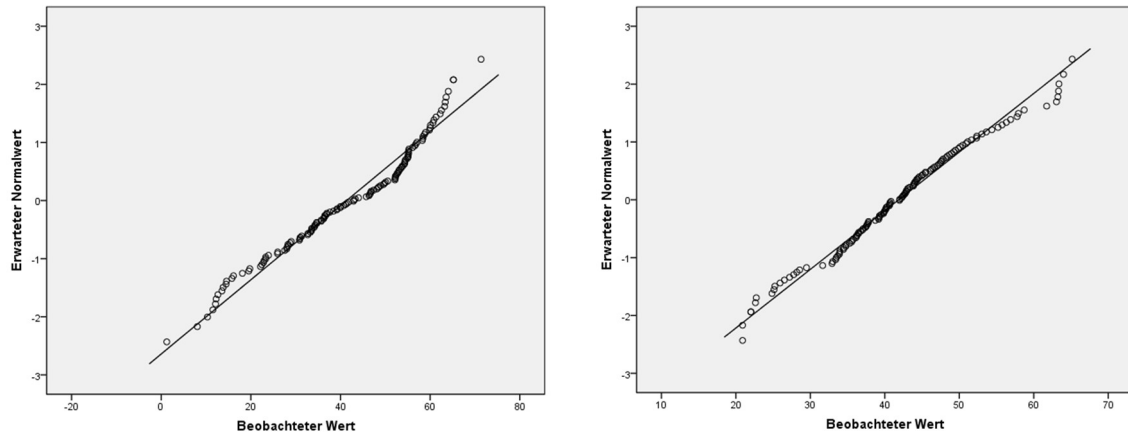


Abbildung 24: Quantil-Quantil-Plots für die Werte der Körpersumme (links) und die Werte der Psychischen Summenskala (rechts)

b. Verteilungen der Mittelwerte über die Subskalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011)

Die Werte für die Subskala *Vitalität* sind normalverteilt. Eine tolerierbare Schiefe weisen die Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* (mit einer Schiefe von -0,39 bei einem Standardfehler von 0,21 und einem Exzess von -0,64 mit einem Standardfehler von 0,42) und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* (mit einer Schiefe von -0,06 bei einem Standardfehler von 0,21 und einem Exzess von -0,77 mit einem Standardfehler von 0,42) auf. In beiden Fällen kann von einer annähernden Normalverteilung ausgegangen werden. Nicht normalverteilt sind die Werte der Skalen *Körperliche Rollenfunktion*, *Schmerzen*, *Soziale Rollenfunktion*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden* (vgl. Abbildungen 25 ff. S. 251 ff.).

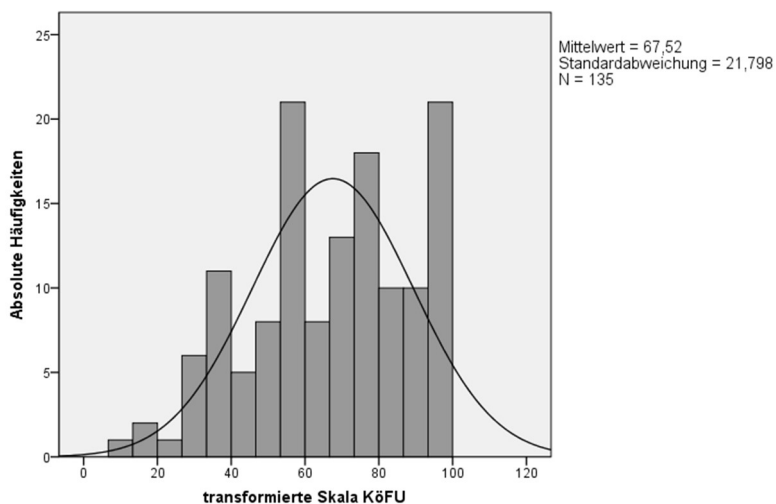


Abbildung 25: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit

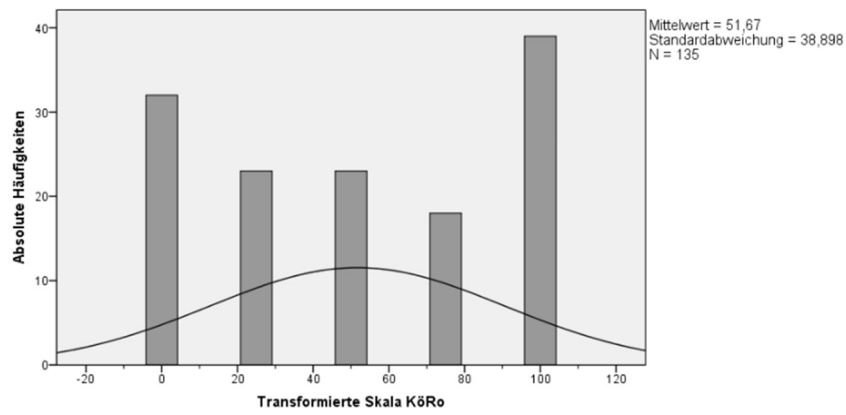


Abbildung 26: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Körperliche Rollenfunktion

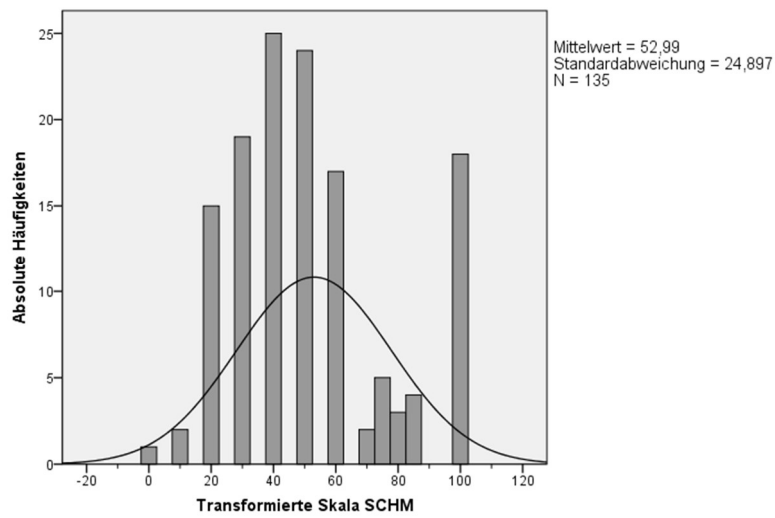


Abbildung 27: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Schmerzen

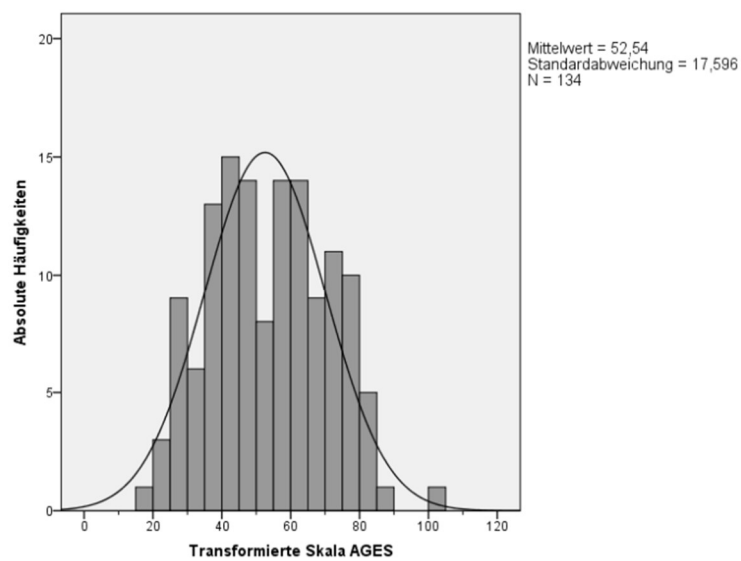


Abbildung 28: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

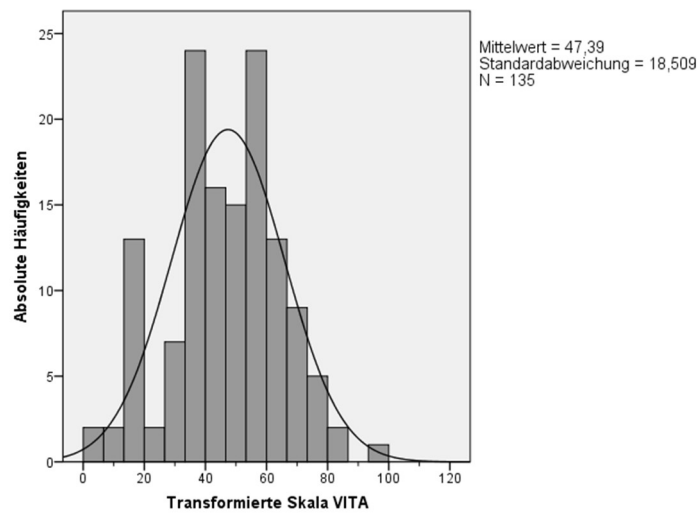


Abbildung 29: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Vitalität

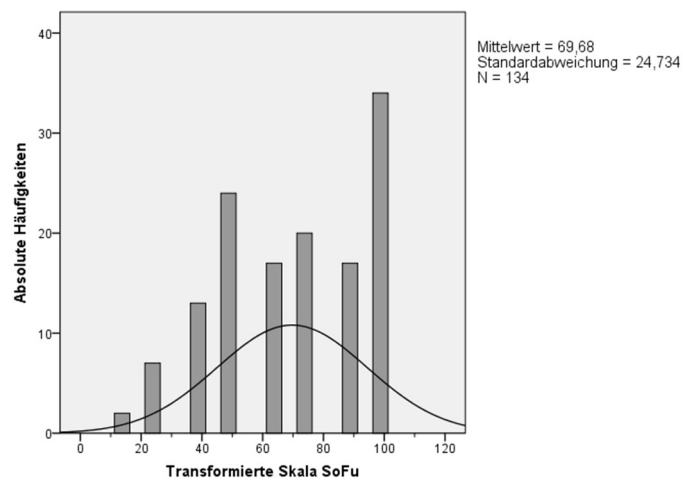


Abbildung 30: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Soziale Funktionsfähigkeit

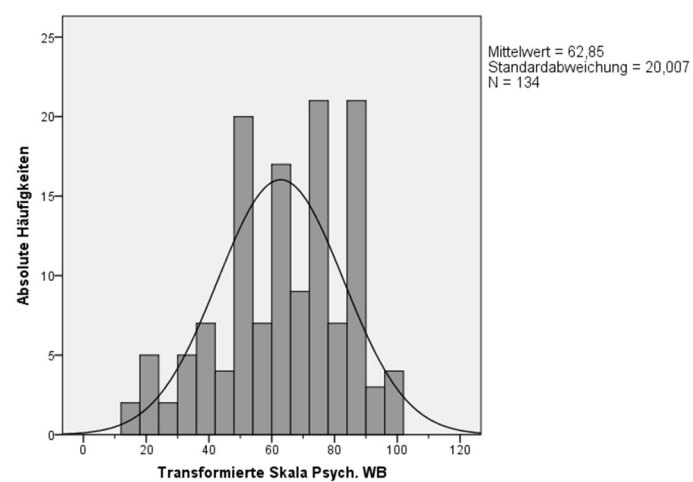


Abbildung 31: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Psychisches Wohlbefinden

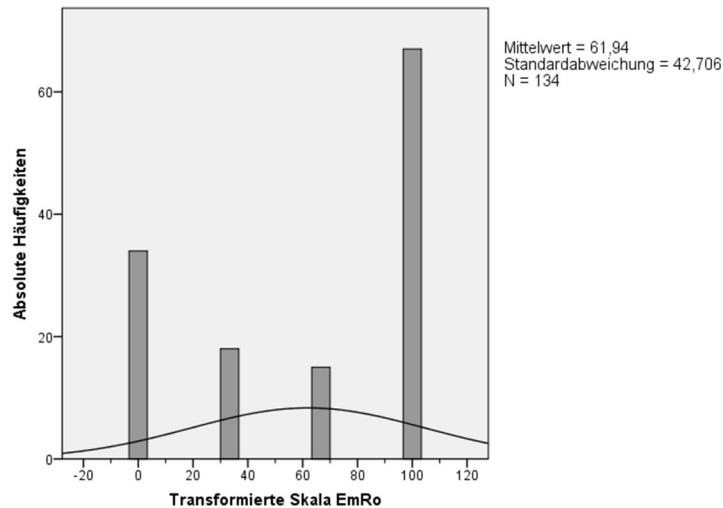


Abbildung 32: Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Emotionale Rollenfunktion

c. Verteilung der Mittelwerte des Integrationsengagements

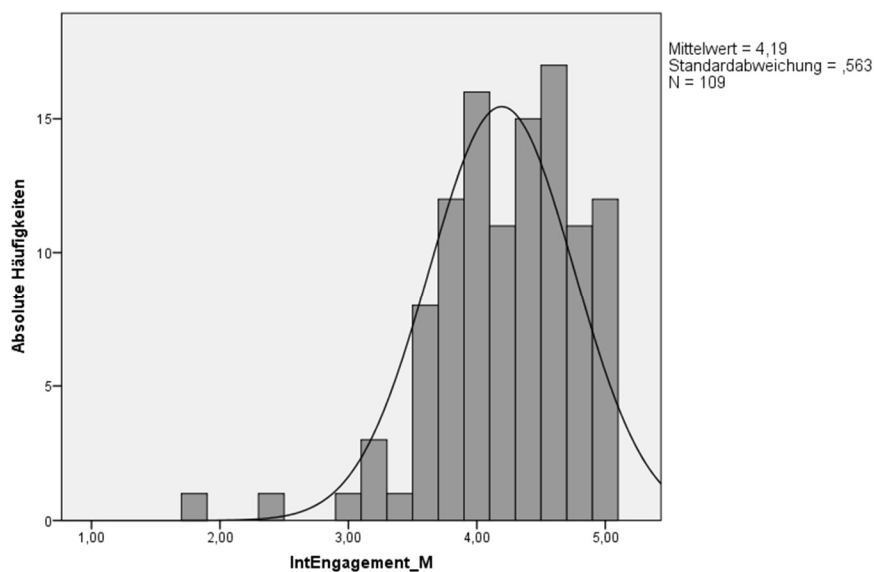


Abbildung 33: Häufigkeitsverteilung des Integrationsengagements (Skalenmittelwert)

