



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Führen die richtigen Erwartungen zu einem höheren
Wohlbefinden? Der Einfluss der internalen sowie externalen
Kontrollüberzeugung und der Anzahl erlebter
Misshandlungsformen auf das Hilfesuchverhalten

verfasst von / submitted by

Katja Baumann, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

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

A 066 840

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

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	5
ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT.....	7
EINLEITUNG	9
THEORETISCHER HINTERGUND	11
Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten.....	11
Internale Kontrollüberzeugung	16
Externale Kontrollüberzeugung	19
Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	21
ZIELSETZUNG	22
METHODEN	24
Untersuchungsdesign und Stichprobe	24
Untersuchungsinstrumente	25
<i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	25
<i>Inventory of Attitudes towards Seeking Mental Health Services (IASMHS)</i>	26
<i>Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4)</i>	27
Fragestellungen und Hypothesen	28
Statistische Auswertungsverfahren	31
<i>Deskriptivstatistik</i>	31
<i>Reliabilitätsanalyse</i>	32
<i>Inferenzstatistik</i>	32
ERGEBNISSE	34
Deskriptivstatistik – Stichprobensammensetzung.....	34
<i>Gesamte Stichprobe</i>	34
<i>Forschungsfrage 1 – geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	35
<i>Forschungsfrage 2 – Unterschiede je nach Ausprägung der Kontrollüberzeugung</i>	36
<i>Forschungsfrage 3 – Betroffenenengruppe (BG) vs. Kontrollgruppe (KG)</i>	37

<i>Forschungsfrage 4 – Vergleiche innerhalb der Betroffenenengruppe</i>	38
Reliabilitätsanalyse.....	39
Inferenzstatistik – Hypothesenprüfung	41
<i>Forschungsfrage 1 – geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	41
<i>Forschungsfrage 2 – Unterschiede je nach Ausprägung der Kontrollüberzeugung</i>	41
<i>Forschungsfrage 3.1. – BG vs. KG – Hilfesuchverhalten</i>	43
<i>Forschungsfrage 3.2. – BG vs. KG – Kontrollüberzeugung</i>	43
<i>Forschungsfrage 3.3. – BG vs. KG – Regressionsmodell</i>	44
<i>Forschungsfrage 4.1. – Vergleiche innerhalb der BG – Hilfesuchverhalten</i>	47
<i>Forschungsfrage 4.2. – Vergleiche innerhalb der BG – Kontrollüberzeugung</i>	47
<i>Forschungsfrage 4.3. – Vergleiche innerhalb der BG – Regressionsmodell</i>	49
<i>Forschungsfrage 4.4. – Vergleiche innerhalb der BG – Moderationsanalyse</i>	51
DISKUSSION	53
Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	53
Unterschiede je nach Ausprägung der Kontrollüberzeugungen.....	54
Vergleich BG vs. KG	56
Vergleiche innerhalb der BG.....	58
Schlussfolgerungen	61
Limitationen und Ausblick.....	63
LITERATURVERZEICHNIS	69
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	74
TABELLENVERZEICHNIS	75
ANHANG A – WEITERE TABELLEN	76
ANHANG B – LEBENS LAUF	80

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich vor allem bei meinem Betreuer Dr. Reinhold Jagsch, aber auch bei der Universität Wien sowie bei Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster für die Möglichkeit bedanken, dass ich meine Masterarbeit im Rahmen der Wiener Heimstudie verfassen durfte. Meinem Betreuer bin ich für die Zeit sowie Geduld, die er investierte, um mich fachlich bestmöglich zu unterstützen, sehr dankbar.

Ein großes Dankeschön gilt meinen Eltern, Véronique und Bert Baumann, die mich seit 26 Jahren in jeglicher Hinsicht unterstützen. Durch sie durfte ich eine glückliche Kindheit und Jugend genießen, in der ich gelernt habe, an meinen Träumen festzuhalten und meine Ziele nicht aus den Augen zu verlieren. Sie sind mir in vielen Hinsichten Vorbilder, die dazu beigetragen haben, dass ich viel Ehrgeiz, Willensstärke sowie Durchhaltevermögen entwickelt habe. Auch meinem großen Bruder Christoph gilt Dank, da er mir gelehrt hat, dass man Berge versetzen kann, wenn man an sich glaubt.

Ich würde allerdings nicht an diesem Punkt stehen, hätte ich nicht das Glück, seit fast vier Jahren meinen wundervollen Partner Mike an meiner Seite zu haben, der während meines Studiums einige Gefühlsausbrüche aufgefangen und mir immer wieder Zuversicht sowie Mut zugesprochen hat. Ohne dein offenes Ohr und deine Ratschläge wäre es mir um einiges schwerer gefallen. Ich danke dir von ganzem Herzen für deine Unterstützung und deine Liebe, jeden Tag.

Und zu guter Letzt danke ich von Herzen meinen Freundinnen, die immer für mich da waren und die mich mit neuen Perspektiven inspiriert und zu meiner Weiterentwicklung beigetragen haben. Ich danke euch, dass ihr immer an mich geglaubt habt, auch wenn ich es einmal nicht getan habe. An die zahlreichen schönen Momente mit euch, von denen hoffentlich noch viele folgen werden, werde ich mich immer erinnern.

Zusammenfassung

Zahlreiche Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten internaler oder externaler Art können die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe begünstigen sowie behindern. Internale Einflussfaktoren beziehen sich auf das Individuum und bestimmte Persönlichkeitscharakteristiken, Bewältigungsstrategien sowie Erwartungshaltungen, zu denen auch Kontrollüberzeugungen zählen. Mithilfe einer Fragebogenbatterie innerhalb eines strukturierten Interviews wurden institutionelle sowie familiäre Misshandlungserfahrungen (körperlich, sexuell, emotional) retrospektiv erfasst und deren Einfluss auf das Hilfesuchverhalten sowie auf die Kontrollüberzeugungen untersucht. Des Weiteren wurde der Einfluss der Kontrollüberzeugungen auf das Hilfesuchverhalten geklärt. Diese Untersuchungen umfassten Vergleiche zwischen einer Betroffenenengruppe (misshandelte Personen) und Kontrollgruppe (nicht misshandelte Personen). Auch geschlechtsspezifische Unterschiede und die Bedeutung der Anzahl erlebter Misshandlungsformen (innerhalb der Betroffenenengruppe) wurden in Verbindung mit den untersuchten Konstrukten genauer betrachtet. In der vorliegenden Studie zeigen Frauen ein signifikant stärkeres Hilfesuchverhalten als Männer. Des Weiteren gehen eine höhere Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung mit stärkerem Hilfesuchverhalten und eine höhere Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung mit schwächerem Hilfesuchverhalten einher. Die nicht signifikanten Ergebnisse bezüglich der internalen Kontrollüberzeugung innerhalb der Gruppenvergleiche werden auf Schuld- und Schamgefühle zurückgeführt. In der Folge wird ein Einfluss der Kontrollüberzeugungen auf die psychische Gesundheit angenommen. Misshandelte Personen zeigen außerdem ein schwächeres Hilfesuchverhalten und eine höhere Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung als nicht misshandelte Personen. Eine höhere Anzahl erlebter Misshandlungsformen steht mit einer höheren Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung im Zusammenhang. In zukünftiger Forschung könnten auch andere Misshandlungserfahrungen berücksichtigt werden. Abschließend wird die Relevanz einer zweidimensionalen sowie situationsabhängigen Definition der Kontrollüberzeugungen, die vergangene und zukünftige Ereignisse berücksichtigt, diskutiert.

Schlüsselwörter: Hilfesuchverhalten, internale Kontrollüberzeugung, externale Kontrollüberzeugung, Misshandlungsformen, traumatische Erfahrung

Abstract

Numerous influencing factors of internal or external nature can promote or hinder the claiming of psychological help. Internal factors refer to the individual and specific personality traits, coping strategies and expectations, which include locus of control. Using a questionnaire battery within a structured interview, institutional and familial abuse experiences (physical, sexual, emotional) were measured retrospectively, and their influence on help-seeking behavior and locus of control was examined. Furthermore, the influence of locus of control on help-seeking behavior was clarified. These investigations included comparisons between a group of affected persons (abused persons) and a control group (not abused persons). Also gender-specific differences and the impact of the number of experienced forms of abuse (within the group of affected persons) were linked to the examined constructs. In the current study, women show stronger help-seeking behavior than men. Furthermore, a higher expression of internal locus of control goes along with stronger help-seeking behavior and a higher expression of external locus of control goes along with lower help-seeking behavior. The non-significant results related to internal locus of control while comparing the groups, were explained by guilt and shame feelings. Subsequently, an influence of locus of control on mental health is assumed. Abused persons show moreover lower help-seeking behavior and a higher expression of external locus of control than not abused persons. A higher number of experienced forms of abuse is associated with a higher expression of external locus of control. In future research, other experiences of abuse could also be considered. Concluding, the relevance of a two-dimensional and situation dependent definition of locus of control, which considers past and future events, is discussed.

Key words: help-seeking behavior, internal locus of control, external locus of control, forms of abuse, traumatic experience

Einleitung

Zahlreiche Studien haben sich mit dem Hilfesuchverhalten, insbesondere von Personen mit psychischem Leiden, beschäftigt. Hilfesuchverhalten umfasst einen Prozess mit dem Ziel, professionelle Hilfe aufzusuchen. Saunders (1993) entwickelte ein Modell, das den Prozess, Psychotherapie aufzusuchen, in vier Phasen unterteilt: Problemwahrnehmung; Entscheidung, dass Therapie helfen würde; Entscheidung, Therapie aufzusuchen und Kontaktaufnahme mit einem/r PsychotherapeutIn. Elliott, Westmacott, Hunsley, Rumstein-McKean und Best (2014) postulierten, dass die Problemwahrnehmung sowie Entscheidung, dass Therapie helfen würde, die schwierigsten und zeitintensivsten Schritte in diesem Prozess darstellen. Sie nahmen an, dass die nachfolgenden Schritte leichter und weniger zeitintensiv sind. In ihrer Studie stand die Schwierigkeit der Entscheidung mit der Zeit, die es für die Entscheidung brauchte, im Zusammenhang. Die Schwierigkeit und Dauer der Entscheidung, eine Therapie in Anspruch zu nehmen, hing wiederum damit zusammen, ob Probleme innerhalb der Therapie erwartet wurden (Elliott et al., 2014). Auch Schauman und Mansell (2012) berichteten, dass die individuelle Problemwahrnehmung ausschlaggebend dafür ist, was Betroffene innerhalb einer psychologischen Behandlung erwarten und ob sie aufgrund eines möglichen Kontrollverlustes Angst davor haben. Somit spielen Erwartungen und das Empfinden von Kontrolle eine wichtige Rolle für den Prozess des Hilfesuchverhaltens.

Zudem hatte Leidensdruck einen signifikanten Einfluss auf die Einsicht, dass Therapie helfen würde, und die Entscheidung, Therapie aufzusuchen. Dies steht im Einklang mit der Annahme, dass einer der stärksten Prädiktoren für das Aufsuchen einer psychologischen Behandlung das Vorhandensein einer diagnostizierbaren psychischen Störung ist, die meistens mit höherem Leidensdruck einhergeht (Elliott et al., 2014). Auch andere Autorengruppen (Elhai, North, & Frueh, 2005; Elhai, Patrick, Anderson, Simons, & Frueh, 2006) stellten fest, dass die Anzahl traumatischer Erlebnisse sowie die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und somit deren Schweregrad ausschlaggebend für das Hilfesuchverhalten sind. Leidensdruck und Symptombelastung konnten das Hilfesuchverhalten nachweislich begünstigen (Schreiber, Renneberg, & Maercker, 2009).

Erwähnenswert ist allerdings, dass Betroffene viel zu selten realisieren, dass sie ein Problem haben, das professionelle Hilfe¹ erfordert (Boscarino, Adams, Stuber, & Galea, 2005), und dass viele nicht daran glauben, dass eine psychologische Behandlung ihnen helfen könnte (Codony et al., 2009). Noch viel erschreckender ist, dass, auch wenn Betroffene den

¹ In der folgenden Arbeit ist mit professioneller Hilfe die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe gemeint.

Zusammenhang zwischen ihrem Leiden und ihrer psychischen Gesundheit sowie die Notwendigkeit professioneller Hilfe erkennen, diese dennoch viel zu selten in Anspruch nehmen (Kessler, Brown, & Broman, 1981).

Im Zuge dieser Erkenntnisse stellt sich die Frage, weshalb Personen, die unter psychischen Problemen leiden und von einer psychologischen Behandlung profitieren könnten, diese nicht unbedingt aufsuchen. Eine Erklärung hierfür ist der individuelle Umgang mit schwierigen Lebenssituationen. Nach Brzank (2012) ist Hilfesuchverhalten bzw. die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe ein Ausdruck von Bewältigungsverhalten, das verschiedene Strategien umfasst, um sich besser an diese anpassen zu können. Ziel ist es, die negativen Einflüsse dieser Situationen auf die physische sowie psychische Gesundheit zu reduzieren, die Situation zu akzeptieren und das emotionale Wohlbefinden aufrechterhalten bzw. wiederherstellen zu können (Brzank, 2012).

Für Lazarus und Folkman (1984) sind personale sowie soziale Ressourcen ausschlaggebend für das Bewältigungsverhalten. Zu den personalen Ressourcen zählten sie die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen, eine positive Ergebniserwartung sowie Selbstwirksamkeit. Soziale Unterstützung ist den sozialen Ressourcen zuzuordnen. Nach Brzank (2012) können personale sowie soziale Ressourcen, multiple Gewalterfahrungen und andere Faktoren als Mediatoren auf das Hilfesuchverhalten wirken.

Auch Schreiber, Maercker und Renneberg (2010) haben sich mit Erklärungsansätzen für mangelndes Hilfesuchverhalten befasst und differenzierten dabei zwischen der individuellen und der System-Ebene. Letztere bezieht sich u.a. auf das Gesundheitssystem und auf die vorherrschenden gesellschaftlichen Einstellungen bezüglich Traumatisierung, psychischer Probleme und Hilfesuchverhalten. Mangelnde Ressourcen des Gesundheitssystems in Bezug auf die Verfügbarkeit von PsychotherapeutInnen, schlechte Erfahrungen innerhalb des Therapiekontextes aufgrund von mangelnder Sensitivität bzw. Erfahrung seitens der Helfenden und Angst vor Stigmatisierung können neben anderen Einflussfaktoren das Hilfesuchverhalten behindern (Schreiber et al., 2010).

Im Folgenden sollen zunächst verschiedene Faktoren, die einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten haben, näher betrachtet werden. Dabei werden aufgrund der Relevanz von Problemwahrnehmung und Erwartungen (vgl. Elliott et al., 2014; Lazarus & Folkman, 1984; Schauman & Mansell, 2012) immer wieder Zusammenhänge zu einer stärkeren Ausprägung der *internalen* bzw. *externalen Kontrollüberzeugung* hergestellt. Auch auf den Schweregrad traumatischer Erfahrungen wird weiter eingegangen.

Theoretischer Hintergrund

Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten

Schreiber et al. (2009) stellten ein integratives Modell zu Hilfesuchverhalten, insbesondere nach interpersoneller Gewalt, vor. Sie erweiterten die Theorien, die für den Prozess des Hilfesuchverhaltens die Problemidentifikation sowie -repräsentation, das Bilden einer Intention und das Streben nach einem Ziel als relevant erachten, um eine traumaspezifische Komponente. Das Modell umfasst fünf Phasen: interpersonelle Traumatisierung, Problemwahrnehmung, Behandlungswunsch, Behandlungsintention und Hilfesuche (Schreiber et al., 2009). Die AutorInnen berücksichtigten außerdem diverse Variablen, die einen Einfluss auf die Übergänge zwischen den verschiedenen Phasen haben und aufgrund dessen Erklärungsansätze für unterschiedliches Hilfesuchverhalten liefern. Im Folgenden wird auf diese näher eingegangen, indem Zusammenhänge zu anderen Studienergebnissen aufgezeigt werden.

Elliott et al. (2014) postulierten, dass die meist berichtete Hürde für das Aufsuchen einer psychologischen Behandlung nach der Problemwahrnehmung die Akzeptanz war, professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Es wird angenommen, dass Personen mit der Einstellung, Probleme alleine bewältigen zu können, eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* aufweisen, da sie davon überzeugt sind, Situationen beeinflussen und kontrollieren zu können. Diese Einstellung kann ein Grund dafür sein, dass keine professionelle Hilfe aufgesucht wird (Adler, Britt, Riviere, Kim, & Thomas, 2015; Boscarino et al., 2005; Schreiber et al., 2009). Die Präferenz, Probleme ohne professionelle Hilfe zu bewältigen, steht mit bestimmten Persönlichkeitscharakteristiken und Bewältigungsstrategien sowie mit starker sozialer Unterstützung im Zusammenhang (Steele, Dewa, & Lee, 2007, zitiert nach Elliott et al., 2014, S. 405). Es wird ersichtlich, weshalb eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* in diesem Fall zu schwächerem Hilfesuchverhalten führen kann.

Informelle Hilfe in Form von sozialer Unterstützung durch das nähere Umfeld kann die Inanspruchnahme professioneller/formeller Hilfe aber auch begünstigen, da Freunde sowie Angehörige die/den Betroffene/n darin bestärken können, professionelle Hilfe aufzusuchen (Liang, Goodman, Tummala-Narra, & Weintraub, 2005). Zu bedenken ist hierbei, dass die Problembewältigung mittels internaler Ressourcen und informeller Hilfe nur möglich ist, wenn sich der Schweregrad der traumatischen Erfahrung in Grenzen hält. Des Weiteren kommt es bei der Entscheidung, ob informelle oder formelle Hilfe aufgesucht wird, auch auf die individuellen Einstellungen und das Bezugssystem der Betroffenen an (Liang et al., 2005).

Schuld- und Schamgefühle treten häufig infolge eines traumatischen Erlebnisses auf und können das Hilfesuchverhalten erschweren (vgl. Byrne, 2000). Sie umfassen Bewertungsprozesse, bei denen Personen einerseits sich selbst die Schuld für ein traumatisches Erlebnis und dessen Folgen geben und andererseits wahrnehmen, dass wichtige internale Ansprüche verletzt wurden (Ehlers & Clark, 2000, zitiert nach Schreiber et al., 2009). Frazier (1990) berichtete von höheren Depressionswerten, wenn die Schuld bzw. die Vorwürfe internalen Faktoren zugeschrieben wurden. Bei Schuldgefühlen spielt demnach eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* eine wesentliche Rolle, da sie einen Einfluss darauf hat, ob Personen annehmen, Ereignisse selbst beeinflussen zu können. Wenn Personen während eines traumatischen Erlebnisses daran scheitern, eine Situation zu kontrollieren, entwickeln sich oftmals Schuldgefühle, die das Hilfesuchverhalten behindern können. Frazier (1990) bemerkte jedoch, dass sich hierbei die Kontrollierbarkeit der Situation bzw. die *internale Kontrollüberzeugung* auf ein vergangenes Ereignis bezog. Wenn sich die Kontrolle hingegen auf zukünftige Ereignisse bezog, beispielsweise auf die Vermeidung eines erneuten sexuellen Übergriffes, dann wurde dies mit niedrigeren Depressionswerten in Verbindung gebracht (Frazier, 1990).

Dies rückt die *internale Kontrollüberzeugung* trotz der negativen Wirkung von Schuldgefühlen in ein positiveres Licht. Eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* kann demnach dazu führen, dass Betroffene mithilfe internaler Ressourcen besser mit einem traumatischen Erlebnis zurechtkommen und eher professionelle Hilfe aufsuchen, da sie an ihre eigenen Fähigkeiten glauben und davon überzeugt sind, mithilfe formeller Unterstützung, ihr Wohlbefinden verbessern zu können.

Die Erwartung, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie zu einer Symptomreduktion führen kann, spielt wie bereits erwähnt eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung, Hilfe aufzusuchen (Elliott et al., 2014; Schreiber et al., 2009). Delsignore und Schnyder (2007) erklärten, dass eine positive Ergebniserwartung mit der Ausprägung bestimmter Kontrollüberzeugungen im Zusammenhang steht. Die Überzeugung, dass man selbst und/oder der/die PsychotherapeutIn im Laufe der Therapie das Problem bewältigen kann (Kontrollüberzeugung), setzt voraus, dass man daran glaubt, dass der Therapieprozess zu einer positiven Veränderung führen kann (Ergebniserwartung). Desilgnore und Schnyder (2007) postulierten, dass KlientInnen, die eine positive Veränderung erwarten, sich eher innerhalb der Therapie engagieren und aktiv mit dem/r PsychotherapeutIn zusammenarbeiten, wodurch sie mehr von der Therapie profitieren können. Deshalb wird angenommen, dass eine positive Ergebniserwartung mit einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung* im

Zusammenhang steht, da Personen mit einer solchen Überzeugung davon ausgehen, dass sie mit ihrem Verhalten zu einer positiven Veränderung der Situation beitragen können. Dies wiederum könnte auch das Hilfesuchverhalten verstärken. Damit im Einklang steht auch, dass Selbstwirksamkeitserwartungen immer wieder mit Hilfesuchverhalten in Zusammenhang gebracht wurden (Schreiber, 2010).

Auch Schauman und Mansell (2012) unterstützten die Annahme, dass die Kontrollwahrnehmung für das Hilfesuchverhalten und die psychologische Behandlung eine zentrale Rolle spielt. Sie postulierten, dass es essentiell ist, den Betroffenen Verantwortung für das Aufsuchen professioneller Hilfe und den Verlauf einer psychologischen Behandlung zu übermitteln, da sie somit das Gefühl der Kontrollierbarkeit einer Situation zurückerlangen können, was sich positiv auf den Therapieverlauf auswirkt. Die Verantwortung bezog sich in den von Schauman und Mansell (2012) berichteten Studien auf die anfängliche Problemidentifikation, die selbstständige Terminvereinbarung und auf den generellen Einbezug der KlientInnen in den Therapieprozess. Durch die erhöhte Kontrollierbarkeit seitens der KlientInnen kam es vor allem zu einem höheren Engagement innerhalb der Therapie, was sich positiv auf den Therapieverlauf auswirkte. Außerdem nahmen dadurch mehr KlientInnen ihre Therapiesitzungen auch tatsächlich wahr (Schauman & Mansell, 2012).