Die Daten sind annähernd normalverteilt, lassen jedoch eine leichte Rechtssteife von $-1,11$ (Standardfehler $0,23$) mit einem Exzess von $-2,68$ (Standardfehler $0,46$) erkennen. Dieser Aspekt ist vermutlich der Stichprobengröße sowie der Beschränkung der möglichen Antwortwerte auf maximal „5 – trifft ganz genau zu“ geschuldet. Ein systematischer Bias kann ausgeschlossen werden. Darüber hinaus stimmen die geschätzten Verteilungsparameter im Sinne einer Normalverteilung mit den gegebenen Werten überein.

d. Verteilung der Häufigkeiten hinsichtlich der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen

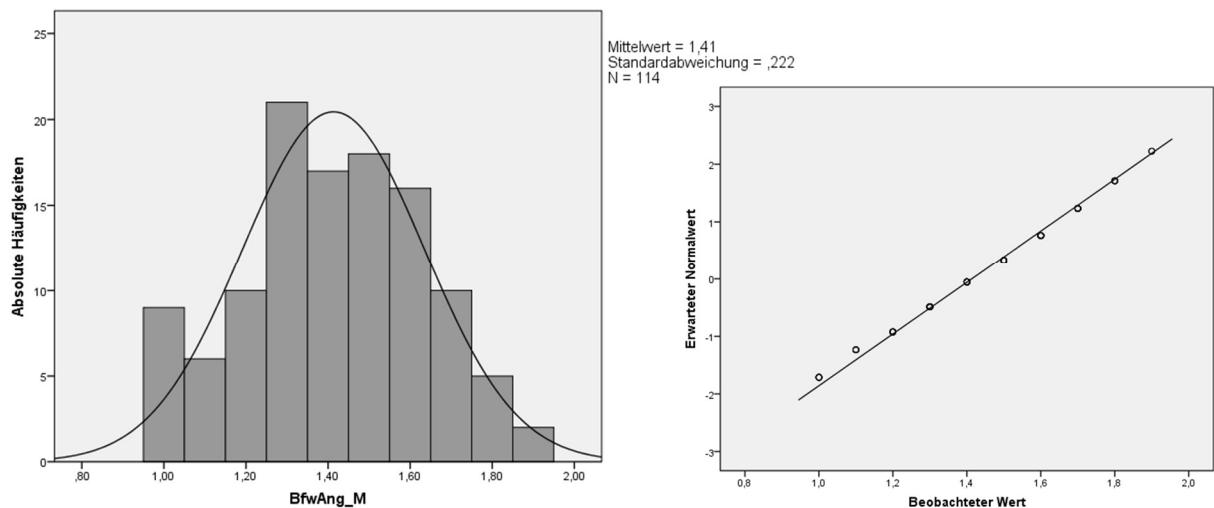


Abbildung 34: Häufigkeitsverteilung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen (Skalenmittelwert, links; „1“ steht für Nutzung aller Angebote, „2“ für Nutzung keines Angebots) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm

e. Verteilung der Häufigkeiten der Umschulungsmotivation

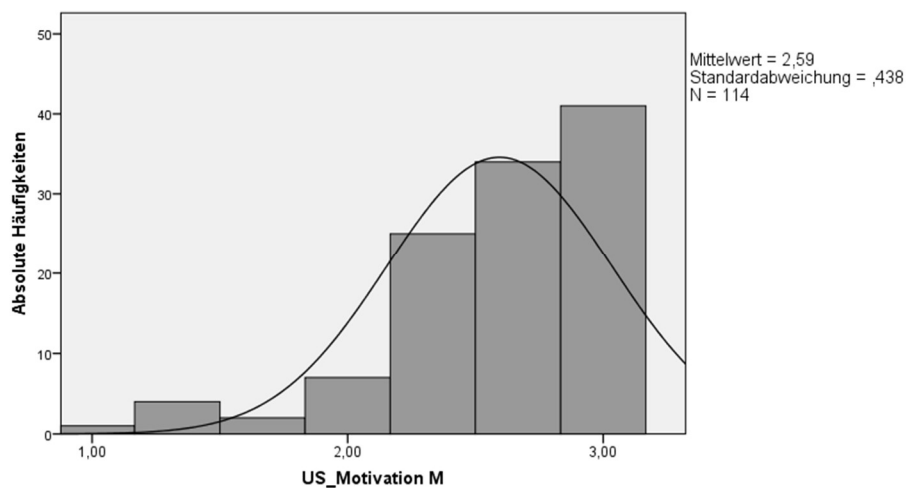


Abbildung 35: Häufigkeitsverteilung der Umschulungsmotivation (Skalenmittelwert)

Die Verteilung lässt eine Linksschiefe von -1,37 erkennen (Standardfehler 0,23) mit einem Exzess von 2,00 (Standardfehler 0,45).

f. Verteilung der Mittelwerte der Schulleistungen

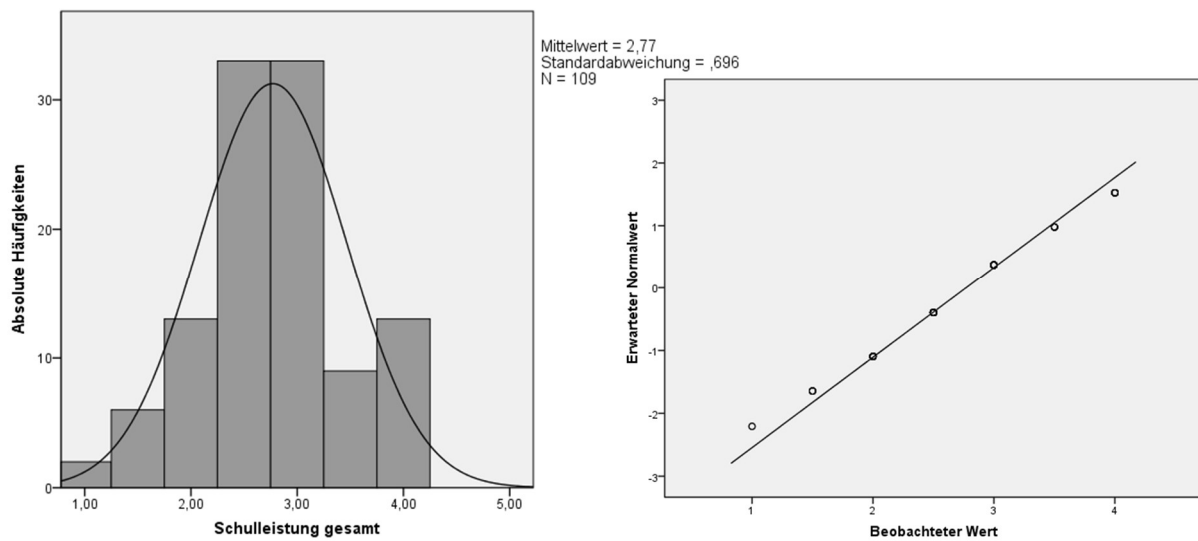


Abbildung 36: Häufigkeitsverteilung der Schulleistungen gesamt (links) sowie normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)

g. Verteilung der Häufigkeiten zu wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt

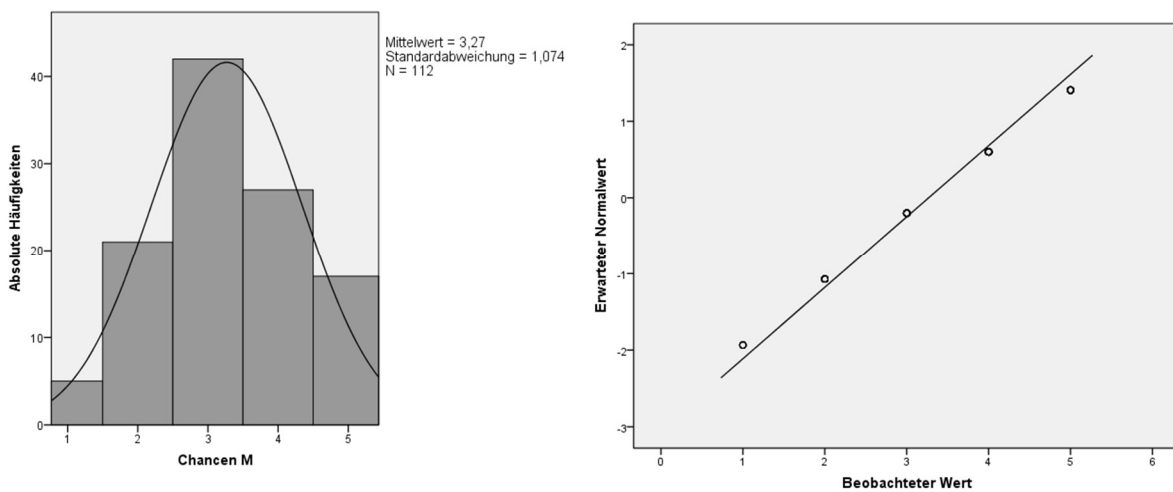


Abbildung 37: Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt („1 – schlecht“, „2 – weniger gut“, „3 – teils teils“, „4 – eher gut“, „5 – sehr gut“, links) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)

h. Verteilungen der Mittelwerte über die Subskalen und Self-Compassion gesamt der Self-Compassion Scale SCS-D (Hupfeld & Ruffieux, 2011)

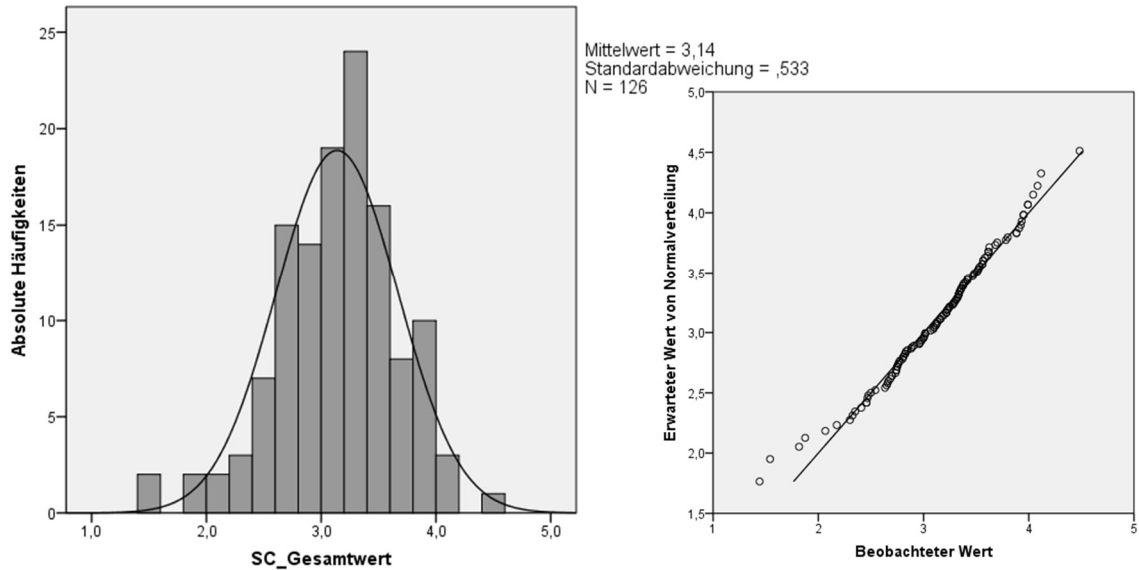


Abbildung 38: Absolute Häufigkeiten der Mittelwerte für Self-Compassion gesamt (links) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)

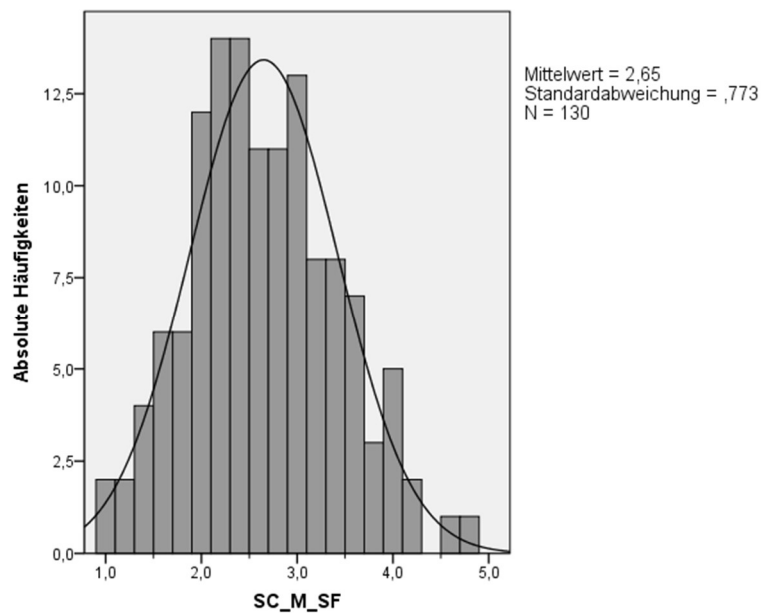


Abbildung 39: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Selbstfreundlichkeit

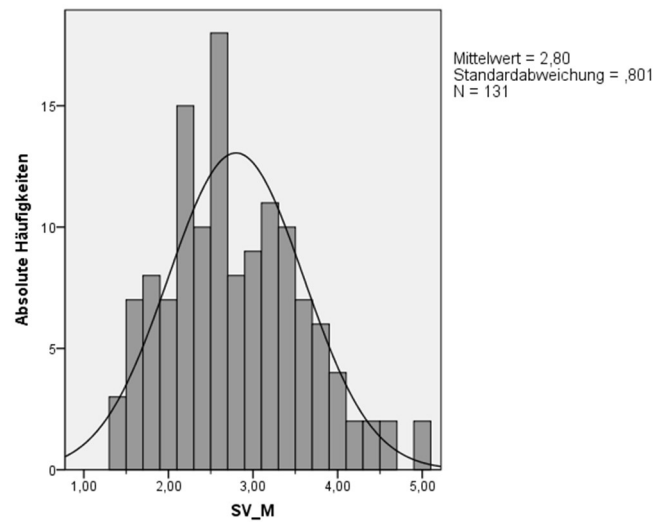


Abbildung 40: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Selbstverurteilung

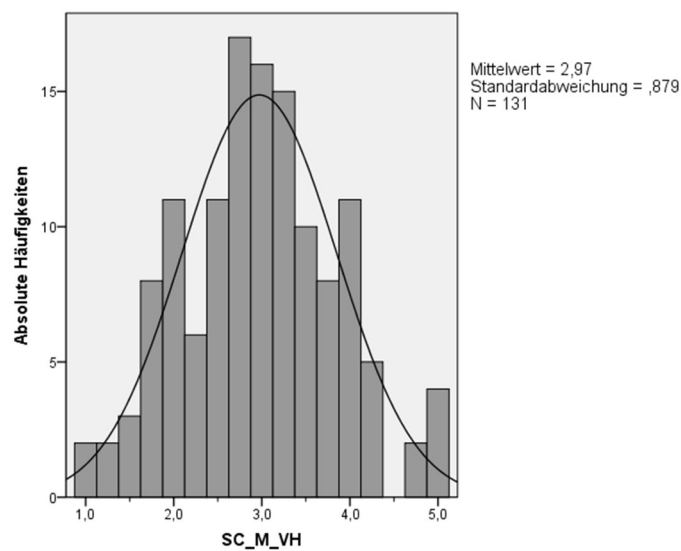


Abbildung 41: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Verbindende Menschlichkeit

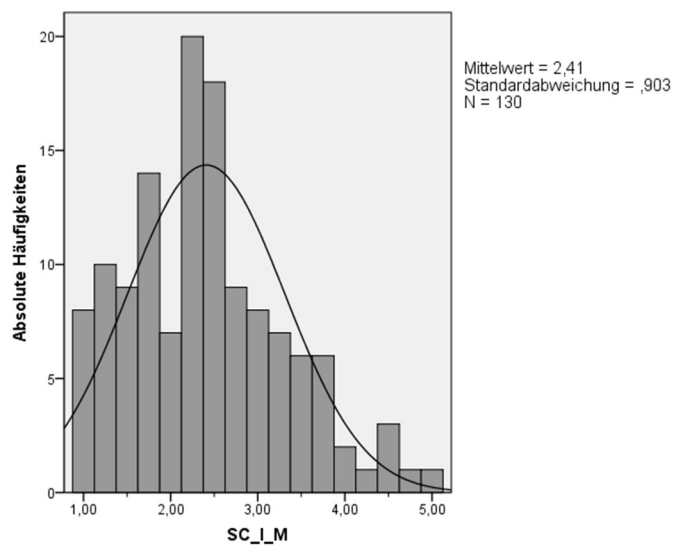


Abbildung 42: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Isolation

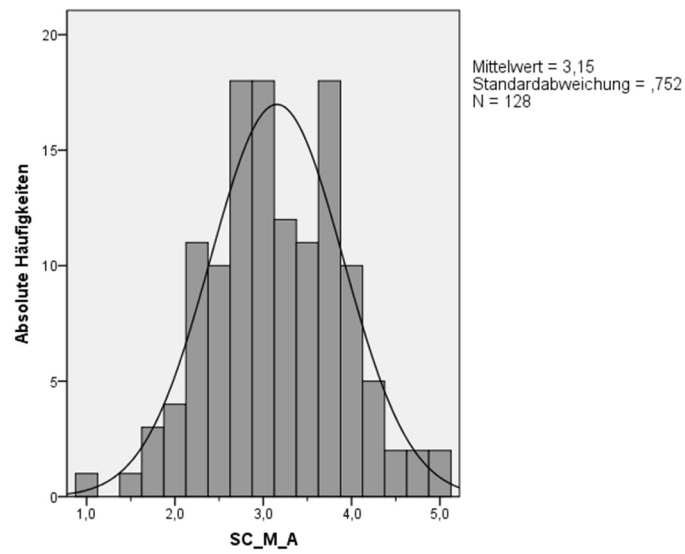


Abbildung 43: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Achtsamkeit

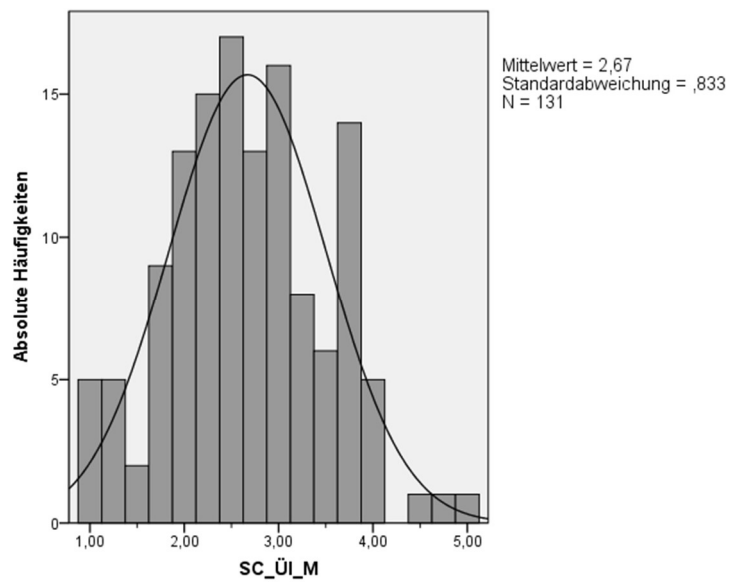


Abbildung 44: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Überidentifizierung

i. Verteilungen der Mittelwerte über die Subskalen des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000)

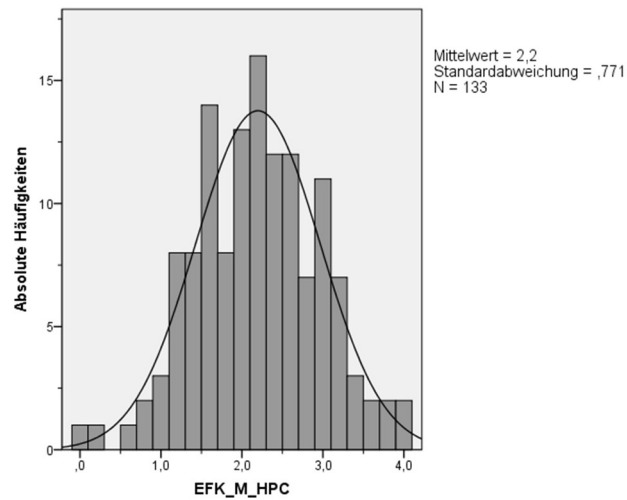


Abbildung 45: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Handelndes, problemorientiertes Coping

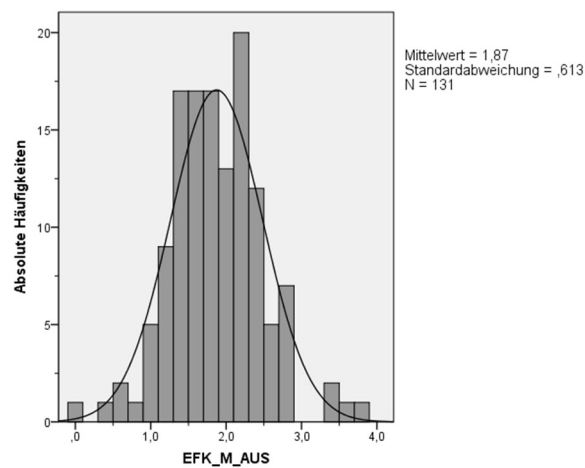


Abbildung 46: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Abstand und Selbstaufbau

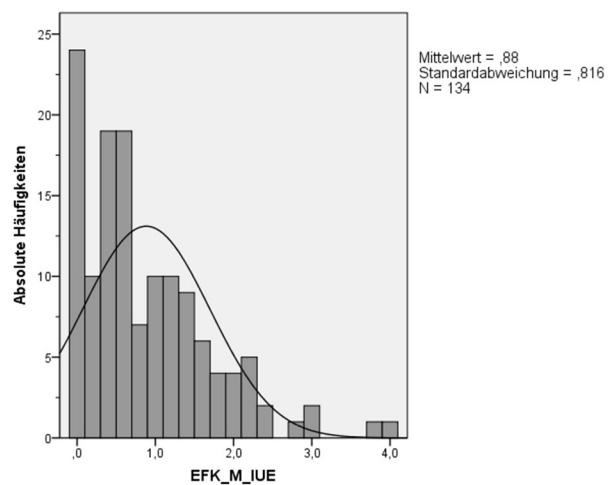


Abbildung 47: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Informationssuche und Erfahrungsaustausch

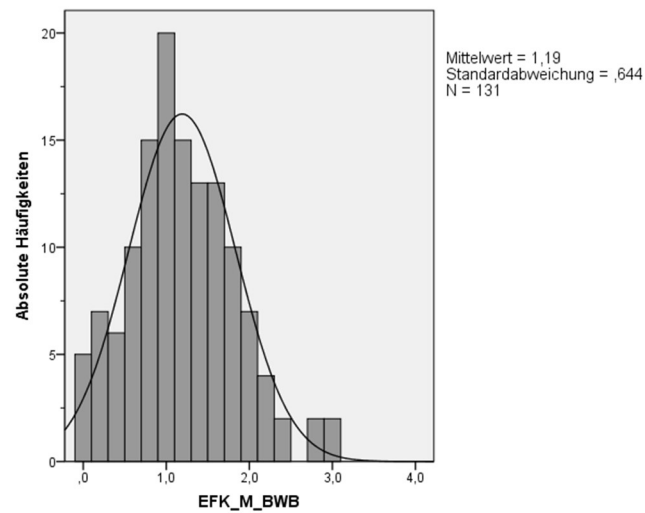


Abbildung 48: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr

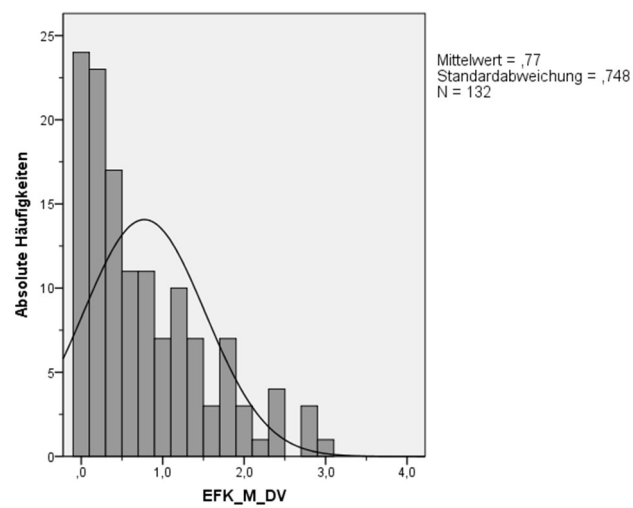


Abbildung 49: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Depressive Verarbeitung