Erwähnenswert ist hierbei, dass das Hilfesuchverhalten einer Person aber nicht nur von ihrer Willensstärke, sondern auch von kontextbedingten Barrieren abhängen kann. Damit sind mangelnde ökonomische Ressourcen, kulturelle Barrieren oder mangelnde Sensibilität dem Hilfesuchenden gegenüber gemeint (Fox, Blank, Rovnyak, & Barnett, 2001, zitiert nach Schreiber, 2010, S. 14; Liang et al., 2005). Betroffenen von institutionellem Missbrauch wird oftmals kein Gehör geschenkt, da es sich dabei um ein gesellschaftliches Tabu-Thema handelt, das öffentlich zu wenig oder gar nicht thematisiert wird. Infolgedessen kann es dazu kommen, dass das Bedürfnis und der Wille, Hilfe aufzusuchen, schwächer werden und das Hilfesuchverhalten der Betroffenen aufgrund der gesellschaftlichen Zurückweisung abnimmt (Schreiber, 2010).

Hinzu kommt, dass Personen, die Opfer mehrerer traumatischer Erlebnisse wurden und möglicherweise unter einer PTBS leiden, aufgrund des höheren Leidendrucks zwar stärker auf professionelle Hilfe angewiesen sind, aber oftmals daran scheitern, diese aufzusuchen, da sie dazu neigen, Situationen negativ zu bewerten. Betroffene sind oftmals unfähig, das Trauma als zeitbegrenzt zu sehen. Die Hoffnung, dass sie von einer psychologischen Behandlung profitieren könnten, ist sehr gering (Schreiber et al., 2009).

Aufgrund dessen wird angenommen, dass Personen, die Opfer einer oder mehrerer Misshandlungsformen wurden und somit schwerwiegende traumatische Erfahrungen durchleben mussten, ein anderes, möglicherweise ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen.

Damit im Einklang stehen die Ergebnisse einer Studie von Mullen, Martin, Anderson, Romans und Herbison (1996). Sie berichteten von misshandelten Frauen, die schlechtere psychische Gesundheitswerte aufwiesen, wenn sie mehr als eine Misshandlungsform erlebten. Mit der Anzahl erlebter Misshandlungsformen wuchs auch die Wahrscheinlichkeit einer diagnostizierbaren psychischen Störung (Mullen et al., 1996).

Da der Schweregrad einer traumatischen Erfahrung in der Literatur oftmals mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht wurde (Elhai et al., 2005, 2006; Mullen et al., 1996), ist denkbar, dass ein höherer Schweregrad bzw. eine höhere Anzahl erlebter Misshandlungsformen zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten führt, das infolgedessen zu einer schlechteren psychischen Gesundheit beiträgt.

Ghafoori, Barragan und Palinkas (2014) postulierten, dass u.a. Gefühle der Hilflosigkeit, die sich auf traumaspezifische Symptome beziehen, sowie das Unverständnis, wie Gespräche über das Trauma helfen sollen, dazu führten, dass keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde. Dieses Unverständnis stand mit der Angst im Zusammenhang, dass die Beschäftigung mit dem traumatischen Erlebnis noch mehr Probleme verursachen könnte. Die Hilflosigkeit sowie das Unverständnis wurden außerdem durch die Tatsache, dass traumatische Erlebnisse nicht mehr rückgängig gemacht werden können, verstärkt (Ghafoori et al., 2014). Diese Gefühle könnten durch eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* untermauert werden, da Personen mit einer solchen Überzeugung nicht davon ausgehen, dass sie mit ihrem Verhalten eine Situation verändern können und eher dazu neigen, Situationen, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern, zu vermeiden.

Zahlreiche Autoren nahmen an, dass individuelle Einstellungen, die von normativen Überzeugungen der sozialen und soziokulturellen Umwelt eines Individuums geformt werden, ausschlaggebend für das Hilfesuchverhalten sind (vgl. Boscarino et al., 2005; Schreiber et al., 2009, 2010). Da ein Hilfe- bzw. Behandlungsbedürfnis oftmals als ein Zeichen der Schwäche angesehen wird, fürchten sich Betroffene häufig vor einer Stigmatisierung und davor, von ihrem Umfeld nicht mehr akzeptiert zu werden, was dazu führen kann, dass sie sich gegen professionelle Hilfe entscheiden (Schreiber et al., 2009, 2010; Xu et al., 2015). Diese Befürchtungen hängen allerdings davon ab, wie viel Wert

Betroffene auf die Meinung anderer legen und wie groß ihr Wunsch nach sozialer Akzeptanz ist (Schauman & Mansell, 2012). Die Angst vor Stigmatisierung hängt nicht nur mit individuellen Einstellungen zusammen, sondern auch mit den oftmals in der Gesellschaft vorherrschenden negativen Einstellungen bezüglich psychischer Probleme und der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe (Schreiber et al., 2010). Somit kommt den intra-, aber auch den interpersonellen sowie soziokulturellen Faktoren eine wichtige Bedeutung in Bezug auf das Hilfesuchverhalten zu (Liang et al., 2005; Schreiber et al., 2009, 2010).

Schauman und Mansell (2012) betonten die wichtige Bedeutung der generellen Angst vor einer psychologischen Behandlung für das Hilfesuchverhalten. Sie erklärten, dass die Angst bzw. Unsicherheit einerseits mit Unwissen über die Behandlungsmethode, andererseits mit individuellen Erwartungen an die Behandlung in Verbindung steht. Die geringe Emotionskontrolle während des Aufarbeitens einer traumatischen Erfahrung sowie der Offenbarung vieler persönlicher, eventuell auch intimer Details und folglich die Angst vor einem generellen Kontrollverlust des Problems stehen hierbei im Vordergrund (Schauman & Mansell, 2012).

Die Angst vor Stigmatisierung, aber auch vor einem generellen Kontrollverlust könnten demnach auch mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* in Verbindung gebracht werden, da diese dadurch gekennzeichnet ist, dass die Kontrolle einer Situation von externalen Faktoren abhängt. So hängt auch die Angst vor Stigmatisierung sowie vor einem Kontrollverlust stark von äußeren Faktoren ab und kann zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten führen.

Es konnte gezeigt werden, dass individuelle sowie situative Faktoren, aber auch der Schweregrad einer traumatischen Erfahrung bzw. die Anzahl erlebter Misshandlungsformen und v.a. auch die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen einen wesentlichen Einfluss darauf haben, wie Personen mit Problemen umgehen bzw. ob sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder nicht. Es wurde ersichtlich, dass eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* das Hilfesuchverhalten behindern, aber auch begünstigen kann. Eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* wirkt sich oftmals negativ auf das Hilfesuchverhalten aus, kann aber in Anbetracht von Schuldzuweisungen auch einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben.

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass die Annahme nach Rotter (1966), dass die Ausprägung der Kontrollüberzeugung ein uni-dimensionales Konstrukt ist, das sich aus zwei entgegengesetzten Polen zusammensetzt, vermutlich nicht den Gegebenheiten entspricht. Es

wird angenommen, dass eine stärkere *internale* sowie *externale Kontrollüberzeugung* durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird und dass höhere bzw. niedrigere Ausprägungen beider Überzeugungen bei einer Person möglich sind. Green (2011) konnte zeigen, dass Personen mit einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung* nur dann geringere Depressionssymptome und somit ein besseres Wohlbefinden aufwiesen, wenn sie daran glaubten, dass auch der Zufall einen Einfluss auf die Gesundheit haben kann, das heißt, sie gleichzeitig auch eine *externale Kontrollüberzeugung* aufwiesen.

Dies steht im Einklang mit dem Modell von Wong und Sproule (1984, zitiert nach Green, 2011, S. 309), das davon ausgeht, dass Ausprägungen *internaler* sowie *externaler Kontrollüberzeugungen* im Vergleich zur alleinigen Erwartung, dass lediglich die eigenen Handlungen einen Einfluss auf Ereignisse haben, förderlicher für die psychische Gesundheit sind. Die Autoren sprechen bei Personen mit solchen dualen Ausprägungen von „Realisten“, die davon überzeugt sind, dass sie mit ihren Handlungen Ereignisse beeinflussen können, manchmal aber auch negative Geschehnisse passieren können, die nicht in ihrer Macht stehen (Wong & Sproule, 1984, zitiert nach Green, 2011, S. 309).

Im Folgenden wird auf verschiedene Studien eingegangen, die eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* in Bezug auf die psychische Gesundheit und das Hilfesuchverhalten untersuchten. Anschließend wird auch die Bedeutung einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* in diesem Zusammenhang näher betrachtet. Wird von einer bestimmten Kontrollüberzeugung gesprochen, schließt das die andere Kontrollüberzeugung nicht aus.

Internale Kontrollüberzeugungen

Eine *internale Kontrollüberzeugung* bezieht sich auf die optimistische Sichtweise bezüglich der Fähigkeit, Kontrolle über eine Situation erlangen und diese mit dem eigenen Verhalten beeinflussen zu können (vgl. Ryan & Francis, 2012). Die Selbstwahrnehmung spielt bei der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen eine wesentliche Rolle und wirkt sich auf die persönliche Anpassung an eine schwierige Situation aus, um Stress oder Probleme bewältigen zu können. Diese Anpassung wird eher mit einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung* assoziiert und leistet einen wesentlichen Beitrag für die psychische Gesundheit (Shojaee & French, 2014).

Rotter (1966, zitiert nach Shojaee & French, 2014, S. 969) beschrieb, dass motivationales Verhalten durch Erwartungen und Verstärkung („reinforcement value“) gesteuert wird. Diese Erwartungen werden durch vergangene erfolgreiche oder nicht-erfolgreiche Erfahrungen geformt und können entweder fähigkeits- oder zufallsbedingt sein

(internal vs. external). Beide Erwartungen sind situationsspezifisch, formen demnach unterschiedliches motivationales Verhalten und legen das Verhaltenspotenzial fest (Shojaee & French, 2014).

Auch Hilfesuchverhalten kann als motivationales Verhalten gesehen werden, das von Erwartungen beeinflusst wird, da es im Sinne von Bewältigungsverhalten einerseits auf die Anpassung an eine schwierige Lebenssituation und andererseits auf die Veränderung der Situation abzielt, um das physische sowie psychische Wohlbefinden wiederherzustellen. Es ist ersichtlich, dass sich eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* positiv auf das Hilfesuchverhalten und in der Folge auf die psychische Gesundheit auswirkt, die nach der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen definiert wird: „a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to make a contribution to his or her community“ (World Health Organization, 2016). Aufgrund dessen ist nicht verwunderlich, dass diverse Autorenguppen einen positiven Einfluss einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Gesundheitsverhalten und die psychische Gesundheit annahmen (Page & Scalora, 2004; Ryan & Francis, 2012; Shojaee & French, 2014; Smith, Dobbins, & Wallston, 1998).

Schon vor einigen Jahrzehnten brachten Wallston und Wallston (1978) das Gesundheitsverhalten mit Kontrollüberzeugungen in Zusammenhang. Sie berichteten von einem besseren Gesundheitsverhalten in Bezug auf Nikotinentzug, Familienplanung, Gewichtsreduktion und anderen präventiven Verhaltensweisen, wenn die Betroffenen eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* aufwiesen. Solche Personen informierten sich beispielsweise mehr über ihren Krankheitszustand und zeigten ein erhöhtes Engagement, was einen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis hatte (Delsignore & Schnyder, 2007; Page & Scalora, 2004; Schauman & Mansell, 2012; Wallston & Wallston, 1978). Des Weiteren brachten Page und Scalora (2004) eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* mit stärkerem Hilfesuchverhalten in Zusammenhang.

Im Einklang damit zeigten Regehr, Cadell und Jansen (1999), dass die Überzeugung der eigenen Fähigkeit, den Ausgang einer Situation kontrollieren zu können, mit geringeren Depressionswerten und Stresssymptomen einherging. Sie gingen davon aus, dass diese Kontrollüberzeugung mit einer gesunden Selbstwirksamkeitserwartung zusammenhing (Regehr et al., 1999). Diese kann sich wiederum positiv auf das Hilfesuchverhalten auswirken.

Auch Delsignore und Schnyder (2007) brachten positive Erwartungen in Bezug auf das Therapieergebnis sowie positive Selbstwirksamkeitserwartungen mit mehr Engagement

innerhalb einer Therapie in Zusammenhang. Die AutorInnen erklärten, dass eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* die Erreichung der Therapieziele und somit ein positives Therapieergebnis förderte, wohingegen eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* eher mit Misserfolg bzw. einem Therapieabbruch in Zusammenhang stand. Dies war allerdings nur dann der Fall, wenn sich die Ausprägung der Kontrollüberzeugung auf einen spezifischen Bereich des therapeutischen Kontextes bezog und keine generelle Überzeugung widerspiegelte, was die Annahme der Situationsabhängigkeit von Kontrollüberzeugungen untermauerte (Delsignore & Schnyder, 2007).

Es ist denkbar, dass während einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* entwickelt werden kann (Gaa, 1979, zitiert nach Page & Scalora, 2004, S. 528). Im Einklang damit steht das Modell von Schauman und Mansell (2012), das sich auf drei Ebenen mit Kontrolle während des Hilfesuchprozesses auseinandersetzt. Sie erklärten, dass Betroffene psychischer Probleme deshalb Hilfe aufsuchen, um Kontrolle über bestimmte Aspekte ihres Lebens zurück zu erlangen (1. Ebene, „gain control“). Dafür sind sie bereit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um infolgedessen ihr Wohlbefinden steigern zu können (Schauman & Mansell, 2012). Dies legt nahe, dass auch schon zuvor die Tendenz zu einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung* zu einem stärkeren Hilfesuchverhalten beigetragen hat.

Porter und Long (1999) stellten fest, dass Frauen mit einer stärkeren *internalen Kontrollüberzeugung*, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erlebten, einen geringeren Leidensdruck verspürten als Frauen mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung*. Dies lässt sich mit der Erkenntnis von Frazier (1990) in Zusammenhang bringen, dass Opfer sexueller Gewalt, die eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* in Bezug auf zukünftige Ereignisse aufwiesen, niedrigere Depressionswerte hatten als Opfer mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung*, da sie davon überzeugt waren, zukünftige Situationen trotz ihrer negativen Erfahrungen kontrollieren und somit einen erneuten sexuellen Übergriff verhindern zu können (Frazier, 1990). Die Kontrollierbarkeit einer zukünftigen Situation beinhaltet somit eine motivationale Komponente, die sich auch auf das Hilfesuchverhalten positiv auswirken kann.

Spannend ist, dass Bolger und Patterson (2001) herausfanden, dass Kinder, die vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurden, eher internalisierte Probleme aufwiesen, vor allem, wenn sie Opfer beider Misshandlungsformen waren. Wenn Kinder nur vernachlässigt oder zusätzlich sexuell missbraucht wurden, konnte eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* den Zusammenhang zwischen diesen Misshandlungsformen und den

internalisierten Problemen erklären. Die Autorinnen konnten in ihrer Studie zeigen, dass die Wahrnehmung internaler Kontrolle weniger internalisierte Probleme bedingte und somit als Schutzfaktor fungierte (Bolger & Patterson, 2001; Page & Scalora, 2004). Die Wahrnehmung internaler Kontrolle konnte somit den negativen Einfluss von internalisierten Problemen hemmen. Ist von einem positiven Einfluss der *internalen Kontrollüberzeugung* die Rede, ist zu beachten, dass dieser Einfluss nur in Anbetracht zukünftiger Situationen sinnvoll erscheint.

Internalisierte Probleme im Sinne von Schuld- und Schamgefühlen beziehen sich auf vergangene Ereignisse und können die psychische Gesundheit negativ beeinflussen (vgl. Frazier, 1990). Da sich diese Gefühle auf interne Faktoren beziehen, können sie sich negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartungen Betroffener auswirken. Folglich messen Betroffene ihrem zukünftigen Verhalten weniger Bedeutung bei, wodurch möglicherweise eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* zum Tragen kommt. Es wird ersichtlich, wie internalisierte Probleme sowie eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* das Hilfesuchverhalten wesentlich beeinflussen können.

Externale Kontrollüberzeugungen

Eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* wurde in bisherigen Studien eher mit negativem Gesundheitsverhalten, Stress, Krankheit und psychischen sowie physischen Symptomen in Zusammenhang gebracht (Asberg & Renk, 2014; Gomez, 1998; Page & Scalora, 2004; Roddenberry & Renk, 2010; Ryan & Francis, 2012; Shojae & French, 2014; Smith et al., 1998).

McEwan, de Man und Simpson-Housley (2005) berichteten, dass Opfer sexueller Gewalt durch einen ihnen bekannten Täter eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* aufwiesen und daran glaubten, dass ihr Leben vom „Schicksal, Zufall oder mächtigen Anderen“ (S. 587) kontrolliert wird. Es wird angenommen, dass Personen mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* ihre Probleme eher internalisieren und keine professionelle Hilfe aufsuchen (vgl. Bolger & Patterson, 2001).

Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen zweier Studien, die Stress sowie eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Verbindung brachten (Asberg & Renk, 2014; Roddenberry & Renk, 2010), die u.a. durch höhere Depressionswerte sowie Hoffnungslosigkeit bedingt war (Asberg & Renk, 2014). Auch Regehr et al. (1999) postulierten, dass Frauen, die schon einmal einen sexuellen Übergriff erfuhren und eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* aufwiesen, nach einem weiteren traumatischen Erlebnis unter höheren Depressionswerten litten.

Asberg und Renk (2014) konnten außerdem zeigen, dass Stress sowie eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* mit einem geringeren Selbstwert zusammenhängen, der eine wichtige Rolle für die Selbstwirksamkeitserwartung spielt. Roddenberry und Renk (2010) nahmen an, dass es direkte Zusammenhänge zwischen Stress und Krankheit sowie zwischen Krankheit und der Nutzung von professioneller Hilfe gibt. Sie erklärten, dass die Kontrollüberzeugung als partieller Mediator in der Beziehung zwischen Stress und Krankheit fungierte (Roddenberry & Renk, 2010). Es wird ersichtlich, dass eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten führen kann.

Gomez (1997) zeigte, dass eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* positiv mit „passiver“ Bewältigung („avoid coping“) und negativ mit „aktiver“ Bewältigung („approach coping“) korrelierte. Erstere Bewältigungsstrategie umfasst die Vermeidung eines bestehenden Konfliktes, indem das Problem ignoriert oder gar verdrängt wird. Letztere Bewältigungsstrategie zielt darauf ab, das Problem zu lösen und somit den Konflikt zu kontrollieren (Gomez, 1997). Ein Jahr später berichtete Gomez, dass eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* und die „passive“ Bewältigungsstrategie direkt mit Angst- und Depressionssymptomen im Zusammenhang stand (Gomez, 1998). Außerdem fungierte hierbei u.a. die Kontrollüberzeugung als partieller Mediator zwischen der Bewältigungsstrategie und den Angst- bzw. Depressionssymptomen (Gomez, 1998).

Schreiber (2010) betonte die wichtige Rolle der Problemwahrnehmung für das Hilfesuchverhalten, da das unzureichende Erkennen der Schwere des traumatischen Erlebnisses und der Folgen dazu beitragen kann, dass das Problem, möglicherweise auch unbewusst, verdrängt wird. Andere AutorInnen beschrieben, dass die Verleugnung des Problems einen wesentlichen Faktor darstellt, der das Hilfesuchverhalten beeinträchtigt (Schauman & Mansell, 2012; Schreiber, 2010). Schauman und Mansell (2012) erklärten, dass die Unterdrückung von bestimmten Gedanken sowie Gefühlen durch die willkürliche Kontrollierbarkeit zunächst zu einer Linderung des Leidendrucks führen kann (3. Ebene, „arbitrary control“). Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe würde das erfolgreiche Vermeidungsverhalten unterbrechen und zu einem Kontrollverlust führen (Schauman & Mansell, 2012). Es ist denkbar, dass Personen durch die Tendenz, die Verantwortung externen Faktoren zuzuschreiben, sowie durch ein stärkeres Vermeidungsverhalten dennoch eine gewisse Kontrolle bspw. über ihre Emotionen verspüren, die ihnen bei der Bewältigung hilft und dazu beitragen kann, dass keine professionelle Hilfe aufgesucht wird.

Damit im Einklang postulierten Egan und Wilson (2012), dass sich die Kontrollüberzeugung von Betroffenen von einer *internalen* zu einer *externalen Überzeugung*

verändert, um das Ereignis besser bewältigen zu können. Dies lässt sich mit der Annahme von Frazier (1990) erklären, die von einer besseren Anpassung berichtete, wenn die Vorwürfe in Bezug auf das traumatische Erlebnis externalen Faktoren zugeschrieben wurden. Dies wiederum zeigt, dass sich eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* in Bezug auf Schuldzuweisungen und Selbstvorwürfe, das heißt in Anbetracht vergangener Ereignisse, auch positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

Es wird ersichtlich, dass Vermeidungsverhalten mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* zusammenhängt und beide Faktoren zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten führen können (vgl. Schwarz & Kowalski, 1992, zitiert nach Schreiber, 2010, S. 12), da es den Betroffenen zumindest oberflächlich besser geht, solange das Vermeidungsverhalten erfolgreich ist.

Einige Autoren postulierten, dass Stigmatisierungen bezüglich der psychischen Gesundheit das Hilfesuchverhalten beeinflussen können (Schauman & Mansell, 2012; Sickel, Seacat, & Nabors, 2014). Sickel et al. (2014) gingen davon aus, dass die Angst vor einer Stigmatisierung die Bemühungen hinsichtlich des Bewältigungsverhaltens negativ beeinflussen. Mangelnde Bemühungen hinsichtlich der Bewältigung könnten mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* im Zusammenhang stehen und zu einer geringeren Inanspruchnahme psychologischer Behandlungen führen. Sickel et al. (2014) erklärten, dass Stigmatisierungen somit indirekt einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben.

Schauman und Mansell (2012) erklärten, dass andauernde Barrieren für das Hilfesuchverhalten, wie z.B. Stigmatisierungen, durch einen Kontrollverlust gekennzeichnet sind. Solche Barrieren sind durch das eigentliche Problem bedingt und gehen mit einer reduzierten Kontrollierbarkeit des Ziels, von anderen akzeptiert zu werden, einher (2. Ebene, „losing valued control“). In Anbetracht des geringeren Selbstwerts (vgl. Asberg & Renk, 2014) und der Bedeutung externaler Faktoren ist denkbar, dass sich Personen mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* eher vor Stigmatisierungen fürchten und weniger professionelle Hilfe aufsuchen.

Die Bedeutung von Stigmatisierungen wird auch vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens ersichtlich, die im Folgenden erläutert werden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Einige Autoren konnten zeigen, dass Frauen eher einen psychologischen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen als Männer (Elhai et al., 2005, 2006; Vasiliadis,

Tempier, Lesage, & Kates, 2009). Auch Schonert-Reichl und Muller (1996) konnten zeigen, dass weibliche Jugendliche infolge emotionaler Probleme mehr Hilfe in Anspruch nahmen als männliche Jugendliche, ganz gleich ob informeller oder formeller Art. Somit scheint das Alter keine ausschlaggebende Rolle zu spielen.

Elhai et al. (2005) brachten außerdem die Inanspruchnahme professioneller Hilfe mit einer vorhergehenden Traumaerfahrung sowie der Diagnose einer PTBS in Zusammenhang. Dies kann zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden beitragen, da Frauen öfters sexuell missbraucht werden und häufiger als Männer an einer psychischen Störung erkranken (vgl. Asberg & Renk, 2014).

Zudem fanden einige Autoren heraus, dass sich Frauen nicht nur öfters in Behandlung begaben, sondern dieser auch positiver gegenüber eingestellt waren als Männer (Burrick, 2014; Elhai et al., 2006). Burrick (2014) begründete dies damit, dass sich Frauen wohler dabei fühlen, emotionale Erfahrungen zu teilen. Er führte dies auf gesellschaftliche Aspekte zurück, die dazu beitragen, dass Frauen dahingehend erzogen werden, dass sie ihre Probleme kommunizieren sollen. Männer hingegen werden ermutigt, die männliche Identität und ein belastbares Erscheinungsbild aufrechtzuerhalten (Burrick, 2014; Heller, 2008).

Demnach beeinflussen Rollenerwartungen, Stereotype sowie soziale Normen innerhalb eines soziokulturellen Kontextes Frauen sowie Männer gleichermaßen. Die veraltete Überzeugung, dass Männer keinerlei Schwäche zeigen dürfen, führt dazu, dass sie gesundheitliche bzw. psychische Probleme eher verleugnen. Aufgrund dessen zeigen sie womöglich ein schwächeres Hilfesuchverhalten und weisen eher negative Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe auf (Mahalik, Good, & Englar-Carlson, 2003), was dazu führt, dass sie ihre Gesundheit gefährden (Heller, 2008; Mahalik, Burns, & Syzdek, 2007).

Zielsetzung

Bisherige Studien scheiterten oftmals an der Untersuchung des Hilfesuchverhaltens, da die Untersuchungsteilnehmer nur selten eine psychologische Behandlung in Anspruch nahmen (Roddenberry & Renk, 2010). Auch Elliott et al. (2014) berichteten von Schwierigkeiten der Problemwahrnehmung und einem langwierigen Prozess, bis eine psychologische Behandlung befürwortet sowie akzeptiert werden konnte.

Auch wenn diese Schwierigkeiten teilweise überwunden wurden, ist die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe, gering, selbst dann, wenn schon ein Termin vereinbart wurde (Elliott et al., 2014). In den zitierten Studien wurden zahlreiche Faktoren mit

Hilfesuchverhalten in Zusammenhang gebracht, die u.a. häufig mit Kontrollüberzeugungen (Schreiber et al., 2009) und dem Schweregrad traumatischer Erfahrungen in Verbindung standen (Elhai et al., 2005).

Aufgrund dessen wird in der folgenden Arbeit das Hauptaugenmerk auf die Kontrollüberzeugungen und das Erleben einer traumatischen Erfahrung bzw. die Anzahl erlebter Misshandlungsformen (Schweregrad) gelegt, da angenommen wird, dass diese beiden Faktoren einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob Hilfe aufgesucht wird (Elhai et al., 2005). Das Hilfesuchverhalten, das in dieser Arbeit im Fokus steht, bezieht sich auf die Inanspruchnahme professioneller sowie psychologischer Hilfe und auf die Einstellungen gegenüber dieser².

Da einige Autorengruppen (Elhai et al., 2005, 2006; Vasiliadis et al., 2009) zeigen konnten, dass Frauen eher professionelle Hilfe aufsuchen, werden auch in dieser Arbeit geschlechtsspezifische Unterschiede erwartet. Es wird angenommen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein stärkeres Hilfesuchverhalten sowie positivere Einstellungen demgegenüber aufweisen.

In Anbetracht bisheriger Studien wird vermutet, dass sich sowohl eine stärkere *internale* als auch eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* unterschiedlich auf das Hilfesuchverhalten auswirkt. Es wird davon ausgegangen, dass eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* eher förderlich für das Hilfesuchverhalten ist, wohingegen eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* das Hilfesuchverhalten möglicherweise eher hemmt (Regehr et al., 1999; Schreiber et al., 2009).

Des Weiteren werden wesentliche Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens und der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen zwischen misshandelten und nicht misshandelten Personen erwartet. Auch in Bezug auf den Schweregrad traumatischer Erfahrungen werden je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens und der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen erwartet.

Da sich traumatische Erfahrungen womöglich auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen als auch auf das Hilfesuchverhalten auswirken, ist das Ziel dieser Masterarbeit, die Bedeutung der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen unter Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen bzw. der Anzahl erlebter Misshandlungsformen

² Um den Lesefluss in der folgenden Arbeit zu erleichtern, wird lediglich von stärkerem bzw. schwächerem Hilfesuchverhalten gesprochen, wobei damit auch die Einstellungen gegenüber einer zukünftigen Inanspruchnahme psychologischer Hilfe gemeint sind, wenn Bedarf bestehen würde.

für das Hilfesuchverhalten zu klären. Es wird angenommen, dass der Einfluss der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen auf das Hilfesuchverhalten, je nachdem ob eine traumatische Erfahrung gemacht wurde (bzw. je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen) unterschiedlich ausfällt. Das Erleben traumatischer Erfahrungen bzw. die Anzahl erlebter Misshandlungsformen könnte als Moderator auf die Beziehung zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten wirken.

Methoden

Untersuchungsdesign und Stichprobe

Die folgende Masterarbeit ist in ein dreijähriges unabhängiges Forschungsprojekt der Universität Wien eingebettet, das die Erlebnisse von Menschen, die in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt (Kinder- und Jugendheime oder Pflegefamilien) Opfer körperlicher, sexueller und/oder emotionaler Gewalt wurden, retrospektiv erfasst sowie die psychosozialen Auswirkungen dieser Gewalt untersucht.

Betroffenengruppe (BG). Die BG umfasste all jene Betroffene über 18 Jahre, die sich im Zuge der Aufarbeitung der Erlebnisse an die „Außenstelle für Betroffene von Gewalt in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt“ des Weißen Rings gewendet sowie bereits Entschädigungszahlungen erhalten haben und sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen. Die Interviews wurden von DoktorantInnen größtenteils in den Räumlichkeiten des Instituts für Psychologie der Universität Wien durchgeführt, wobei die Befragungen einige Male auch in privaten Räumlichkeiten der TeilnehmerInnen oder in einer Justizvollzugsanstalt stattfanden. Die Stichprobengröße der BG umfasste **219 Personen**.

Die BG wurde für die Untersuchungen bezüglich der Anzahl erlebter Misshandlungsformen in drei Gruppen unterteilt. Dafür wurden zunächst Cut-off-Werte herangezogen, um beurteilen zu können, welche Personen eine schwerwiegende bis extreme Misshandlungsform erlitten haben (Bernstein & Fink, 1998). Somit wurden die Personen der BG je nach Anzahl erlebter (schwerwiegender) Misshandlungsformen einer Untergruppe zugeteilt.

Kontrollgruppe (KG). Die KG umfasste Personen, die nicht in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt, aber dennoch in Wien oder Umgebung aufgewachsen sind und bezüglich ihrer soziodemographischen Daten den Personen der BG ähneln. Die KG wurde mithilfe von Aushängen, Flyern, Zeitungsinseraten sowie Online-Anzeigen rekrutiert. Die Personen der KG beantworteten dieselbe Fragenbogenbatterie wie die Personen der BG, wobei diese lediglich von den Personen der KG auch online bearbeitet werden konnte. Die

Interviews wurden von StudentInnen im Rahmen eines Seminars, das sich mit dieser Thematik beschäftigte, durchgeführt und fanden entweder in privaten, öffentlichen oder universitären Räumlichkeiten statt. Die Stichprobengröße umfasste **127 Personen**.

Infolge einer ausführlichen Aufklärung über die Studie und die Vertraulichkeit der Daten („Informed Consent“) beantworteten die Personen der BG sowie KG innerhalb eines strukturierten Interviews diverse Fragen bezüglich traumatischer Erfahrungen während ihrer Kindheit bzw. Jugend und bezüglich allgemeiner Einstellungen. Die Fragebogenbatterie umfasste mehrere Teile, die mittels einer Likert-Skala zu beantworten waren. Bei einigen spezifischen Teilen, bspw. in Bezug auf die soziodemographischen Daten war es möglich, offen zu antworten. Außerdem war die Abklärung psychischer Störungen mithilfe eines standardisierten diagnostischen Interviews (SKID I und II, Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) Bestandteil der Befragung. Somit handelte es sich hierbei um eine Querschnittsuntersuchung, die je nach Redebedarf seitens der befragten Personen ca. eineinhalb bis dreieinhalb Stunden dauerte. Die befragten Personen konnten zudem selbst entscheiden, ob sie es bevorzugen die Fragen selbst zu lesen und somit schriftlich zu antworten oder die Fragen vorgelesen zu bekommen und lediglich mündlich zu antworten.

Untersuchungsinstrumente

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Die Anzahl der unterschiedlichen Misshandlungsformen wurde mithilfe der deutschen Kurzform des CTQ (Bernstein et al., 2003) erfasst. Die Kurzform erfragt mittels 28 Items, die mittels einer Likert-Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr häufig“) beantwortet werden, traumatische Erlebnisse in der Kindheit. Sie umfasst die fünf Subskalen *körperlicher*, *sexueller* sowie *emotionaler Missbrauch*³ und *körperliche* sowie *emotionale Vernachlässigung*, wobei jede Subskala aus fünf Items besteht (Bernstein et al., 2003). Drei Items dienen der Kontrolle, ob eine bestimmte Antworttendenz bei den TeilnehmerInnen vorlag. Höhere Werte in den Subskalen gehen mit extremeren Misshandlungserfahrungen einher. Die interne Konsistenz fast aller Subskalen konnte mit einem *Cronbach's α* zwischen .80 und .88 als gut bezeichnet werden. Auch die Konstruktvalidität konnte belegt werden. Eine Ausnahme bildete hierbei die Subskala *körperliche Vernachlässigung*, die auch aufgrund eines *Cronbach's α* von .55 mit Vorsicht zu verwenden ist (Klinitzke, Romppel, Häuser, Brähler, & Glaesmer, 2011).

³ In der vorliegenden Masterarbeit wurde in Anbetracht dieser drei Subskalen der Begriff „Misshandlungsform“ bevorzugt, da dieser meiner Meinung nach geläufiger ist und nicht nur, wie das häufig bei dem Begriff „Missbrauch“ der Fall ist, mit sexuellen Taten assoziiert wird.

Für die folgende Masterarbeit wurden lediglich die drei Subskalen *körperlicher*, *sexueller* sowie *emotionaler Missbrauch* verwendet. Um Missverständnisse zu vermeiden, sei zudem erwähnt, dass die BG den CTQ zweimal ausfüllte: einmal bezogen auf die familiären Erfahrungen (soweit solche vorhanden waren) und einmal bezogen auf die institutionellen Erfahrungen.

Um den Schweregrad einer Misshandlungsform zu beurteilen, wurden Cut-off-Werte herangezogen (Bernstein & Fink, 1998). Der Cut-off-Wert für die Subskalen *körperlicher* sowie *sexueller Missbrauch* des CTQ liegt bei einem Summenwert von **13** und für die Subskala *emotionaler Missbrauch* bei einem Summenwert von **16**, der erreicht werden muss, um die Misshandlungsform als schwerwiegend bis extrem definieren zu können (Bernstein & Fink, 1998).

Außerdem wurde mittels der CTQ-Werte die Anzahl erlebter (schwerwiegender) Misshandlungsformen ermittelt. Somit wurden einerseits Personen aus der BG, die weder schwerwiegende familiäre noch institutionelle Misshandlung, und andererseits Personen aus der KG, die schwerwiegende familiäre Misshandlung erlebt haben, identifiziert und folglich aus der Untersuchung exkludiert. Für die Vergleiche innerhalb der BG wurden die Betroffenen, je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen (eine, zwei oder drei), einer von drei Untergruppen zugeteilt.

Es wurde darauf verzichtet, fehlende Werte dieser Skala zu ersetzen, da die Variable Anzahl erlebter Misshandlungsformen in dieser Arbeit als eine wichtige UV fungierte und dafür verantwortlich war, dass bestimmte Personen exkludiert sowie in entsprechende Gruppen eingeteilt wurden. Ersetzte Werte hätten dazu führen können, dass die Cut-off-Werte knapp erreicht und die Daten stark verzerrt worden wären. Außerdem war es aufgrund der großen Stichprobengröße der BG vertretbar, auf die Daten einiger Personen zu verzichten.

Inventory of Attitudes towards Seeking Mental Health Services (IASMHS). Das Hilfesuchverhalten wurde mithilfe der deutschen Übersetzung des IASMHS (Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004) untersucht. Dieser Fragebogen umfasst 24 Items, die mittels einer Likert-Skala von 1 („*trifft überhaupt nicht zu*“) bis 5 („*trifft voll zu*“) beantwortet werden, und dient der Untersuchung unterschiedlicher Einstellungen, die sich auf das Aufsuchen einer psychischen Gesundheitsfürsorge beziehen. Es werden folgende drei Faktoren erfasst: 1. *Psychologische Offenheit* bezüglich des Erkennens eines psychischen Problems und des Aufsuchens professioneller Hilfe, 2. *Neigung zum Hilfesuchverhalten*, das heißt, der Wille und die wahrgenommene Fähigkeit, professionelle Hilfe aufgrund eines

psychischen Problems aufzusuchen, und 3. *Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung* (Hyland et al., 2014; Mackenzie et al., 2004).

Die internen Konsistenzen der Subskalen der englischen Version können mit einem *Cronbach's α* zwischen .76 und .82 als gut bezeichnet werden (Mackenzie et al., 2004). Zur deutschen Übersetzung des Fragebogens wurde noch keine aussagekräftige Validierungsstudie durchgeführt.

Ein höherer Summenwert der drei Faktoren geht mit stärkerem Hilfesuchverhalten und positiven Einstellungen demgegenüber einher. Der höchste Summenwert, der erreicht werden kann, liegt bei 120. Mackenzie et al. (2004) konnten zeigen, dass die erfragten Einstellungen höher mit den drei Subskalen korrelierten, wenn sich diese auf das Vorhaben, bei Bedarf psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, beziehen. Da sich hierbei außerdem herausstellte, dass die erste und dritte Subskala Einstellungen betreffen, die eher konsistent sind und die zweite Subskala auch stark von anderen Faktoren, bspw. zeitlichen Ressourcen abhängig ist (Mackenzie et al., 2004), wurde in der folgenden Arbeit die Gesamtskala und nicht nur die zweite Subskala (*Neigung zum Hilfesuchverhalten*) herangezogen, um das generelle Hilfesuchverhalten bzw. die Einstellungen demgegenüber zu untersuchen.

Erwähnenswert ist hier, dass fehlende Werte innerhalb des IASMHS ersetzt wurden, um nicht noch mehr Daten zu verlieren. Bei fünf Personen war ein fehlendes Item vorhanden, das mithilfe des Mittelwerts der restlichen ausgefüllten Items der jeweiligen Subskala ersetzt wurde. Bei drei Personen fehlte mehr als ein Item, sodass diese ausgeschlossen wurden.

Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen wurde mit der IE-4-Skala (Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2012) erhoben. Sie dient der Messung der generalisierten *internalen* und *externalen Kontrollüberzeugung* gemäß der sozialen Lerntheorie von Rotter (1966). Die ursprüngliche Skala umfasst vier Items, wobei die in dieser Arbeit verwendete Skala sich aus acht Items zusammensetzt, die mittels einer Likert-Skala von 1 („trifft gar nicht zu“) bis 5 („trifft voll und ganz zu“) beantwortet werden. Die zwei Subskalen *internale* und *externale Kontrollüberzeugung* werden aus jeweils vier Items gebildet. Zu den zwei ursprünglichen Items einer Subskala haben wissenschaftliche MitarbeiterInnen der Wiener Heimstudie zwei weitere Items formuliert, um die Validität der Subskalen zu erhöhen. Die acht Items sind im Anhang dargestellt (siehe Tabelle A-1). Ein höherer Summenwert innerhalb einer Subskala geht mit einer höheren Ausprägung der jeweiligen Kontrollüberzeugung einher. Zur Beurteilung der Reliabilität der ursprünglichen Skala wurde der Koeffizient ω von McDonald (1999, zitiert nach Kovaleva et al., 2012, S. 13) verwendet. Die Interpretation erfolgt analog

zu *Cronbach's α* . Die Reliabilitätskoeffizienten für die Skala *Internale Kontrollüberzeugung* lagen zwischen .70 und .71. Für die Skala *Externale Kontrollüberzeugung* lagen die Werte zwischen .53 und .63. Somit konnte die Reliabilität als hinreichend beurteilt werden. Die Konstruktvalidität konnte ebenfalls belegt werden (Kovaleva et al., 2012).

Auch hier wurden fehlende Werte ersetzt, um den Datenverlust zu verringern. Wie auch bei der vorherigen Skala war bei fünf Personen ein fehlendes Item vorhanden, das mithilfe des Mittelwerts der restlichen ausgefüllten Items der jeweiligen Subskala ersetzt wurde.

Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Fragestellungen und Hypothesen sollen im Zuge der Masterarbeit untersucht werden.

1. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

H_0 : Im Vergleich zu Männern weisen Frauen ein schwächeres oder gleiches Hilfesuchverhalten auf. (Vergleich innerhalb der Stichprobe = BG + KG)

H_1 : Im Vergleich zu Männern weisen Frauen ein stärkeres Hilfesuchverhalten auf.

2. Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich ausgeprägten Kontrollüberzeugungen bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

2.1. H_0 : Personen, die eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* aufweisen, zeigen ein schwächeres oder gleiches Hilfesuchverhalten als/wie Personen, die eine niedrigere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* aufweisen. (Vergleich innerhalb der Stichprobe und BG vs. KG)

H_1 : Personen, die eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* aufweisen, zeigen ein stärkeres Hilfesuchverhalten als Personen, die eine niedrigere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* aufweisen.

2.2. H_0 : Personen, die eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen, zeigen ein stärkeres oder gleiches Hilfesuchverhalten als/wie Personen, die eine niedrigere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen. (Vergleich innerhalb der Stichprobe und BG vs. KG)

H_1 : Personen, die eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen, zeigen ein schwächeres Hilfesuchverhalten als Personen, die eine niedrigere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen.

3. BG vs. KG

3.1. Unterscheiden sich Personen, die misshandelt wurden, von Personen, die nicht misshandelt wurden, bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

H_0 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen kein unterschiedliches Hilfesuchverhalten als Personen, die nicht misshandelt wurden.

H_1 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten als Personen, die nicht misshandelt wurden.

3.2. Unterscheiden sich Personen, die misshandelt wurden, von Personen, die nicht misshandelt wurden, bezüglich ihrer Kontrollüberzeugungen?

3.2.1. H_0 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen keine unterschiedlichen Ausprägungen der *internalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die nicht misshandelt wurden.

H_1 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen unterschiedliche Ausprägungen der *internalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die nicht misshandelt wurden.

3.2.2. H_0 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen keine unterschiedlichen Ausprägungen der *externalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die nicht misshandelt wurden.

H_1 : Personen, die misshandelt wurden, zeigen unterschiedliche Ausprägungen der *externalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die nicht misshandelt wurden.

3.3. Wirken die Gruppenzugehörigkeit und die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten?

3.3.1. H_0 : Die Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* wirken nicht gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

H_1 : Die Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* wirken gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

3.3.2. H_0 : Die Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* wirken nicht gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

H_1 : Die Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* wirken gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

4. Vergleiche innerhalb der BG

4.1. Unterscheiden sich Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, von Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens.

H_0 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen kein unterschiedliches Hilfesuchverhalten als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

H_1 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen ein unterschiedliches Hilfesuchverhalten als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

4.2. Unterscheiden sich Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, von Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, bezüglich ihrer Kontrollüberzeugungen?

4.2.1. H_0 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen keine unterschiedlichen Ausprägungen der *internalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

H_1 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen unterschiedliche Ausprägungen der *internalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

4.2.2. H_0 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen keine unterschiedlichen Ausprägungen der *externalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

H_1 : Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, zeigen unterschiedliche Ausprägungen der *externalen Kontrollüberzeugung* als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden.