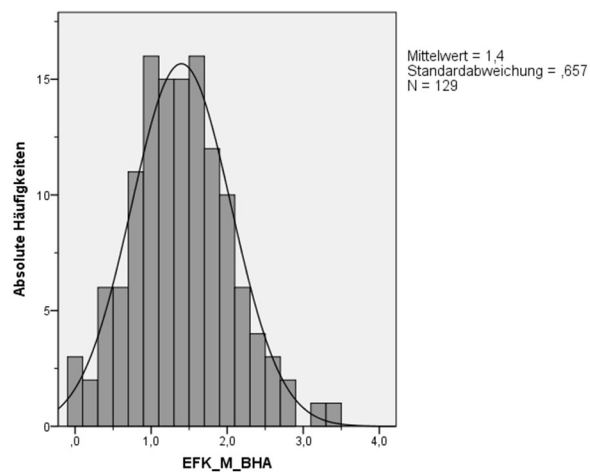


Abbildung 50: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Bereitschaft zur Annahme von Hilfe

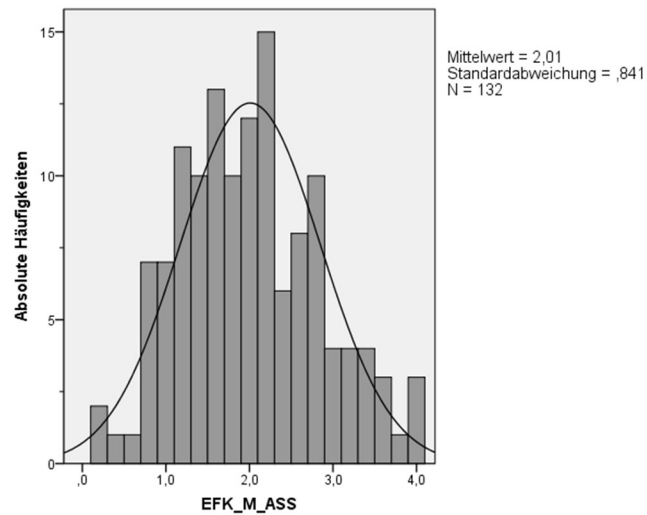


Abbildung 51: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Aktive Suche nach sozialer Einbindung

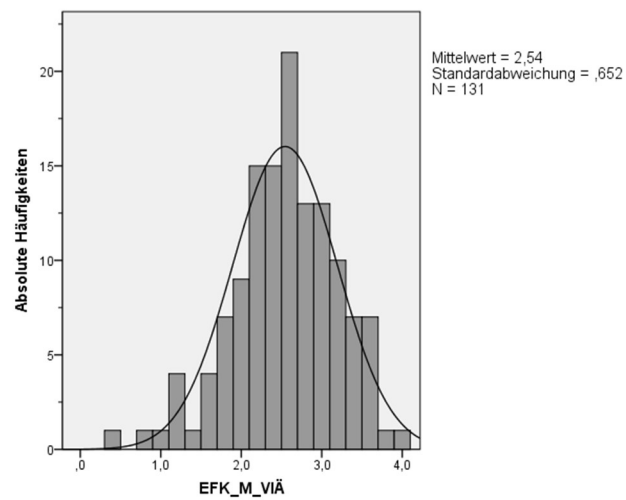


Abbildung 52: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Vertrauen in die ärztliche Kunst

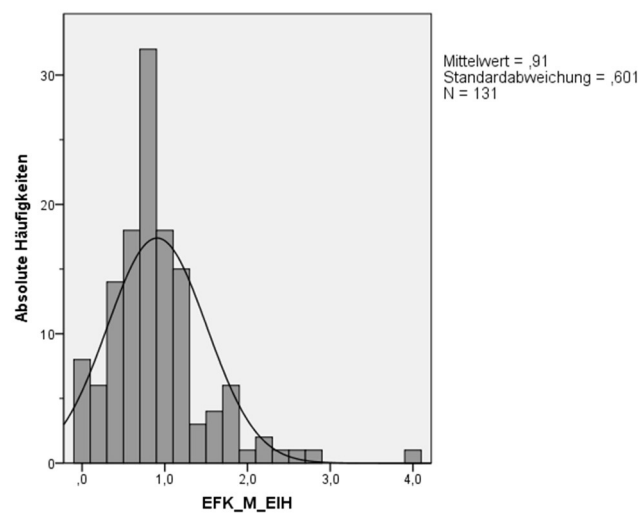


Abbildung 53: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Erarbeiten eines inneren Haltes

j. Verteilungen der Mittelwerte über die Subskalen und Gesamtskala der Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D (Stoeber, 1995, Onlinequelle)

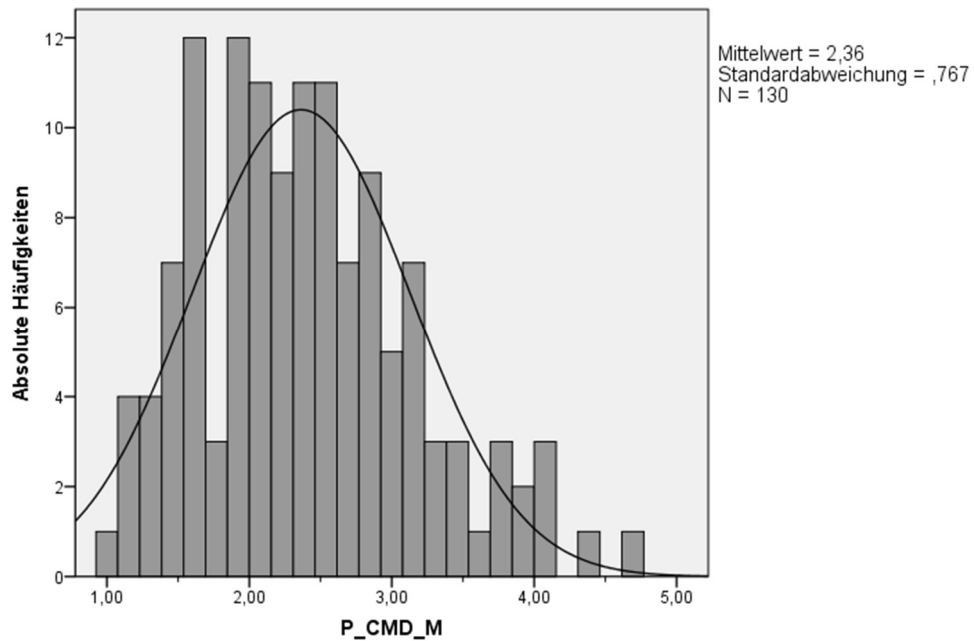


Abbildung 54: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Sorge über Fehler und Handlungszweifel

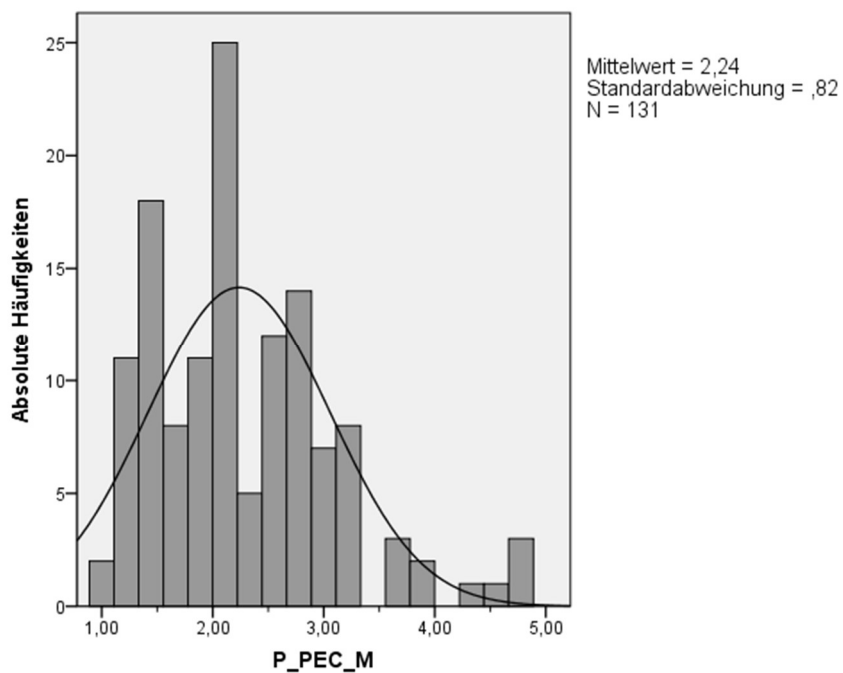


Abbildung 55: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Elterliche Erwartungen und Kritik

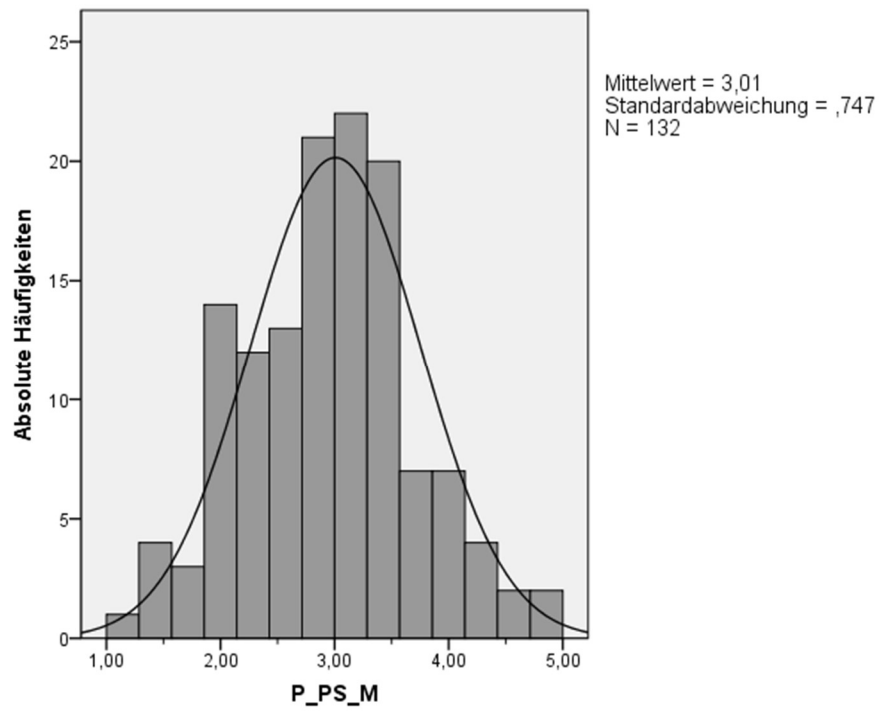


Abbildung 56: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Persönliche Standards

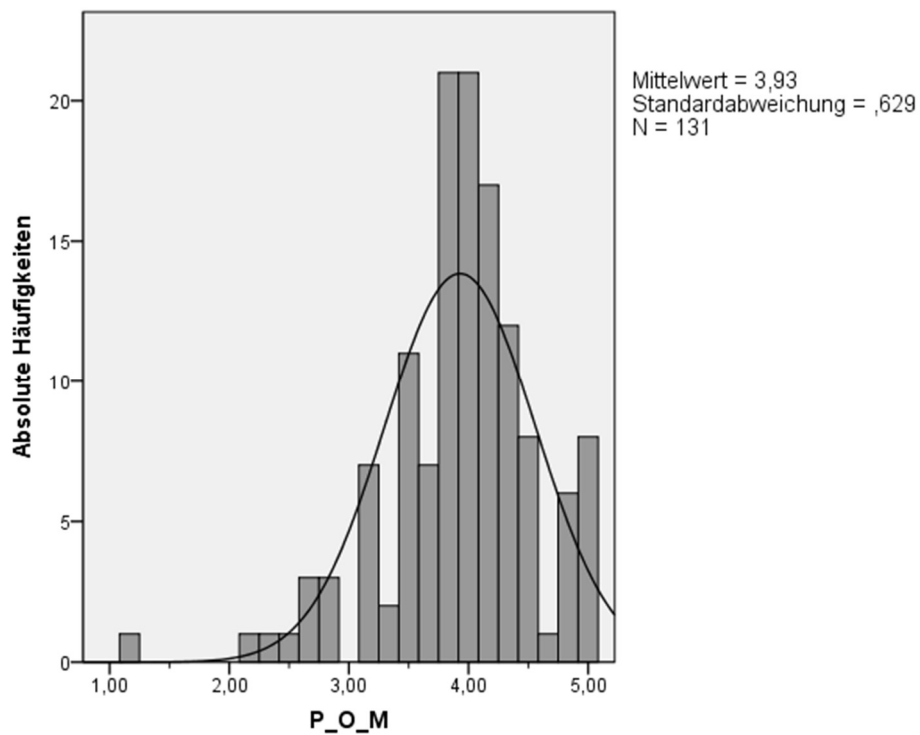


Abbildung 57: Verteilung der Mittelwerte der Subskala Organisation

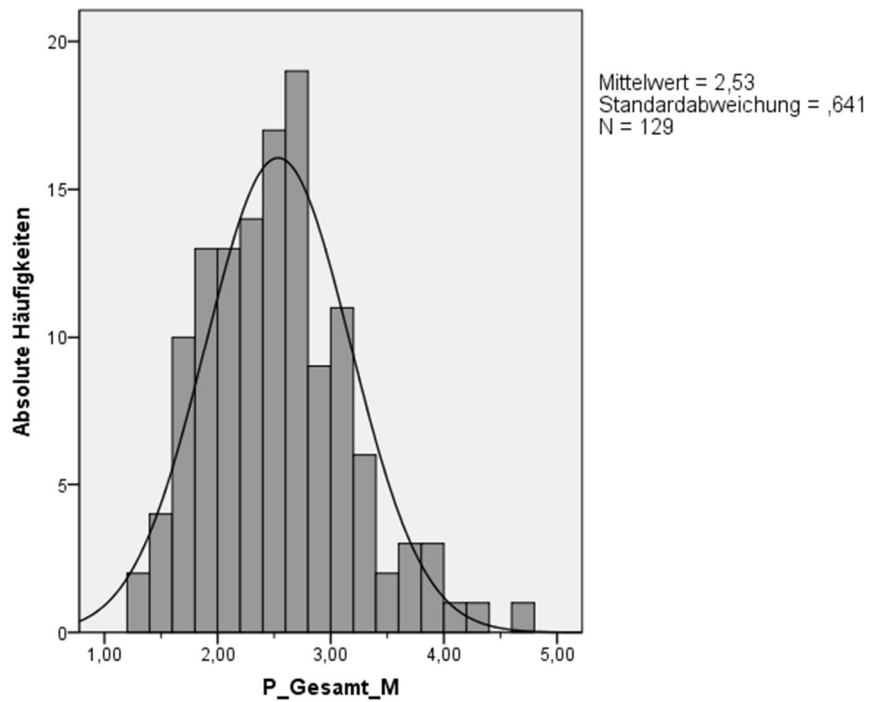


Abbildung 58: Verteilung der Mittelwerte der Skala Perfektionismus

k. Verteilungen der Mittelwerte über die Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986)

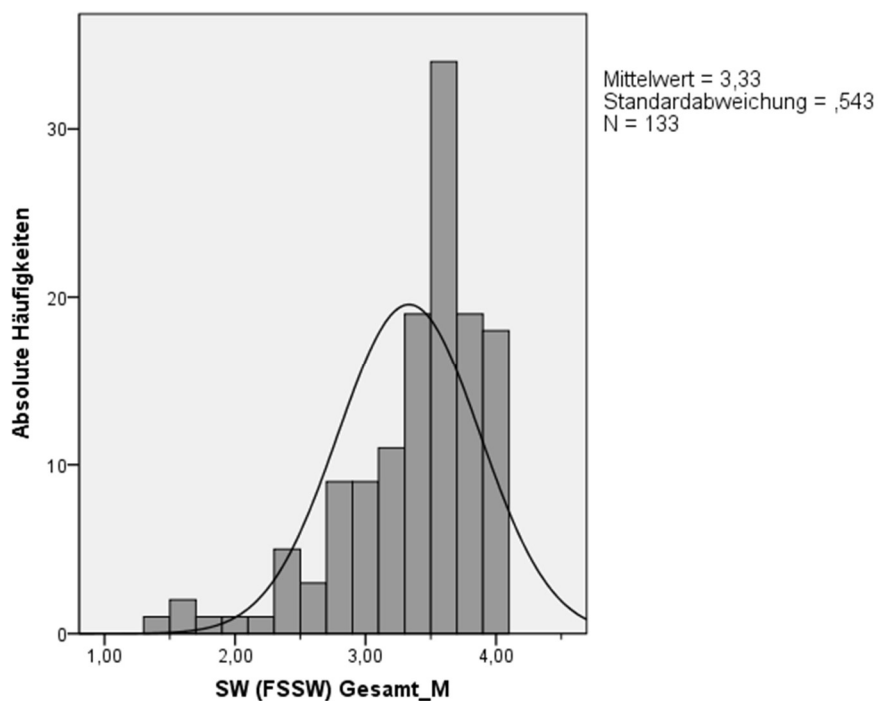


Abbildung 59: Verteilung der Mittelwerte der Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW

I. Verteilungen der Mittelwerte über die Gesamtskala mit den Coping-Facetten der Deutschen 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations CISS (Kälin, 1995) und der Skala zum Palliativen Coping (Kälin & Semmer, 2001)

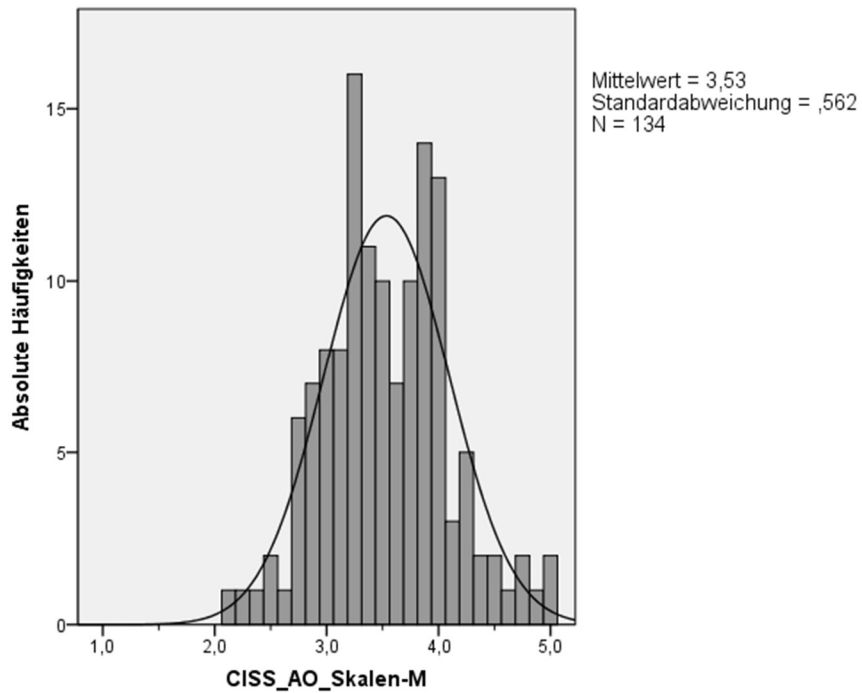


Abbildung 60: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Aufgabenorientierten Coping

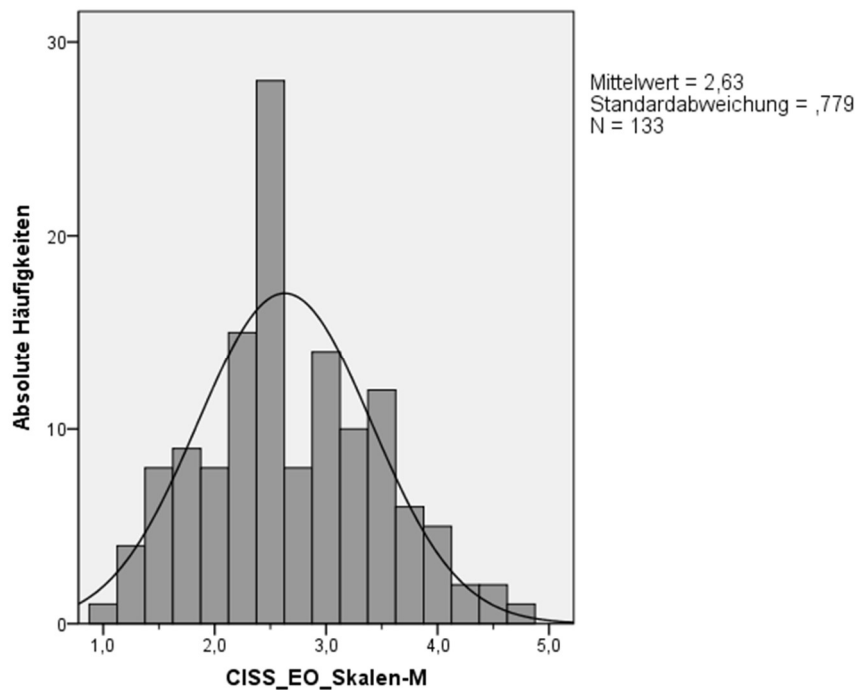


Abbildung 61: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Emotionsorientierten Coping

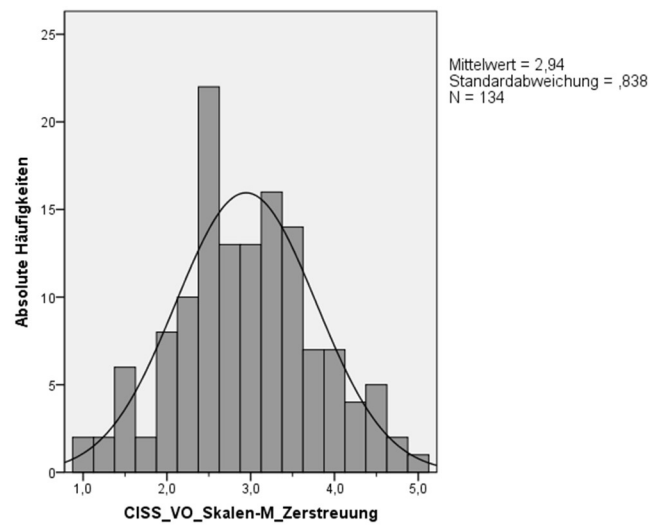


Abbildung 62: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping - Zerstreuung

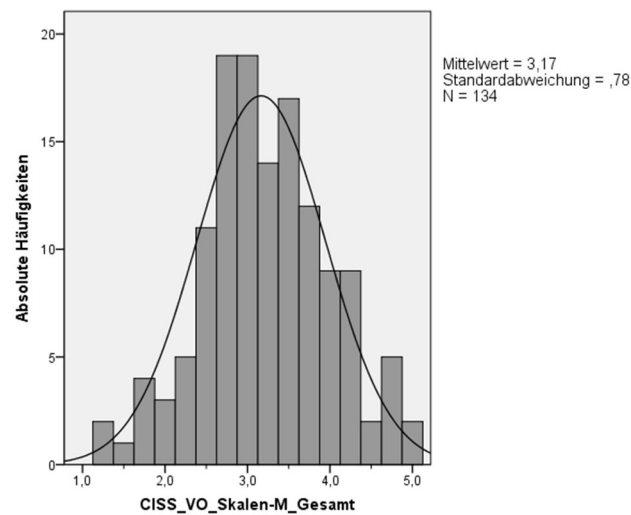


Abbildung 63: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping – sozial-ablenkungsorientiert

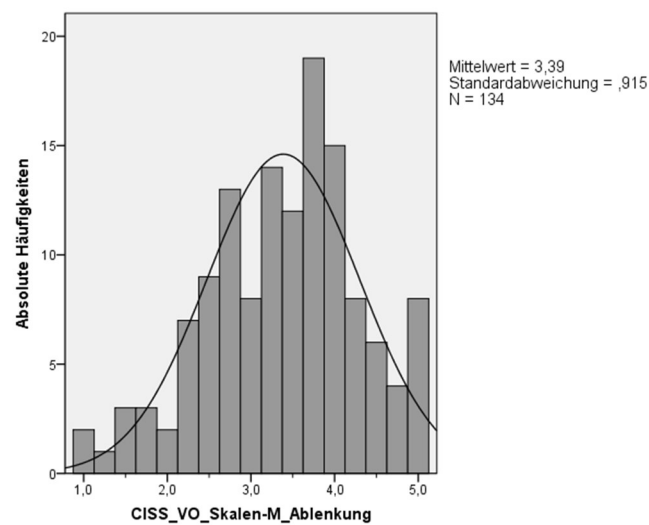


Abbildung 64: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping (gesamt)