4.3. Wirken die Anzahl erlebter Misshandlungsformen und die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten?

4.3.1. H_0 : Die Faktoren Anzahl erlebter Misshandlungsformen und Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* wirken nicht gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

H_1 : Die Faktoren Anzahl erlebter Misshandlungsformen und Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* wirken gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

4.3.2. H_0 : Die Faktoren Anzahl erlebter Misshandlungsformen und Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* wirken nicht gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

H_1 : Die Faktoren Anzahl erlebter Misshandlungsformen und Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* wirken gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten.

4.4. Fungiert die Anzahl erlebter Misshandlungsformen als Moderator zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten?

4.4.1. H_0 : Die Anzahl erlebter Misshandlungsformen fungiert nicht als Moderator zwischen der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten. (Vergleich innerhalb der BG)

H_1 : Die Anzahl erlebter Misshandlungsformen fungiert als Moderator zwischen der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten.

4.4.2. H_0 : Die Anzahl erlebter Misshandlungsformen fungiert nicht als Moderator zwischen der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten. (Vergleich innerhalb der BG)

H_1 : Die Anzahl erlebter Misshandlungsformen fungiert als Moderator zwischen der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten.

Auswertungsverfahren

Deskriptivstatistik. Im Folgenden werden die Verfahren beschrieben, die innerhalb des Statistikprogrammes SPSS angewendet wurden, um die Verteilungen in Bezug auf die soziodemographischen Daten in den jeweiligen Stichproben näher zu beleuchten.

χ^2 -Test. Zur Untersuchung möglicher Unterschiede der Geschlechterverteilungen sowie der Verteilungen bezüglich dem Familien- und Bildungsstand zwischen den jeweiligen Stichproben wurden jeweils χ^2 -Tests angewendet.

t-Test für unabhängige Stichproben. Da die Variable Alter Intervallskalenniveau aufweist, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, um das durchschnittliche Alter der zwei Stichproben miteinander vergleichen zu können. Ein gleichzeitig durchgeführter Levene-Test gab zudem Aufschluss über mögliche Unterschiede der Varianzen zwischen den jeweiligen Stichproben.

Varianzanalyse (ANOVA). Für die Untersuchung der Altersverteilungen in den drei Untergruppen der BG wurde eine einfaktorielle ANOVA durchgeführt, da aufgrund des Vergleichs von mehr als zwei Gruppen kein t-Test angewendet werden konnte. Auch hier wurde gleichzeitig ein Levene-Test durchgeführt.

Reliabilitätsanalyse. Es wurden die internen Konsistenzen (Cronbach's α) für die verschiedenen Gesamtskalen sowie die jeweiligen Subskalen separat für die BG und KG berechnet, um die Reliabilitäten der verwendeten Verfahren beurteilen zu können.

Inferenzstatistik. Im Folgenden werden die Verfahren beschrieben, die innerhalb des Statistikprogrammes SPSS angewendet wurden, um die Hypothesen zu untersuchen.

t-Test für unabhängige Stichproben. Bei den Forschungsfragen 1, 2, 3.1. und 3.2. handelte es sich um Unterschiedshypothesen bezüglich zwei Stichproben, sodass hierfür die Verwendung eines t-Tests für unabhängige Stichproben sinnvoll erschien, um die Mittelwerte der beiden Stichproben miteinander vergleichen und mögliche Unterschiede auf Signifikanz ($\alpha = .05$) überprüfen zu können. Dafür wurden zunächst die Voraussetzungen (Intervallskalenniveau, Normalverteilung, stochastische Unabhängigkeit, Varianzhomogenität) überprüft. Anschließend wurde separat für jeden t-Test die Effektstärke Cohen's d ermittelt. Ab einem Cohen's d von 0.2 spricht man von einem kleinen, ab 0.5 von einem mittleren und ab 0.8 von einem großen Effekt.

Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Auch bei den Forschungsfragen 4.1. und 4.2. handelte es sich um Unterschiedshypothesen. Allerdings wurden bei den Vergleichen innerhalb der BG aufgrund der Anzahl erlebter Misshandlungsformen drei Gruppen miteinander verglichen, sodass hier für beide Hypothesen die Durchführung einer einfaktoriellen ANOVA und eines entsprechenden post-hoc-Tests sinnvoll erschien. Damit werden die Mittelwerte der drei Teilstichproben miteinander verglichen und mögliche Unterschiede auf Signifikanz ($\alpha = .05$) überprüft. Auch hier wurden zunächst die Voraussetzungen für eine einfaktorielle ANOVA (Intervallskalenniveau, Normalverteilung, stochastische Unabhängigkeit, Varianzhomogenität) überprüft. Anschließend wurde separat für jede Berechnung die Effektstärke Eta^2 ermittelt. Ab einem Eta^2 von 0.01 spricht man von einem kleinen, ab 0.06 von einem mittleren und ab 0.14 von einem großen Effekt. Um die Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen genauer betrachten zu können, wurde zudem bei homogenen Varianzen der post-hoc-Test nach Gabriel durchgeführt, da dieser bei etwas

voneinander abweichenden Stichproben empfohlen wird. Bei inhomogenen Varianzen wurde der post-hoc-Test nach Games-Howell herangezogen (Field, 2013).

Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Um die Zugehörigkeit der Personen zur BG oder KG bzw. je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen zu einer Untergruppe bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten nicht außer Acht zu lassen, wurde einerseits für den Vergleich der BG mit der KG (3.3.) und andererseits für die Vergleiche innerhalb der BG (4.3.) eine zweifaktorielle ANOVA durchgeführt, um auch hier mögliche Unterschiede auf Signifikanz ($\alpha = .05$) zu überprüfen. Die Voraussetzungen, die dieselben wie bei der einfaktoriellen ANOVA sind, wurden zuvor überprüft. Um die Vergleiche innerhalb der BG genauer betrachten zu können, wurde ebenfalls aufgrund der etwas voneinander abweichenden Teilstichproben der post-hoc-Test nach Gabriel durchgeführt (Field, 2013).

Voraussetzungsüberprüfung. Der zentrale Grenzwertsatz besagt, dass sich die Verteilung der Stichprobenmittelwerte bei Stichproben größer als 30, langfristig gesehen, einer Normalverteilung annähert (Bortz & Döring, 2006). Dies ist bei allen durchgeführten Untersuchungen zu bedenken. Um neben dieser Annahme die Voraussetzung der Normalverteilung für die angeführten Verfahren zusätzlich zu überprüfen, wurden die Q-Q-Diagramme und die Normalverteilungskurve mittels eines Histogramms betrachtet. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Test überprüft, da dieser die Varianzen verschiedener Stichproben miteinander vergleicht und bestimmt, ob diese homogen sind oder sich signifikant voneinander unterscheiden. Wenn sich die Varianzen als heterogen herausstellten, wurde der mittels Welch-Test korrigierte t - bzw. F -Wert verwendet.

Moderationsanalyse. Da vermutet wurde, dass es innerhalb der BG aufgrund der Anzahl erlebter Misshandlungsformen zu einem Moderationseffekt in Bezug auf die Beziehung zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugung (UV) und dem Hilfesuchverhalten (AV) kommen könnte, wurde außerdem eine Moderationsanalyse (4.4.) angewendet. Damit war es möglich, die Unterschiede zwischen den jeweiligen Untergruppen (1 vs. 2, 1 vs. 3) in Bezug auf das Hilfesuchverhalten näher zu betrachten.

Zunächst wurde die UV zentriert, indem der Mittelwert der UV von allen Werten der UV abgezogen wurde, um das Problem der Multikollinearität zu umgehen. Mittels des zusätzlichen Hilfsprogramms „PROCESS Macro for SPSS“ von Andrew F. Hayes (2013) wurde die Moderationsanalyse durchgeführt. Hierbei wurde das Modell „Indicator“ ausgewählt, das die erste Gruppe als Referenzkategorie heranzieht und die beiden anderen Gruppen jeweils mit dieser vergleicht.

Da angenommen wurde, dass der Effekt der UV auf die AV je nach Abstufung des Moderators (Anzahl erlebter Misshandlungsformen) ein anderer ist, wurde der Einfluss verschiedener Interaktionen zwischen der UV und des Moderators auf die AV untersucht. Somit konnte beurteilt werden, ob die Größe des Zusammenhangs zwischen der UV und der AV von dem Moderator abhängig ist.

Erwähnenswert ist, dass sich bei einigen Hypothesen die Variable Ausprägung der Kontrollüberzeugungen in die *internale* bzw. *externale Kontrollüberzeugung* aufteilte, sodass hierfür zwei t-Tests für unabhängige Stichproben (3.2.1., 3.2.2.), zwei einfaktorielle ANOVAs (4.2.1., 4.2.2.) sowie zwei Moderationsanalysen (4.4.1, 4.4.2.) durchgeführt wurden. Dies war auch bei den Forschungsfragen 2, 3.3. und 4.3. der Fall, wobei hier die Variable Ausprägung der Kontrollüberzeugungen zudem kategorisiert wurde, um bezüglich beider Kontrollüberzeugungen Personen mit höheren Ausprägungen und Personen mit geringeren Ausprägungen miteinander vergleichen zu können. Somit wurden hier ebenfalls zwei t-Tests für unabhängige Stichproben (2.1., 2.2.) und insgesamt vier zweifaktorielle ANOVAs (3.3.1., 3.3.2., 4.3.1., 4.3.2.) angewendet.

Ergebnisse

Deskriptivstatistik – Stichprobenszusammensetzung

Gesamte Stichprobe. Die BG umfasste **219 Personen**, wovon 131 (59.8%) männlich und 88 (40.2%) weiblich waren. Das durchschnittliche Alter in der BG betrug 57.9 Jahre ($SD = 9.55$). In Bezug auf den Familienstand lässt sich sagen, dass die meisten Personen (44.3%) in einer Partnerschaft lebten oder geschieden waren (33.8%). Außerdem hatte der Großteil der Personen eine Lehre abgeschlossen (49.3%).

Die KG setzte sich aus **127 Personen** zusammen, wovon 43 (33.9%) männlich und 84 (66.1%) weiblich waren. Das Durchschnittsalter lag hier bei 59.6 Jahren ($SD = 10.71$). Es ist ersichtlich, dass sich die Geschlechterverteilungen zwischen BG und KG signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 1), da sich in der BG wesentlich mehr Männer und in der KG mehr Frauen befanden. Die Altersverteilungen unterschieden sich wiederum nicht signifikant zwischen den beiden Stichproben. Auch in der KG lebten die meisten Personen in einer Partnerschaft (51.2%) oder waren geschieden (29.9%), weshalb sich die Verteilungen bezüglich des Familienstandes zwischen der BG und KG nicht signifikant voneinander unterschieden. Der Großteil hatte eine höhere (33.1%) oder eine berufsbildende mittlere Schule (22.0%) besucht. Somit zeigt die KG im Vergleich zur BG ein signifikant höheres

Bildungsniveau auf. Die Ergebnisse sind detailliert in Tabelle 1 dargestellt, wobei die genauen Häufigkeitsverteilungen bezüglich des Bildungsstandes aufgrund des signifikanten Ergebnisses im Anhang A zu finden sind (Tab. A-2).

Tabelle 1

Ergebnisse der Deskriptivanalyse bezüglich der gesamten Stichprobe

	χ^2	t	df	p	Cohen's d
Geschlecht	21.668		1	< .001**	0.54
Alter		-1.507	236.968	.133	
Familienstand	3.260		3	.353	
Bildungsstand	133.946		6	< .001**	1.46

Anmerkung. ** $p < .01$ zweiseitig.

Lediglich für den geschlechtsspezifischen Vergleich (1. Forschungsfrage) bzw. den Vergleich zwischen Personen, die eine höhere Ausprägung der *internalen* bzw. *externalen* Kontrollüberzeugung aufwiesen (2. Forschungsfrage), wurde die gesamte Stichprobengröße der BG und KG herangezogen ($N = 346$).

Forschungsfrage 1. Bei der Unterscheidung, die sich ausschließlich auf das Geschlecht bezog, konnte eine gleichverteilte Stichprobe erzielt werden. **174 Personen** ($M = 59.2$ Jahre, $SD = 10.61$) waren dem männlichen und **172 Personen** ($M = 57.9$ Jahre, $SD = 9.34$) dem weiblichen Geschlecht zugehörig.

Die Altersverteilungen waren ausgewogen, wohingegen sich die Verteilungen in Bezug auf den Familien- und Bildungsstand zwischen den zwei Stichproben signifikant voneinander unterschieden. Die Effektstärken der beiden signifikanten Ergebnisse können allerdings als klein beurteilt werden (s. Tab. 2). Die genauen Häufigkeitsverteilungen bezüglich des Familien- und Bildungsstandes sind aufgrund der signifikanten Ergebnisse im Anhang A dargestellt (Tab. A-3 und A-4).

Tabelle 2

Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. der geschlechtsspezifischen Stichproben

	χ^2	t	df	p	Cohen's d
Alter		1.154	343	.249	
Familienstand	14.332		3	.002**	0.35
Bildungsstand	41.316		6	< .001**	0.39

Anmerkung. ** $p < .01$ zweiseitig.

Forschungsfrage 2. Um wie bereits beschrieben nicht auszuschließen, dass Personen eine höhere Ausprägung der *internalen* als auch *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen können, wurden lediglich die Personen innerhalb einer Subskala (*internal* vs. *external*) verglichen. Dafür wurde das metrische Skalenniveau der unabhängigen Variablen (UV, Ausprägung der Kontrollüberzeugung) zunächst wie folgt in ein dichotomes Skalenniveau transformiert. Mithilfe des Gesamtmittelwerts der *internalen Kontrollüberzeugung* ($M = 4.12$) und der *externalen Kontrollüberzeugung* ($M = 2.56$) einer repräsentativen Stichprobe nach Kovaleva et al. (2012) wurde die gesamte Stichprobe für jede Hypothese in zwei Gruppen unterteilt. Somit konnten die Personen mit einer höheren *internalen* Kontrollüberzeugung und einem $M \geq 4.12$ mit denen, die eine geringere Ausprägung der *internalen* Kontrollüberzeugung aufwiesen und unter diesem Gesamtmittelwert lagen, verglichen werden. Analog dazu konnten die Personen mit einer höheren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und einem $M \geq 2.56$ mit denen, die eine geringere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufwiesen und unter diesem Gesamtmittelwert lagen, verglichen werden.

Somit wurden **202 Personen** (51.5% männlich, 48.5% weiblich, $M = 59.3$ Jahre, $SD = 9.89$) mit einer höheren *internalen* Ausprägung mit **143 Personen** (49.0% männlich, 51.0% weiblich, $M = 57.5$ Jahre, $SD = 10.09$) mit einer geringeren *internalen* Ausprägung verglichen (2.1. Hypothese). Demgegenüber wurden **133 Personen** (53.4% männlich, 46.6% weiblich, $M = 57.9$ Jahre, $SD = 10.28$) mit einer höheren *externalen* Ausprägung mit **212 Personen** (48.6% männlich, 51.4% weiblich, $M = 59.0$ Jahre, $SD = 9.82$) mit einer geringeren *externalen* Ausprägung verglichen (2.2. Hypothese). Die Geschlechter- und Altersverteilungen sowie die Verteilungen in Bezug auf den Familienstand zwischen den jeweiligen Stichproben waren ausgewogen (s. Tab. 3). Lediglich die Verteilungen in Bezug auf den Bildungsstand zwischen den jeweiligen Stichproben unterschieden sich signifikant

voneinander. Dabei handelt es sich bezüglich der Stichprobe je nach Ausprägung der *internen Kontrollüberzeugung* um eine kleine und bezüglich der Stichprobe je nach Ausprägung der *externen Kontrollüberzeugung* um eine große Effektstärke (s. Tab. 3). Die genauen Häufigkeitsverteilungen bezüglich des Bildungsstandes sind aufgrund der signifikanten Ergebnisse im Anhang A zu finden (Tab. A-5 und A-6).

Tabelle 3

Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. folgender Stichprobe: höhere internale vs. geringere internale Kontrollüberzeugung

	χ^2	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Geschlecht	0.215		1	.643	
Alter		-1.629	342	.104	
Familienstand	1.278		3	.734	
Bildungsstand	14.807		6	.022*	0.23

Stichprobe: höhere externale vs. geringere externale Kontrollüberzeugung

Geschlecht	0.753		1	.386	
Alter		1.016	342	.310	
Familienstand	3.423		3	.331	
Bildungsstand	47.828		6	< .001**	0.81

Anmerkung. * $p < .05$ zweiseitig. ** $p < .01$ zweiseitig.

Forschungsfrage 3 – BG vs. KG. Für die allgemeinen Vergleiche zwischen misshandelten (BG) und nicht misshandelten (KG) Personen wurden 26 Personen aus der BG ausgeschlossen. Die Gründe hierfür waren einerseits, dass bei 14 Personen die Cut-off-Werte, weder in Bezug auf die institutionellen noch auf die familiären Erfahrungen, erreicht wurden und ihre Misshandlungserfahrungen somit nicht als schwerwiegend definiert werden konnten. Andererseits konnten bei 12 Personen nicht alle Summenwerte berechnet werden, da fehlende Werte vorhanden waren. Die BG umfasste somit **193 Personen**. Davon gehörten 117 Personen (60.6%) dem männlichen und 76 Personen (39.4%) dem weiblichen Geschlecht an. Das durchschnittliche Alter in der BG betrug 57.5 Jahre ($SD = 9.73$). Anzumerken ist hierbei, dass 13 der 193 Personen keine institutionellen Misshandlungserfahrungen, dafür aber mindestens eine schwerwiegende Misshandlungsform in der Familie erlebt haben.

Aus der KG wurden insgesamt 22 Personen ausgeschlossen, da bei 18 Personen die Cut-off-Werte erreicht wurden und sie somit mindestens eine schwerwiegende Misshandlungsform in der Familie erlebt haben. Bei weiteren vier Personen waren fehlende Werte vorhanden. Somit umfasste die KG **105 Personen**. Davon waren 40 Personen (38.1%) dem männlichen und 65 Personen (61.9%) dem weiblichen Geschlecht zugehörig. Das Durchschnittsalter lag hier bei 59.6 Jahren ($SD = 10.95$).

Auch nachdem einige Personen exkludiert wurden, unterschieden sich die Geschlechterverteilungen sowie das Bildungsniveau zwischen BG und KG signifikant voneinander (s. Tab. 4). Bezüglich der Geschlechterverteilungen handelt es sich um eine annähernd mittlere Effektstärke, wohingegen die Effektstärke in Bezug auf den Bildungsstand als sehr hoch einzustufen ist. Die Altersverteilungen sowie die Verteilungen in Bezug auf den Familienstand zwischen BG und KG waren wiederum ausgewogen (s. Tab. 4). Die genauen Häufigkeitsverteilungen bezüglich des Bildungsstandes sind aufgrund des signifikanten Ergebnisses im Anhang A aufgeführt (Tab. A-7).

Tabelle 4

Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. der modifizierten Stichproben

	χ^2	t	df	p	Cohen's d
Geschlecht	13.843		1	< .001**	0.47
Alter		-1.633	190.831	.092	
Familienstand	2.662		3	.447	
Bildungsstand	112.847		6	< .001**	1.42

Anmerkung. ** $p < .01$ zweiseitig.

Forschungsfrage 4 – Vergleiche innerhalb der BG. Für die Vergleiche innerhalb der BG wurden lediglich die CTQ-Werte, die sich auf die institutionellen Erfahrungen bezogen, herangezogen. Zunächst wurden 19 Personen aufgrund fehlender Werte exkludiert. Auch hier mussten die Personen den Cut-off-Wert in mindestens einer Subskala (*körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch*) erreichen, um in eine der folgenden drei Untergruppen eingeteilt zu werden: 1. Personen, die *eine* Misshandlungsform (körperlich, sexuell oder emotional) erlebt haben, 2. Personen, die *zwei* Misshandlungsformen (körperlich und sexuell, körperlich und emotional, sexuell und emotional) erfahren haben, und 3. Personen, die Opfer aller *drei* Misshandlungsformen (körperlich, sexuell und emotional) wurden. Die Stichprobe

umfasste insgesamt 180 Personen. **40 Personen** (20.0%) wurden Opfer leichtgradiger Misshandlung und der ersten Gruppe zugeordnet. Davon waren 26 Personen (65.0%) männlich und 14 Personen (35.0%) weiblich. **66 Personen** (33.0%) wurden Opfer mittelgradiger Misshandlung und der zweiten Gruppe zugeordnet. Davon gehörten 36 Personen (54.5%) dem männlichen und 30 Personen (45.5%) dem weiblichen Geschlecht an. Die Kombinationen der unterschiedlichen Gewaltformen spielten hierbei keine Rolle. **74 Personen** (37.0%) wurden Opfer schwergradiger Misshandlung und der dritten Gruppe zugeordnet, wovon 49 Personen (66.2%) männlich und 25 Personen (33.8%) weiblich waren. Weitere 20 Personen (10.0%) wurden für die Untersuchungen innerhalb der BG ausgeschlossen, da sie die Cut-off-Werte nicht erreichten und somit keiner Untergruppe zugeteilt werden konnten. Die Stichprobe reduzierte sich auf **180 Personen**.

Nach dieser Aufteilung unterschieden sich weder die Geschlechter- und Altersverteilungen noch die Verteilungen in Bezug auf den Familien- und Bildungsstand zwischen den drei Untergruppen signifikant voneinander (s. Tab. 5).

Tabelle 5

Ergebnisse der Deskriptivanalyse bezüglich der drei Untergruppen der BG

	χ^2	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Geschlecht	2.252		2	.324
Alter		.739	2, 177	.479
Familienstand	7.311		6	.293
Bildungsstand	13.718		12	.319

Anmerkung. Die *p*-Werte sind zweiseitig angegeben.

Reliabilitätsanalysen

Die internen Konsistenzen der verwendeten Verfahren fallen über die unterschiedlichen Stichproben hinweg sehr ähnlich aus. Die folgenden präsentierten Reliabilitätswerte beziehen sich auf die BG ($n = 193$) und KG ($n = 105$). Die drei Subskalen des CTQ_f, die sich auf die familiären Erfahrungen bezogen, weisen für die BG sehr hohe interne Konsistenzen auf, wohingegen die KG niedrigere, aber hinreichende Reliabilitätswerte zeigt. Die Subskalen des CTQ_j, die sich auf die Erfahrungen in der Wiener Jugendwohlfahrt bezogen und somit nur von der BG bearbeitet wurden, zeigen durchaus akzeptable interne Konsistenzen (s. Tab. 6).

Tabelle 6

CTQ	Item- anzahl	BG (CTQ_f)		KG (CTQ_f)		BG (CTQ_j)	
		Cronbach's α	n	Cronbach's α	n	Cronbach's α	n
Körperl. M.	5	.94	143	.64	105	.85	189
Sexueller M.	5	.97	141	.70	105	.97	190
Emot. M.	5	.90	142	.76	105	.72	191

Die drei Subskalen des IASMHS zeigen in dieser Arbeit durchweg akzeptable interne Konsistenzen, wobei die Subskala *Psychologische Offenheit* unter dem angestrebten Cronbach's α von .7 liegt. Die Gesamtskala des IASMHS weist wiederum für beide Stichproben eine hohe interne Konsistenz auf (s. Tab. 7).

Tabelle 7

IASMHS	Itemanzahl	BG		KG	
		Cronbach's α	n	Cronbach's α	n
Psych. Offenheit	8	.66	191	.65	104
Hilfesuchverhalten	8	.79	191	.81	104
Gleichgültigkeit	8	.78	191	.72	104
IASMHS-gesamt	24	.82	191	.84	104

Die Subskala *internale Kontrollüberzeugung* weist in dieser Arbeit eine relativ hohe interne Konsistenz auf, wohingegen die Subskala *externale Kontrollüberzeugung* eine sehr niedrige interne Konsistenz, vor allem für die KG, zeigt (s. Tab. 8). Da für die Gesamtskala Kontrollüberzeugung kein Summenwert berechnet wurde, wurde für diese auch keine interne Konsistenz berechnet.

Tabelle 8

IE-4	Itemanzahl	BG		KG	
		Cronbach's α	n	Cronbach's α	n
Internale KÜ	4	.81	193	.75	105
Externale KÜ	4	.67	193	.35	105

Inferenzstatistik – Hypothesenprüfung

Forschungsfrage 1: Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

Aufgrund der ausreichenden Stichprobengrößen ($n_1 = 170$, $n_2 = 172$) wurde die Normalverteilung der Daten angenommen. Bei der Begutachtung der Q-Q-Diagramme konnte eine annähernde Normalverteilung der Daten erkannt werden. Aufgrund inhomogener Varianzen zwischen der männlichen und weiblichen Stichprobe, $p = .004$, wurden der mittels Welch-Test korrigierte t -Wert sowie die korrigierten Freiheitsgrade herangezogen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Stärke des Hilfesuchverhaltens zwischen Frauen und Männern hochsignifikant voneinander unterscheidet. Dabei handelt es sich um einen mittleren Effekt (s. Tab. 9). Aufgrund der positiven mittleren Differenz von 6.59 konnte die einseitige Alternativhypothese angenommen werden, während die Nullhypothese verworfen wurde. Somit weisen in dieser Studie Frauen ein stärkeres Hilfesuchverhalten als Männer auf.

Tabelle 9

Hypothese	Gruppe	M	SD	t (df)	p (einseitig)	Cohen's d
1. AV = Hilfes. ^a	männlich ($n_1 = 170$)	90.31	14.74	-4.528 (328.519)	< .001**	0.49
	weiblich ($n_2 = 172$)	96.90	12.06			

Anmerkung. ^a Hilfes. = Hilfesuchverhalten. ** $p < .01$ einseitig.

Forschungsfrage 2. Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich ausgeprägten Kontrollüberzeugungen bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

Die Voraussetzungen für den t -Test für unabhängige Stichproben waren allesamt gegeben. Aufgrund der ausreichenden Stichprobengrößen ($n_1 = 200$, $n_0 = 142$; $n_1 = 132$, $n_0 = 210$) wurde die Normalverteilung der Daten angenommen. Außerdem konnten bei der Begutachtung der Q-Q-Diagramme annähernd normalverteilte Daten bezüglich des Hilfesuchverhaltens und der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen in allen Teilstichproben erkannt werden.

In Bezug auf die *internale Kontrollüberzeugung* zeigen die Ergebnisse, dass sich die Stärke des Hilfesuchverhaltens zwischen Personen mit einer höheren Ausprägung und

Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* signifikant voneinander unterscheidet, wobei es sich dabei nur um einen kleinen Effekt handelt (s. Tab. 10). Es konnte aufgrund der positiven mittleren Differenz von 3.05 die einseitige Alternativhypothese angenommen werden, während die Nullhypothese verworfen wurde (2.1.). Somit zeigen in dieser Studie Personen mit einer höheren Ausprägung im Vergleich zu Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* ein stärkeres Hilfesuchverhalten.

Analog zur ersten Hypothese zeigt sich in Bezug auf die *externale Kontrollüberzeugung*, dass sich die Stärke des Hilfesuchverhaltens zwischen Personen mit einer höheren Ausprägung und Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* hochsignifikant voneinander unterscheidet, wobei es sich um einen mittleren Effekt handelt (s. Tab. 10). Aufgrund der negativen mittleren Differenz von -7.11 konnte auch hier die einseitige Alternativhypothese angenommen werden, während die Nullhypothese verworfen wurde (2.2.). Schlussfolgernd zeigen in dieser Studie Personen mit einer höheren Ausprägung im Vergleich zu Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* ein schwächeres Hilfesuchverhalten.

Tabelle 10

Hypothesen	Gruppe ^b	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> (einseitig)	Cohen's <i>d</i>
2.1. AV = Hilfes. ^a (int. KÜ)	1 (<i>n</i> ₁ = 200)	94.85	14.25	2.013 (340)	.023*	0.22
	0 (<i>n</i> ₀ = 142)	91.80	13.12			
2.2. AV = Hilfes. (ext. KÜ)	1 (<i>n</i> ₁ = 132)	89.22	14.13	-4.764 (340)	< .001**	0.52
	0 (<i>n</i> ₀ = 210)	96.33	12.98			

Anmerkung. ^a Hilfes. = Hilfesuchverhalten; ^b 1/0 = höhere/niedrigere interne bzw. externe Kontrollüberzeugung. * $p < .05$ einseitig. ** $p < .01$ einseitig.

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich der Vergleiche zwischen BG und KG vorgestellt.

Forschungsfrage 3.1. Unterscheiden sich Personen, die misshandelt wurden, von Personen, die nicht misshandelt wurden, bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

Die Voraussetzungen für den t-Test für unabhängige Stichproben waren allesamt gegeben. Aufgrund der ausreichenden Stichprobengrößen ($n_1 = 191$, $n_0 = 104$) wurde die Normalverteilung der Daten angenommen. Außerdem konnten bei der Begutachtung des Q-Q-Diagrammes annähernd normalverteilte Daten erkannt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Personen, die misshandelt wurden, in ihrem Hilfesuchverhalten hochsignifikant von Personen, die nicht misshandelt wurden, unterscheiden. Dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (s. Tab. 11). Aufgrund der negativen mittleren Differenz von -5.71 kann angenommen werden, dass Personen, die misshandelt wurden, ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen als Personen, die nicht misshandelt wurden. Somit konnte die Alternativhypothese angenommen werden, während die Nullhypothese verworfen wurde (3.1.).

Tabelle 11

Hypothese	Gruppe	M	SD	t (df)	p (zweiseitig)	Cohen's d
3.1. AV = Hilfes. ^a	BG	91.13	14.23	-3.266 (293)	.001**	0.43
	($n = 191$)					
	KG	96.84	12.15			
	($n = 104$)					

Anmerkung. ^a Hilfes. = Hilfesuchverhalten. ** $p < .01$ zweiseitig.

Forschungsfrage 3.2. Unterscheiden sich Personen, die misshandelt wurden, von Personen, die nicht misshandelt wurden, bezüglich ihrer Kontrollüberzeugungen?

Auch hier wurden aufgrund der beiden Subskalen *internale* und *externale Kontrollüberzeugung* zwei t-Tests für unabhängige Stichproben angewendet. Aufgrund der ausreichenden Stichprobengrößen ($n_1 = 193$, $n_0 = 105$) wurde die Normalverteilung der Daten angenommen. Außerdem konnten bei der Begutachtung des Q-Q-Diagrammes annähernd normalverteilte Daten erkannt werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität war bezüglich beider Subskalen nicht erfüllt, $p < .001$. Aufgrund dessen wurden der mittels Welch-Test korrigierte t -Wert sowie die korrigierten Freiheitsgrade herangezogen.

Die Ergebnisse bringen zum Ausdruck, dass Personen, die misshandelt wurden, hochsignifikant unterschiedlich ausgeprägte Kontrollüberzeugungen aufweisen als Personen,

die nicht misshandelt wurden. Dies gilt aber lediglich für die Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*. Dabei handelt es sich um einen mittleren Effekt (s. Tab. 12). Aufgrund der negativen mittleren Differenz von 1.55 zeigt sich, dass Personen, die misshandelt wurden, eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufweisen als Personen, die nicht misshandelt wurden. In Bezug auf die *internale Kontrollüberzeugung* ist das Ergebnis nicht signifikant (s. Tab. 12). Schlussfolgernd wurde die Alternativhypothese in Bezug auf die *internale Kontrollüberzeugung* verworfen und die Nullhypothese angenommen (4.1.1.), wohingegen die Alternativhypothese in Bezug auf die *externale Kontrollüberzeugung* angenommen und die Nullhypothese verworfen wurde (4.1.2.).

Tabelle 12

Hypothesen	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> (zweiseitig)	Cohen's <i>d</i>
3.2.1. AV = int. KÜ ^a	BG	16.21	3.59	-1.953 (292.320)	.052	0.22
	(<i>n</i> = 193)					
	KG	16.87	2.18			
	(<i>n</i> = 105)					
3.2.2. AV = ext. KÜ ^b	BG	10.49	3.65	4.539 (292.553)	< .001**	0.51
	(<i>n</i> = 193)					
	KG	8.94	2.21			
	(<i>n</i> = 105)					

Anmerkung. ^a int. KÜ = internale Kontrollüberzeugung; ^b ext. KÜ = externale Kontrollüberzeugung. ** $p < .01$ zweiseitig.

Forschungsfrage 3.3. Wirken die Gruppenzugehörigkeit und die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten?

Die Voraussetzungen für die zweifaktorielle ANOVA waren gegeben. Auch hier wurden aufgrund der großen Stichproben normalverteilte Daten angenommen.

Das Regressionsmodell bezüglich der *internalen Kontrollüberzeugung* ist insgesamt hochsignifikant, $F = 5.168$, $df = 3$, $p = .002^{**4}$. Bezüglich der beiden Faktoren zeigt sich, dass lediglich der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit hochsignifikant ist, $F = 9.839$, $df = 1$, $p = .002^{**}$, wobei es sich um einen kleinen Effekt handelt, Cohen's $d = 0.43$. Somit unterscheidet

⁴ ** $p < .01$ zweiseitig.

sich die BG in ihrem Hilfesuchverhalten signifikant von der KG. Mithilfe der geschätzten Randmittel kann aufgezeigt werden, dass die BG ein signifikant niedrigeres Hilfesuchverhalten als die KG aufweist, $M_{BG} = 91.01$, $M_{KG} = 96.33$, mittlere Differenz = -5.32 . Der Einfluss der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* ist nicht signifikant, $F = 3.335$, $df = 1$, $p = .069$, wobei in Abbildung 1 deutlich zu sehen ist, dass sich eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* in beiden Gruppen positiv auf das Hilfesuchverhalten auswirkt, BG: $M_1 = 92.35$, $M_0 = 89.68$, KG: $M_1 = 98.09$, $M_0 = 94.57$. Da die Interaktion der beiden Faktoren nicht signifikant ist, $F = 0.063$, $df = 1$, $p = .801$, wurde die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen (3.3.1.).

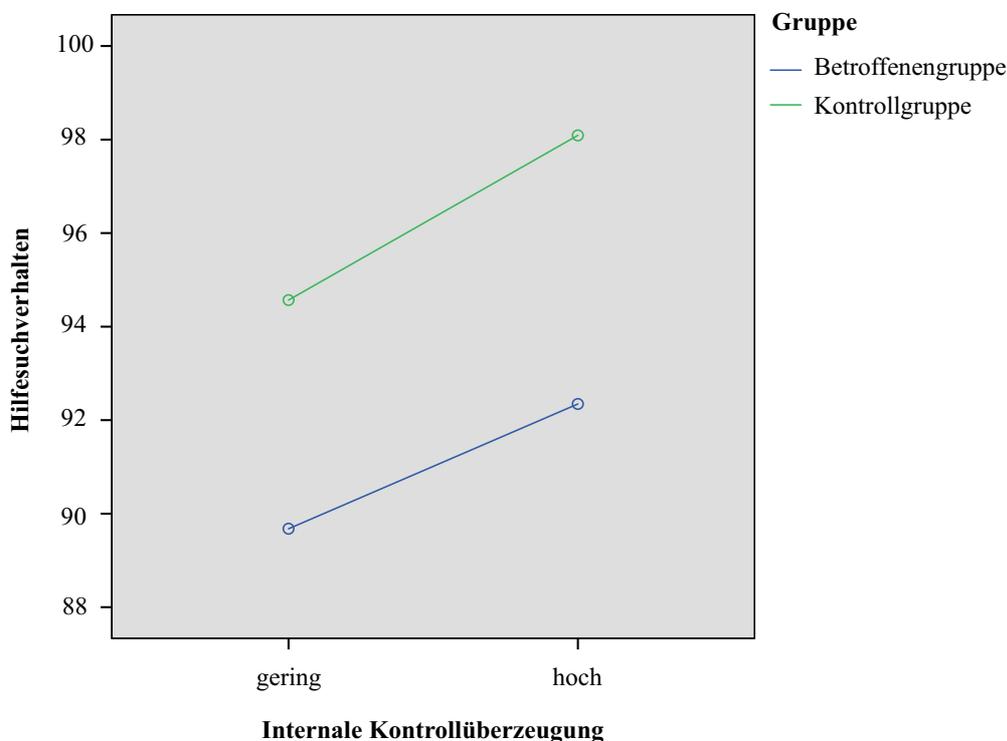


Abbildung 1. Die AV Hilfesuchverhalten wurde mittels der geschätzten Randmittel angegeben. Haupteffekt 1 = Gruppe (sig.), Haupteffekt 2 = interne Kontrollüberzeugung (nicht sig.), Interaktion (nicht sig.). Ausschnitt Hilfesuchverhalten: 88–100 (max. 120).

Das Regressionsmodell bezüglich der *externalen Kontrollüberzeugung* ist insgesamt hochsignifikant, $F = 8.551$, $df = 3$, $p < .001^{**}$. Bezüglich der beiden Faktoren zeigt sich, dass lediglich der Einfluss der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* hochsignifikant ist, $F = 11.752$, $df = 1$, $p = .001^{**}$, wobei es sich um einen mittleren Effekt handelt, Cohen's $d = 0.53$. Somit unterscheiden sich innerhalb beider Gruppen Personen mit einer höheren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* signifikant in ihrem Hilfesuchverhalten von

Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*. Anhand der geschätzten Randmittel kann gesehen werden, dass Personen mit einer höheren Ausprägung im Vergleich zu Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* ein signifikant niedrigeres Hilfesuchverhalten aufweisen, $M_I = 89.26$, $M_0 = 95.02$, mittlere Differenz = -6.76 . Der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit ist nicht signifikant, $F = 2.299$, $df = 1$, $p = .131$, wobei in Abbildung 2 zu sehen ist, dass Personen aus der BG ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen als Personen aus der KG, $M_{BG} = 91.15$, $M_{KG} = 94.13$. Die Interaktion der beiden Faktoren ist nicht signifikant, $F = 0.587$, $df = 1$, $p = .444$, sodass die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen wurde (3.3.2.).

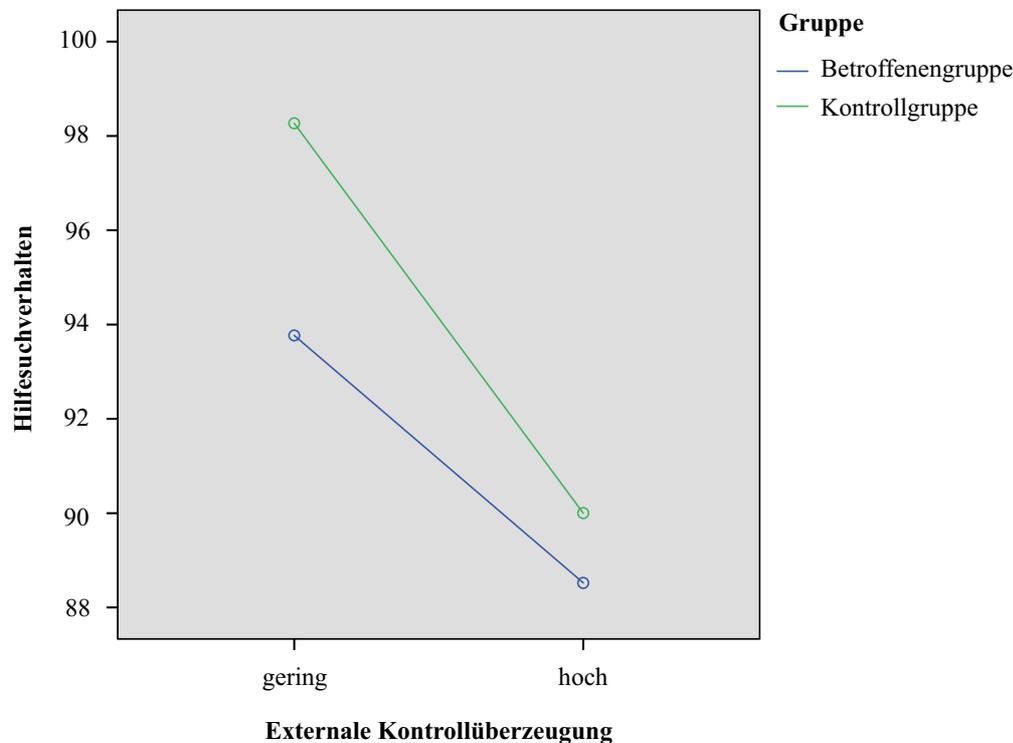


Abbildung 2. Die AV Hilfesuchverhalten wird hier mittels der geschätzten Randmittel angegeben. Haupteffekt 1 = Gruppe (nicht sig.), Haupteffekt 2 = externale Kontrollüberzeugung (sig.), Interaktion (nicht sig.). Ausschnitt Hilfesuchverhalten: 88–100 (max. 120).

Dass der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit innerhalb der beiden zweifaktoriellen ANOVAs, einerseits hinsichtlich der Ausprägung der *internalen* und andererseits hinsichtlich der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*, unterschiedlich ausfällt, liegt daran, dass die Fehlerquadratsumme und die Quadratsumme des Faktors Gruppenzugehörigkeit

zwischen den beiden Analysen differiert, was darauf zurückzuführen ist, dass der Faktor Kontrollüberzeugung in beiden Analysen variiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich der Vergleiche innerhalb der BG vorgestellt.

Forschungsfrage 4.1. Unterscheiden sich Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, von Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens?

Aufgrund der Robustheit der ANOVA und der ausreichenden Stichprobengröße der zu vergleichenden Stichproben ($n_1 = 39$, $n_2 = 65$, $n_3 = 74$) wurde auch hier die Normalverteilung angenommen. Aufgrund der inhomogenen Varianzen zwischen den Stichproben, $p = .010$, wurden der mittels Welch-Test korrigierte F -Wert sowie die korrigierten Freiheitsgrade herangezogen. Somit wurden die Voraussetzungen für die einfaktorielle ANOVA berücksichtigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, in ihrem Hilfesuchverhalten nicht signifikant ($\alpha = 0.05$) von Personen unterscheiden, die Opfer einer Misshandlungsform wurden (s. Tab. 13). Somit wurde die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese angenommen (4.1.).

Tabelle 13

Hypothese	Gruppe	M	SD	$F (df)$	p (zwei-seitig)	Eta^2
4.1. AV = Hilfes. ^a	$n_1 = 39$	93.05	12.41	0.569 (2, 103.431)	.568	0.006
	$n_2 = 65$	91.34	12.59			
	$n_3 = 74$	90.09	16.66			

Anmerkung. ^a Hilfes. = Hilfesuchverhalten.

Forschungsfrage 4.2. Unterscheiden sich Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, von Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, bezüglich ihrer Kontrollüberzeugungen?

Aufgrund der Einteilung in der *internale* und *externale Kontrollüberzeugung* wurden zwei einfaktorielle ANOVAs durchgeführt. Die diesbezüglichen Voraussetzungen waren erfüllt. Aufgrund der ausreichenden Stichprobengrößen ($n_1 = 40$, $n_2 = 66$, $n_3 = 74$) wurde die Normalverteilung angenommen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebten, signifikant unterschiedlich ausgeprägte Kontrollüberzeugungen aufweisen als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden. Dies gilt allerdings nur für die Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*. Dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (s. Tab. 14). Das Ergebnis für die Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* ist nicht signifikant (s. Tab. 14).