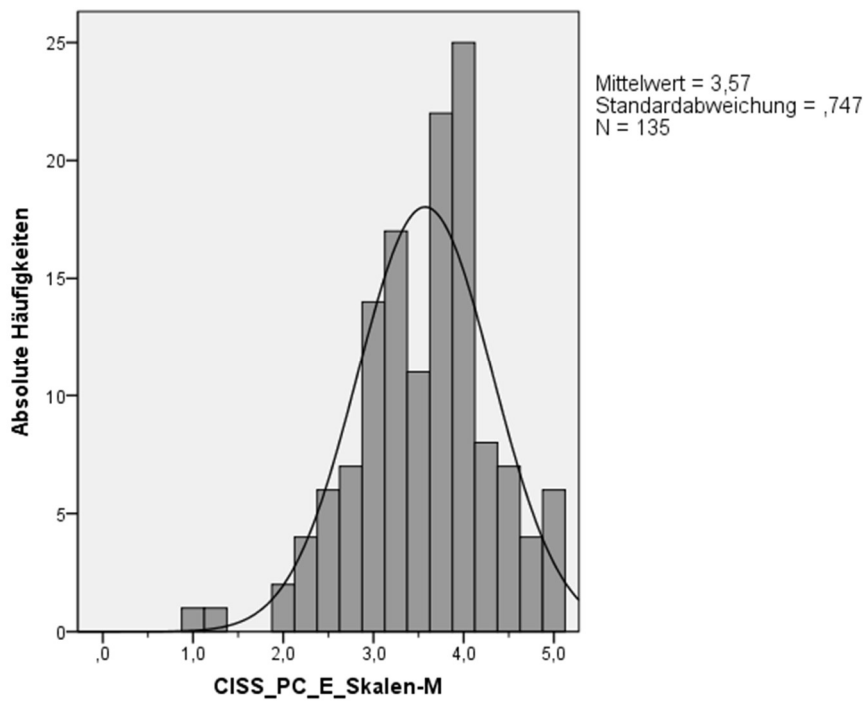


Abbildung 65: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Palliativen Coping (Erfolg)

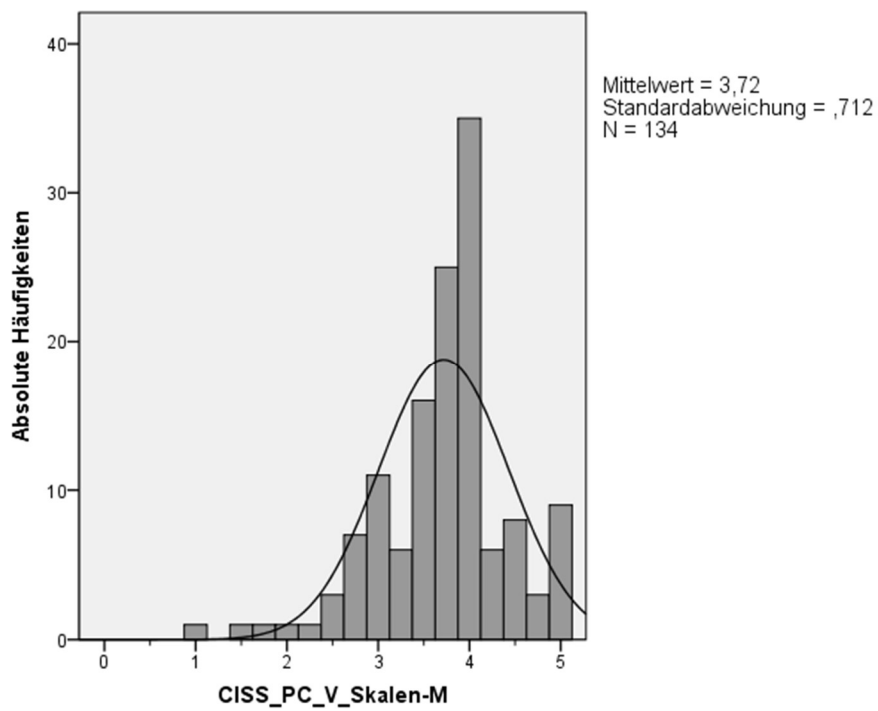


Abbildung 66: Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Palliativen Coping (Versuch)

- m. Verteilungen der Mittelwerte über die Skalen (VK) *Verhaltenskontrolle* und (SG) *Seelische Gesundheit* des *Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF* (Becker, 1989)

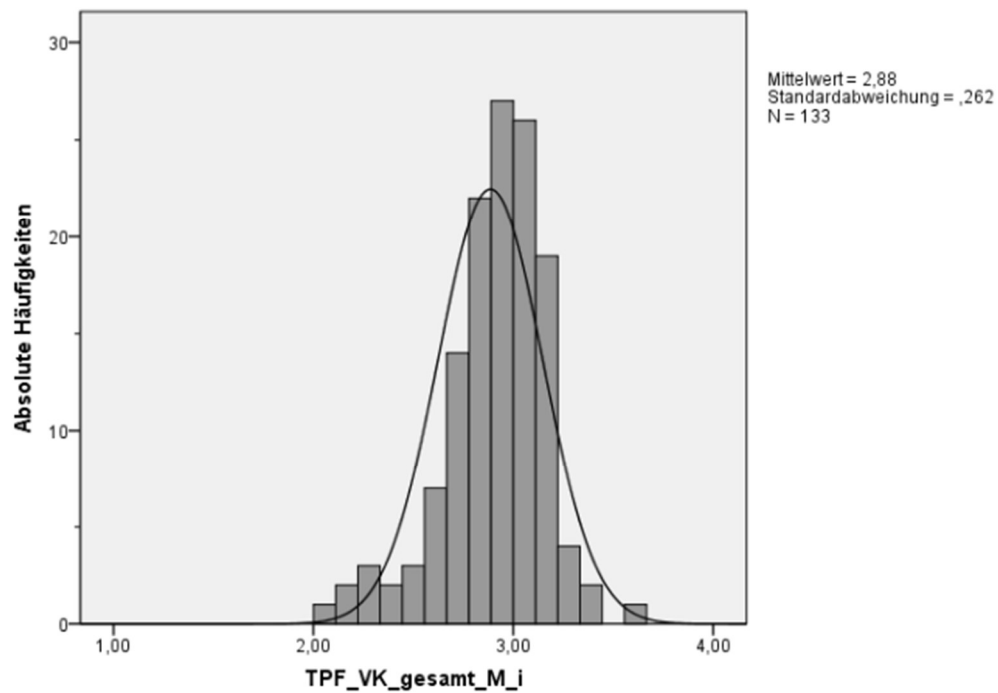


Abbildung 67: Verteilung der Mittelwerte der Skala Verhaltenskontrolle

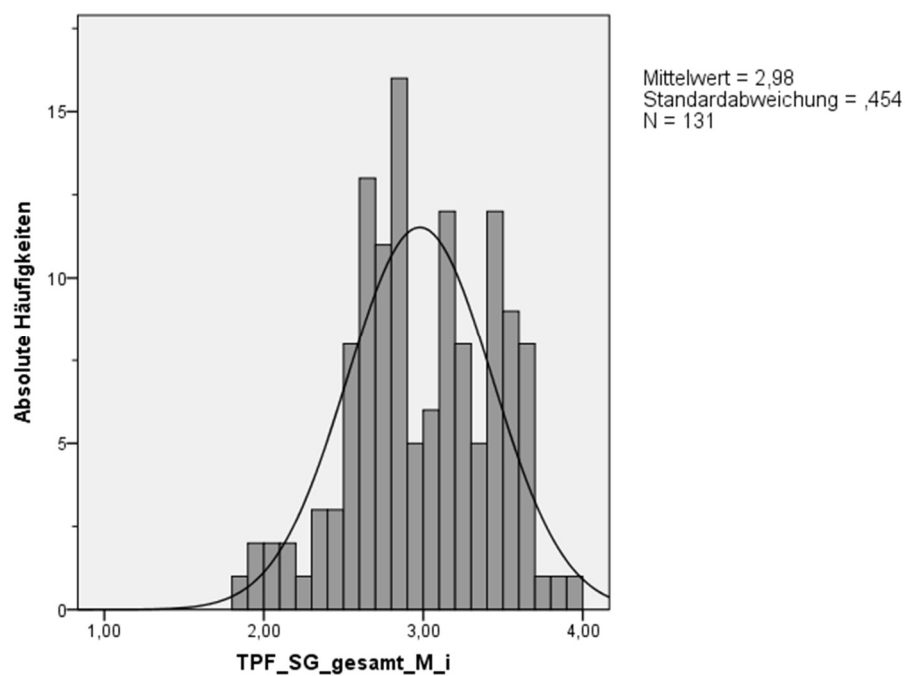


Abbildung 68: Verteilung der Mittelwerte der Skala Seelische Gesundheit

PsyΣ	n	.35**	-.33**	.11	-.52**	.27**	-.48**	.54**	-.04	.27**	.12	.22*	.76**	.82**	.86**	.91**	-.37**	1.00				
VoJa	n	.10	-.04	.02	-.13	.05	-.02	.13	.38**	.31**	.39**	.42**	.35**	.38**	.29**	.23**	.33**	.26**	1.00			
Selbstwert	n	.36**	-.47**	.34**	-.61**	.34**	-.61**	.68**	.02	.19*	.03	.20*	.48**	.45**	.46**	.60**	.12	-.19*	.57**	1.00		
Alter	n	.12	-.04	.20*	-.65**	.11	-.02	.07	-.37**	-.20*	-.24**	-.27**	-.09	-.08	-.08	-.03	-.12	-.35**	.02	-.05	1.00	
Geschlecht	n	-.02	.11	-.04	.25**	-.12	.19*	-.19*	-.15	.07	.00	.17	-.09	-.11	-.08	-.07	-.10	.05	-.07	-.13	-.04	1.00
		127	128	128	127	125	128	123	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	134		
		128	130	130	129	127	130	125	134	134	134	134	124	134	133	133	132	132	134			
		128	129	129	128	126	129	124	133	133	133	132	133	132	132	132	132	130	130	133		
		127	128	129	128	125	128	123	131	131	131	130	131	130	131	130	130	129	129	129	131	
		129	130	131	147	127	130	125	134	134	134	133	134	133	133	133	133	131	131	132	131	147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; SF-36 Gesundheitszustand mit den Subskalen (SF-36 1) KöFu Körperliche Funktionsfähigkeit, (SF-36 2) KöRo Körperliche Rollenfunktion, (SF-36 3) SCHM Schmerz, (SF-36 4) AGES Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (SF-36 5) VITA Vitalität, (SF-36 6) SoFu Soziale Funktionsfähigkeit, (SF-36 7) EmRo Emotionale Rollenfunktion, (SF-36 8) PSYCH Psychisches Wohlbefinden, KöΣ Körpersumme, PsyΣ Psychischer Summenwert, VoJa Vorjahresvergleich

Geschlecht																				
n	-02	.11	.01	.25**	-.12	.19*	-.19*	.03	.01	.05	.13	.09	.03	.01	.08	-.05	-.13	-.04	1,00	
	129	130	131	147	127	130	125	134	134	134	133	134	133	133	133	133	132	131	147	

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig). SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; EFK Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung mit den Subskalen (EFK 1) Handelndes, problemorientiertes Coping, (EFK 2) Abstand und Selbstaufbau, (EFK 3) Informationssuche und Erfahrungsaustausch, (EFK 4) Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr, (EFK 5) Depressive Verarbeitung, (EFK 6) Bereitschaft zur Annahme von Hilfe, (EFK 7) Aktive Suche nach sozialer Einbindung, (EFK 8) Vertrauen in die ärztliche Kunst, (EFK 9) Erarbeiten eines inneren Haltes

Tabelle 59: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht

Pearson-Korrelation		SC 1 - 6						US Motivat.	Schul. Leist. ¹	Prüf.-Note ¹	Schulleistung gesamt ¹	Chancen ¹	Bfw Ang. ¹	IntEnga- gement	Arbeits-platz	Selbstwert	Alter	Geschl.	
		SF	SV	VH	I	A	ÜI												SC gesamt
SC 1-6	(SC 1) SF n 130	1.00																	
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00																
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00															
	(SC 4) I n 129	-.20*	.44**	-.05	1.00														
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00													
	(SC 6) ÜI n 130	-.23*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00												
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00											
US Motivat. n 81	.03	.14	.07	-.02	-.10	.05	-.04	1.00											
Schul. Leist. ¹ n 80	-.07	-.08	-.07	.00	-.03	.01	-.08	.17	1.00										
Prüf.-Note ¹ n 76	-.06	.01	-.10	.03	-.14	-.05	-.13	.28**	.60**	1.00									
Schulleistung gesamt ¹ n 76	-.07	-.03	-.10	.03	-.09	-.02	-.13	.25**	.91**	.88**	1.00								
Chancen ¹ n 79	-.12	-.14	-.13	.03	-.14	-.08	-.04	.42**	.21*	.33**	.30**	1.00							
Bfw Ang. ¹ n 81	.02	.24*	.04	.32**	.05	.27*	-.19	-.12	-.40**	-.36**	-.42**	-.14	1.00						
IntEngagement n 77	.13	.09	.23*	.14	.06	.08	-.02	.26**	-.01	.10	.07	.08	.09	1.00					

Arbeitsplatz	n	-.07 80	-.07 80	-.17 80	.12 79	-.06 78	-.10 80	-.10 77	.18 111	.05 110	.17 106	.13 106	.57** 110	-.13 111	.00 106	1.00 111			
Selbstwert	n	.36** 128	-.47** 129	.20* 129	.34** 126	-.65** 128	-.61** 129	.68** 124	.27* 81	.09 77	.14 81	.07 80	-.02 76	-.28* 81	.16 79	.07 80	1.00 133		
Alter	n	.12 127	-.04 128	-.01 128	-.01 127	.11 125	-.02 128	.07 123	-.02 80	-.24* 79	-.24* 75	-.26* 75	-.18 78	.33** 80	.27* 76	.07 79	-.45 129	1.00 131	
Geschl.	n	-.02 129	.11 130	.01 130	.25** 129	-.12 127	.19* 130	-.19* 125	.08 95	.09 94	-.13 90	.00 90	-.05 93	.18 95	.25* 90	.09 93	-.13 132	-.04 131	1.00 147

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen/Nutzung. SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; US Motivat. Umschulungsmotivation; Schul. Leistungen Schulische Leistungen; Prüf.-Note Prüfungsnote; Schulleistung gesamt als Mittelwert aus Schulleistungen und Prüfungsnote, Chancen verstanden als die wahrgenommenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt; Bfw Ang. Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen; IntEngagement Integrationsengagement; Arbeitsplatz in Form der Aussicht auf eine Anstellung.

Tabelle 60: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes

Pearson-Korrelation	SC 1 - 6							Int_E 1	Int_E 2	Int_E 3	Int_E 4	Int_E 5	Int_E 6	Int_E 7	Int_E 8	Int_E 9	Int_E 10	IntEnga- gement		
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt													
SC 1-6	(SC 1) SF n 130	1.00																		
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00																	
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00																
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00															
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00														
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00													
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00												
Int_E1 n 80	.11	.12	.28*	-.05	-.01	-.01	.08	1.00												
Int_E2 n 79	.16	-.06	.29*	.09	.07	-.02	.10	.43**	1.00											
Int_E3 n 77	.06	.03	.06	.11	.11	.12	-.04	.13	.36**	1.00										
Int_E4 n 77	.16	.10	.18	-.04	.21	-.04	.11	.54**	.47**	.33**	1.00									
Int_E5 n 80	.18	-.04	.22	-.06	.07	-.09	.15	.61**	.50**	.07	.41**	1.00								
Int_E6 n 80	.09	-.09	.00	.04	-.02	.02	.00	.29**	.43**	.49**	.35**	.37**	1.00							
Int_E7 n 80	.05	.05	.07	.13	.10	.09	-.05	.11	.38**	.82**	.36**	.15	.56**	1.00						
Int_E8 n 81	-.12	.14	.07	.01	.01	-.03	-.06	.18	.39**	.36**	.34**	.08	.25**	.38**	1.00					

Int_E9	n	-.02 81	.25* 81	.17 81	.29** 80	.01 79	.29** 81	-.22* 78	.36** 112	.48** 112	.24* 110	.41** 110	.37** 113	.29** 113	.27** 113	.28** 114	1.00 114		
Int_E10	n	.05 81	.14 81	.03 81	.28* 80	-.05 79	.19 81	-.20 78	.26** 112	.39** 112	.16 110	.22* 110	.29** 113	.19* 113	.24* 113	.27** 114	.50** 114	1.00 114	
IntEngagement	n	.13 77	.09 77	.23* 77	.14 76	.06 75	.08 77	-.02 74	.65** 109	.76** 109	.58** 109	.71** 109	.64** 109	.65** 109	.62** 109	.54** 109	.68** 109	.57** 109	1.00 109

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); 1. Werte wurden zuvor invertiert. Hohe Werte indizieren gute Leistungen/Noten bzw. hohe Chancen. SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) Ü Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; IntEngagement respektive Int_E Integrationsengagement; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 223; Int_E1 aktive Stellensuche; Int_E2 Bewerbung mit persönlicher Note; Int_E3 Interesse an Weiterbildung; Int_E4 Nutzung privater Kontakte für Arbeitsuche; Int_E5 regelmäßige Aktualisierung der Bewerbungsunterlagen; Int_E6 Bestreben eine gute Praktikumsbeurteilung zu erhalten; Int_E7 Interesse an Zusatzqualifikationen; Int_e8 Eigeninitiative im Bewerbungsprozess; Int_E9 Selbstreflexion; Int_E10 Offenheit für Tipps und Rückmeldungen;

Tabelle 61: Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes

Pearson-Korrelation	SC 1 - 6							Bfw_A 1 ¹	Bfw_A 2 ¹	Bfw_A 3 ¹	Bfw_A 4 ¹	Bfw_A 5 ¹	Bfw_A 6 ¹	Bfw_A 7 ¹	Bfw_A 8 ¹	Bfw_A 9 ¹	Bfw_A 10 ¹	Bfw Ang. 1 ¹		
	SF	SV	VH	I	A	ÜI	SC gesamt													
SC 1-6	(SC 1) SF n 130	1.00																		
	(SC 2) SV n 130	-.26**	1.00																	
	(SC 3) VH n 130	.44**	.11	1.00																
	(SC 4) I n 129	-.19*	.43**	-.05	1.00															
	(SC 5) A n 127	.61**	-.03	.51**	-.29**	1.00														
	(SC 6) ÜI n 130	-.22*	.52**	-.04	.71**	-.31**	1.00													
	SC gesamt n 126	.69**	-.55**	.50**	-.71**	.69**	-.73**	1.00												
Bfw_A1 ¹ n 81	-.13	-.10	-.09	.06	.05	-.02	-.05	1.00												
Bfw_A2 ¹ n 81	-.07	.13	-.06	.15	-.17	.13	-.19	.51**	1.00											
Bfw_A3 ¹ n 81	.08	.17	.12	.23*	.10	.19	-.08	.18	.15	1.00										
Bfw_A4 ¹ n 81	.10	.00	-.04	.06	-.06	-.02	.01	.01	.09	.43**	1.00									
Bfw_A5 ¹ n 81	-.11	.29**	-.05	.43**	-.07	.46**	-.38**	.13	.11	.40**	.25**	1.00								
Bfw_A6 ¹ n 81	.03	.06	.03	.17	.05	.13	-.05	.10	.10	.17	.10	.16	1.00							
Bfw_A7 ¹ n 81	-.18	.01	-.03	.00	-.04	-.06	-.07	.16	.15	.11	.07	.26**	.09	1.00						
Bfw_A8 ¹ n 81	.20	.15	.22*	.09	.18	.11	.06	-.10	.00	.12	.23*	.16	.16	.14	1.00					

Bfw_A9¹	n	.17 81	.04 81	.04 81	.03 80	.02 79	.02 81	.06 78	-.07 114	.08 114	.09 114	.02 114	.11 114	.09 114	.23* 114	.19* 114	1.00 114		
Bfw_A10¹	n	.03 81	.33** 81	.04 81	.20 80	.14 79	.22 81	-.13 78	-.16 114	.00 114	-.02 114	.06 114	.22* 114	.16 114	.10 114	.27** 114	.32** 114	1.00 114	
Bfw Ang.¹	n	.02 81	.24* 81	.04 81	.32** 80	.05 79	.27* 81	-.19 78	.40** 114	.48** 114	.56** 114	.45** 114	.60** 114	.46** 114	.49** 114	.45** 114	.40** 114	.41** 114	1.00 114

Anmerkungen: **Korrelation ist bei Niveau 0.01 signifikant (zweiseitig); *Korrelation ist bei Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig); ¹steht für invertierte Werte (hohe Werte entsprechen starker Nutzung) SC Self-Compassion mit den Subskalen (SC 1) SF Selbstfreundlichkeit, (SC 2) SV Selbstverurteilung, (SC 3) VH Verbindende Humanität, (SC 4) I Isolation, (SC 5) A Achtsamkeit, (SC 6) ÜI Überidentifizierung, SC gesamt Gesamtwert Self-Compassion; Bfw Ang. respektive Bfw_A Nutzung des Angebots besonderer Hilfen; eine detaillierte Auflistung der Item-Inhalte findet sich im Anhang, S. 223; Bfw_A1 Sport; Bfw_A2 Freizeitangebote; Bfw_A3 Physiotherapie; Bfw_A4 Arztbesuch; Bfw_A5 Psychologische Beratung; Bfw_A6 Sozialberatung; Bfw_A7 Förderunterricht; Bfw_A8 Berufskunde; Bfw_A9 Hilfestellung bewerbungsschreiben; Bfw_A10 Unterstützung Praktikums-/Jobvermittlung.

VERZEICHNISSE**TABELLEN**

	Seite
<i>Tabelle 1:</i> Gegenüberstellung von Selbstwert und Self-Compassion	44
<i>Tabelle 2:</i> Beschreibung der Stichprobe - Altersverteilung	79
<i>Tabelle 3:</i> Beschreibung der Stichprobe - Geschlechterverteilung, Beschäftigungsstatus, Schulabschluss, Berufsausbildung	81
<i>Tabelle 4:</i> Beschreibung der Stichprobe - Rehabilitationsleiden und Ausrichtung der beruflichen Rehabilitation	82
<i>Tabelle 5:</i> Grundlage der Berechnung und Transformation von Skalenwerten des SF-36	86
<i>Tabelle 6:</i> Tatsächliche und mögliche Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für die Summenskalen	87
<i>Tabelle 7:</i> Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen des SF-36	87
<i>Tabelle 8:</i> Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung	88
<i>Tabelle 9:</i> Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Subskalen der deutschen Version der Self-Compassion Scale	90
<i>Tabelle 10:</i> Kriterien für Integrationsengagement	96
<i>Tabelle 11:</i> Items zur Erfassung von Integrationsengagement bzw. fehlendem Integrationsengagement – Vorauswahl (Grau unterlegt: Items zu mangelndem Integrationsengagement, rosa unterlegt: Items, die keine weitere Berücksichtigung fanden, grün unterlegt: Items, die in die Skala zur Erfassung des Integrationsengagements eingingen)	98
<i>Tabelle 12:</i> Statistische Kennzahlen der Itemauswahl für die Skala zur Erfassung von Integrationsengagement	101

<i>Tabelle 13:</i>	Items zur Erfassung von Umschulungsmotivation	102
<i>Tabelle 14:</i>	Subskalen- und Summenskalenwerte des SF-36 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) im Verhältnis zur Normstichprobe und untersuchten Teilpopulationen mit Erkrankungshintergrund	104
<i>Tabelle 15:</i>	Item- und Skalenmittelwerte sowie Standardabweichungen für das Integrationsengagement	105
<i>Tabelle 16:</i>	Häufigkeit der Nutzung Besonderer Hilfen im Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt	106
<i>Tabelle 17:</i>	Häufigkeit der Nutzung einzelner Angebote im Rahmen der Besonderen Hilfen	107
<i>Tabelle 18:</i>	Item- und Skalenmittelwerte für die Umschulungsmotivation	108
<i>Tabelle 19:</i>	Mittelwerte der schulischen Leistungen	108
<i>Tabelle 20:</i>	Korrelationen zwischen Self-Compassion und den Subskalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011)	111
<i>Tabelle 21:</i>	Mittelwertsunterschiede zwischen Probanden mit hohem vs. niedrigem Selbstmitgefühl hinsichtlich der Subskalen und Summenwerte des SF-36 Fragebogens	112
<i>Tabelle 22:</i>	Regressionsanalyse mit Vitalität als Kriterium	117
<i>Tabelle 23:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Soziale Funktionsfähigkeit	118
<i>Tabelle 24:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Emotionale Rollenfunktion	119
<i>Tabelle 25:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Psychisches Wohlbefinden	120
<i>Tabelle 26:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Psychische Summenskala	122
<i>Tabelle 27:</i>	Korrelationen zwischen Self-Compassion und den Subskalen des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000)	124

<i>Tabelle 28:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Handelndes, problemorientiertes Coping	127
<i>Tabelle 29:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Depressive Verarbeitung	128
<i>Tabelle 30:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Aktive Suche nach sozialer Einbindung	129
<i>Tabelle 31:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Erarbeiten eines inneren Haltes	130
<i>Tabelle 32:</i>	Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, Perfektionismus einschließlich den Subskalen der Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch FMPS-D (Stoeber, 1995, Onlinequelle), Selbstwert, Alter und Geschlecht	131
<i>Tabelle 33:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Sorge über Fehler und Handlungszweifel	134
<i>Tabelle 34:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Elterliche Erwartungen und Kritik	135
<i>Tabelle 35:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Perfektionismus (gesamt)	136
<i>Tabelle 36:</i>	Korrelationen zwischen Self-Compassion, der Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986), Alter und Geschlecht	137
<i>Tabelle 37:</i>	Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, den Skalen Verhaltenskontrolle und Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989), Selbstwert, Alter und Geschlecht	139
<i>Tabelle 38:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Seelische Gesundheit	141
<i>Tabelle 39:</i>	Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, sowie den Coping-Facetten der Deutschen 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations CISS (Kälin, 1995) und der Skala zum Palliativen Coping (Kälin & Semmer, 2001), Selbstwert, Alter und Geschlecht	143