Tabelle 14

Hypothesen	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F (df)</i>	<i>p</i> (zweiseitig)	<i>Eta</i> ²
4.2.1. AV = int. KÜ ^a	<i>n</i> ₁ = 40	16.63	3.60	0.262 (2, 177)	.770	0.003
	<i>n</i> ₂ = 66	16.21	3.61			
	<i>n</i> ₃ = 74	16.12	3.65			
4.2.2. AV = ext. KÜ ^b	<i>n</i> ₁ = 40	9.28	3.59	3.343 (2, 177)	.038*	0.036
	<i>n</i> ₂ = 66	10.27	3.58			
	<i>n</i> ₃ = 74	11.12	3.80			

Anmerkung. Die beiden Mittelwerte, die sich signifikant voneinander unterschieden, sind rot markiert. ^a int. KÜ = internale Kontrollüberzeugung; ^b ext. KÜ = externale Kontrollüberzeugung. * *p* < .05 zweiseitig.

In Bezug auf die *externale Kontrollüberzeugung* wurde aufgrund der etwas voneinander abweichenden Teilstichproben der post-hoc-Test nach Gabriel herangezogen. Innerhalb der Mehrfachvergleiche zeigt sich hierbei, dass sich lediglich die erste Gruppe signifikant von der dritten Gruppe unterscheidet (s. Tab. 15). Dabei handelt es sich um einen mittleren Effekt, Cohen's *d* = 0.50. Aufgrund der negativen mittleren Differenzen kann angenommen werden, dass mit der Anzahl erlebter Misshandlungsformen auch die Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* zunimmt.

Somit wurde die Alternativhypothese in Bezug auf die *internale Kontrollüberzeugung* verworfen und die Nullhypothese angenommen (4.2.1.), wohingegen die Alternativhypothese in Bezug auf die *externale Kontrollüberzeugung* angenommen und die Nullhypothese verworfen wurde (4.2.2.).

Tabelle 15

Mehrfachvergleiche (post-hoc-Test nach Gabriel)

Hypothese	Gruppen- vergleiche	Mittlere Differenz	SE	p
4.2.2. AV = ext. KÜ ^a	1 vs. 2	-0.10	0.74	.435
	1 vs. 3	-1.85*	0.72	.031*
	2 vs. 3	-0.85	0.62	.435

Anmerkung. ^a ext. KÜ = externe Kontrollüberzeugung. * $p < .05$.

Forschungsfrage 4.3. Wirken die Anzahl erlebter Misshandlungsformen und die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen gemeinsam auf das Hilfesuchverhalten?

Die Voraussetzungen für die zweifaktorielle ANOVA waren gegeben. Auch hier wurden aufgrund der ausreichend großen Untergruppen normalverteilte Daten angenommen.

Das Regressionsmodell bezüglich der *internalen Kontrollüberzeugung* ist insgesamt nicht signifikant, $F = 0.883$, $df = 5$, $p = .494$. Es konnten keinerlei signifikante Ergebnisse bezüglich des Einflusses der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung*, $F = 2.237$, $df = 1$, $p = .137$, und der Gruppenzugehörigkeit auf das Hilfesuchverhalten, $F = 0.482$, $df = 2$, $p = .619$, gefunden werden. Auch mittels der geschätzten Randmittel konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Untergruppen gefunden werden. Die Interaktion der beiden Faktoren ist ebenfalls nicht signifikant, $F = 0.765$, $df = 2$, $p = .467$, sodass die Alternativhypothese bezüglich der *internalen Kontrollüberzeugung* verworfen und die Nullhypothese angenommen wurde (4.3.1.).

Das Regressionsmodell bezüglich der *externalen Kontrollüberzeugung* ist insgesamt nicht signifikant, $F = 2.044$, $df = 5$, $p = .075$. Bezüglich der beiden Faktoren zeigt sich allerdings, dass der Einfluss der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* hochsignifikant ist, $F = 6.940$, $df = 1$, $p = .009^{**}$, wobei es sich um einen kleinen Effekt handelt, $\eta^2 = 0.039$. Somit unterscheiden sich Personen mit einer höheren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* in ihrem Hilfesuchverhalten von Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*. Anhand der geschätzten Randmittel kann gesehen werden, dass Personen mit einer höheren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen als Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*, $M_1 = 88.04$, $M_0 = 93.97$, mittlere Differenz = -5.93 . Bei den Interaktionstermen kann jedoch gesehen werden,

Tabelle 16

Anzahl erlebter Misshandlungsformen x Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung

Anzahl erlebter Misshandlungsformen	Ausprägung der ext. KÜ ^a	<i>M</i>	<i>SE</i>
1 (<i>n</i> ₁ = 39)	1	85.14	3.78
	0	97.48	2.83
2 (<i>n</i> ₂ = 65)	1	91.09	2.50
	0	91.58	2.46
3 (<i>n</i> ₃ = 74)	1	87.88	2.21
	0	92.85	2.46

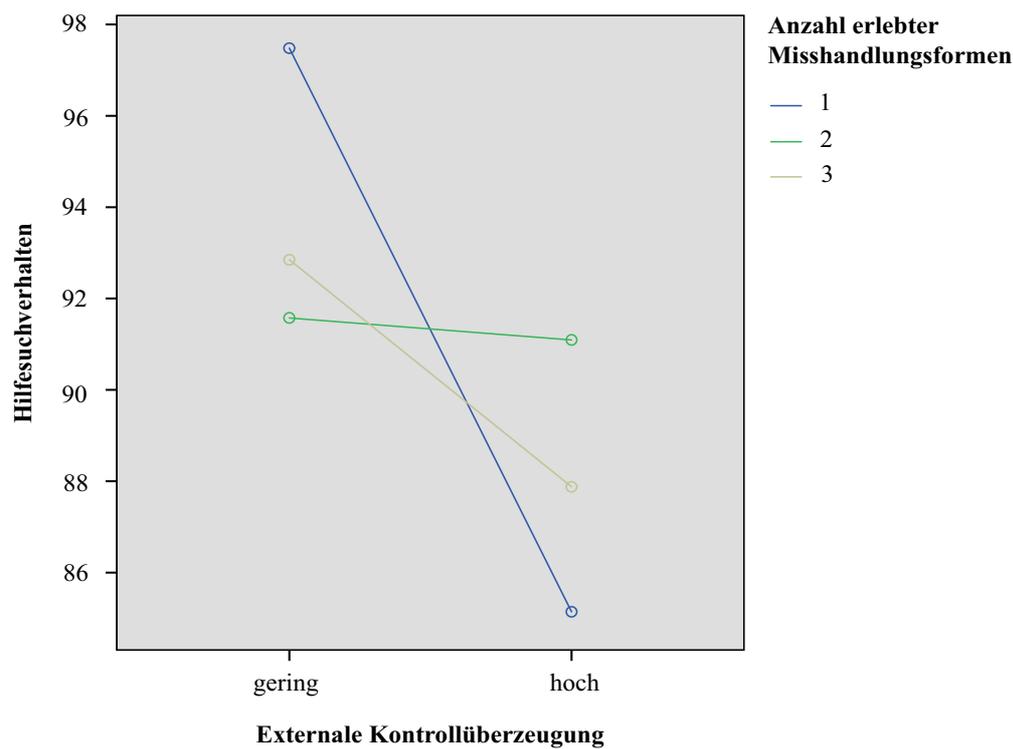
Anmerkung. AV = Hilfesuchverhalten.^a 1/0 = höhere/niedrigere Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung.

Abbildung 3. Die AV Hilfesuchverhalten wird hier mittels der geschätzten Randmittel angegeben. Haupteffekt 1 = Anzahl erlebter Misshandlungsformen (nicht sig.), Haupteffekt 2 = externalen Kontrollüberzeugung (sig.), Interaktion (nicht sig.). Ausschnitt Hilfesuchverhalten: 88–100 (max. 120).

dass der Einfluss der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten lediglich für die erste und dritte Gruppe bedeutend ist (s. Tab. 16).

Der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit ist nicht signifikant, $F = 0.098$, $df = 2$, $p = .906$, wobei in Abbildung 3 zu erkennen ist, dass Personen mit einer höheren Anzahl erlebter Misshandlungsformen insgesamt ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden (zumindest bei einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung*). Die Interaktion der beiden Faktoren ist ebenfalls nicht signifikant, $F = 2.030$, $df = 2$, $p = .134$, sodass die Alternativhypothese bezüglich der *externalen Kontrollüberzeugung* verworfen und die Nullhypothese angenommen wurde (4.3.2.).

Forschungsfrage 4.4. Fungiert die Anzahl erlebter Misshandlungsformen als Moderator zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten?

Auch hier wurden normalverteilte Daten aufgrund der ausreichend großen Untergruppen angenommen. Es wurden keinerlei signifikante Ergebnisse innerhalb der drei Untergruppen bezüglich des Einflusses der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten gefunden (s. Tab. 17).

Tabelle 17

Der bedingte Effekt der Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen

Anzahl erlebter Misshandlungsformen	Regressionskoeffizient β	t	p
1	0.780	1.056	.292
2	-0.050	-0.120	.910
3	0.464	0.893	.373

Anmerkung. AV = Hilfesuchverhalten.

Das Regressionsmodell ist insgesamt nicht signifikant, $F = 8.241$, $df_1 = 5$, $df_2 = 172$, $p = .534$. Auch die Mittelwertsunterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens zwischen der ersten und zweiten Gruppe, $\beta = -1.499$, $t = -0.561$, $p = .576$, bzw. zwischen der ersten und

dritten Gruppe, $\beta = -2.675$, $t = -0.921$, $p = .359$, sind nicht signifikant. Somit gibt es keinen Haupteffekt der Anzahl erlebter Misshandlungsformen auf das Hilfesuchverhalten.

Die Interaktionsterme, die sich auf den Unterschied zwischen der ersten und zweiten Gruppe, $\beta = -0.830$, $t = -0.978$, $p = .329$, bzw. zwischen der ersten und dritten Gruppe, $\beta = -0.315$, $t = -0.349$, $p = .727$, bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten beziehen, sind ebenfalls nicht signifikant.

Schlussfolgernd wurde die Alternativhypothese bezüglich der *internalen Kontrollüberzeugung* verworfen und die Nullhypothese angenommen (4.3.1.).

Die Ergebnisse bezüglich der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* zeigen, dass innerhalb der ersten und dritten Gruppe der Einfluss der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten hochsignifikant ist (s. Tab. 18).

Tabelle 18

Der bedingte Effekt der Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen

Anzahl erlebter Misshandlungsformen	Regressionskoeffizient β	t	p
1	-1.686	-3.463	.001**
2	-0.273	-0.677	.499
3	-1.298	-2.754	.007**

Anmerkung. AV = Hilfesuchverhalten. ** $p < .01$ zweiseitig.

Das Regressionsmodell ist insgesamt hochsignifikant, $F = 4.198$, $df_1 = 5$, $df_2 = 172$, $p = .001**$. Die Mittelwertsunterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens zwischen Gruppe 1 und 2, $\beta = -0.043$, $t = -0.018$, $p = .986$, bzw. zwischen Gruppe 1 und 3, $\beta = -0.308$, $t = -0.116$, $p = .908$, sind nicht signifikant. Somit gibt es keinen Haupteffekt der Anzahl erlebter Misshandlungsformen auf das Hilfesuchverhalten.

Im Hinblick auf die Interaktionsterme unterscheidet sich lediglich der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten signifikant zwischen der ersten und zweiten Gruppe, $\beta = 1.413$, $t = 2.233$, $p = .027*$, aber nicht zwischen der ersten und dritten Gruppe, $\beta = 0.388$, $t = 0.572$, $p = .568$.

Somit konnte nur in Anbetracht der zweiten Gruppe die Alternativhypothese bezüglich der *externalen Kontrollüberzeugung* angenommen werden, während die Nullhypothese verworfen wurde (4.3.2.).

Diskussion

Geschlechtsspezifische Unterschiede

In Bezug auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede konnte gefunden werden, dass Frauen ein stärkeres Hilfesuchverhalten als Männer zeigen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen bisheriger Studien (Elhai et al., 2006; Vasiliadis et al., 2009). Da es sich dabei um ein hochsignifikantes Ergebnis handelt und die Stichprobe aufgrund der Zusammensetzung der BG sowie KG und der ausgewogenen Geschlechterverteilung als repräsentativ zu beurteilen ist, ist dieses Ergebnis klinisch hoch bedeutsam.

Vor allem die Medien tragen dazu bei, dass Geschlechtsstereotype sowie Rollenbilder auch in der heutigen Gesellschaft noch vorherrschen. Derartige Stereotype, die das weibliche Geschlecht als das schwache Geschlecht definieren und somit die veraltete Annahme verbreiten, dass Frauen unter einer schlechteren Gesundheit leiden, entsprechen schlichtweg nicht den Gegebenheiten. Infolgedessen kommt es Frauen gegenüber zu einer größeren Toleranz bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wohingegen Männer in dieser Hinsicht benachteiligt werden, da ihnen die Inanspruchnahme insbesondere von psychologischer Hilfe oftmals nicht zugestanden wird. Dies führt dazu, dass Geschlechtsstereotype in der Gesellschaft aufrechterhalten und teilweise verstärkt werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied bezüglich des Hilfesuchverhaltens ist u.a. eine Folge dieser vorherrschenden gesellschaftlichen Ansichten. Ziel aktueller Werbekampagnen für die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe sollte es demnach sein, auch Männer mit psychischen Problemen anzusprechen. Auch bei der Konzipierung therapeutischer Programme sollten Rollenbilder abgelegt und Therapieangebote geschlechtsneutral gestaltet werden. Dass dies äußerst relevant ist, zeigt eine Gewaltprävalenz-Studie in Österreich (Kapella, Baierl, Rille-Pfeiffer, Geserick, & Schmidt, 2011), nach der Frauen und Männer gleichermaßen häufig bis zu ihrem 16. Lebensjahr von psychischen sowie physischen Gewalterfahrungen betroffen waren. Sexuelle Gewalterfahrungen wurden wiederum doppelt so häufig von Frauen erlebt.

Die Tatsache, dass Frauen öfters sexuell missbraucht werden und häufiger als Männer an einer psychischen Störung erkranken (vgl. Asberg & Renk, 2014), kann auch eine Erklärung für das hier gefundene Ergebnis sein.

Unterschiede je nach Ausprägung der Kontrollüberzeugungen

Bezüglich der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen lässt sich in Anbetracht der gesamten Stichprobe zunächst sagen, dass Personen mit einer höheren Ausprägung im Vergleich zu Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* ein stärkeres Hilfesuchverhalten und Personen mit einer höheren Ausprägung im Vergleich zu Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* ein schwächeres Hilfesuchverhalten zeigen.

Personen mit einer stärkeren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* messen ihrem eigenen Handeln Verantwortung bei und gehen davon aus, den Ausgang einer Situation kontrollieren zu können. Es erscheint nachvollziehbar, dass solche Personen ein stärkeres Hilfesuchverhalten sowie positive Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufweisen, da sie davon überzeugt sind, für ihren Gesundheitszustand verantwortlich zu sein und diesen, wenn nötig, auch verbessern zu können. Es wird angenommen, dass solche Personen durch ihr höheres Engagement hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens (vgl. Delsignore & Schnyder, 2007; Page & Scalora, 2004; Schauman & Mansell, 2012; Wallston & Wallston, 1978) sowie ihre höheren Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Regehr et al., 1999) bei Bedarf eher eine psychologische Behandlung in Anspruch nehmen und somit ein stärkeres Hilfesuchverhalten zeigen.

Personen mit einer stärkeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* machen wiederum nicht sich selbst, sondern externe Faktoren, z.B. das Schicksal, für den Ausgang einer Situation verantwortlich. Sie neigen eher dazu, unangenehme Situationen oder Probleme als hoffnungslos wahrzunehmen und Vermeidungsverhalten zu zeigen (vgl. Gomez, 1998), weshalb es nachvollziehbar ist, dass sie ein eher schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen.

Erwähnenswert ist außerdem, dass in dieser Arbeit Hilfesuchverhalten mittels der drei Subskalen des IASMHS (Mackenzie et al., 2004) untersucht wurde, wovon eine die *Gleichgültigkeit gegenüber Stigmatisierung* misst. In Anbetracht dessen ist es verständlich, dass Personen, die den internalen Faktoren mehr Bedeutung als den externalen Faktoren beimessen, eher gleichgültig gegenüber Stigmatisierung sind und bei Bedarf ein stärkeres Hilfesuchverhalten aufzeigen. Personen mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* verfügen wiederum häufig über einen niedrigeren Selbstwert (vgl. Asberg & Renk, 2014) und sind demnach möglicherweise empfindlicher gegenüber Stigmatisierung. Da Stigmatisierungen durch eine psychische Erkrankung bzw. durch die Inanspruchnahme

psychologischer Hilfe bedingt sein können, wirkt sich dies negativ auf das Hilfesuchverhalten aus (vgl. Schauman & Mansell, 2012).

Die Annahme, dass sich eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* positiv sowie eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* negativ auf das Hilfesuchverhalten auswirkt, und in der Folge das Wohlbefinden beeinflussen kann, erscheint sinnvoll. Aufgrund dessen stützen die vorliegenden Ergebnisse diverse Studien, die eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* mit einem besseren und eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* mit einem schlechteren Gesundheitsverhalten sowie Wohlbefinden in Zusammenhang brachten (Page & Scalora, 2004; Ryan & Francis, 2012; Shojaee & French, 2014; Smith et al., 1998).

Es ist eindeutig, dass der lange Prozess des Hilfesuchverhaltens nach Saunders (1993), angefangen bei der Problemwahrnehmung und der Entscheidung, dass Therapie helfen würde, über die Entscheidung, professionelle Hilfe aufzusuchen, bis hin zur Kontaktaufnahme, sehr individuell verlaufen kann und die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen hierfür einen wichtigen Beitrag leisten. Im Folgenden werden zunächst die Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens und der Ausprägung der *internalen* sowie *externalen Kontrollüberzeugung* zwischen misshandelten und nicht misshandelten Personen diskutiert. Des Weiteren werden die Unterschiede bezüglich der untersuchten Variablen bei Personen, die eine, zwei oder drei Misshandlungsformen erlebt haben, näher betrachtet, da in vorherigen Studien immer wieder der Einfluss des Schweregrads einer traumatischen Erfahrung auf die psychische Gesundheit thematisiert wurde (vgl. Elhai et al., 2005, 2006; Mullen et al., 1996). Dass die Bedeutung der Erfahrung multipler Gewaltformen und somit des Schweregrads einer traumatischen Erfahrung nicht unterschätzt werden darf, wurde auch in der Gewaltprävalenz-Studie (Kapella et al., 2011) ersichtlich. Fast die Hälfte aller befragten Frauen und genau die Hälfte aller befragten Männer wurden Opfer zweier Gewaltformen.

Außerdem soll in Bezug auf das Hilfesuchverhalten der gleichzeitige Einfluss der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen sowie der Erfahrung einer schwerwiegenden Misshandlungserfahrung (BG) bzw. mehrerer schwerwiegender Misshandlungsformen (innerhalb der BG) erläutert werden. Abschließend wird geklärt, ob die Anzahl erlebter Misshandlungsformen als Moderator auf die Beziehung zwischen der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten wirkt.

Vergleich BG vs. KG

In dieser Arbeit zeigen misshandelte Personen im Vergleich zu nicht misshandelten Personen ein schwächeres Hilfesuchverhalten (s. Hypothese 3.1.) sowie eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* (s. Hypothese 3.2.2.). Bezüglich der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden werden (s. Hypothese 3.2.1.).

Es ist möglich, dass misshandelte Personen aufgrund der Angst vor Stigmatisierung, die mittels des IASMHS (Mackenzie et al., 2004) untersucht wurde, ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen (vgl. Schreiber et al., 2010). Da es sich bei den Betroffenen um Personen handelt, die schwerwiegende institutionelle und/oder familiäre Misshandlung erlebt haben, ist es nachvollziehbar, dass gerade diese Stichprobe sich davor fürchtet, in der Gesellschaft nicht akzeptiert zu werden. Aufgrund ihrer Erfahrung, für einen gewissen Zeitraum in einem Heim aufgewachsen zu sein, haben sie vermutlich bereits erfahren, wie es ist, stigmatisiert und aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Deshalb erscheint es nicht verwunderlich, dass sie eher negative Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufweisen. Da professionelle Hilfe meist in einen institutionellen Rahmen eingebettet ist und die ehemaligen Heimkinder derart schlechte Erfahrungen mit Institutionen gemacht haben, könnte dies eine weitere Hürde für die betroffenen Personen im Prozess des Hilfesuchverhaltens darstellen.

Außerdem ist denkbar, dass misshandelte Personen aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen (vgl. Schreiber et al., 2009). Dies steht im Einklang mit der Annahme, dass Personen, die internale Faktoren für ein traumatisches Erlebnis verantwortlich machen, vermehrt unter psychischen Problemen leiden (vgl. Frazier, 1990). Auf den ersten Blick sollten Schuldgefühle aufgrund des höheren Leidendrucks zu einem stärkeren Hilfesuchverhalten führen, was aufgrund von Schamgefühlen allerdings unterdrückt werden könnte und in der Folge mit einem schlechteren Wohlbefinden einhergeht.

Damit im Einklang steht das Ergebnis, dass sich bezüglich der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* misshandelte Personen nicht signifikant von nicht misshandelten Personen unterscheiden (s. Hypothese 3.2.1.). Schuld- und Schamgefühle, die oftmals eng an Selbstvorwürfe gekoppelt sind und sich demnach auf internale Faktoren beziehen, können erklären, weshalb misshandelte Personen keine signifikant niedrigere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* im Vergleich zu nicht misshandelten Personen aufweisen.

Dennoch können Schamgefühle eine Begründung dafür sein, dass der Einfluss der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten bei misshandelten Personen etwas schwächer als bei nicht misshandelten Personen ausfällt (s. Abb. 1). In Anbetracht der größeren Stichprobe der Betroffenen erklärt dies auch das insgesamt nicht signifikante Ergebnis bezüglich des Einflusses der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten (s. Hypothese 3.3.1.). Da zwischen misshandelten und nicht misshandelten Personen kein bedeutsamer Unterschied bezüglich der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* gefunden wurde, konnte womöglich auch kein signifikanter Einfluss der Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten gefunden werden (s. Hypothese 3.3.1.).