<i>Tabelle 40:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Aufgabenorientiertes Coping	147
<i>Tabelle 41:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Emotionsorientiertes Coping	148
<i>Tabelle 42:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Vermeidungsorientiertes Coping – Zerstreuung	149
<i>Tabelle 43:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Vermeidungsorientiertes Coping – Sozial-ablenkungsorientiert	150
<i>Tabelle 44:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Palliativ-erfolgreiches Coping	151
<i>Tabelle 45:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Palliatives Coping: Versuch	152
<i>Tabelle 46:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Integrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht	154
<i>Tabelle 47:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes	156
<i>Tabelle 48:</i>	Korrelationsmatrix der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht	157
<i>Tabelle 49:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes	159
<i>Tabelle 50:</i>	Korrelationsmatrix der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes, für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, das Integrationsengagements, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht	162

<i>Tabelle 51:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Psychologische Beratung (Bfw_A5)	164
<i>Tabelle 52:</i>	Korrelationen der Self-Compassion-Komponenten mit der Umschulungsmotivation auf Item- und Gesamtwertebene, Selbstwert, Alter und Geschlecht	166
<i>Tabelle 53:</i>	Korrelationen zwischen der Art des Rehabilitationsleidens und Self-Compassion gesamt sowie einzelnen Dimensionen, Selbstwert, Alter und Geschlecht	171
<i>Tabelle 54:</i>	Regressionsanalyse für das Kriterium Rehabilitationsleiden	172
<i>Tabelle 55:</i>	Korrelationsmatrix für Self-Compassion sowie für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht – Population: Physisches Rehaliden (neurologische Erkrankungen ausgeschlossen)	174
<i>Tabelle 56:</i>	Korrelationsmatrix für Self-Compassion sowie für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht – Population: Psychisches und/oder neurologisches Rehaliden	175
<i>Tabelle 57:</i>	Korrelationen zwischen Self-Compassion und den Subskalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) sowie Selbstwertschätzung, Alter und Geschlecht	270
<i>Tabelle58:</i>	Korrelationsmatrix der Zusammenhänge von Self-Compassion, der Krankheitsverarbeitung (Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher & Esser, 2000), Selbstwert, Alter und Geschlecht	272
<i>Tabelle 59:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala für die Umschulungsmotivation, Schulische Leistungen und Prüfungsnote, Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen, das Intergrationsengagement, die wahrgenommen Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Aussicht auf eine Anstellung, Selbstwert, Alter und Geschlecht	274

<i>Tabelle 60:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung des Integrationsengagements sowie des Gesamtwertes	276
<i>Tabelle 61:</i>	Korrelationsmatrix der Self-Compassion-Komponenten sowie der Gesamtskala und der Items zur Erfassung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen sowie des Gesamtwertes	278

ABBILDUNGEN

	Seite
<i>Abbildung 1:</i> Die Komponenten des Selbstmitgefühls	16
<i>Abbildung 2:</i> Compassion Circle (Übersetzung nach Gilbert, 2007, S. 26)	19
<i>Abbildung 3:</i> Möglichkeiten im Umgang mit Stress	48
<i>Abbildung 4:</i> Arten der Belastungsbewältigung (nach Carver, Scheier & Weintraub, 1989)	50
<i>Abbildung 5:</i> Zeitliche Unterscheidung von Bewältigungsstrategien (nach Schwarzer, 2002)	52
<i>Abbildung 6:</i> Dimensionale Ansätze der Perfektionismus-Forschung	57
<i>Abbildung 7:</i> Gruppenbasierter Ansatz (deutsche Übersetzung nach Stoeber & Otto, 2006, S. 296)	59
<i>Abbildung 8:</i> Die Komponenten der perfektionistischen Selbstdarstellung (nach Hewitt et al., 2003)	61
<i>Abbildung 9:</i> Codierung der Items des SF-36 anhand der Vorgaben im Testmanual	85
<i>Abbildung 10:</i> Hierarchische Struktur der TPF-Skalen nach Beck: „Rechtecke: Skalen basierend auf Itemfaktoren. Rechtecke mit gerundeten Ecken: Faktoren basierend auf Skalen. Oval: Rational konstruierte Skala (Beck, 1989, S. 12).“	93
<i>Abbildung 11:</i> Mittelwertsunterschiede in den Subskalen des SF-36 Fragebogens entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	114
<i>Abbildung 12:</i> Mittelwertsunterschiede bezüglich der Subskalen des SF-36 Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) in Abhängigkeit vom Geschlecht	115
<i>Abbildung 13:</i> Mittelwertsunterschiede in den Subskalen der Krankheitsverarbeitung entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	125
<i>Abbildung 14:</i> Zusammenhänge zwischen den Komponenten des Selbstmitgefühls und Perfektionismus	132
<i>Abbildung 15:</i> Mittelwertsunterschiede in den Subskalen von Perfektionismus und dem Gesamtwert entsprechend der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	133

<i>Abbildung 16:</i>	Mittelwertsunterschiede bezüglich der Selbstwertschätzung und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	138
<i>Abbildung 17:</i>	Mittelwertsunterschiede bezüglich der Skalen (VK) Verhaltenskontrolle und (SG) Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989) und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	140
<i>Abbildung 18:</i>	Mittelwertsunterschiede bezüglich der der Skalen (VK) Verhaltenskontrolle und (SG) Seelische Gesundheit des Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker, 1989) und der Ausprägung des Geschlechts der Befragten	140
<i>Abbildung 19:</i>	Mittelwertsunterschiede bezüglich der der Skalen der Deutschen 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful Situations“ CISS (Kälin, 1995) sowie zum Palliativen Coping (Kälin & Semmer, 2001) und der Ausprägung von Self-Compassion (hoch vs. niedrig)	145
<i>Abbildung 20:</i>	Mittelwertsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht bezüglich Self-Compassion gesamt und einzelner Dimensionen	160
<i>Abbildung 21:</i>	Mittelwertsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht bezüglich Self-Compassion gesamt und einzelner Dimensionen	169
<i>Abbildung 22:</i>	Histogramm für die Verteilung der Körperlichen Summenskala	250
<i>Abbildung 23:</i>	Histogramm für die Verteilung der Psychischen Summenskala	250
<i>Abbildung 24:</i>	Quantil-Quantil-Plots für die Werte der Körpersumme (links) und die Werte der Psychischen Summenskala (rechts)	251
<i>Abbildung 25:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit	251
<i>Abbildung 26:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Körperliche Rollenfunktion	252
<i>Abbildung 27:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Schmerzen	252
<i>Abbildung 28:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	252
<i>Abbildung 29:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Vitalität	253
<i>Abbildung 30:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Soziale Funktionsfähigkeit	253
<i>Abbildung 31:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Psychisches Wohlbefinden	253
<i>Abbildung 32:</i>	Verteilung der Mittelwerte der (transformierten) Subskala Emotionale Rollenfunktion	254

<i>Abbildung 33:</i>	Häufigkeitsverteilung des Integrationsengagements (Skalenmittelwert)	254
<i>Abbildung 34:</i>	Häufigkeitsverteilung der Nutzung des Angebots Besonderer Hilfen (Skalenmittelwert, links; „1“ steht für Nutzung aller Angebote, „2“ für Nutzung keines Angebots) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm	255
<i>Abbildung 35:</i>	Häufigkeitsverteilung der Umschulungsmotivation (Skalenmittelwert)	255
<i>Abbildung 36:</i>	Häufigkeitsverteilung der Schulleistungen gesamt (links) sowie normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)	256
<i>Abbildung 37:</i>	Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt („1 – schlecht“, „2 – weniger gut“, „3 – teils teils“, „4 – eher gut“, „5 – sehr gut“, links) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)	256
<i>Abbildung 38:</i>	Absolute Häufigkeiten der Mittelwerte für Self-Compassion gesamt (links) und normalverteiltes Quantil-Quantil-Diagramm (rechts)	257
<i>Abbildung 39:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Selbstfreundlichkeit	257
<i>Abbildung 40:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Selbstverurteilung	258
<i>Abbildung 41:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Verbindende Menschlichkeit	258
<i>Abbildung 42:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Isolation	258
<i>Abbildung 43:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Achtsamkeit	259
<i>Abbildung 44:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Überidentifizierung	259
<i>Abbildung 45:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Handelndes, problemorientiertes Coping	260
<i>Abbildung 46:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Abstand und Selbstaufbau	260
<i>Abbildung 47:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Informationssuche und Erfahrungsaustausch	260
<i>Abbildung 48:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr	261
<i>Abbildung 49:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Depressive Verarbeitung	261
<i>Abbildung 50:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Bereitschaft zur Annahme von Hilfe	261

<i>Abbildung 51:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Aktive Suche nach sozialer Einbindung	262
<i>Abbildung 52:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Vertrauen in die ärztliche Kunst	262
<i>Abbildung 53:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Erarbeiten eines inneren Haltes	262
<i>Abbildung 54:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Sorge über Fehler und Handlungszweifel	263
<i>Abbildung 55:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Elterliche Erwartungen und Kritik	263
<i>Abbildung 56:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Persönliche Standards	264
<i>Abbildung 57:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Subskala Organisation	264
<i>Abbildung 58:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala Perfektionismus	265
<i>Abbildung 59:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung FSSW	265
<i>Abbildung 60:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Aufgabenorientierten Coping	266
<i>Abbildung 61:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Emotionsorientierten Coping	266
<i>Abbildung 62:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping - Zerstreuung	267
<i>Abbildung 63:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping – sozial-ablenkungsorientiert	267
<i>Abbildung 64:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Vermeidungsorientierten Coping (gesamt)	267
<i>Abbildung 65:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Palliativen Coping (Erfolg)	268
<i>Abbildung 66:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala zum Palliativen Coping (Versuch)	268
<i>Abbildung 67:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala Verhaltenskontrolle	269
<i>Abbildung 68:</i>	Verteilung der Mittelwerte der Skala Seelische Gesundheit	269

ABKÜRZUNGEN

Abkürzung	Bedeutung
A	Achtsamkeit
AGES	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
AO	Aufgabenorientiertes Coping
ASS	Aktive Suche nach sozialer Einbindung
AUS	Abstand und Selbstaufbau
Bfw	Berufsförderungswerk
BfwAng	Angebot Besonderer Hilfen
BHA	Bereitschaft zur Annahme von Hilfe
BWB	Bagatellisieren, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr
CFT	Compassion Focused Therapy
CMD	Sorge über Fehler und Handlungszweifel
CMT	Compassionate Mind Training
DV	Depressive Verarbeitung
EFK	Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
EIH	Erarbeiten eines inneren Haltes
EmRo	Emotionale Rollenfunktion
EO	Emotionsorientiertes Coping
FMPS-D	Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Deutsch
FSKN	Frankfurter Selbstkonzeptskalen
FSSW	Skala zur Allgemeinen Selbstwertschätzung
HPC	Handelndes, problemorientiertes Coping
I	Isolation
Int_Eng Int_Engagement	Integrationsengagement
IUE	Informationssuche und Erfahrungsaustausch
KöΣ	Körperlicher Gesundheitszustand (Summenwert)

KöFu	Körperliche Funktionsfähigkeit
KöRo	Körperliche Rollenfunktion
MBA	Mindfulness- und Akzeptanzbasierte Interventionen
MBSR	Die Komponenten des Selbstmitgefühls
NA	Negativer Affekt
O	Organisation
PA	Positiver Affekt
P gesamt	Perfektionismus gesamt
PC_E	Palliativ-erfolgreiches Coping
PC_V	Palliatives Coping: Versuch
PEC	Elterliche Erwartungen und Kritik
PS	Persönliche Standards
PsyΣ	Psychischer Gesundheitszustand (Summenwert)
PSYCH	Psychisches Wohlbefinden
SC	Self-Compassion
SC gesamt	Self-Compassion gesamt
SCHM	Körperliche Schmerzen
SCS-D	Deutsche Version der Self-Compassion Scale
SF	Selbstbezogene Freundlichkeit
SG	Seelische Gesundheit
SGB	Sozialgesetzbuch
SiR-Modell	„Self-in-Relation“-Modell
SoFu	Soziale Funktionsfähigkeit
SV	Selbstverurteilung
TPF	Trierer Persönlichkeitsfragebogen
ÜI	Überidentifizierung
US_Motivation	Umschulungsmotivation
VH	Verbindende Humanität

VIÄ	Vertrauen in die ärztliche Kunst
VITA	Vitalität
VK	Verhaltenskontrolle
VO	Vermeidungsorientiertes Coping
VoJa	Vorjahresvergleich