In Anbetracht der Ergebnisse bezüglich der BG könnten Schuld- und Schamgefühle wie auch eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung* mit der Präferenz zusammenhängen, Probleme alleine zu bewältigen, wodurch sich wiederum das schwächere Hilfesuchverhalten erklären ließe (vgl. Adler et al., 2015; Boscarino et al., 2005; Schreiber et al., 2009).

Dennoch ist ersichtlich, dass eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* bei misshandelten und nicht misshandelten Personen zu einem stärkeren Hilfesuchverhalten führt (s. Abb. 1). Somit kann angenommen werden, dass es für den Prozess des Hilfesuchverhaltens wichtiger ist, dass Personen in Anbetracht zukünftiger Ereignisse ihrem eigenen Handeln eine größere Bedeutung beimessen und sich verantwortlich für ihren Gesundheitszustand fühlen, auch wenn Schuld- und Schamgefühle aufkommen.

Auch die höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* bei misshandelten Personen (s. Hypothese 3.2.2.) erscheint nachvollziehbar, da Personen mit traumatischen Erfahrungen häufig zu Hilf- und Hoffnungslosigkeit tendieren und somit den externalen Faktoren mehr Bedeutung beimessen (vgl. Ghafoori et al., 2014). Damit im Einklang steht auch das vorherige Ergebnis, dass die misshandelten im Vergleich zu den nicht misshandelten Personen ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen.

Außerdem ist zu bedenken, dass die misshandelten Personen (BG) für einen mehr oder weniger langen Zeitraum in einem Kinder- bzw. Jugendheim aufgewachsen sind, das zur damaligen Zeit durch Autoritäten, Unterwerfung, strenge Regeln sowie Überwachung gekennzeichnet war (vgl. Goffman, 1973). Goffman (1973) beschreibt, dass es in sogenannten „totalen Institutionen“, zu denen auch Kinder- bzw. Jugendheime gehören, zu einer strikten Trennung zwischen Autoritätspersonen und Unterworfenen kommt und infolgedessen soziale Konflikte entstehen. Des Weiteren erklärt er, dass das Individuum durch die Isolierung einen

Rollenverlust sowie eine Beschränkung des Selbst erfährt. Durch den würdelosen Umgang in Institutionen, der durch Demütigungen und die Entwendung persönlicher Dinge gekennzeichnet ist, kommt es nach Goffman (1973) zu einem Identitätsverlust. Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass Personen, die derart aufgewachsen sind, eher eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* entwickeln und sich schwer damit tun, Hilfe anzunehmen.

Analog zu den Ergebnissen neigen Personen mit einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* dazu, vermehrt Vermeidungsverhalten zu zeigen und unangenehme Gefühle zu unterdrücken, was in der Folge zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten und eher negativen Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Hilfe führen kann (vgl. Gomez, 1997; Schreiber et al., 2010). In Anbetracht der größeren Stichprobe der Betroffenen erscheint der insgesamt signifikante Einfluss der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten (s. Hypothese 3.3.2.) nachvollziehbar. Allerdings hatte der Einfluss der *externalen Kontrollüberzeugung* innerhalb beider Gruppen einen mindernden Effekt auf das Hilfesuchverhalten, weshalb womöglich kein signifikanter Einfluss der Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten gefunden werden konnte (s. Hypothese 3.3.2.).

Es ist anzunehmen, dass Personen mit einer stärkeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* aufgrund des schwächeren Hilfesuchverhaltens eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen (vgl. Asberg & Renk, 2014; Gomez, 1998; Page & Scalora, 2004; Roddenberry & Renk, 2010; Ryan & Francis, 2012; Shojaee & French, 2014; Smith et al., 1998).

Vergleiche innerhalb der BG

Die Vergleiche zwischen den drei Untergruppen zeigen ein ähnliches Muster wie die Unterschiede zwischen der BG und KG. Personen, die mehrere Misshandlungsformen erlebt haben, zeigen im Vergleich zu Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* (s. Hypothese 4.2.2.). Bezüglich des Hilfesuchverhaltens (s. Hypothese 4.1.) und der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Untergruppen gefunden werden (s. Hypothese 4.2.1.).

Obwohl sich die drei Untergruppen nicht signifikant in ihrem Hilfesuchverhalten voneinander unterscheiden, gibt es die Tendenz, dass Personen mit einer höheren Anzahl

erlebter Misshandlungsformen insgesamt ein schwächeres Hilfesuchverhalten aufweisen als Personen, die Opfer einer Misshandlungsform wurden, was sich auch bei der Begutachtung der Mittelwerte bezüglich des Hilfesuchverhaltens erkennen lässt (s. Hypothese 4.1.). Es ist denkbar, dass mit der Anzahl erlebter Misshandlungsformen auch die Angst vor Stigmatisierung sowie Schuld- und Schamgefühle weiter zunehmen und infolgedessen das Hilfesuchverhalten sinkt.

Damit im Einklang stehen verschiedene Studien (Elhai et al., 2005, 2006; Mullen et al., 1996), nach denen eine höhere Anzahl erlebter Misshandlungsformen mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht, die u.a. durch das Nicht-Aufsuchen professioneller Hilfe bedingt sein könnte. Auch andere Faktoren, wie z.B. individuelle Einstellungen, personale sowie kontextabhängige Ressourcen könnten dazu beigetragen haben, dass sich die drei Untergruppen bezüglich ihres Hilfesuchverhaltens nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Dass zwischen den drei Untergruppen auch keine Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* gefunden wurden (s. Hypothese 4.2.1.), kann auch hier damit begründet werden, dass Personen mit einer oder mehreren erlebten Misshandlungsformen ähnlich hohe Ausprägungen der *internalen Kontrollüberzeugung*, u.a. aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen, aufweisen.

Betrachtet man die Interaktionsterme (s. Tab. A-8), ist lediglich für die erste und dritte Gruppe eine Tendenz zu erkennen, dass die Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* das Hilfesuchverhalten beeinflusst. Da innerhalb der zweiten Gruppe die Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* keinerlei Auswirkung zeigt, konnte möglicherweise auch insgesamt weder ein signifikanter Einfluss der *internalen Kontrollüberzeugung* noch der Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten bezüglich der drei Untergruppen gefunden werden (s. Hypothese 4.3.1.). Es ist denkbar, dass hier Schuld- und Schamgefühle, die wie bereits diskutiert gerade bei misshandelten Personen auftreten können, das Hilfesuchverhalten hemmen, und aufgrund dessen der Einfluss *internalen Kontrollüberzeugung* nicht signifikant ausfällt.

Infolgedessen wirkt sich auch die Anzahl erlebter Misshandlungsformen nicht als Moderator auf die Beziehung zwischen der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten aus,

In Bezug auf die Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* zeigt sich, dass sich lediglich die erste von der dritten Gruppe signifikant voneinander unterscheidet (s. Hypothese

4.2.2.). Der Einfluss der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten zeigt sich lediglich innerhalb der ersten und dritten Gruppe (s. Hypothese 4.3.2.). Das nicht signifikante Ergebnis bezüglich der Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten ist auf die zweite Gruppe zurückzuführen, in der sich kein Unterschied bezüglich des Hilfesuchverhaltens zwischen Personen mit einer höheren Ausprägung und Personen mit einer niedrigeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* zeigt (s. Hypothese 4.3.2.).

Während die erste Gruppe im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen die geringste Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und das stärkste Hilfesuchverhalten aufweist, zeigt die dritte Gruppe im Vergleich die höchste Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und das schwächste Hilfesuchverhalten. Auch Bolger und Patterson (2001) brachten mehr als eine erlebte Misshandlungsform eher mit internalisierten Problemen und einer stärkeren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* in Zusammenhang, was in der Folge zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten sowie einem schlechteren Wohlbefinden führen kann.

Allerdings kann aufgrund der negativen Regressionskoeffizienten innerhalb der Moderationsanalyse über alle drei Untergruppen hinweg angenommen werden, dass das Hilfesuchverhalten sinkt, je höher die Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* ist. Da sich allerdings dieser negative Zusammenhang für die zweite Gruppe als nicht signifikant herausstellt, kann die Anzahl zweier Misshandlungsformen als Moderator angesehen werden, der auf den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* und dem Hilfesuchverhalten wirkt. In Bezug auf diesen Zusammenhang unterscheidet sich deshalb die erste Gruppe signifikant von der zweiten Gruppe.

Es ist denkbar, dass der Einfluss der *internalen* bzw. *externalen Kontrollüberzeugung* bei einer höheren Anzahl erlebter Misshandlungsformen abnimmt, da möglicherweise die Art der Misshandlungsformen sowie der Schweregrad der traumatischen Erfahrung in den Vordergrund gerückt werden. Da vor allem innerhalb der zweiten Gruppe nahezu kein Effekt der *internalen* bzw. *externalen Kontrollüberzeugung* zu erkennen ist, wird vermutet, dass hier u.a. die Kombination zweier bestimmter Misshandlungsformen ausschlaggebend für das Hilfesuchverhalten ist. Damit im Einklang steht die Studie von Mullen et al. (1996), die bestimmte Misshandlungsformen mit bestimmten Folgeproblemen in Zusammenhang brachte.

Beispielsweise tritt gerade sexueller Missbrauch oft in Kombination mit physischer Misshandlung auf, was einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten und die diesbezüglichen Einstellungen haben könnte. Diese Vermutung wird durch die Annahme, dass sexuelle Missbrauchsoffer oftmals sich selbst die Schuld für den Vorfall geben und den externalen Faktoren weniger Bedeutung beimessen, gestützt. Auch die Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* verliert für das Hilfesuchverhalten an Relevanz, da womöglich Schamgefühle aufgrund der Verletzung der Intimsphäre zunehmen und den einst positiven Einfluss einer stärkeren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten verzerren. Auch ist möglich, dass es bei sexuellem Missbrauch durch die Schwere der traumatischen Erfahrung zu einem gesteigerten Hilfesuchverhalten kommt, da der Leidensdruck in den Vordergrund gerückt wird (vgl. Hourani, Williams, Bray, Wilk, & Hoge, 2016) und die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen an Bedeutung verlieren. Dadurch könnte es zu Verzerrungen der Ergebnisse bezüglich der zweiten Gruppe gekommen sein.

Da der Einfluss der *internalen* bzw. *externalen Kontrollüberzeugung* bei drei erlebten Misshandlungsformen wieder zunimmt, wird vermutet, dass es aufgrund der steigenden Hilf- sowie Hoffnungslosigkeit womöglich zu einer Entgrenzung der Person hinsichtlich des traumatischen Erlebnisses kommt und somit u.a. der Einfluss der Kontrollüberzeugungen wieder in den Vordergrund gerückt wird.

Schlussfolgerungen

Die Annahme, dass ein höherer Leidensdruck aufgrund des Schweregrads traumatischer Erfahrungen zu einem stärkeren Hilfesuchverhalten führt (vgl. Schreiber et al., 2009), kann in dieser Masterarbeit weder bei dem Vergleich von misshandelten und nicht misshandelten Personen noch bei den Vergleichen zwischen den drei Untergruppen belegt werden. Neben der höheren Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* können u.a. die Angst vor Stigmatisierung sowie Schuld- und Schamgefühle, die mit traumatischen Erfahrungen einhergehen, Gründe hierfür sein. Ein schwächeres Hilfesuchverhalten könnte als Mitursache für ein schlechteres Wohlbefinden angesehen werden, da es bei stärkerem Hilfesuchverhalten bzw. der Inanspruchnahme professioneller Hilfe meist zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit kommt (Taylor & Harvey, 2010). Damit im Einklang stehen zahlreiche Studien, die eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* wie auch den Schweregrad einer traumatischen Erfahrung mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Zusammenhang bringen (Asberg & Renk, 2014; Elhai et al., 2005, 2006; Gomez, 1998; Page

& Scalora, 2004; Roddenberry & Renk, 2010; Ryan & Francis, 2012; Shojaee & French, 2014; Smith et al., 1998).

Es ist denkbar, dass misshandelte Personen, die eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* aufweisen, einerseits zwar zu stärkerem Hilfesuchverhalten bzw. positiven Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Hilfe tendieren, andererseits aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen nicht vermehrt Hilfe aufsuchen. Das heißt, dass der einst positive Einfluss einer höheren Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* auf das Hilfesuchverhalten gehemmt oder unterdrückt werden könnte. Dafür sprechen die Ergebnisse, dass sich die verglichenen Stichproben hinsichtlich der Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* nicht signifikant voneinander unterscheiden. Dennoch wird der positive Einfluss dieser Kontrollüberzeugung in Bezug auf zukünftige Ereignisse und somit auf das Hilfesuchverhalten nicht bestritten, da diesbezüglich deutliche Tendenzen zu erkennen waren. Die Annahme, dass sich dies in der Folge positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, ist nachvollziehbar (vgl. Page & Scalora, 2004; Ryan & Francis, 2012; Shojaee & French, 2014; Smith et al., 1998).

Es wird angenommen, dass eine höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* in Bezug auf zukünftige Ereignisse und eine stärkere *externale Kontrollüberzeugung* in Bezug auf vergangene Ereignisse, die zum Zeitpunkt des Geschehens nicht kontrolliert und auch im Nachhinein nicht rückgängig gemacht werden können, für die Bewältigung traumatischer Erfahrungen von Vorteil sind. Dies deckt sich mit der Annahme von Egan und Wilson (2012), die davon ausgehen, dass sich die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen von traumatisierten Personen oftmals von einer stärkeren *internalen* zu einer stärkeren *externalen Kontrollüberzeugung* verändert, da Betroffene versuchen, die Situation besser bewältigen zu können, indem sie jegliche Verantwortung bzw. Schuld externalen Faktoren zuschreiben. Dies kann als eine Art Schutzmechanismus verstanden werden, der Schuldgefühle und Selbstvorwürfe verhindert (vgl. Frazier, 1990).

Allerdings ist eine gleichzeitig höhere Ausprägung der *internalen Kontrollüberzeugung* essentiell, dass professionelle Hilfe befürwortet und aufgesucht wird, was sich positiv auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken kann. Dies unterstützt die Annahme, dass Ausprägungen beider Kontrollüberzeugungen durchaus möglich sind (vgl. Green, 2011). Auch Wong und Sroule (1984, zitiert nach Green, 2011, S. 309) befürworten die Annahme dualer Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen und betonen, dass es vor allem für die emotionale Bewältigung schwerer Lebensereignisse, wie z.B. Krankheit oder

Naturkatastrophen, essentiell ist, dass Personen davon überzeugt sind, dass unkontrollierbare Dinge nicht auf die eigenen Handlungen zurückführbar sind.

Eine Art „Health locus of control“ (Green, 2011) könnte diese Ansichten vereinen, da es hierbei um die potentielle Kontrollierbarkeit der persönlichen Gesundheit sowie Sicherheit geht, die eine höhere Ausprägung der *internalen* sowie *externalen Kontrollüberzeugung* berücksichtigt.

Limitationen und Ausblick

Wie alle Studien weist auch diese einige Limitationen auf, die in Anbetracht der Ergebnisse kritisch hinterfragt werden müssen. Zunächst ist die Einteilung der Stichproben zu bedenken, da Personen ausgeschlossen wurden, deren familiäre bzw. institutionelle Misshandlungserfahrungen nicht als „schwerwiegend“ oder „extrem“ beurteilt wurden. Personen mit „leichten“ oder „moderaten“ Misshandlungserfahrungen wurden somit nicht berücksichtigt. Ein Vergleich zwischen Personen, die verschiedene Schweregrade bezüglich ihrer Misshandlungserfahrungen aufweisen, wäre durchaus interessant und könnte in zukünftiger Forschung umgesetzt werden.

Außerdem ist es möglich, dass Personen ausgeschlossen wurden, die keinerlei Misshandlungen in der Familie oder im Heim, aber eventuell in einem anderen Kontext, bspw. innerhalb einer Beziehung, Gewalt erfahren haben. Aufgrund dessen könnten Daten verloren gegangen sein, die womöglich zu anderen Ergebnissen bezüglich der Vergleiche zwischen misshandelten und nicht misshandelten Personen geführt hätten.

Auch zu bedenken ist hierbei, dass Personen möglicherweise nicht nur die drei unterschiedenen Misshandlungsformen (körperlich, sexuell und psychisch), sondern auch noch andere Formen (körperliche oder emotionale Vernachlässigung; vgl. Bernstein & Fink, 1998) erlebt haben, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und das Hilfesuchverhalten gehabt haben könnten. Außerdem wurden einige Personen innerhalb der BG identifiziert, die in der Familie und im Heim schwerwiegende Misshandlungserfahrungen gemacht haben. Auch das könnte sich wesentlich auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen und das Hilfesuchverhalten ausgewirkt haben.

Des Weiteren wurde bei der Untersuchung des Hilfesuchverhaltens der Gesamtwert des IASMHS herangezogen, da neben dem generellen Hilfesuchverhalten auch die diesbezüglichen Einstellungen, die über die Zeit hinweg stabil sind, betrachtet werden sollten. Dadurch konnte das potentielle Hilfesuchverhalten von Personen betrachtet werden, das sie

im Fall von psychischen Problemen zeigen würden. Es ist essentiell, die diesbezüglichen Einstellungen zu berücksichtigen, da sie mögliche Drittfaktoren, wie z.B. zeitliche Ressourcen, von denen das Hilfesuchverhalten per se abhängig ist, zunächst ausblenden. Dennoch wäre es interessant gewesen, die Unterschiede bezüglich der einzelnen Subskalen näher zu untersuchen.

Eine weitere Ursache für einen möglichen Datenverlust könnte die Tatsache darstellen, dass die Variable Ausprägung der Kontrollüberzeugungen für die Durchführung der zweifaktoriellen ANOVA kategorisiert wurde. Bei der Moderationsanalyse wurde das Skalenniveau dieser Variablen als metrisch definiert, sodass mögliche Unterschiede in den Ergebnissen darauf zurückgeführt werden können.

Die mangelnde Reliabilität der Subskala *Externale Kontrollüberzeugung*, vor allem bezüglich der KG, stellt eine Einschränkung dar und ist besonders vor dem Hintergrund der signifikanten Ergebnisse lediglich hinsichtlich der Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* zu beachten.

Außerdem übermittelt die Formulierung der vier Items der Subskala *Externale Kontrollüberzeugung* einen eher negativen Eindruck, sodass der positive Effekt einer *externalen Kontrollüberzeugung* bezüglich der Schuldzuweisungen (vgl. Egan & Wilson, 2012; Frazier, 1990) in den Hintergrund gerückt wird.

Des Weiteren ist bei den vier Items dieser Subskala, aber auch der Subskala *internale Kontrollüberzeugung*, nicht sofort ersichtlich, ob sich die Aussagen auf vergangene oder zukünftige Ereignisse beziehen, wohingegen sich die Items des IASMHS eindeutig auf zukünftige Situationen bzw. Verhaltensweisen beziehen. Angenommen misshandelte Personen denken bei der Beantwortung dieser Items ausschließlich an die traumatischen Erfahrungen und nicht an zukünftige Situationen, könnte es deshalb vor allem hinsichtlich des Einflusses der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen auf das Hilfesuchverhalten zu Verzerrungen gekommen sein. Aufgrund der geringen Anzahl der Items sowie der teilweise geringen Reliabilität sind diese Auffälligkeiten bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch zu hinterfragen.

In vorherigen Studien wurde immer wieder davon berichtet, dass der Schweregrad einer traumatischen Erfahrung bzw. die Diagnose einer PTBS einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten hat (Elhai et al., 2005, 2006; Elliott et al., 2014). Innerhalb dieser Arbeit wurde die Diagnose einer PTBS allerdings nicht beachtet, da der Schweregrad einer traumatischen Erfahrung mit der Anzahl erlebter Misshandlungsformen definiert wurde. Hierbei ist zu betonen, dass die Anzahl erlebter Misshandlungsformen allerdings nicht allein

zum Schweregrad einer traumatischen Erfahrung beiträgt. Auch die Häufigkeit bzw. die Länge des Zeitraumes, während dem es zu traumatischen Erfahrungen gekommen ist, könnten wesentliche Einflussfaktoren darstellen. Denkbar ist auch, dass bspw. eine erlebte Misshandlungsform ausreicht, um eine PTBS zu entwickeln. Auch Taylor und Harvey (2010) postulierten, dass individuelle Charakteristiken der Betroffenen sowie ihrer traumatischen Erfahrungen als Moderatoren auf das Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung einwirken können. So können auch individuelle Faktoren, wie z.B. Resilienz, soziale Unterstützung sowie soziokulturelle Faktoren ausschlaggebend für das Hilfesuchverhalten sein (vgl. Brzank, 2012; Liang et al., 2005).

Abschließend sind in Bezug auf den Vergleich der BG und der KG die ungleichen Verteilungen bezüglich des Geschlechts und des Bildungsstandes zu berücksichtigen, die einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnten. Da sich in der BG wesentlich mehr Männer und in der KG wiederum mehr Frauen befanden und in den geschlechtsspezifischen Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass Frauen ein signifikant höheres Hilfesuchverhalten aufweisen, könnte dies einen wesentlichen Einflussfaktor darstellen, der das stärkere Hilfesuchverhalten der KG im Vergleich zur BG mit erklärt. Allerdings könnte das stärkere Hilfesuchverhalten der Frauen wiederum darauf zurückgeführt werden, dass insgesamt mehr Männer Opfer traumatischer Erfahrungen wurden als Frauen, was wiederum einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten gehabt haben könnte.

Beachtet man zudem die kontextabhängigen Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten, wie z.B. Verfügbarkeit, ökonomische oder finanzielle Ressourcen sowie kulturelle Barrieren (vgl. Fox et al., 2001, zitiert nach Schreiber, 2010, S. 14; Liang et al., 2005; Schreiber et al., 2010), könnten auch die Unterschiede bezüglich des Bildungsstandes zwischen der BG und KG einen Einfluss auf die Einstellungen bezüglich des Hilfesuchverhaltens gehabt haben.

Ziele zukünftiger Forschung könnten demnach sein, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens bei misshandelten sowie nicht misshandelten Personen näher zu betrachten sowie mögliche Unterschiede je nach Bildungsstand genauer zu untersuchen. Auch die Untersuchung möglicher Unterschiede bezüglich der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen zwischen Frauen und Männern wäre im Hinblick auf das Hilfesuchverhalten spannend, da vermutet wird, dass die hier gefundenen Unterschiede bezüglich des Hilfesuchverhaltens zwischen Frauen und Männern durch bestimmte Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen nivelliert werden könnten.

Aufgrund des nicht signifikanten Ergebnisses, aber der augenscheinlichen Tendenz, dass das Hilfesuchverhalten mit steigender Anzahl erlebter Misshandlungsformen eher abnimmt, wäre eine Revision der Ergebnisse, eventuell mit größeren Stichproben, interessant.

Des Weiteren könnten, wie bereits erwähnt, Personen in die Untersuchung inkludiert werden, die in anderen Kontexten, nicht zwangsweise familiär oder institutionell, Gewalt erfahren oder eine andere Misshandlungsform als die hier untersuchten erlebt haben, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Es wäre spannend zu überprüfen, ob es dann weiterhin einen negativen Einfluss von traumatischen Erfahrungen bzw. der Anzahl erlebter Misshandlungsformen auf das Hilfesuchverhalten gibt und es nicht, wie oftmals angenommen, zu einem stärkeren Hilfesuchverhaltens kommt. Außerdem könnten Personen mit unterschiedlichen Schweregraden der Misshandlungserfahrungen miteinander verglichen werden. Des Weiteren wäre auch eine Unterscheidung der drei Subskalen des IASMHS spannend, um das Hilfesuchverhalten per se von den diesbezüglichen Einstellungen zu trennen und differenzierter betrachten zu können.

Aufgrund der Ergebnisse bezüglich der zweiten Untergruppe wäre in zukünftiger Forschung spannend, die Bedeutung der Kombination bestimmter Misshandlungsformen genauer zu untersuchen und deren Auswirkung auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen sowie auf das Hilfesuchverhalten zu beleuchten.

Da in dieser Masterarbeit v.a. individuumsbezogene Faktoren betrachtet wurden, soll noch einmal auf diese eingegangen werden. Vor allem die Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühle, die u.a. von gesellschaftlichen Normen abhängen, können sich, wie bereits diskutiert, negativ auf das Hilfesuchverhalten auswirken (vgl. Schreiber et al., 2010). Deshalb ist es essentiell, die Themen rund um Misshandlung und Gewalt in der heutigen Gesellschaft weiter zu enttabuisieren und das gesellschaftliche Bewusstsein über die Ernsthaftigkeit dieser Themen zu steigern (vgl. Egan & Wilson, 2012) sowie Stigmatisierungen zu reduzieren, indem die Bedeutung dieser Faktoren für das Hilfesuchverhalten und infolge für die psychische Gesundheit thematisiert wird.

Spezifische Maßnahmen, die an die individuellen Bedürfnisse von Betroffenen angepasst sind und das Hilfesuchverhalten verstärken, sowie verbesserte Therapieprogramme sind wünschenswert. Um Erfolg versprechende Maßnahmen konzipieren zu können, ist es wichtig, die entscheidenden Komponenten, die das Hilfesuchverhalten bzw. den Therapieprozess beeinflussen, zu berücksichtigen. In Anbetracht der Ergebnisse ist es essentiell, gerade misshandelte Personen während des Prozesses des Hilfesuchverhaltens zu

unterstützen, damit sie von der Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe überhaupt profitieren können.

Innerhalb des Therapiekontextes könnte die vorausgehende Identifizierung der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen eines/r Klienten/in dafür genutzt werden, das Therapieprogramm individuell anzupassen (vgl. Delsignore & Schnyder, 2007). Dass die Erwartungen gegenüber dem Therapieprozess bzw. dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin nicht außer Acht gelassen werden sollten, zeigten bereits Delsignore und Schnyder (2007). Die Autoren differenzieren zwischen Rollen- sowie Ergebniserwartungen und Kontrollüberzeugungen. Es ist denkbar, dass sich die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen während einer Behandlung, bewusst oder unbewusst, verändert. Eine stärkere *internale Kontrollüberzeugung*, die sich auf bestimmte Aspekte des therapeutischen Verlaufs bezieht, könnte über die aktive Teilnahme am therapeutischen Prozess zu einem erfolgreichen Therapieergebnis beitragen (vgl. Delsignore & Schnyder, 2007).

Schlussfolgernd kann angenommen werden, dass bei Personen mit psychischen Problemen die „richtigen“ Erwartungen über ein gesteigertes Hilfesuchverhalten sowie einer erfolgreichen Therapie zu einem besseren Wohlbefinden führen. Zukünftige Studien könnten die Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen und dem Hilfesuchverhalten noch einmal mit unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzungen untersuchen.

In vorherigen Studien kam es immer wieder zu entgegengesetzten Ergebnissen bezüglich des Einflusses der Kontrollüberzeugungen auf die psychische Gesundheit. Wie in dieser Arbeit diskutiert, kann auch eine höhere Ausprägung der *externalen Kontrollüberzeugung* im Hinblick auf Schuld- und Schamgefühle, die sich auf vergangene Ereignisse beziehen, förderlich sein (vgl. Egan & Wilson, 2012; Frazier, 1990).

Die entgegengesetzten Ergebnisse könnten auf veraltete Untersuchungsinstrumente in Bezug auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen zurückgeführt werden, wodurch die Zuverlässigkeit der Ergebnisse in Frage gestellt wird. Auch die in dieser Arbeit verwendete Skala (IE-4, Kovaleva et al., 2012) weist eine geringe Reliabilität in Bezug auf die *externale Kontrollüberzeugung* auf und basiert auf der veralteten Annahme, dass es sich bei der Ausprägung der Kontrollüberzeugungen um ein uni-dimensionales Konstrukt handelt (vgl. Rotter, 1966). Zwar wurde auch schon damals die Situationsabhängigkeit dieses Konstrukts betont, allerdings bei der Bildung der Subskalen nicht beachtet. Denkbar wäre die Entwicklung situationsspezifischer Subskalen, die bei der Untersuchung der Ausprägungen

der *internalen* bzw. *externalen Kontrollüberzeugung* zumindest zwischen vergangenen und zukünftigen Ereignissen bzw. Handlungen unterscheiden. Damit könnten Kontrollüberzeugungen viel differenzierter betrachtet werden, was auch innerhalb eines Therapieprozesses berücksichtigt werden könnte.

Deshalb sollte es Ziel zukünftiger Forschung sein, die Erstellung eines neuen validen Untersuchungsinstrumentes anzustreben, das die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen nicht als uni-dimensionale generelle Eigenschaft, sondern als bi-dimensionales situationsabhängiges Konstrukt definiert, das sich auf vergangene sowie zukünftige Ereignisse beziehen und somit unterschiedliche Ausprägungen aufweisen kann.

Literaturverzeichnis

- Adler, A. B., Britt, T. W., Riviere, L. A., Kim, P. Y., & Thomas, J. L. (2015). Longitudinal determinants of mental health treatment-seeking by US soldiers. *British Journal of Psychiatry*, 1-5. doi:10.1192/bjp.bp.114.146506
- Asberg, K., & Renk, K. (2014). Perceived stress, external locus of control, and social support as predictors of psychological adjustment among female inmates with or without a history of sexual abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(1), 59-84. doi:10.1177/0306624X12461477
- Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). *CTQ Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein J. A., Newcomb M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 13, 913-940.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Boscarino, J. A., Adams, R. E., Stuber, J., & Galea, S. (2005). Disparities in mental health treatment following the World Trade Center Disaster: Implications for mental health care and health services research. *Journal of Traumatic Stress*, 18(4), 287-297. doi:10.1002/jts.20039
- Burrick, A. J. (2014). Responding to trauma: Help-seeking behavior and posttraumatic growth in a college sample. Undergraduate Honors Thesis, Department of Human Development and Family Studies, University of Connecticut. Retrieved April 19, 2016, from http://digitalcommons.uconn.edu/srhonors_theses/373
- Brzank, P. (2012). Hilfesuchverhalten im Kontext von Partnergewalt gegen Frauen (Unveröffentlichte Dissertation, Fakultät VII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin). Zugriff am 20.04.2016. Verfügbar unter https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2947/1/Dokument_12.pdf
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65–72.

- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernet, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., . . . Kessler, R. C. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: Results of the ESEMeD project. *Psychiatric Services, 60*, 1051-1058.
- Delsignore, A., & Schnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 467-483. doi:10.1348/014466507X226953
- Egan, R., & Wilson, J. C. (2012). Rape victims' attitudes to rape myth acceptance. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*(3), 345-357. doi:10.1080/13218719.2011.585128
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Elhai, J. D., North, T. C., & Frueh, B. C. (2005). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services, 2*(1), 3-19.
- Elhai, J. D., Patrick, S. L., Anderson, S., Simons, J. S., & Frueh, B. C. (2006). Gender- and trauma-related predictors of use of mental health treatment services among primary care patients. *Psychiatric Services, 57*(10), 1505-1509.
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2014). The process of seeking psychotherapy and its impact on therapy expectations and experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*(5), 399-408. doi:10.1002/cpp.1900
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Fox, J. C., Blank, M., Rovnyak, V. G., & Barnett, R. Y. (2001). Barriers to help seeking for mental disorders in a rural impoverished population. *Community Mental Health Journal, 37*, 421-436.
- Frazier, P. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 298-304.
- Gaa, J. P. (1979). The effect of individual goal-setting conferences on academic achievement and modification of locus of control orientation. *Psychology in the Schools, 16*, 591-598.
- Ghafoori, B., Barragan, B., & Palinkas, P. (2014). Mental health service use among trauma-exposed adults: A mixed-methods study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(3), 239-246. doi:10.1097/NMD.0000000000000108
- Goffman, E. (1973). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Berlin: Suhrkamp.

- Gomez, R. (1997). Locus of control and Type A behavior pattern as predictors of coping styles among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 391-398.
- Gomez, R. (1998). Locus of control and avoiding coping: Direct, interactional and mediational effect on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 325-334.
- Green, S. E. (2011). Depression before and after 9/11: The interactive relationship of internal and chance health locus of control beliefs. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 306-322. doi:10.1080/15325024.2011.572031
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analyses: A regression-based approach*. New York: The Guildford Press.
- Heller, J. (2008). Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf Wohlbefinden, depressive Symptome und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern (Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München). Zugriff am 20.04.2016. Verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/9262/1/Heller_Julia.pdf
- Hourani, L., Williams, J., Bray, R. M., Wilk, J. E., & Hoge, C. W. (2016). Gender differences in Posttraumatic Stress Disorder and help seeking in the U.S. Army. *Journal of Women's Health*, 25(1), 22-31. doi:10.1089/jwh.2014.5078
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., Maguire, R., & Morley, K. (2014). A test of the Inventory of Attitudes towards Seeking Mental Health Services. *British Journal of Guidance and Counselling*, 43(4), 397-412. doi:10.1080/03069885.2014.963510
- Kapella, O., Baierl, A., Rille-Pfeiffer, C., Geserick, C., & Schmidt, E.-M. (2011). Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld: Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. In Österreichisches Institut für Familienforschung, Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld: Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Zugriff am 02.06.2016. Verfügbar unter http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/gewaltpraevalenz_2011.pdf
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 47-51. doi:10.1055/s-0031-1295495

- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). Eine Kurzsкала zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). *Gesis-Working Papers*, 19, 1-26.
- Lazarus R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.
- Liang, B., Goodman, L. A., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36, 71–84.
- Mackenzie, C., Knox, V., Gekoski, W., & Macaulay, H. (2004). An adaptation and extension of the Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2410-2435. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201-2209. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.035
- Mahalik, J. R., Good, G. E., & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 123-132. doi:10.1037/0735-7028.34.2.123
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McEwan, S. L., de Man, A. F., & Simpson-Housley, P. (2005). Acquaintance rape, ego-identity achievement, and locus of control. *Social Behavior and Personality*, 33(6), 587-592.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Page, G. L., & Scalora, M. J. (2004). The utility of locus of control for juvenile amenability to treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 523-534. doi:10.1016/S1359-1789(03)00047-8
- Porter, C. A., & Long, P. J. (1999). Locus of control and adjustment in female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(1), 3-25. doi:10.1300/J070v08n01_02
- Regehr, C., Cadell, S., & Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 110-115.

- Roddenberry, A., & Renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy: Potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry and Human Development, 41*, 353-370. doi:10.1007/s10578-010-0173-6
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1), 1-28.
- Ryan, M. E., & Francis, A. J. P. (2012). Locus of control beliefs mediate the relationship between religious functioning and psychological health. *Journal of Religion & Health, 51*, 774-785. doi:10.1007/s10943-010-9386-z
- Saunders, S. M. (1993). Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy, 30*, 554-564.
- Schauman, O., & Mansell, W. (2012). Processes underlying ambivalence in help-seeking: The loss of valued control model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(2), 107-124.
- Schonert-Reichl, K. A., & Muller, J. R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 25*(6), 705-731.
- Schreiber, V. (2010). Seeking mental health care after interpersonal traumatization. (Unveröffentlichte Dissertation, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin). Retrieved January 19, 2016, from http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018060
- Schreiber, V., Maercker, A., & Renneberg, B. (2010). Social influences on mental health help-seeking after interpersonal traumatization: A qualitative analysis. *BMC Public Health, 10*, 634-642.
- Schreiber, V., Renneberg, B., & Maercker, A. (2009). Seeking psychosocial care after interpersonal violence: An integrative model. *Violence and Victims, 24*(3), 322-336. doi:10.1891/0886-6708.24.3.322
- Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1992). Reluctance to utilize mental health services after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 767-772.
- Shohaee, M., & French, C. (2014) The relationship between mental health components and Locus of Control in youth. *Psychology, 5*, 966-978.
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health, 12*(3), 202-215.
- Smith, C. A., Dobbins, C. J., & Wallston, K. A. (1998). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 1218-1247.

- Steele, L., Dewa, C., & Lee, K. (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 201-206.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30, 749-767.
- Vasiliadis, H.-M., Tempier, R., Lesage, A., & Kates, N. (2009). General practice and mental health care: Determinants of outpatient service use. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(7), 468-475.
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6(2), 107-117.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (2016). *Mental Health: strengthening our response*. Fact Sheet N°220. Retrieved April 27, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wong, P., & Sproule, C. (1984). An attribution analysis of the locus of control construct and the Trent Attributional Profile. In H. M. Lefcourt (Hrsg.), *Research with the locus of control construct, Vol. 3: Extensions and limitations* (S. 309-360). New York: Academic Press.
- Xu, Z., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., ... Rüscher, W. (2015). Self-labelling and stigma as predictors of attitudes towards help-seeking among people at risk of psychosis: 1-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266, 79-82. doi:10.1007/s00406-015-0576-2

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1** – Zusammenhang zwischen der Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung und dem Hilfesuchverhalten getrennt für die BG und KG 45
- Abb. 2** – Zusammenhang zwischen der Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung und dem Hilfesuchverhalten getrennt für die BG und KG 46
- Abb. 3** – Zusammenhang zwischen der Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung und dem Hilfesuchverhalten getrennt für die drei Untergruppen der BG 50

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 – Ergebnisse der Deskriptivanalyse bezüglich der gesamten Stichprobe	35
Tab. 2 – Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. der geschlechtsspezifischen Stichproben...	36
Tab. 3 – Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. folgender Stichprobe: höhere internale/ externale vs. geringere internale/ externe Kontrollüberzeugung.....	37
Tab. 4 – Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. der modifizierten Stichproben.....	38
Tab. 5 – Ergebnisse der Deskriptivanalyse bzgl. der drei Untergruppen der BG	39
Tab. 6 – Reliabilitätsanalyse des CTQ	40
Tab. 7 – Reliabilitätsanalyse des IASMHS	40
Tab. 8 – Reliabilitätsanalyse des IE-4	40
Tab. 9 – Ergebnisse des t-Tests für Hypothese 1	41
Tab. 10 – Ergebnisse des t-Tests für Hypothese 2	42
Tab. 11 – Ergebnisse des t-Tests für Hypothese 3.1.	43
Tab. 12 – Ergebnisse des t-Tests für Hypothese 3.2.	44
Tab. 13 – Ergebnisse der ANOVA für Hypothese 4.1.	47
Tab. 14 – Ergebnisse der ANOVA für Hypothese 4.2.	48
Tab. 15 – Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA für Hypothese 4.3. (post-hoc-Test nach Gabriel).....	49
Tab. 16 – Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA für Hypothese 4.3. (Anzahl erlebter Misshandlungsformen x Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung)	50
Tab. 17 – Ergebnisse der Moderationsanalyse für Hypothese 4.4. (Der bedingte Effekt der Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen).....	51
Tab. 18 – Ergebnisse der Moderationsanalyse für Hypothese 4.4. (Der bedingte Effekt der Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung je nach Anzahl erlebter Misshandlungsformen).....	52

Anhang A – Weitere Tabellen

Tabelle A-1

Items der IE-4-Skala (inkl. der neuformulierten Items)

IE-4	Items
<i>Internale</i>	1. Ich habe mein Leben selbst in der Hand.
<i>Kontroll- überzeugung</i>	2. Wenn ich mich anstrengte, werde ich auch Erfolg haben. 5. Ich bestimme selbst darüber, was in meinem Leben geschieht.* 6. Wenn ich meine Fähigkeiten richtig einsetze, werde ich erfolgreich sein.*
<i>Externale Kontroll- überzeugung</i>	3. Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt. 4. Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt. 7. Egal ob privat oder beruflich, glaube ich keinen Einfluss darauf zu haben, was in meinem Leben geschieht.* 8. Wenn mir etwas nicht gelingt, liegt das an den äußeren Umständen.*

Anmerkung. * neuformulierte Items.

Tabelle A-2

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Bildungsstandes in der BG und KG

	BG		KG	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Pflichtschulabschluss	22	10.0	-	-
Pflichtschule	44	20.1	2	1.6
Lehre	108	49.3	25	19.7
Berufsbildende mittlere Schule	29	13.2	28	22.0
Höhere Schule	9	4.1	42	33.1
Hochschulverwand. Lehranstalt	4	1.8	9	7.1
Universität, Hochschule	3	1.4	21	16.5

Tabelle A-3 (Fortsetzung folgt auf nächster Seite)

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Familienstandes in den geschlechtsspezifischen Stichproben

	Männlich		Weiblich	Gültige
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ledig	32	18.4	16	9.4

Tabelle A-3 (Fortsetzung)

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Familienstandes in den geschlechtsspezifischen Stichproben

	Männlich		Weiblich	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
in Partnerschaft lebend	83	47.7	79	46.5
geschieden	55	31.6	57	33.5
verwitwet	4	2.3	18	10.6

Tabelle A-4

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Bildungsstandes in den geschlechtsspezifischen Stichproben

	Männlich		Weiblich	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Pflichtschulabschluss	9	5.2	13	7.6
Pflichtschule	25	14.4	21	12.2
Lehre	91	52.3	42	24.2
Berufsbildende mittlere Schule	16	9.2	41	23.8
Höhere Schule	23	13.2	28	16.3
Hochschulverwand. Lehranstalt	6	3.4	7	4.1
Universität, Hochschule	4	2.3	20	11.6

Tabelle A-5

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Bildungsstandes in folgender Stichprobe: stärkere internale vs. geringere internale KÜ

	stärk. int.		gering. int.	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Pflichtschulabschluss	7	3.5	14	9.8
Pflichtschule	24	11.9	22	15.4
Lehre	75	37.1	58	40.6
Berufsbildende mittlere Schule	43	21.3	14	9.8
Höhere Schule	31	15.3	20	14.9
Hochschulverwand. Lehranstalt	6	3.0	7	4.9
Universität, Hochschule	16	7.9	8	5.6

Tabelle A-6

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Bildungsstandes in folgender Stichprobe: stärkere externale vs. geringere externale KÜ

	stärk. ext.		gering. ext.	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Pflichtschulabschluss	13	9.8	8	3.8
Pflichtschule	30	22.6	16	7.5
Lehre	61	45.9	72	34.0
Berufsbildende mittlere Schule	15	11.3	42	19.8
Höhere Schule	11	8.3	40	18.9
Hochschulverwand. Lehranstalt	3	2.3	10	4.7
Universität, Hochschule	-	-	24	11.3

Tabelle A-7

Häufigkeitsverteilungen bzgl. des Bildungsstandes in der modifizierten BG und KG

	BG		KG	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Kein Pflichtschulabschluss	19	9.8	-	-
Pflichtschule	38	19.7	2	1.9
Lehre	95	49.2	21	20.0
Berufsbildende mittlere Schule	26	13.5	21	20.0
Höhere Schule	8	4.1	36	34.3
Hochschulverwand. Lehranstalt	4	2.1	6	5.7
Universität, Hochschule	3	1.6	19	18.1

Tabelle A-8 (Fortsetzung folgt auf nächster Seite)

Anzahl erlebter Misshandlungsformen x Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung

Anzahl erlebter Misshandlungsformen	Ausprägung der int. KÜ ^a	M	SE
1 ($n_1 = 39$)	1	95.96	3.07
	0	89.29	3.49

Anmerkung. AV = Hilfesuchverhalten.

^a 1/0 = höhere/niedrigere Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung

Tabelle A-8 (Fortsetzung)

Anzahl erlebter Misshandlungsformen x Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung

Anzahl erlebter Misshandlungsformen	Ausprägung der int. KÜ ^a	<i>M</i>	<i>SE</i>
2 (<i>n</i> ₂ = 65)	1	91.19	2.40
	0	91.52	2.67
3 (<i>n</i> ₃ = 74)	1	91.78	2.25
	0	88.00	2.50

Anmerkung. AV = Hilfesuchverhalten.^a 1/0 = höhere/niedrigere Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung