
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Psychologie
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

*Körpererleben in der Depression in unterschiedlichen kulturellen
Kontexten:
Ein Vergleich zwischen Deutschland und Chile*

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Jennifer Gradt

Jahr der Einreichung
2016

Dekanin: Prof. Dr. Birgit Spinath
Berater: Prof. Dr. Annette Kämmerer, Prof. Dr. Manfred Cierpka

Danksagung

Ich möchte mich von ganzem Herzen bei den Personen bedanken, die mich bei der Arbeit unterstützt und begleitet haben. Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Annette Kämmerer und Prof. Dr. Manfred Cierpka für die Ermöglichung, im Rahmen der interkulturellen Kooperation eine Forschungsarbeit zu realisieren, an deren Ende nicht nur diese Arbeit, sondern mehrere bereichernde Freundschaften zustande gekommen sind. Auf der anderen Seite der Erdkugel gilt mein Dank Prof. Dr. Mariane Krause, sowie Prof. Dr. Juan Pablo Jiménez für seine Bemühungen, mir einen Zugang zu einer klinischen Stichprobe zu ermöglichen. In diesem Zuge möchte ich mich auch bei Prof. Dr. Florenzano, Dr. Marcella Altherr und Prof. Dr. Hain bedanken, die mir eine Rekrutierung von Patienten im Hospital del Salvador, im Pfalzkrinikum Klingenmünster sowie im Universitätskrinikum Heidelberg möglich machten. Auch möchte ich meinen chilenischen Forschungspartnern, ganz besonders Ana Cristina Amézaga und Maria Isabel Gaete danken - für anregende Gespräche, herzliche Gastfreundschaften und ihre uneingeschränkte Unterstützung bei der Umsetzung meines Projektes in Chile. Ich danke Jil Bailleux für ihren engagierten Einsatz bei der Stichprobenrekrutierung in Santiago und meinen Kollegen und Freunden aus dem Kolleg für die gemeinsame Zeit, die eine große Bereicherung nicht nur für die Dissertation mit sich brachte. Ich danke meinen Freunden, ganz besonders Petra und Christina für das aufmerksame Korrekturlesen und noch viel mehr für die emotionale Unterstützung und die verlässliche Freundschaft. Zudem gilt mein Dank meinen Eltern, die in vielerlei Hinsicht meine Vorbilder sind und mich immer wieder unterstützen. Im gleichen Sinne danke ich auch Alexander von ganzem Herzen für seine Unterstützung, Geduld, Rückenstärkung und für die vielen Momente, in denen wir zusammen lachen können. Schließlich möchte ich meinen besonderen Dank an alle Studienteilnehmer aussprechen, ohne deren Bereitschaft zur Beantwortung der Fragebögen und Interviewfragen die Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
1.1	Relevanz der Forschung zu Körper und Depression	10
1.2	Relevanz der Einbettung in verschiedene kulturelle Kontexte	13
1.3	Ziele der Arbeit	14
2	Theoretische und empirische Perspektiven zum subjektiven Körpererleben	17
2.1	Definition Körpererleben	17
2.2	Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens	21
2.3	Zusammenfassung: Untersuchungsmodell zur Analyse des Körpererlebens im kulturellen Kontext	46
3	Der Körper in der Depression	49
3.1	Empirische Befunde zum Körpererleben in der Depression	49
3.2	Theoretische Grundlagen - Berücksichtigung des Körpers in Modellen zur De- pression	53
4	Fragestellung und Hypothesen zur Teilstudie A	59
4.1	Hypothesen zum Körpererleben im interkulturellen Vergleich in einer gesunden Stichprobe	59
4.2	Hypothesen zum Körpererleben in einer depressiven Stichprobe	65
4.3	Hypothesen zu den Hintergründen der Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-Depressiven	65
4.4	Hypothesen zum interkulturellen Vergleich des Körpererlebens in einer depressi- ven Stichprobe	66

5 Studie A: Fragebogenuntersuchung zum Körpererleben	69
5.1 Ziel der Untersuchung	69
5.2 Methode	69
5.3 Ergebnisse	110
5.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Teilstudie A	132
6 Somatisierungstendenz in der Depression	139
6.1 Begriffsbestimmungen	139
6.2 Theorien zur Somatisierung in der Depression	142
6.3 Theorien und Empirie zur Somatisierung in unterschiedlichen kulturellen Kontexten	147
6.4 Empirische Studien zur Somatisierung in Deutschland und Chile	151
6.5 Forschungsfragen und Untersuchungsmodell zur Teilstudie B	152
7 Forschungsfragen zur Teilstudie B	157
8 Studie B: Mixed-Methods Studie zur Somatisierungstendenz in der Depression	159
8.1 Ziel der Untersuchung	159
8.2 Methode	159
8.3 Ergebnisse	173
8.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Teilstudie B	182
9 Abschlussdiskussion	189
9.1 Rückschau	189
9.2 Weitere Kritik	197
9.3 Fazit und Ausblick	201
Zusammenfassung	205
Literaturverzeichnis	209
Abkürzungsverzeichnis	253

A Fragebogenpaket Teilstudie A	255
B Erhebungsinstrumente zur Teilstudie B: Offener Problembereich und Klinisches Interview	279
C Fragebogenpaket Teilstudie B	293
D Erklärung gemäß § 8 Abs. (1) c) und d) der Promotionsordnung der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften	321

Kapitel 1

Einleitung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, das Verständnis für verschiedene Aspekte des Körpererlebens in der Depression unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes zu erweitern. Da die Arbeit im Rahmen des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs, einer Kooperation der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg, der Pontificia Universidad Católica de Chile sowie der Universidad de Chile realisiert wird, liegt der Fokus der interkulturellen Betrachtung des Körpererlebens auf einem Vergleich zwischen Deutschland und Chile.

Einleitend soll zunächst beschrieben werden, warum es wichtig ist, die Bedeutung des Körpers in der Depression besser zu verstehen. Darüber hinaus wird dargestellt, warum auch die Variable Kultur in der Forschung zu Körper und Depression berücksichtigt werden sollte. Anschließend werden die Ziele der Arbeit formuliert und ein Überblick über die zwei empirischen Teilstudien skizziert, die zur Klärung der Forschungsfragen umgesetzt wurden.

1.1 Relevanz der Forschung zu Körper und Depression

„Wer Menschen berät, therapiert oder erforscht, sollte immer auch ihren Körper miteinbeziehen.“

(Fuchs, 2012, S.9)

1.1.1 Körpernahe Symptome in der Depression

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Krankheiten weltweit (Kessler & Bromet, 2013) und gehen mit gewichtigen Belastungen sowohl für den einzelnen Betroffenen als auch für die Gesellschaft einher (Bromet et al., 2011; Kessler & Bromet, 2013; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004). Neben den Leitsymptomen der depressiven Verstimmung und dem Interessenverlust manifestieren sich depressive Erkrankungen in zahlreichen körperlichen Beschwerden (Chakraborty, Avasthi, Grover & Kumar, 2010; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton & Ormel, 1999). Sowohl das psychiatrische Klassifikationssystem DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) als auch die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennen in ihren Kriterien Gewichtsveränderung, Schlafstörung und Erschöpfung explizit als mögliche psychovegetative Symptome der Depression (American Psychiatric Association, 2013a; World Health Organisation, 2012). Darüber hinaus sind Symptome wie Übelkeit, Schwindel, Verdauungsprobleme und Schmerz häufig genannte komorbide Beschwerden (Bair, Robinson, Katon & Kroenke, 2003; Grover et al., 2012). Einer multizentrischen WHO Studie zufolge, die an 15 Standorten weltweit Stichproben einbezog, geben 69 Prozent depressiver Patienten zunächst somatische Beschwerden an, wenn sie professionelle Hilfe aufsuchen (Simon et al., 1999). Durchschnittlich benennt ein depressiver Patient acht somatische Symptome, wobei körperliche Erschöpfung (93 Prozent), Schlafstörungen (80 Prozent) und Kopfschmerzen (68 Prozent) am weitesten verbreitet sind (Grover et al., 2012).

Neben dieser hohen Prävalenz von somatischen Symptomen bei Patienten mit Major Depression konstatieren verschiedene Autoren die Bedeutung der Ausprägung der somatischen Symptome für Diagnose, Behandlungsstrategie und Prognose der Depression: Hung, Liu, Wang, Juang und Yang (2010) werten die Ausprägung und den Schweregrad somatischer Symptome in der Depression als Prädiktor für einen ungünstigeren Behandlungserfolg und einen langfristigen Verlauf der Depression. Tamayo, Rovner und Muñoz (2007) finden einen vergleichbaren Zusammenhang von somatischer Symptompräsentation und Chronizität sowie Therapieresistenz. Der Schweregrad

somatischer Symptome ist zudem mit dem Schweregrad der Depression und mit dem Ausmaß der Verminderung der Lebensqualität assoziiert, welcher mit der Depressionserkrankung einhergeht (Muñoz & McBride, 2005).

1.1.2 Bedeutung körperbezogener therapeutischer Interventionen

Neben der Vielzahl, Häufigkeit und Bedeutsamkeit körpernaher Symptome in der Depression sprechen weitere Aspekte dafür, dem Körpererleben in der Depression in der Forschung mehr Beachtung zu schenken. Zu diesen Aspekten zählt die wachsende Bedeutung von Körperpsychotherapien in der Psychotherapiepraxis (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010; Röhrich, 2010).

Als körperbezogene Psychotherapieverfahren gelten Therapieelemente, die darauf abzielen, durch den Einbezug des Körpers in die psychotherapeutische Arbeit die Sensibilität für den Körper und seine Funktionen zu intensivieren. Dabei wird „die Verbindung von vegetativem und somatischem Nervensystem zu psychischen Prozessen“ genutzt, „um bisher unbewusste Fehlhaltungen (im psychischen und somatischen Sinne) erlebbarer und bewusster werden zu lassen. So können häufig - über Bewegungen, Mimik, Gestik etc. - verdrängte und dissoziierte Gefühle wieder erlebbar werden.“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S.6). Unter den Oberbegriff der Körpertherapie lassen sich verschiedene, zum Teil sehr heterogene Verfahren subsumieren. Zu den bekanntesten Verfahren zählen das Autogene Training, Atemtherapien, Bioenergetik, Feldenkrais sowie die Konzentrative Bewegungstherapie (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010; Loew, Tritt, Lahmann & Röhrich, 2006). Auch viele Übungen zur Achtsamkeit weisen einen hohen Körperbezug auf und können im weiteren Sinne als körperpsychotherapeutische Elemente verstanden werden (Kern, 2007; Klinkenberg, 2007).

Der Einsatz von körpertherapeutisch orientierten Elementen ist heute in stationären, multimodalen Psychotherapiesettings bereits meist fester Bestandteil des Therapieplans (Loew et al., 2006). Auch die Entwicklung und Veröffentlichung von verschiedenen Werkzeugen und Manualen zur Integration von Körperelementen in die psychotherapeutische Arbeit reflektieren ein wachsendes Interesse daran, den Körper in der psychotherapeutischen Praxis insgesamt stärker zu berücksichtigen.

Küchenhoff und Agarwalla (2012) regen mit der Körperbild-Liste (KB-L), welche in Anlehnung an und als ergänzendes Modul für die OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2011) entwickelt wurde, einen stärkeren Einbezug des Körpers in die psychodynamischen Diagnostik und mögliche Anhalts-

punkte für die weitere Thematisierung körperrelevanter Aspekte im Therapieverlauf an. Die KB-L umschreibt vier unterschiedliche Dimensionen, die von therapeutischem Interesse sein können: das Wahrnehmen und Erleben des eigenen Körpers, das Wahrnehmen und Erleben der Bezugspersonen in ihrer Körperlichkeit, die Körperliche Kommunikation (zum Beispiel die Fähigkeit, den eigenen Körper zur Vermittlung von Affekten einzusetzen) sowie der Einbezug des Körpers in die psychische Regulation.

Weitere Veröffentlichungen bieten konkrete Anregungen und Übungen zur Integration von Körperaspekten in die verhaltenstherapeutische (Görlitz, 2011, 2013; Klinkenberg, 2007), psychoanalytische (Heisterkamp, 2013) und schulenübergreifende Therapiepraxis (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010; Sulz, Schrenker & Schrickler, 2005). Gleichzeitig ist jedoch immer noch eine „Evidenz-Schere“ bezüglich der Effektivität und Effizienz von Körpertherapien zu beklagen (Röhrich, 2010, S.15).

Neben den explizit körpertherapeutischen Elementen erweisen sich Sport und körperliche Aktivität im Allgemeinen in immer mehr empirischen Studien als erfolgreiche Interventionen in der Therapie der Depression (Carek, Laibstain & Carek, 2011; Daley, 2008; Dimeo, Bauer, Varahram, Proest & Halter, 2001; Hoffman et al., 2011; Stanton & Reaburn, 2013; Tsang, Chan & Cheung, 2008) und werden als Therapiebestandteil in den Nationalen Versorgungsleitlinien zur Unipolaren Depression (DGPPN et al., 2009, zuletzt verändert: Juni 2015) sowie in den Leitlinien zur Behandlung der Depression der American Psychiatric Association empfohlen (American Psychiatric Association, 2010). Auch dieser Aspekt kann als Grund gelten, eine wissenschaftliche Analyse des Körpererlebens in der Depression weiter zu forcieren.

Trotz des wachsenden Interesses an körperbezogenen Elementen in der klinischen Praxis ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema in der Psychologie rar. Empirische Studien zum Körpererleben in der klinischen Psychologie bleiben zumeist auf Körperbildstörungen bei Essstörungen beschränkt. In anderen Wissenschaftsbereichen besteht spätestens seit den 80er Jahren ein wachsendes Interesse an und eine Auseinandersetzung mit Körpertheorien. Schroer (2005, S.10) und Gugutzer (2006, S.9) beschreiben einen „Somatic Turn“ bzw. „Body Turn“ im Feminismus, der Soziologie, sogar in den Geschichts- und Politikwissenschaften.

Psychologische Arbeiten in diesem Themenbereich können vor allem durch empirische Arbeiten

auf individualpsychologischer Ebene eine Anreicherung der schon länger bestehenden überwiegend theoretischen Konzeptualisierungen anderer Wissenschaftsbereiche leisten und stellen zudem eine wichtige Basis zum Verständnis von Körpersymptomen und der Wirksamkeit von körperbezogenen Therapieelementen dar. Eine wissenschaftliche, empirische Auseinandersetzung mit dem Thema Körpererleben in dieser Dissertationsstudie soll dazu einen Beitrag leisten.

1.2 Relevanz der Einbettung in verschiedene kulturelle Kontexte

1.2.1 Forderungen nach kultursensibler psychotherapeutischer Arbeit

Eine globalisierte Gesellschaft bringt eine Diversität von Patienten, Problemen und Kulturen mit sich, die bisher noch im Gegensatz zum Ethnozentrismus vieler Psychotherapieschulen (vgl. Jacob & Kuruvilla, 2012) steht. Das Bewusstsein für den Bedarf an kultursensibler Psychotherapie nimmt jedoch zu. Die American Psychiatric Association schreibt in ihren ethischen Richtlinien zur psychotherapeutischen Praxis:

“It is important that they [*the therapists*, d.Verf.] maintain cultural competence for health care delivery to diverse patient groups, including specific competence for working with patients of varying gender, race and ethnicity, language, culture, socioeconomic status, sexual orientation, religious orientation, and disabilities“.

(American Psychiatric Association, 2013b, S.5).

Jacob und Kuruvilla (2012) plädieren dafür, psychotherapeutische Interventionen entsprechend der Heterogenität der Kulturen anzupassen. Mit der Veröffentlichung von Leitlinien (Erim et al., 2010; Machleidt, Salman & Calliess, 2007) und der Entstehung von Forschungsprojekten zur Entwicklung, Evaluation und Implementierung inter- und transkultureller Kompetenzen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen (vgl. Mösko & Lersner, 2014) ist seit einigen Jahren eine Entwicklung hin zu einer höheren Kultursensibilisierung zu verzeichnen.

Eine qualifizierte Entwicklung kulturspezifischer Therapie erfordert jedoch zunächst ein grundlegenderes Verständnis von Besonderheiten und kulturübergreifenden Universalien psychischer Störungen. Dazu ist ein stärkerer Einbezug von Stichproben verschiedener Kulturzugehörigkeit in der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Forschung nötig, welche sich bisher vor allem auf sogenannte „WEIRD“ („Western-Educated-Industrialized-Rich-Democratic“) Samples“

(Henrich, Heine & Norenzayan, 2010, S.61) konzentriert, so dass vor allem eine Überrepräsentation amerikanischer und europäischer Stichproben zu bemerken ist.

1.2.2 Der Körper als Kulturträger

„The way humans move and comport their bodies is one way they (literally) carry their culture.“

(A. B. Cohen, 2009, S.1278)

Ein weiterer Grund den kulturellen Kontext in der Auseinandersetzung mit dem Körpererleben zu berücksichtigen, ist die Annahme, dass der Körper als Träger von Kultur fungiert (vgl. Bourdieu, 1982; Elias, 1976; Foucault, 1978). Individuen leben und entwickeln sich nicht in einem Vakuum, sondern sind in einen kulturellen Kontext eingebunden. Der Körper dient dabei von Geburt an als Kommunikationsmedium, zunächst hauptsächlich zwischen Mutter und Kind (vgl. Knoblauch, 2005). Im weiteren Entwicklungsverlauf stellt der Körper eine Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft dar. Die Beschreibung des Soziologen Robert Gugutzer, der den Körper sowohl als Produkt als auch als Produzent von Gesellschaft versteht, verdeutlicht dies (Gugutzer, 2013b). Einerseits beeinflussen soziale Strukturen und kulturspezifische Werte und Normen die Art und Weise, wie wir mit dem Körper umgehen, wie wir den eigenen Körper sowie den Körper anderer bewerten und verstehen. Andererseits tragen körperliche Handlungen zur Konstruktion sozialer Wirklichkeit bei, da soziales Handeln immer körperliches Handeln bedeutet (vgl. Gugutzer, 2013b, S.6) (eine nähere Erläuterung erfolgt in Kapitel 2.2.4.).

Zur Untersuchung des Körpererlebens ist der Einbezug des kulturellen Kontextes daher bedeutsam.

1.3 Ziele der Arbeit

Um oben beschriebenen Forschungsdefiziten hinsichtlich der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Körpererleben in der Psychologie zu begegnen, soll diese Arbeit das Verständnis für verschiedene Aspekte des Körpererlebens in der Depression in verschiedenen kulturellen Kontexten erweitern. Dazu werden zwei empirische Teilstudien umgesetzt. **Teilstudie A** umfasst jeweils eine non-depressive sowie eine depressive Stichprobe in Deutschland und in Chile. Anhand einer Fragebogenstudie soll zunächst ein Verständnis der *Bedeutung der Kultur bezüglich des Körpererlebens* erarbeitet werden. Dazu werden im ersten Teil folgende Leitfragen anhand *nicht-depressiver Kontrollstichproben* untersucht:

- (A1) Unterscheiden sich non-depressive Deutsche und Chilenen im Körpererleben?
- (A2) Welche kulturvermittelnden Faktoren können mögliche Unterschiede im Körpererleben erklären?

Anschließend soll eine Präzisierung des Körpererlebens in der Depression unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes erfolgen. Ein Vergleich der non-depressiven und der depressiven Stichproben soll folgende Fragen beantworten:

- (A3) Unterscheidet sich das Körpererleben in der Depression vom Körpererleben nicht-depressiver Personen?
- (A4) Bleiben mögliche kulturelle Unterschiede im Körpererleben in der Depression bestehen?

In **Teilstudie B** der Dissertation soll schließlich kulturvergleichend untersucht werden, welche Bedeutung der *Körper als Symptomträger* in verschiedenen Kulturen einnimmt. Dabei ist von besonderem Interesse, wie sehr die Depression Ausdruck in körperlichen oder in psychischen Symptomen findet und ob es kulturspezifische Unterschiede in der Betonung somatischer (oder psychischer) Symptome gibt. Konkret sollen in Teilstudie B anhand einer klinisch depressiven Stichprobe in Deutschland und Chile folgende Leitfragen beantwortet werden:

- (B1) Gibt es Unterschiede im Ausdruck der Depression in Deutschland und Chile?
- (B2) Wann zeigen sich mögliche Unterschiede in der Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz in der Depression?
- (B3) Wodurch lassen sich mögliche kulturelle Unterschiede in der Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz erklären?

Kapitel 2

Theoretische und empirische Perspektiven zum subjektiven Körpererleben

Als Ausgangspunkt und Grundlage für die Untersuchung oben genannter Fragestellungen soll zunächst eine Definition des Begriffes Körpererleben erfolgen.

2.1 Definition Körpererleben

Eine frühe Definition von Bielefeld (1986, S.17) illustriert die Komplexität und den Bedeutungsumfang des Begriffes. Er beschreibt Körpererleben als „die Gesamtheit aller im Verlauf der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklungen erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können.“

Die Komplexität des Konstruktes Körpererleben lässt sich auch an der Menge der Begriffe und der Inkonsistenz in der Verwendung derselben ablesen. Röhrich et al. (2005) weisen auf methodische Mängel in der phänomenologischen Forschung zum subjektiven Körpererleben hin und kritisieren die unscharfe Terminologie. In dieser Sprachverwirrung sind Körperbild, Körperschema, Körperbewusstsein und Körperzufriedenheit die am häufigsten verwendeten Begriffe. Vor allem die beiden erstgenannten Begriffe Körperbild und Körperschema werden dabei oft fälschlicherweise als Synonyme verstanden. Diese Diskrepanz im Gebrauch der Begrifflichkeiten

mag dazu beigetragen haben, dass der Bereich des Körpererlebens in der Forschung vernachlässigt wurde (Küchenhoff & Agarwalla, 2012). Röhrich et al. (2005) systematisieren in einer Arbeitsgruppe der führenden deutschen Autoren im Bereich Körperforschung die Begriffe und regen damit einen einheitlicheren, präziseren Sprachgebrauch an. Tabelle 1 stellt die von der Arbeitsgruppe konstituierte Systematik dar. Die vorliegende Arbeit folgt dieser Systematik. Das Körpererleben wird demzufolge übergreifend als „Kontinuum zwischen einem somatischen und einem mentalen Pol“ verstanden (Röhrich et al., 2005, S.183). Es umfasst als multidimensionales Konstrukt drei übergeordnete Teilaspekte:

1. Perzeptives Körpererleben (Körperschema und Körperperzepte)
2. Emotional-affektives Körpererleben (Körperkathexis/besetzung)
3. Kognitiv-evaluatives Körpererleben (Körperbild).

Fokus der Arbeit - Körperbewusstsein und Körperverbundenheit

Der Fokus dieser Arbeit bezieht sich der Systematik von Röhrich et al. (2005) folgend auf die Körperbewusstheit sowie auf das Körper-Ich. Hinsichtlich des Körper-Ichs soll vor allem das Gefühl der Verbundenheit zum Körper beziehungsweise die Integration des Körpererleben in das Selbsterleben untersucht werden. Darüber hinaus wird die Bedeutung des Körpers als Symptomträger in der Depression untersucht. Die Subaspekte Körperbewusstheit und Körperverbundenheit sollen im Folgenden differenziert werden.

2.1.1 Körperbewusstheit - Ich nehme meinen Körper wahr

Die Arbeitsgruppe um Röhrich et al. (2005) definiert Körperbewusstheit als „das Gewahrsein der eigenen Leiblichkeit in all ihren Aspekten bzw. Ausprägungen“ (Röhrich et al., 2005, S.6). Die Körperbewusstheit ist dieser Konzeptualisierung zufolge eine reflektierte Körpererfahrung, die kognitiv zugänglich ist. Eine hohe Körperbewusstheit setzt eine erhöhte Aufmerksamkeit auf den Körper voraus. Diese kann maladaptiv oder funktional sein (vgl. Mehling et al., 2009). Maladaptiv wird die Körperaufmerksamkeit dann, wenn der Fokus auf negativen Körperempfindungen wie Schmerz liegt oder wenn die interozeptive Wahrnehmung von Körperphänomenen mit Angst und Befürchtungen, wie zum Beispiel bei einer hypochondrischen Störung oder einer Angststörung

Tabelle 1

Systematik der terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens

	<i>Teilaspekt des Körpererlebens</i>	<i>inhaltliche Beschreibung/ Definition</i>
Perzeptionen	Körperschema Körpergrößenwahrnehmung	-Wahrnehmung von Gestalt und Raum (Ausdehnung und Grenzen) -Orientierung am Körper
	Körperempfinden/ -perzepte	-intero und exterozeptive Wahrnehmung
Emotionen	Körper-Kathexis Körper-Emotionen	-Körperbesetzung, Körperzufriedenheit -emotionale Fokussierungen auf den Körper -Ganzheitsempfinden -Sensitivität/leibliche Vitalität -Scham/Stolz
	Kognitionen	Körperbild Körper-Ich
Körperbewusstheit		-Gewahrsein der eigenen Leiblichkeit in all ihren Aspekten -reflektierte Körpererfahrung

Anmerkung. Die Tabelle wurde adaptiert übernommen aus dem Artikel "Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis.?", von F. Röhrich et al., 2005, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, Vol 55 (3-4), S.183-190.

einhergeht. In Studien finden sich Zusammenhänge zwischen Körperaufmerksamkeit, Arztbesuchen und dem Aufsuchen der Notaufnahme¹ (Hansell, Sherman & Mechanic, 1991). Eine erhöhte Aufmerksamkeit auf den Körper kann demnach dysfunktional werden, wenn damit eine erhöhte Sorge um die Gesundheit einhergeht.

Funktional erscheint die Körperaufmerksamkeit dagegen im Zusammenhang mit Entspannungsverfahren oder achtsamkeitsbasierten Sportarten und Übungen (wie Yoga), bei denen zum Beispiel die Atmung bewusst wahrgenommen und gesteuert wird (Tsang et al., 2008). Eine bewusstere Körperwahrnehmung ist - wie in der Einleitung beschrieben - letztlich ein Ziel der Körperpsychotherapie.

2.1.2 Körperverbundenheit - Ich bin mein Körper

Das deutsche Begriffspaar Leib und Körper dient oftmals als Verankerung für den Dualismus des Körpererlebens (Gugutzer, 2013b). Die Gegenüberstellung von Leibsein und Körperhaben soll hier herangezogen werden, um das Konstrukt Körperverbundenheit zu beschreiben. Dem Konzept von Plessner (1975) folgend kann eine hohe Verbundenheit zum Körper mit dem deutschen Begriff „Leiberleben“ und dem Satz „Ich bin mein Körper“ pointiert werden. Der Körper wird hier als dem Selbst zugehörig erlebt. Das Selbst und der Körper bilden eine Einheit. Im Kontrast dazu steht die Körperdissoziation - das Empfinden des eigenen Körpers als getrennt vom Selbst, bei welchem der Körper als Objekt wahrgenommen wird („Ich habe einen Körper“).

Analog zum individuellen Erleben des eigenen Körpers als Objekt oder als zum Selbst zugehörig, kann ein Verständnis des Menschen auf gesellschaftlicher Ebene traditionell eher substanzdualistisch oder holistisch geprägt sein. Während zum Beispiel in asiatischen sowie in afrikanischen Kulturen das Selbst und der Körper als Einheit verstanden werden, ist für den westlichen Kulturkreis bis heute eher eine substanz-dualistische Prägung charakteristisch (vgl. z.B. Ebigbo, 1997; Kaptchuk, 2000; Pike, 2008; Wu, 1982). Für die vorliegende Arbeit ist von Bedeutung, dass auch lateinamerikanische Kulturen als holistisch gelten (Koss, 1990).

¹Zu beachten ist, dass in der Studie auch ärztliche Einschätzungen zur Notwendigkeit eines Arztbesuches berücksichtigt wurden. Der Zusammenhang ergibt sich unabhängig von der ärztlichen Befürwortung einer weiteren Behandlung, das heißt er basierte nicht darauf, dass eine objektivierbare höhere körperliche Beeinträchtigung bei den Personen mit erhöhter Körperaufmerksamkeit vorlag.

2.2 Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

Das Erleben des eigenen Körpers im Allgemeinen sowie das Erleben einer Verbundenheit von Körper und Selbst und die bewusste Körperwahrnehmung im Speziellen variieren intra- und interindividuell (Broccoli, 2008; Price & Thompson, 2007). Um zu verstehen, welche Faktoren das Körpererleben beeinflussen können, sollen im Folgenden verschiedene theoretische und empirische Perspektiven betrachtet werden, die das subjektive Erleben des Körpers direkt oder implizit thematisieren. Zunächst sollen dazu Theorien aus der kognitiv-behavioralen (3.1.) sowie aus der psychodynamischen Perspektive (3.2) betrachtet werden. Da sich hier Überschneidungen zur körperphilosophischen Betrachtung finden, werden auch diese im Abschnitt 3.2 berücksichtigt. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung entwicklungspsychologischer Aspekte (3.3). In Abschnitt 3.4 soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit Kultur das subjektive Körpererleben beeinflussen kann. In einem letzten Schritt erfolgt eine Integration der reflektierten Aspekte in ein Modell, aus dem die Hypothesen für die vorliegende Arbeit abgeleitet werden (3.5).

2.2.1 Kognitiv-Behaviorale Perspektive

Die prominenteste Theorie zum Körpererleben aus dem Bereich der kognitiv-behavioralen Perspektive bietet das Modell von Thomas F. Cash (T. F. Cash, 2012). Viele seiner klinischen Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit Essstörungen und körperdysmorphen Störungen. Vor diesem Hintergrund bezieht er sein Modell vor allem auf das Körperbild und auf die Einstellungen zum eigenen Körper. Dennoch kann das Modell, das im Folgenden skizziert werden soll, auch zum Verständnis vom Körpererleben in dieser Arbeit beitragen, da sich die Annahmen auf andere Körperaspekte (wie auf das Körperbewusstsein und das Verbundenheitsgefühl zwischen Selbst und Körper) übertragen lassen.

Cash versteht das Körperbild als determiniert von einer triadischen, reziproken Kausalitätsdynamik zwischen externen Umweltereignissen, internalen Ereignissen (Gedanken, Körperperzeptionen) und Verhalten. Er unterscheidet historische, entwicklungsbedingte und proximale, aktuelle Determinanten des Körperbildes, die nachfolgend näher erläutert werden.

2.2.1.1 Historische und Entwicklungsbedingte Determinanten

Als historische Determinanten versteht Cash zurückliegende Ereignisse und Erfahrungen, die körperbezogene Kognitionen und Gefühle prädestinieren. Darunter fasst er verschiedene Faktoren: erstens kulturelle Einflüsse, die wir über Sozialisationsprozesse verinnerlichen, zweitens interpersonelle Erfahrungen, sowie drittens personenspezifische Eigenschaften, die das Körpererleben prägen können. Darunter fallen individuelle körperliche Veränderungen sowie Persönlichkeitseigenschaften.

Sozialisation

Jede Kultur und Subkultur vermittelt ihre eigenen Vorstellungen darüber, wie ein attraktiver Körper aussieht. Der Mensch internalisiert diese „kulturellen Botschaften“ (T. F. Cash, 2012, S.40) und verinnerlicht damit normative Vorstellungen zum Aussehen und soziale Erwartungen zur Formung des Körpers (zum Beispiel über Diäten, Sport, Kosmetik).

Es ist zu vermuten, dass Sozialisationsprozesse und gesellschaftliche Vorstellungen zum Körper auch auf die Körperverbundenheit und das Körperbewusstsein wirken, auch wenn dies weniger explizit passiert (und in den Überlegungen von Cash nicht ausgeführt wird).

Bedenkt man zum Beispiel die bereits in der Einleitung beschriebenen kulturellen Unterschiede bezüglich eines holistischen oder dualistischen Körperverständnisses, ist vorstellbar, dass sich diese auch auf der Individuumsebene im Körpererleben manifestieren. Die westeuropäische Tradition eines dualistischen Körperverständnisses geht bis auf Platon zurück. Dieser versteht den Körper als Antagonisten zur Seele, als Hindernis, welches es zu überwinden gilt, um ein reines Denken gewährleisten zu können, das den Menschen ausmache (Marzano, 2013). René Descartes erreicht eine weitere Fundierung der dualistischen Denkweise. Mit der Gegenüberstellung einer *res extensa* (das Physische, das Materielle) und einer *res cogitans* (das Denkende, das Selbst) beschreibt Descartes Körper und Selbst als substantiell verschiedenartige Einheiten (vgl. Marzano, 2013). Der Körper funktioniert im cartesianischen Modell wie eine Maschine, einem weitgehend automatischen Mechanismus folgend. Scholnick und Miller (2008) machen die kartesianische Tradition als Hindernis für eine konzeptuelle Verbindung von Körper, Geist und Erlebenskontext aus: „(...) the definitions of the terms body, mind, and experiential context impede finding their interconnections.“(Scholnick & Miller, 2008, S.248). Das traditionell dualistische Verständnis von

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

Körper und Geist ist in westeuropäischen Gesellschaften bis heute in der Medizin (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004), in der Neuropsychologie (Garza & Smith, 2009) und selbst im Feminismus (vgl. Lennon, 2010; Liimakka, 2011a) verankert.

Interpersonelle Erfahrungen

Neben den kulturellen Botschaften prägen dem Modell von Cash zufolge Interaktionserfahrungen das Körperbild. In Kindheit und Jugend vermitteln die Familie, Peers und andere Personen Meinungen und Erwartungen zum Körper. Über soziales Lernen anhand der Eltern- und gegebenenfalls geschwisterlichen Vorbilder sowie über Kritik und Bemerkungen zum Körper wird ein erstes Fundament für die Bewertung des eigenen Körpers innerhalb der Familie gebildet. Hänseleien („appearance teasing“ (T. F. Cash, 2012, S.41)) oder verstärkende Bemerkungen von Geschwistern oder Peers sind weitere Aspekte, die das Körperbild beeinflussen. Diese interpersonellen Erfahrungen bilden die Grundlage für die Bildung von Einstellungen zum Körper, für die Bewertung des Körpers und den Umgang mit ihm. Darüber hinaus prägen die individuellen Eigenschaften des eigenen Körpers und körperliche Veränderungen (zum Beispiel in der Pubertät) das Körperbild. Als weitere Einflussvariablen benennt Cash in seinem Modell Persönlichkeitsvariablen, die als Resilienzfaktoren oder als Risikofaktoren wirken können. Neurotizismus und Perfektionismus seien zum Beispiel mit einer niedrigen Körperzufriedenheit und einem negativen Körperbild assoziiert.

2.2.1.2 Proximale Ereignisse und Prozesse

Neben den im Entwicklungsverlauf wirkenden Einflussvariablen umfasst das kognitiv-behaviorale Modell von Cash ein Segment, welches proximale Ereignisse und Prozesse berücksichtigt, die zeitnah auf das subjektive Körperbild einwirken können. Dazu gehören zum einen Ereignisse und Situationen, die bestimmte Schemata zur Körperbewertung aktivieren können (z.B. der Anblick des eigenen Spiegelbildes, das Tragen körperbetonter Kleidung, sportliche Aktivitäten). In Folge der Bedrohung des Körperbildes, zum Beispiel bei entwertenden Kommentaren der Mitschüler im Sportunterricht, werden verschiedene kognitiv-behaviorale Selbstregulationsstrategien eingesetzt, die wiederum auf das Körperbild einwirken. T. Cash, Santos und Williams (2005) unterscheiden drei Strategien: erstens die Vermeidung der bedrohlichen Situation (experiential avoidance),

zweitens die Anpassung des Aussehens an das Ideal (appearance fixing) und drittens eine positive und rationale Annahme der eigenen Körpereigenschaften (positive and rational acceptance).

2.2.2 Psychodynamische und körperphilosophische Perspektive

Obwohl schon Freud die Bedeutung des Körpers - unter anderem pointiert in seiner Bemerkung „Das Ich ist vor allem ein Körperliches.“ (Freud, 1923, S.294)) - benennt, finden sich wenige psychoanalytische Beiträge, die das Körpererleben und die Einflüsse darauf direkt thematisieren. Das Hauptaugenmerk psychoanalytischer und psychodynamischer Beiträge liegt auf der Untersuchung der Entwicklung des Körperselbst sowie auf der Analyse des Einflusses von Beziehungserfahrungen auf den Körper. Der Körper als Medium von Beziehungen wird auch in zentralen körperphilosophischen Betrachtungen reflektiert. Daher wird die körperphilosophische Perspektive hier ebenfalls berücksichtigt. Beide Aspekte - die Entwicklung des Körperselbst sowie die der Körper in Beziehungen - sollen im Folgenden betrachtet werden.

2.2.2.1 Die frühe Objektbeziehung als Basis der Entwicklung des Körperselbst

Folgt man der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Sicht, sind die Beziehungserfahrungen, die das Kind in den ersten Lebensjahren macht, zentral für die Entwicklung des Körperselbst. Insbesondere ein ausreichendes, gelungenes „Affect Attunement“ bildet demnach die Basis für die Ausbildung einer Einheit zwischen psychologischem Selbst und Körperselbst.

Affect Attunement und gelungene Körperselbstintegration

Daniel Stern prägte den Begriff des „Affect Attunement“, der im Deutschen nur schwer eine Entsprechung findet, häufig jedoch mit Begriffen wie „Affektabstimmung“, „Kontingenz“ oder „Rapport“ übersetzt wird. Stern beschreibt das Affect Attunement als zentrale Interaktion in der frühen Entwicklung des Kindes zwischen der Bezugsperson und dem Säugling. Die Bezugspersonen reagieren dabei feinfühlig, angemessen und kontingent auf die Affekte des Kindes, indem sie affektive Erregungen des Kindes wahrnehmen und den Gefühlsausdruck des Kindes in ihrem eigenen Ausdruck widerspiegeln (Stern, 1985). Die Spiegelung enthält dabei einen verstärkten Ausdruck der Emotion des Kindes (Trautmann-Voigt & Voigt, 2012). Stern beschreibt folgende Situation als Beispiel für gelungene Affektabstimmung: „Ein zehn Monate altes Mädchen findet

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

beim Puzzlespiel endlich ein passendes Stück. Sie schaut die Mutter an, wirft den Kopf hoch in den Nacken und holt in ihrem Überschwang so kraftvoll mit dem Arm aus, dass sie fast den Bodenkontakt verliert. Die Mutter sagt: „Ja, so ein tolles Mädchen!“ Das ‘Ja’ wird durch ein explosives Crescendo, in dem das Ungestüm des Mädchens nachklingt, stark betont.“ (Stern, Vorspohl & Krege, 2010, S.202). Über diesen sensomotorischen Dialog mit den Bezugspersonen wird das Erleben des Kindes neu artikuliert (Stolorow & Atwood, 1991).

Erlebt der Säugling ein kontingentes Affect-Attunement, lernt er darüber nach und nach Körperempfindungen zu differenzieren und in sein Selbsterleben zu integrieren. Mit der Sprachentwicklung können diese Empfindungen letztlich verbalisiert werden. Ein Gefühlserleben, das zunächst basal körperlich ausgedrückt und erlebt wird, entwickelt sich so stufenweise zu differenzierten Gefühlen, die bei einer gelungenen Entwicklung verbal und psychisch repräsentiert sind (Krystal, 1988). Die Interaktion mit der Bezugsperson und die Entwicklung der Sprache sind demnach die Vehikel, mit denen das Erleben validiert wird und über die sich eine kohärente Verbindung zwischen Körper und Geist, körperlichem und psychischem Selbst entwickeln kann (Stolorow & Atwood, 1991).

Desintegration des Körperselbst

Stolorow und Atwood (1991) umschreiben zwei Wege, über die es zu einer mangelhaften Körper-Selbst-Integration kommen kann. Fehlt es an einer responsiven Umgebung, in der der Säugling erfährt, dass eine Bezugsperson auf seine Affekte reagiert und diese beantwortet, können sich bestimmte Affekterlebensqualitäten nicht entwickeln. Infolgedessen ist es dem Kind und später der erwachsenen Person nur schwer möglich, bestimmte Gefühle differenziert und bewusst, das heißt in der Verbindung zwischen Körper und Psyche zu erleben. Krystal benennt diese Gefühlsblindheit mit dem Begriff Alexithymie (Krystal, 1979). Ein zweites Szenario ist, dass das Kind immer wieder erfährt, dass seine affektiven Erregungen von der Bezugsperson nicht ausgehalten oder ertragen werden und zum Interaktions- bzw. Beziehungsabbruch führen können. Um die Gefahr des Beziehungsabbruchs zu kontrollieren, wird der Affekt abgespalten. Die Transzendenz des basal körperlichen Affektes hin zum (auch) psychisch und verbal repräsentierten Affekt wird blockiert.

2.2.2.2 *Der Körper als Resonanzkörper für soziale Interaktion*

Bereits in der frühen Entwicklung prägt die Objektbeziehung wie oben beschrieben das Erleben des Körperselbst. Die Verbindung zu Anderen nehmen wir von Lebensbeginn an körperlich über unsere Sensorik wahr: „The body is embedded in intercorporeality, and thus becomes the medium of interaffectivity.“ (Fuchs, 2013a, S.4). Thomas Fuchs greift in seinem Zitat und in seiner körperphilosophischen Perspektive die Bedeutung des Körpers als Medium der zwischenmenschlichen Verbundenheit auf (Fuchs, 2013a, 2013b).

In psychoanalytisch orientierten Theorien wird der Körper ebenfalls als „Signifikant einer Objektbeziehung“ (Küchenhoff, 2012, S.162) und damit als *Medium von zwischenmenschlichen Beziehungen* verstanden. Über den Körper und seine Wahrnehmungsorgane sind wir im Kontakt mit uns selbst, mit der Welt und mit anderen Menschen (vgl. Merleau-Ponty, 1966). Er ist von Geburt an ausgerichtet auf andere Körper und mit ihnen verbunden über Empathie, Verlangen nach und Imitation von anderen Körpern (Fuchs, 2013a, 2013b). Wir begegnen anderen körperlich - hören, riechen, sehen sie und erleben uns darüber im Kontakt.

Der Körper ist dabei der *Träger unserer eigenen Affekte* und ist zugleich wichtigste Medium um interpersonelle Stimmungen (positive wie negative) zu erfahren und zu erkennen (Fuchs, 2013a, 2013b). Wir erleben Emotionen körperlich - zittern bei Angst, spüren eine Anspannung bei Wut, uns wird „warm ums Herz“, wir spüren „einen Kloß im Hals“ und „eine Last auf unseren Schultern“. Mit bestimmten Emotionen geht demzufolge eine bestimmte Mimik, Gestik und Körperhaltung einher (Dael, Mortillaro & Scherer, 2012; Ekman, 1999), über die wir einerseits selbst die Emotion spüren und andererseits die Emotion nach außen vermitteln und in Beziehung bringen. Diese Beziehungserfahrungen manifestieren sich im Entwicklungsverlauf in Körperrepräsentationen.

Aus Kontaktdefiziten können Störungen im Körpererleben resultieren. Umgekehrt kann der Körper auch als Schutz fungieren: „Der Körper kann auch dazu dienen, Erlebniskontinuitäten zu unterbrechen, Abstand von intrusiven Objekten zu schaffen.“ (Küchenhoff, 2012, S.158). Körperdissoziative Prozesse können demzufolge als Abwehrleistung vor schwer aushaltbaren Beziehungserlebnissen und damit verbundenen Emotionen verstanden werden. Der Körper ist damit auch Speicher von nicht-bewussten, nicht verbal repräsentierten Erfahrungen und Gefühlen (Krueger, 2013).

2.2.3 Entwicklungspsychologische Faktoren

Entwicklungspsychologische Theorien und Studien können für die vorliegende Arbeit das Verständnis für Veränderungen im Körpererleben über die Lebensspanne erweitern. Nachfolgend soll daher ein Überblick über entwicklungsbezogene Erkenntnisse zum Körpererleben gegeben werden.² Da sich nur wenige Studien und Theorien finden, die explizit das Verbundenheitserleben und das Körperbewusstsein thematisieren und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Körpererlebensaspekten zu vermuten sind, werden auch andere Aspekte des Körpererlebens resümiert.

2.2.3.1 Körpererleben im Säuglingsalter

Klassische Theorien beschreiben, dass das Erleben des Menschen in den ersten Lebenstagen zunächst charakterisiert ist durch ein Ungetrenntsein von Selbst und Umwelt sowie von Körper und Geist. Das Kind erlebt den eigenen Körper auch nach der Geburt eng verbunden mit der Mutter, die ihn versorgt und pflegt (Grieser, 2010; Mahler, 1974; McDougall, 1998; Winnicott, 1965). Dabei sind die „Kommunikationskanäle ... vor allem körperlich, d.h. sie wirken über Geruch, Geschmack, Stimmklang, Hautempfindung, Lageempfindung, Muskulatur etc.“ (Rudolf & Henningsen, 2013, S.119).

Der Säugling lernt erst allmählich anhand von propriozeptiven und taktilen Erfahrungen das Selbst vom Objekt zu unterscheiden, was zur Identitätsbildung und zur Bildung eines Körperselbst beiträgt (Krueger, 1990; Küchenhoff & Agarwalla, 2012). Zunächst erfolgt dabei ein fraktioniertes Wahrnehmen des eigenen Körpers. Der Säugling *sieht* seine sich bewegende Hand zum Beispiel zunächst unabhängig von der Hand, die er in Bewegung *fühlt*. Bereits ab etwa dem dritten Lebensmonat erfolgt dann schließlich eine Integration verschiedener Sinneswahrnehmungen in ein Körperschema (Stern, 1990). Mit wachsenden perzeptiven und sensomotorischen Fähigkeiten und der damit möglichen zunehmenden Selbstbestimmung entwickelt und festigt sich das Körperselbst (Kutter, 2001).

²Da einige Autoren sowohl der Entwicklungspsychologie als auch der Psychoanalyse oder Kognitiv-Behavioralen Perspektive zugeordnet werden können, ist die Einteilung hier nicht trennscharf.

2.2.3.2 *Sprache und Linguistische Entkörperlichung*

Mit der sprachlichen und kognitiven Entwicklung geht eine weitere Veränderung des Körpererlebens einher. Im vorsprachlichen Alter wird der Körper kompetent zur Verständigung eingesetzt (Tomasello, 2009). Der Säugling schreit oder lächelt, um Unwohlsein oder Zufriedenheit auszudrücken. Das Kleinkind zeigt durch Mimik und Gestik, was es möchte. Diese körperliche Verständigung passiert im Hier und Jetzt. Die kognitive und sprachliche Entwicklung des Kindes bringt dann nach und nach eine Fähigkeit zur Dekontextualisierung von Zeit und Raum mit sich. Dem Kind ist es im Entwicklungsverlauf zunehmend möglich, sich sowohl auf die Zukunft als auch auf die Vergangenheit zu beziehen. Die Fähigkeit zur Übernahme anderer Perspektiven bildet eine weitere Ebene der Abstraktionsmöglichkeit (Gao & Zelazo, 2008).

Mit der Sprachentwicklung und der durch Symbolisierung gegebenen entkörpernten Möglichkeiten neuer Erfahrbarkeit und Kommunikation reduziert sich schließlich die Bedeutung des Körpererlebens, ein Prozess, den Schur (1955) als *Desomatisierung* bezeichnet. Es vollzieht sich eine Entwicklung von einer kontextabhängigen, stimulusgebundenen überwiegend sensomotorischen Erfahrung hin zu einer wachsenden Fähigkeit zur Transzendenz, welche man auch als Schritt zur Entkörperlichung verstehen kann. Das Leibsein ist dem Körperhaben demnach „ontogenetisch vorgängig“ (Gugutzer, 2013a, S.74). Mit zunehmendem Entwicklungsverlauf durch wachsende Sprachkompetenz und Abstraktionsfähigkeit kann der Körper als getrennt vom Selbst wahrgenommen werden.

2.2.3.3 *Adoleszenz*

Die Adoleszenz geht mit vielen körperlichen Veränderungen und Entwicklungsanforderungen sowie mit Verunsicherungen einher, die das Körpererleben beeinflussen (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, 2002; Ferreiro, Seoane & Senra, 2014; Müller-Braunschweig, 1992). Häufig besteht bei Jugendlichen eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Kostanski & Gullone, 1998; Stice & Whitenton, 2002; Kostanski, Fisher & Gullone, 2004). Dabei zeichnen sich in den meisten Studien Geschlechtsunterschiede ab: Weibliche Jugendliche schätzen ihr Körpererleben negativer ein als männliche Jugendliche und sorgen sich mehr um ihr Aussehen (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, 2002; Cohane & Pope, 2001; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines & Story, 2006). Sie sind häufig mit ihrem Gewicht unzufrieden und wünschen sich, schlanker zu sein.

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

Einzelne Studien finden auch bei männlichen Jugendlichen eine Unzufriedenheit mit dem Körper, die sich jedoch eher auf den Wunsch bezieht, muskulärer zu sein (Mc Creary & Sasse, 2000).

Nach einer Längsschnittstudie von Buddeberg-Fischer und Klaghofer (2002), die über 18 Monate 16-19-Jährige begleitet, konsolidiert sich das Körpererleben zunehmend im Verlauf der Adoleszenz: Unabhängig vom Geschlecht nehmen körperliche Unsicherheit und Sorgen bezüglich des Körpers tendenziell ab. Damit einher gehen eine wachsende Zufriedenheit mit dem Körper sowie zunehmende Freude am Körper. Die Autoren führen diese Entwicklung darauf zurück, dass die wesentlichsten körperlichen Veränderungen in der frühen und mittleren Adoleszenz stattfinden. Im Entwicklungsverlauf kommt es dann zu einer körperlichen Reifung und Harmonisierung der Körperproportionen. Darüber hinaus gewinnt der Jugendliche mit der Zeit an Erfahrung und zunehmender Sicherheit in der Sexualität.

Die meisten Studien zum Körpererleben in der Adoleszenz thematisieren die Zufriedenheit mit dem Körper. Zum Erleben der Körperverbundenheit lassen sich wenige empirische Studien finden. Ein Bereich, der die Verbundenheit zum Körper *implizit* thematisiert, ist die Forschung zur „Objectified Body Consciousness“ (OBC), die Bezug auf die Objektifizierungstheorie des Feminismus nimmt. Demnach erfahren Frauen in westlichen Kulturen, dass sie anhand ihres körperlichen Erscheinungsbildes bewertet und beurteilt werden. Infolgedessen lernen sie, sich selbst von außen zu betrachten und ihren eigenen Körper danach zu bewerten, ob er den Idealen der Kultur entspricht. Dieser Prozess wird Selbst-Objektifizierung genannt (vgl. Fredrickson & Roberts, 1997; Moradi & Huang, 2008). Selbst-Objektifizierung impliziert eine erlebte Trennung von Körper und Selbst.

McKinley (1999) findet in einem Vergleich von Studentinnen und ihren Müttern, dass die Töchter eine stärkere Neigung zeigten, sich von außen zu betrachten und zu beurteilen („Surveillance“). Zudem hatten sie signifikant höhere Werte auf einer Skala, die körperbezogene Schamgefühle misst und ebenfalls mit dem Konstrukt der Selbst-Objektifizierung assoziiert ist. Es ist daher möglich, dass die Tendenz, den eigenen Körper als Objekt zu betrachten besonders in der Pubertät ausgeprägt ist. Darüber hinaus ist jedoch ein Generationeneffekt zu bedenken.

Auch in einer Studie von Roth (1999) ist die Verbundenheit zum Körper implizit berücksichtigt. Er grenzt in seiner Studie, die 12-16-jährige Schüler umfasst, drei „Körperbild-Typen“ voneinander ab: Körper-uninteressierte, Körper-unintegrierte sowie Körper-aktive Jugendliche. Körper-uninteressierte Jugendliche zeichneten sich durch eine geringe Reflektion des eigenen

Körpers und einer mittleren Körperzufriedenheit aus. Die Gruppe der Körper-aktiven Jugendlichen war charakterisiert durch häufige sportliche Aktivitäten und einem hohen Selbstbewusstsein bezüglich des eigenen Körpers. Die Gruppe der Körper-unintegrierten Jugendlichen zeigte eine distanzierte Haltung zum eigenen Körper mit hohem Entfremdungsgefühl, starker Unzufriedenheit und relativ starker Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper. Diese letzte Gruppe war am stärksten psychopathologisch belastet. Sie hatten bedeutsam höhere Werte in den Bereichen Sozialer Rückzug, Angst, Depressivität und Soziale Probleme als die Jugendlichen der anderen Clustergruppen.

2.2.3.4 Junges bis mittleres Erwachsenenalter

Studien, die die Körperzufriedenheit in verschiedenen Altersstufen im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter vergleichen, finden keinen Effekt des Alters (vgl. für einen Überblick Tiggemann, 2004). Auch im Erwachsenenalter ist eine Mehrheit der Frauen unzufrieden mit ihrem Gewicht (Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard & Morabia, 1998; Hetherington & Burnett, 1994) und ihrem Aussehen (Gupta & Schork, 1993; Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2013). Frauen zeigen dabei weiterhin eine höhere Unzufriedenheit mit dem Körper als Männer (Ålgars et al., 2009; Altabe & Thompson, 1993; Öberg & Tornstam, 1999; Palladino Green & Pritchard, 2003).

2.2.3.5 Körpererleben im Alter

Zunehmende Körperzufriedenheit und Veränderung der Bedeutung von Körperaspekten

Studien die ältere Menschen (über 65 Jahre) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Körper berücksichtigen, finden eine zunehmende Körperzufriedenheit im Alter (Hetherington & Burnett, 1994; Öberg & Tornstam, 1999; Reboussin et al., 2000). Dieser Effekt scheint damit zusammenzuhängen, dass das Aussehen mit zunehmendem Alter als weniger wichtig beurteilt wird (T. Cash, Winstead & Janda, 1986; Pliner, Chaiken & Flett, 1990; Liechty, Ribeiro, Sveinson & Dahlstrom, 2014). Webster und Tiggemann (2003) konnten diesbezüglich aufzeigen, dass der Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Selbstwert im jungen Erwachsenenalter (20-35 Jahre) sowie im mittleren Alter (35-50 Jahre) bedeutsam war. In einer Teilstichprobe von 50-65 Jährigen fand sich dieser signifikante Zusammenhang nicht

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

mehr. Im Alter wurde der eigene Körper eher hinsichtlich der Funktionalität als bezüglich des Aussehens bewertet (Liechty et al., 2014; Tiggemann, 2004).

Zunehmendes Körperbewusstsein

Ein anderes Phänomen, das sich mit dem Älterwerden zeigt, ist das zunehmende Bewusstsein für den Körper. Teilnehmer von qualitativen Studien berichten in Interviews, dass sie sich aufgrund von Schmerzen und mit dem Verlust von körperlichen Fähigkeiten zunehmend ihrer Körperlichkeit bewusst werden (Thomas & Wardle, 2013). Diese Berichte decken sich mit Befunden, die eine stärkere Reflektion der Grenzen zwischen Körper und Geist in Zeiten von Krankheit belegen (Aho & Aho, 2008).

Reduzierte Mind-Body-Connection im Alter

Ein weitere Veränderung des Körpererlebens bezieht sich auf die Integration von Körper und Geist. Nach Mendes (2010) und ihrer Theorie des „Maturational Dualism“ ist die Verbindung zwischen körperlichem und geistigem Erleben mit zunehmendem Alter reduziert. Die Autorin reflektiert verschiedene Forschungsergebnisse, denen zufolge mit den körperlichen Veränderungen des Älterwerdens ein Rückgang von sensorischer Wahrnehmung einhergeht: Älteren Probanden fiel es schwerer als jüngeren, Informationen zur Lage des eigenen Körpers im Raum (Propriozeption) (vgl. für einen Überblick Goble, Coxon, Wenderoth, Van Impe & Swinnen, 2009), sowie interozeptive Reize wie zum Beispiel den eigenen Herzschlag differenziert wahrzunehmen (Khalsa, Rudrauf, Feinstein & Tranel, 2009). Mendes (2010) reflektiert mögliche evolutionäre Vorteile einer abnehmenden Körperwahrnehmung im Alter: Sie ist in dem Sinne funktional, dass auch die Wahrnehmung von mit dem Älterwerden einhergehenden unangenehmen sensorischen Reizen wie Schmerz, gedämpft werden; die zunehmende Dissoziation zwischen Körper und Geist, hat jedoch auch eine Abschwächung des Emotionserlebens zur Folge, da Emotionen immer verkörperlicht sind (Mendes, 2010).

Aktive Trennung von Körper und Selbst im Alter

„They felt that their active self did not belong to this body. This created an urge to undermine and treat the body as separate from the self so that one’s being was not embodied by it’s physical failings.“ (Thomas & Wardle, 2013, p.14)

Neben Mendes (2010) geben auch andere Autoren Hinweise auf ein abnehmendes Verbundenheitsgefühl zum Körper im Alter. In mehreren qualitativen Studien beschrieben ältere Teilnehmer eine Tendenz, den Körper als getrennt vom inneren Selbst wahrzunehmen (Clarke, 2001; Clarke & Korotchenko, 2011; Thomas & Wardle, 2013). Innerlich fühlten sie sich jünger und aktiver (Clarke & Korotchenko, 2011; Thomas & Wardle, 2013). Der Körper wurde als „Hülle“ (Clarke, 2001, S.484), als „Verräter“ oder „Gefängnis“ bezeichnet (Clarke, 2001, S.435).

2.2.3.6 Weitere Einflussfaktoren

Krankheit und Schmerz

In der Regel liegt der Fokus unseres Bewusstseins nicht auf dem Körper. „We experience through our body, focus with it but not usually on it, as body is usually in the background.“ (Krueger, 2013, S.xi). Schmerz, körperliche Krankheiten oder Gewichtsprobleme verlegen den Fokus der Aufmerksamkeit jedoch auf den Körper und wir werden uns unserer Körperlichkeit bewusster (Aho & Aho, 2008; Krueger, 2013; Leder, 1990; Manen, 1998).

Schwangerschaft und Menopause

Auch eine Schwangerschaft und die postpartale Phase bringen starke Veränderungen des Körpers mit sich und gehen einher mit Veränderungen der Beziehung zum eigenen Körper (Schmied & Lupton, 2001) und der Körperzufriedenheit (Baker, Carter, Cohen & Brownell, 1999; Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom, 2009; Hodgkinson, Smith & Wittkowski, 2014).

Wenig Forschung existiert zum Erleben des Körpers in der Menopause. In einer quantitativen Studie von Deeks und McCabe (2001) zeigten Frauen vor der Menopause positivere Einstellungen zu ihrem Körper als Frauen danach. Die Autoren führen die Haupteffekte jedoch auf die Altersunterschiede zurück.

Sport und Bewegung

Sport und körperliche Aktivität stehen in der Regel im Zusammenhang mit erhöhter erlebter Verbundenheit zum Körper (Liimakka, 2011b). Häufig ist körperliche Aktivität mit einem positivem Körpergefühl verbunden (Blinde, Taub & Han, 2001; Liimakka, 2011b; Roth, 1999;

Wedgwood, 2004; Wright & Dewar, 1997). Manche Frauen berichten jedoch eine erhöhte kritische Selbstaufmerksamkeit auf den eigenen Körper beim Sport (Markula, 1995). Im gleichen Sinne diskutieren feministische Positionen inwieweit manche Sportarten die Wahrnehmung der Frau als Objekt fördern. Eine erhöhte Selbst-Objektifizierung findet sich einer Studie von Prichard und Tiggemann (2005) zufolge in Fitnessstudios und mit dem Tragen figurbetonter Sportkleidung.

2.2.4 Kulturelle Faktoren - Warum unterscheiden sich Kulturen im Körpererleben?

2.2.4.1 Betrachtungen aus der Körpersoziologie und Philosophie

Soziologische Theorien zum Körper postulieren eine starke Prägung des Körpers durch die Kultur, in der er aufwächst, sich entwickelt und sich bewegt (Gugutzer, 2006; Schroer, 2005). Betrachtet man den Körper im Kontext von Gesellschaft, Gemeinschaft und Kultur, sind verschiedene Prozesse von Bedeutung, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

Der Körper als inszeniertes Objekt

Wir nutzen unseren Körper als *Instrument*, um zu kommunizieren und um uns selbst darzustellen. Wir kleiden ihn, formen ihn (durch Sport oder Operationen), tätowieren oder piercen ihn und studieren mit ihm bestimmte Bewegungen ein. Der Körper wird inszeniert (Villa, 2007; Goffman, 1973). Dabei ist der Körper ein wichtiges Instrument, welches, manchmal bewusst und manchmal unbewusst eingesetzt wird, um Zugehörigkeiten zu bestimmten Gruppen zu erlangen oder zu symbolisieren. Über Medien und den direkten Kontakt mit anderen lernen wir bereits früh, welche (Körper-)Ideale in der jeweiligen Gesellschaft, in der wir uns bewegen, herrschen. Diese Ideale können kultur- und subkulturabhängig variieren (Freedman, Carter, Sbrocco & Gray, 2007; Kelch-Oliver & Ancis, 2011; Sewell, 2012) und beeinflussen das eigene Körpererleben (Liimakka, 2008).

Die Verkörperlichung von Sozialisationsprozessen

Zum einen nutzen wir unseren Körper demnach als Ausdrucksmittel und richten uns dabei nach kulturabhängigen Idealen. Zum anderen ist der Körper ein *Medium*, durch das wir unsere Lebenswelt sinnlich erfahren und in dem sich soziale Erfahrungen verinnerlichen. Diese Prägung wurde

bereits aus der Perspektive der kognitiv-behavioralen, psychoanalytischen und körperphilosophischen Theorien erläutert. Soziologische Theorien reflektieren ihrer Natur nach in ihren Annahmen zur körperlichen Verinnerlichung von sozialen Erfahrungen noch deutlicher die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren. Eine der prominentesten Theorien dazu stellt die Habitustheorie von Pierre Bourdieu dar. Laut dieser Theorie entsteht durch Sozialisationsprozesse zum Teil selbst-, zum Teil fremdbestimmt ein vorreflexives Körperwissen, in dem Erfahrungen und Vorlieben abgespeichert sind. Je nach sozialer Herkunft unterscheiden sich diese Vorlieben (Geschmacksrichtungen) für bestimmte Lebensbedingungen und Lebenspraktiken. Über diese „*feinen Unterschiede*“ - Ernährungsgewohnheiten, Kleidungsstile, die Vorliebe für bestimmte Musikrichtungen, aber auch das Körperverhalten (Gestik und Mimik) - grenzen sich soziale Klassen voneinander ab. Bourdieu postuliert, dass sich über diese körpergebundenen Zeichen, soziale Stellungen (und Ungleichheiten) manifestieren und von Generation zu Generation weitergegeben werden (Bourdieu, 1982). Der Körper wird damit als „Gedächtnisstütze für alle kognitiven und normativen Aspekte der Sozialisation“ verstanden (Bourdieu, 1982, S.739).

Die Zivilisierung und Disziplinierung des Körpers

Zwei weitere soziologische Theorien, welche die Bedeutung von gesellschaftsabhängigen Normen und Regeln zum Körperverhalten thematisieren, sind die Zivilisationstheorie von Norbert Elias sowie Michel Foucaults Analysen zu Macht und Gesellschaft.

Elias (1976) zeigt am Beispiel der Entwicklung der höfischen Gesellschaft im westeuropäischen Kulturkreis auf, wie gesellschaftliche Zivilisationsprozesse über eine Zeitspanne vom 13. bis zum 18. Jahrhundert das Körpererleben und -verhalten verändern. Während im Spätmittelalter Affekte und Triebe noch unkontrolliert ausgelebt werden, war aufgrund der wachsenden Bevölkerungsdichte und der damit einhergehenden Abhängigkeit der Menschen untereinander eine zunehmende Selbstkontrolle des Menschen gefordert. In der „Anstandsliteratur“³, die Elias untersucht, finden sich zunehmend Vorschriften und Regeln zur Zügelung des Körpers: Körpergeräusche (z.B. bei Tisch) werden unfein, Affekte und Triebe (z.B. Sexualität, Prügeln, Fluchen) galt es zu zügeln. Scham- und Peinlichkeitsgrenzen bezogen auf Körperfunktionen oder Nacktheit wurden vorge-rückt (Elias, 1976). Der Körper wurde mehr und mehr zum Objekt, das es zu kontrollieren galt.

³Als Anstandsliteratur gelten Schriften, die sich mit dem Benehmen und gesellschaftlichen Umgangsformen befassen. Das bekannteste Beispiel stellt vermutlich das Buch von Adolf von Knigge „Umgang mit Menschen“ aus dem Jahr 1788 dar (Braungart et al., 2007).

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

Auch in Michel Foucaults Ansatz werden gesellschaftliche Einflüsse auf den Körper reflektiert (vgl. Foucault, 1976, 1978). Foucault beschreibt verschiedene Disziplinierungsmechanismen, die auf Körperhaltung, -bewegungen, Gestik, Mimik und den Tonfall der Stimme einwirken. Diese Disziplinierung ist Teil verschiedener Institutionen und prägt damit das Individuum und seinen Körper im Alltag. Der Mensch wird demnach unter anderem im Kindergarten, in der Schule sowie in Vereinen und in Arbeitsprozessen einer Vielzahl von Normen und Regeln unterworfen, die das Körpererleben und -verhalten bestimmen. Der Körper wird dadurch berechenbarer gemacht, animalische Triebe und Spontaneität werden diszipliniert. Damit werden eine Effizienz und Effektivität angestrebt (und erreicht), die das Überleben der Institutionen sichern und den Mensch ökonomisch nutzbar und politisch fügsam machen (Foucault, 1976, 1978).

2.2.4.2 Kulturspezifische Normen zum Körperverhalten

Was Elias am Beispiel der höfischen Gesellschaft im westeuropäischen Kulturkreis und Foucault am Beispiel Europas im frühen 18. Jahrhundert verdeutlichen, lässt sich auch auf die heutige Zeit und auf andere Kulturen übertragen. In jeder Kultur herrschen bestimmte Normen des Zusammenlebens, die unser Körperverhalten prägen (Gölle & Ammann, 2015). Verschiedene Kulturen und Gesellschaften haben ihre eigenen nonverbalen Lexika, die einen wichtigen Bestandteil individueller Bewegungsmuster einer Person bilden (Serlin, Berger & Bar-Sinai, 2007).

Einen Teil dieser kulturabhängigen Lexika zum Körperverhalten stellen *kulturspezifische Kommunikationsformen* dar. Ethnologische Studien zeigen, dass sich Kulturen zum Beispiel darin unterscheiden, inwieweit Kommunikation über Blickverhalten, Berührungen oder auditive Signale gesteuert wird. Während beispielsweise in nordamerikanischen und europäischen Kulturen der Blick als Koordination von Kommunikationssignalen zentral ist, werden Konversationen in Westafrika vor allem über Berührungen und auditive Signale gesteuert (Meyer, 2011). Diese kulturabhängige Dominanz bestimmter Sinne beeinflusst, wie gut die Sinneswahrnehmungen in den jeweiligen Kulturen ausgeprägt sind. So legen Studien nahe, dass in „high-gaze“-Kulturen (wie z.B. Deutschland, USA), in denen sich Gesprächspartner häufig anblicken, der Gehörsinn weniger gut ausgeprägt ist als in „low-gaze“-Kulturen, in denen die Bedeutung auditiver Signale höher ist als die visueller Signale (Meyer, 2011). Das Beispiel der kulturspezifischen Kommunikationsstile zeigt, wie Normen zum Körperverhalten auch das Körpererleben (z.B. die sensorische Wahrnehmung) beeinflussen

können.

2.2.5 Fazit: Intra- und interindividuelle Varianz im Körpererleben - Eine Integration und weiterführende Gedanken

Zusammenfassend lassen sich aus den vorangehenden Darstellungen folgende Faktoren ableiten, die das Körpererleben beeinflussen: Altersabhängige Faktoren, Beziehungserfahrungen, Kulturrabhängige Faktoren und spezifische, situativ wirksame Faktoren. Im Folgenden sollen diese zusammenfassend reflektiert werden, um im Anschluss daran die für diese Arbeit und den konkreten Vergleich zwischen Deutschen und Chilenen sowie depressiven und nicht-depressiven Teilnehmern relevanten Variablen abzuleiten.

2.2.5.1 Altersabhängige Veränderungen

Über den Lebensverlauf verändert sich unser Körpererleben fortlaufend mit der körperlichen, psychischen und kognitiven Entwicklung. In den ersten Lebensmonaten kommt es zu einer fortschreitenden Ausbildung der perzeptiven und sensomotorischen Fähigkeiten, was das Erleben des eigenen Körpers intensiviert. Mit der kognitiven Entwicklung und der Sprachentwicklung und der damit gegebenen Fähigkeit zur Abstraktion ist eine Tendenz zur Desomatisierung gegeben - der Körper tritt mehr und mehr in den Hintergrund. Mit der Adoleszenz wird die Bedeutung des Körpers für viele Jugendliche wieder größer. Einer der zentralen Aspekte in der Pubertät scheint insbesondere die Zufriedenheit mit dem Aussehen und die Bewertung durch Peers zu sein. Im Alter prägen die abnehmende Funktionalität und die Wahrnehmung von körperlichen Einschränkungen das Körpererleben. Damit einher geht eine Tendenz, den Körper als getrennt vom Selbst wahrzunehmen.

2.2.5.2 Signifikante Beziehungserfahrungen

Neben dem körperlichen und psychischen Entwicklungsfaktoren erscheinen Beziehungserfahrungen zentral für das Erleben des Körpers. Entwicklungspsychologisch bilden *frühe, sichere Bindungserfahrungen*, die einen verlässlichen emotionalen, sensomotorischen Kontakt mit den Bezugspersonen umfassen, das Fundament für ein gesundes Körperselbst. *Kontaktdefizite* in der frühen Kindheit können dazu führen, dass das Emotionserleben eingeschränkt ist. Das körperliche

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

und psychische Erleben ist demnach nicht integriert. Auch *unangenehme, intrusive, traumatische Erfahrungen* werden psychoanalytischen Theorien zufolge nicht integriert. Sie sind körperlich repräsentiert, aber eine Dissoziation zwischen Körper- und Selbsterleben schützt vor dem Wiedererleben der bedrohlichen Erfahrung. Der Körper und seine durch ihn spürbaren Affekte werden auf Distanz gehalten. Es kommt zu einem Entfremdungsgefühl dem eigenen Körper gegenüber und zu einer Einschränkung des Emotionserlebens.

2.2.5.3 Kulturabhängige Faktoren

Kulturspezifische Normen zum Körperverhalten und -erleben

Körpersoziologische Theorien gehen davon aus, dass der Umgang mit dem Körper, das Körperverhalten und das Körpererleben von kulturellen Normen und Botschaften geprägt sind. Auch im kognitiv-behavioralen Modell von Cash findet der Einfluss der Kultur auf das Körpererleben Berücksichtigung. Aus den Theorien lassen sich folgende Aspekte ableiten: Es gibt kultur (und subkultur-) spezifische Standards und Ideale darüber, wie wir den Körper kleiden, gestalten und bewegen, wie stark und in welcher Art wir unsere Körperfunktionen zu kontrollieren haben und wieviel wir von unserem Körper zeigen. Kulturen prägen, *wie wir körperlich auftreten und wie körperlich wir auftreten.*

Kulturspezifische Normen zum Körperverhalten in Deutschland und Chile

Betrachtet man konkret die chilenische sowie die deutsche Kultur, finden sich wenige wissenschaftlich fundierte Beiträge.

Implizit finden sich Hinweise auf kulturspezifisches Körperverhalten im Konstrukt der High-Context und Low-Context Kulturen, das auf Hall (1977) zurückgeht. Demzufolge unterscheiden sich Kulturen darin, in welchem Ausmaß, sie explizit-verbal kommunizieren. In High-Context Kulturen ist der Körper stärker in der Kommunikation eingebettet als in Low-Context-Kulturen. Die Gestik und Mimik ist ausgeprägter und die Bedeutung des körperlichen Kontextes, zum Beispiel der non- und paraverbalen Kommunikation, wird stärker integriert. Chile gilt als High-Context Kultur (Chua & Gudykunst, 1987; Florenthal & Osland, 2009; Hall, 1977), Deutschland dagegen als typische Low-Context Kultur (Gudykunst & Kim, 1992; Hall, 1977; Hall & Hall, 2003). Der Körper ist demnach in chilenischen Kulturen stärker in die Kommunikation eingebunden. Es gibt

eine höhere Kontaktorientierung, mit häufiger Berührung und körpernäherer Begrüßung durch Umarmungen oder Küsse auf die Wange (Cruz, 2001). Die stärkere Körpernähe drückt sich auch in einer geringeren interpersonalen Distanz aus (Cruz, 2001). Vergleicht man Reiseführer und Ratgeber für interkulturelle berufliche Kontakte, finden sich für Chile folgende Angaben zur Proxemik: "Chileans stand very close when conversing." (Kwintessential, 2015); "Americans keep a relatively substantial distance from others. Chileans tend to have a much smaller personal space." (Roraff & Camacho, 2011, S.69). Über Deutsche lesen sich die Hinweise dagegen wie folgt: „Germans are protective of their personal space and privacy.“ (Fuller & Vossmeier, 2003, S.94).

Wissenschaftlich fundierte Belege für kulturspezifische Unterschiede in der Körperorientierung der Kommunikation finden sich in der interkulturellen Eltern-Kind-Forschung: Eine multilaterale Analyse von Eltern-Säuglings-Interaktionen, die auch Deutschland und ein lateinamerikanisches Land (Costa-Rica) umfasste, ergab, dass deutsche Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind, weniger Körperkontakt und Körperstimulation aufwiesen als die lateinamerikanische Stichprobe (Keller et al., 2009). In einer weiteren Studie, die eine deutsche und eine mexikanische Stichprobe umfasste, zeigte sich ebenfalls, dass deutsche Eltern einen distalen und mexikanische Eltern einen proximalen Interaktionsstil (mit stärkerem Einbezug des Körpers) aufwiesen (Lamm & Keller, 2007). Eine Studie, die im Rahmen des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs realisiert wurde und das Interaktionsverhalten von deutschen und chilenischen Vätern mit ihren Säuglingen verglich, fand ebenfalls einen höheren Körperkontakt in der chilenischen Stichprobe (Eger, 2013).

2.2.5.4 *Weitere individuell und situativ wirksame Faktoren*

Weitere Faktoren, die auf der Individuumsebene relevant für das subjektive Körpererleben sind, sind das Gewicht, Krankheit und Schmerzen, besondere körperliche Veränderungen (zum Beispiel durch eine Schwangerschaft) sowie das Ausmaß der körperlichen Aktivität.

2.2.6 Ableitung relevanter Variablen

Aus den bisher reflektierten Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Körpererleben stehen, lassen sich Variablen für das Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit ableiten. Dabei ist für den interkulturellen Vergleich zwischen Deutschen und Chilenen von besonderem Interesse, welche Variablen sowohl im Zusammenhang mit dem Körpererleben als auch mit der kulturellen Zugehörigkeit stehen.

Forschungsmethodisch liegt der Untersuchung dabei die Prüfung eines Mediatormodells zugrunde. Im Mediatormodell wird geprüft, ob der Zusammenhang zwischen einer unabhängigen Variable und einer abhängigen Variable, durch eine oder mehrere dritte Variablen vermittelt wird. In der kulturpsychologischen Forschung zählt dieses Vorgehen zu den etablierten Methoden, um kulturelle Unterschiede verstehbar zu machen (Bond & van de Vijver, 2011) und wird veranschaulichend als „unpackaging culture“ (Whiting, 1976), „peeling the onion called culture“ (Poortinga, van de Vijver, Joe & Van de Koppel, 1987) oder „dispelling the fog of culture“ (Bond & van de Vijver, 2011) bezeichnet. Ziel des Ansatzes ist, die komplexe und diffuse unabhängige Variable (UV) „Kultur“ zu spezifizieren, indem diejenigen erklärenden Faktoren auf der Individuumsebene identifiziert werden, auf denen die Kulturunterschiede in der abhängigen Variable (AV) basieren. Dazu werden mögliche Mediatorvariablen (M_i) theoretisch hergeleitet, operationalisiert und im Mediationsmodell getestet. Statistisch wird dabei geprüft, ob der Zusammenhang zwischen der UV und der AV komplett oder zum Teil über die Mediatorvariable vermittelt wird. Ist dies der Fall nivellieren oder verringern sich kulturelle Unterschiede, wenn man den Einfluss der Mediatorvariable kontrolliert. Abbildung 1 zeigt ein solches grundlegendes Mediationsmodell für diese Arbeit.

2.2.6.1 Kulturvariablen

Zur Spezifizierung der Mediatorvariablen (M_i) erfolgt eine Reflektion verschiedener Faktoren, die das kulturspezifische Körpererleben beeinflussen.

Independente und interterdependente Orientierung

Wie in Abschnitt 2.2.2 gezeigt wurde, verstehen psychoanalytische und körperphilosophische Betrachtungen den Körper als Medium, mit dem wir in Kontakt zu uns selbst und zu Anderen treten.

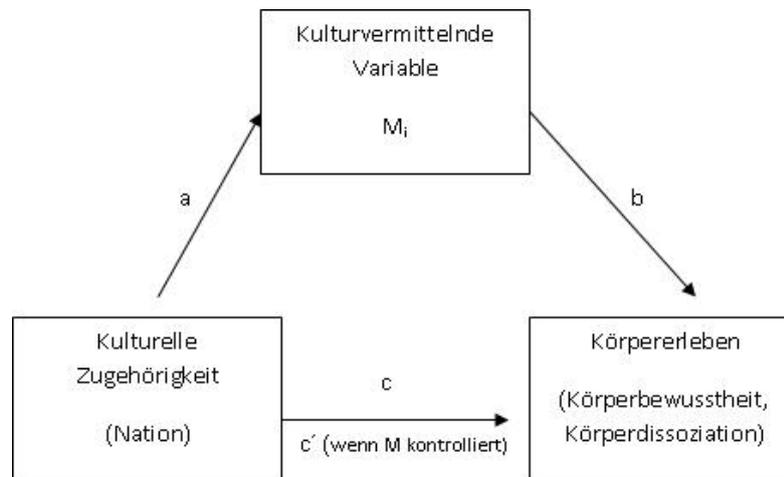


Abbildung 1: Allgemeines Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Nation und Körpererleben

In Beziehungen ist der Körper demnach zentral. Je näher wir uns mit dem Anderen verbunden fühlen, desto näher „lassen wir ihn an uns heran“ (im konkreten als auch im übertragenen Sinne - über Berührungen als auch gefühlsbezogen). Wir fühlen uns dann am ehesten im Kontakt, wenn der Körper als „Resonanzkörper“ im zwischenmenschlichen Verstehen und Erleben fungieren kann (Fuchs, 2013a).

Kulturen unterscheiden sich darin, wie wichtig der soziale Bezug zu anderen ist und wie stark wir uns in der Verbundenheit mit Anderen definieren und erleben. Abgebildet wird diese Varianz in der Kulturpsychologie in unterschiedlichen, wenn auch verwandten Modellen - der Theorie des Kollektivismus vs. Individualismus (Hofstede, 1980; Triandis, 1995) sowie der Theorie des Interdependenten vs. Independenten Selbstbildes (Markus & Kitayama, 1991). Kollektivistische Kulturen wie auch hohe interdependente Orientierungen zeichnen sich dadurch aus, dass das Individuum sich als eingebettet in einer Gruppe erlebt. In individualistischen Kulturen sowie bei hohen independenten Orientierungen erlebt sich der Einzelne dagegen eher unabhängig von anderen Menschen. Hofstede, der das Begriffspaar in seiner Veröffentlichung „Cultures Consequences“ zum ersten Mal im psychologischen Kontext verwendet, definiert Individualismus und Kollektivismus wie folgt: „Individualism pertains to societies in which the ties between individuals are loose... Collectivism as its opposite pertains to societies in which people from birth

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

onwards are integrated into strong, cohesive ingroups“ (Hofstede, 1980, S.51). Wie sehr wir uns selbst in Beziehung zu anderen sehen und erleben scheint demnach kulturspezifisch zu variieren und zugleich im Zusammenhang zum Körpererleben zu stehen. Daher soll die interdependente Orientierung als Mediatorvariable mit in das Untersuchungsdesign aufgenommen werden.

Für die Formulierung der Hypothesen und die Interpretation der Ergebnisse ist anzumerken, dass die einander gegenübergestellten Dimensionen des Individualismus und Kollektivismus bzw. des Independenten und Interdependenten Selbstbildes kein dichotomes Konstrukt, sondern vielmehr zwei voneinander unabhängige Faktoren darstellen. Eine hohe Ausprägung auf der Dimension Kollektivismus oder Interdependenz ist daher mit einer hohen Ausprägung auf der Dimension Individualismus oder Independenz durchaus vereinbar. Das erklärt sich dadurch, dass in jeder Kultur und in jedem Individuum in dieser Kultur sowohl interdependente als auch unabhängige Bestrebungen vorherrschen können. Für jede Kultur und für jedes Individuum ergibt sich eine einzigartige Mischung aus interdependenten und unabhängigen Anteilen (Kolstad & Horpestad, 2009). Diese Einschätzung steht im Einklang mit theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden von Keller et al. (2004) und Kağitçibaşı (1996). Die Forschungsgruppen gehen davon aus, dass in ländlicheren Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status und Bildungsniveau eine interdependente Orientierung, in urbanen, westlich-mittelständischen Familien hingegen eine unabhängige Orientierung adaptiv ist (Keller et al., 2004). In Kulturen, die traditionell interdependent und gleichzeitig von einer wirtschaftlichen und sozioökonomischen Modernisierung geprägt sind, ist den Autoren zufolge eine Mischung aus Autonomie und Bezogenheit vorherrschend. Deighton und Traue (2005) beschreiben ein ähnliches Phänomen: In einer multilateralen Studie, die 29 Kulturen umfasste, zeigten jüngere Probanden in traditionell kollektivistischen Gesellschaften (nach Hofstede) eine hohe Ausprägung bezüglich des Interdependenten Selbst und bezüglich individualistischer Zielorientierungen. Deighton führt das Phänomen auf die Erosion traditioneller Werte in kollektivistischen Kulturen zurück und bezeichnet diese neue Entwicklung als *Neoteric Estrangement* (Moderne Entfremdung).

Independente und Interdependente Orientierung in Deutschland und Chile

Verschiedene Studien, die Deutsche und Chilenen vergleichen, finden, dass Chilenen sowohl eine bedeutsam höhere Ausprägung im interdependenten Selbst als auch im unabhängigen Selbst berichten (Conradi, 2011; Georgas, Berry, van de Vijver, Kağitçibaşı & Poortinga, 2006; Rost,

2011; Zimmermann, 2010, 2011). Die Befunde kann man in Einklang mit den oben beschriebenen Hypothesen von Keller, Kağitçibaşı und Deighton bringen: Es ist anzunehmen, dass in Chile bzw. in Lateinamerika *traditionell* kollektivistische und interdependente Orientierungen vorherrschen (Hofstede, 2001; Markus & Kitayama, 1991). In den letzten Jahrzehnten hat jedoch ein enormes Wirtschaftswachstum in Chile stattgefunden, mit dem bedeutende soziale Veränderungen und Modernisierungen einhergingen (Rinke, 2007). Eine erhöhte Ausprägung des independenten Selbst kann als Anpassungsleistung an diese Veränderungen verstanden werden (vgl. HKFB Task Force, 2010).

Emotionsbezogene Faktoren

Weitere gemeinsame Bezugspunkte zwischen Körpererleben und Kultur bilden das Emotionserleben und der Emotionsausdruck. Sehr frühe wie auch neuere Emotionstheorien stimmen darin überein, dass Emotionen körperlich verankert sind. Am prägnantesten ist der körperliche Anteil der Emotion in der frühen Emotionstheorie von William James reflektiert, derzufolge Rückmeldungen aus Muskeln und dem vegetativen Nervensystem die bestimmenden Prozesse in der Genese von Emotionen sind (James, 1884). Auch in jüngeren Theorien werden physiologische Reaktionen neben kognitiven, motivationalen und expressiven Komponenten als definierende Aspekte von Emotionen angesehen (vgl. Mulligan & Scherer, 2012).

Bezieht man den Faktor Kultur mit in die Betrachtung von Emotionsaspekten ein, lässt sich festhalten, dass es sowohl universelle als auch kulturspezifische Facetten von Emotionen gibt (vgl. Manstead & Fischer, 2002). Kitayama (2001) führt dies darauf zurück, dass Emotionen sowohl eine biologische Grundlage haben, als auch kulturell geprägt sind. Bezogen auf den Zusammenhang von Emotion, Kultur und Körpererleben ist zunächst bemerkenswert, dass in nahezu jeder Kultur körperbezogene Redewendungen existieren, mit denen emotionale Zustände beschrieben werden (Wallbott & Scherer, 1988). Im Deutschen geht uns etwas „unter die Haut“, wir bekommen „kalte Füße“ und haben „gebrochene Herzen“. Auch im Spanischen finden sich zahlreiche Ausdrücke wie zum Beispiel: „tomarse algo a pecho“ (sich etwas zu Herzen nehmen), „echar sangre por los ojos“ (sehr erregt, zornig sein), „romperse la cabeza“ (sich den Kopf über etwas zerbrechen) (Runschke, 2009). Im Englischen findet sich in der Redewendung „to feel like a nobody (no-body)“ sogar ein direkter Einbezug des Begriffs „Körper“. Die Redewendung kann zur Umschreibung starker Selbstzweifel dienen. In dem sprachlichen Bild des „No-body“ ist

Intra- und interindividuelle Veränderungen des Körpererlebens

ein Verlust des Körpergefühls, eine Dissoziation zwischen Selbst und Körper dargestellt. Dieses Gefühl findet sich auch in der Depression (vgl. Lowen, 1993).

Emotionale Expressivität

Kulturspezifische Unterschiede bestehen hingegen bezüglich des *Emotionsausdrucks*. Diese kulturelle Varianz ist Gegenstand verschiedener theoretischer Kulturkonzepte. Trompenaars beschreibt Neutralität vs. Affektivität als eine von sieben Kulturdimensionen und definiert diese als Ausmaß, in dem Menschen ihre Emotionen in der Öffentlichkeit ausdrücken (Trompenaars & Hampden-Turner, 1993). Als typische neutrale Kulturen gelten beispielsweise Japan und Großbritannien, als affektive Kulturen Mexiko, Brasilien und Italien.

Auch die Forschung zu kulturspezifischen „Display rules“ (vgl. Matsumoto, 1990) beschäftigt sich mit kulturellen Normen, die bestimmen, wie angemessen der Ausdruck von Emotionen ist. In anderen Worten bestimmen diese Normen, wie stark der körperliche Ausdruck der erlebten Emotion kontrolliert werden sollte. In den Normen zum Emotionsausdruck bzw. zur Emotionskontrolle findet sich daher ein impliziter Bezug zu den in den körpersoziologischen Theorien reflektierten Normen zum Körperverhalten. Aufgrund der deutlichen Zusammenhänge von Kultur, Körper und Emotionaler Expressivität bzw. Kontrolle, soll das Ausmaß der emotionalen Expressivität in der Studie mit erfasst und als Mediatorvariable analysiert werden.

Alexithymie

Ein weiteres emotionsbezogenes Konstrukt, das in der Arbeit mit erfasst werden soll, ist das der Alexithymie. Alexithymie bezeichnet ein in der Emotionsforschung verbreitetes Konstrukt, das drei Subfaktoren umfasst: eine *Beeinträchtigung in der Identifikation von eigenen Emotionen*, eine *Schwierigkeit, eigene Gefühle zu beschreiben*, sowie einen *external orientierten Denkstil* (EOT). Ein external orientierter Denkstil, auch „pensée opératoire“ (operatives oder automatisch-mechanistisches Denken) zeichnet sich durch die Tendenz aus, dem inneren Erleben wenig Aufmerksamkeit zu schenken und es vorzuziehen, sich mit unmittelbar-konkreten, äußeren Fakten auseinanderzusetzen (Rad, 2013). Alexithymie scheint im Zusammenhang mit Körperzufriedenheit und körperdissoziativem Erleben zu stehen (De Berardis et al., 2009).

Kulturvergleichende Studien finden zudem kulturspezifische Unterschiede in der Ausprägung von Alexithymie (Dere et al., 2013; Dion, 1996; Le, Berenbaum & Raghavan, 2002; Ryder et

al., 2008). Dere et al. (2013) diskutieren insbesondere die Bedeutung des Subfaktors EOT im interkulturellen Vergleich. Sie finden negative Zusammenhänge zwischen EOT und kulturellen Werten, die in Zusammenhang mit Modernisierung (Ablehnung von traditionellen Werten) und Individualisierung stehen. In asiatischen Stichproben mit hoher kollektivistischer Orientierung, in denen Normen vorherrschen, die eine hohe Emotionskontrolle befürworten, ist die Ausprägung auf der Subskala EOT demnach höher als in nordamerikanischen Stichproben. Zu betonen ist in kulturvergleichenden Studien, dass ein ausgeprägtes external orientiertes Denken in interdependenten Kulturen der kulturellen Norm entspricht und daher nicht mit pathologischen Aspekten einhergeht, wie sie in der westlichen Alexithymieforschung häufig diskutiert werden (Ryder et al., 2008; Dere et al., 2013). Auch für die vorliegende Arbeit soll Alexithymie nicht als pathologisches Konstrukt verstanden werden.

Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Alexithymie, Körpererleben und Kultur wird das Konstrukt für die vorliegende Arbeit als relevant eingeschätzt.

Emotionsbezogene Faktoren - Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen

Kulturvergleichende Studien zum *Emotionsausdruck* konzentrieren sich bisher hauptsächlich auf Vergleiche zwischen westlichen sowie asiatischen Stichproben. Gefundene Unterschiede werden dabei vor allem auf unterschiedliche Ausprägungen von Independenz und Interdependenz zurückgeführt: Asiatische, interdependente Stichproben zeigen demnach einen gemäßigeren Ausdruck von Emotionen, um die Harmonie der Gruppe nicht zu verletzen.

Im starken Kontrast dazu scheinen lateinamerikanische Kulturen zu stehen. Sie gelten ebenfalls als typisch interdependent (Cross, Hardin & Swing, 2009). Gleichzeitig scheint dort ein starker Emotionsausdruck zentral für funktionierende soziale Interaktionen zu sein. Dieser Eindruck manifestiert sich zum Beispiel in der Beschreibung des lateinamerikanischen, kulturellen Skriptes „Simpatía“: „A person who is simpático is . . . affectionate; and likes to share feelings to others.“ (Ramírez-Esparza, Gosling & Pennebaker, 2008, S.703). Teil des Simpatía-Skriptes ist es zudem, in Beziehungen harmoniebestrebt zu sein, respektvoll miteinander umzugehen und positive Verhaltensweisen herauszustellen (Triandis & Marín, 1984).

Empirische Vergleiche mit Einbezug südamerikanischer Stichproben sind selten. In einer multinationalen Studie von Kuppens, Realo und Diener (2008), die sowohl eine deutsche sowie auch eine chilenische Stichprobe umfasst, findet sich ein starker Unterschied in der Häufigkeit erlebter Emo-

tionen: Während Deutsche und Chilenen sich in der Häufigkeit des Erlebens negativer Emotionen ähneln, gibt die chilenische Stichprobe sehr viel häufiger an, positive Affekte zu erleben.

Weitere Hinweise auf kulturelle Unterschiede im Emotionsausdruck bietet eine Studie, die innerhalb des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs realisiert wurde. In der Studie wurde die emotionale Expressivität mittels des Berkeley Expressivity Questionnaire in einer deutschen und einer chilenischen Stichprobe erfasst. Chilenen zeigten bedeutsam höhere Ausprägungen sowohl auf der Skala zur Positiven Expressivität als auch auf der Subskala zur Negativen Expressivität. In der Intensität der erlebten Emotionen unterschieden sich Deutsche und Chilenen dagegen nicht (Gradt et al., 2012).

Studien, die kulturspezifische Unterschiede hinsichtlich der *Alexithymie*-Subskalen untersuchen, beschränken sich überwiegend auf Vergleiche zwischen asiatischen und nordamerikanischen Stichproben (Dere et al., 2013; Dion, 1996; Le et al., 2002; Ryder et al., 2008). Im Bericht zur multinationalen Validierungsstudie zur Toronto Alexithymia Scale (TAS), dem verbreitetsten Instrument zur Erfassung von Alexithymie, finden sich jedoch Angaben zu Mittelwerten der TAS-Gesamtskala für 22 verschiedene Nationen, darunter Deutschland und eine lateinamerikanische Stichprobe - Peru. Die peruanische Stichprobe soll lediglich als Orientierungspunkt für mögliche Ausprägungen in Chile herangezogen werden, da keine konkreten Werte für Chile vorliegen. Die deutsche Stichprobe ($M_D = 45.32, SD_D = 10.15$) zeigte dabei deutlich geringere Ausprägungen auf der Gesamtskala als die peruanische Stichprobe ($M_P = 55.50, SD_P = 11.67$).

2.2.6.2 Zu kontrollierende systematische Störvariablen

Die Reflektion der entwicklungspsychologischen Ansätze zum Körpererleben verdeutlicht den Einfluss des Alters und der Lebensphase auf das Körpererleben. Der Einfluss des Alters sollte daher im Vergleich der Teilstichproben kontrolliert werden. Daneben legen empirische Befunde zur Körperzufriedenheit und Ansätze zur Analyse der Selbstobjektifizierung nahe, das Geschlecht zu kontrollieren. Auch traumatische Erfahrungen können sich - wie insbesondere in der psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Perspektive reflektiert - im Körpererleben niederschlagen und sollen daher miterfasst und statistisch kontrolliert werden. Weiterhin sollen das Ausmaß der Sportaktivität und körperliche Einschränkungen wie akute und chronische Krankheiten oder

körperliche Behinderungen miterfasst und kontrolliert werden. Bedenkt man Bourdieus Annahmen zur Verkörperlichung von Sozialisierungseinflüssen sollten auch sozioökonomische Variablen (Bildung, Einkommen, Familienstand), von denen angenommen wird, dass sie eher die soziale Schicht als die kulturelle Zugehörigkeit reflektieren, kontrolliert werden.

2.3 Zusammenfassung: Untersuchungsmodell zur Analyse des Körpererlebens im kulturellen Kontext

Nach einer Reflektion theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde zum Themenkomplex Körpererleben in verschiedenen kulturellen Kontexten, lässt sich zusammenfassend folgendes Untersuchungsmodell zur Analyse der Forschungsfragen A1⁴ und A2⁵ ableiten:

Als unabhängige Variable (UV) wird die Kulturzugehörigkeit mit den Ausprägungen deutsch oder chilenisch definiert. Analysiert wird der Einfluss der Kulturzugehörigkeit auf die Körperverbundenheit und das Körperbewusstsein (AV). Um die kulturellen Hintergründe möglicher Unterschiede zu verstehen, werden als Mediatorvariablen zum einen die interdependente Orientierung (M_1), sowie zum anderen die emotionsbezogenen Faktoren Emotionale Expressivität (M_2) und Alexithymie (M_3) untersucht. Um Störvariablen zu kontrollieren, die theoretischen und empirischen Befunden zufolge mit der Kulturzugehörigkeit und dem Körpererleben konfundiert sein könnten, sollen diese miterfasst und statistisch berücksichtigt werden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über das beschriebene Untersuchungsmodell.

Bevor spezifische Hypothesen zum Untersuchungsmodell formuliert werden, soll zunächst der theoretische Hintergrund zum zweiten Teil der Teilstudie A reflektiert werden. In diesem Teil soll analysiert werden, welchen Einfluss eine depressive Symptomatik auf das Körpererleben hat. Die Analyse erfolgt dabei weiterhin unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes.⁶

⁴A1: Unterscheiden sich non-depressive Deutsche und Chilenen im Körpererleben?

⁵A2: Welche kulturvermittelnden Faktoren können Unterschiede im Körpererleben erklären?

⁶Den Fokus bilden dabei folgende Leitfragen: (A3) Unterscheidet sich das Körpererleben in der Depression vom Körpererleben nicht-depressiver Personen? (A4) Bleiben mögliche kulturelle Unterschiede im Körpererleben in der Depression bestehen?

Zusammenfassung: Untersuchungsmodell zur Analyse des Körpererlebens im kulturellen Kontext

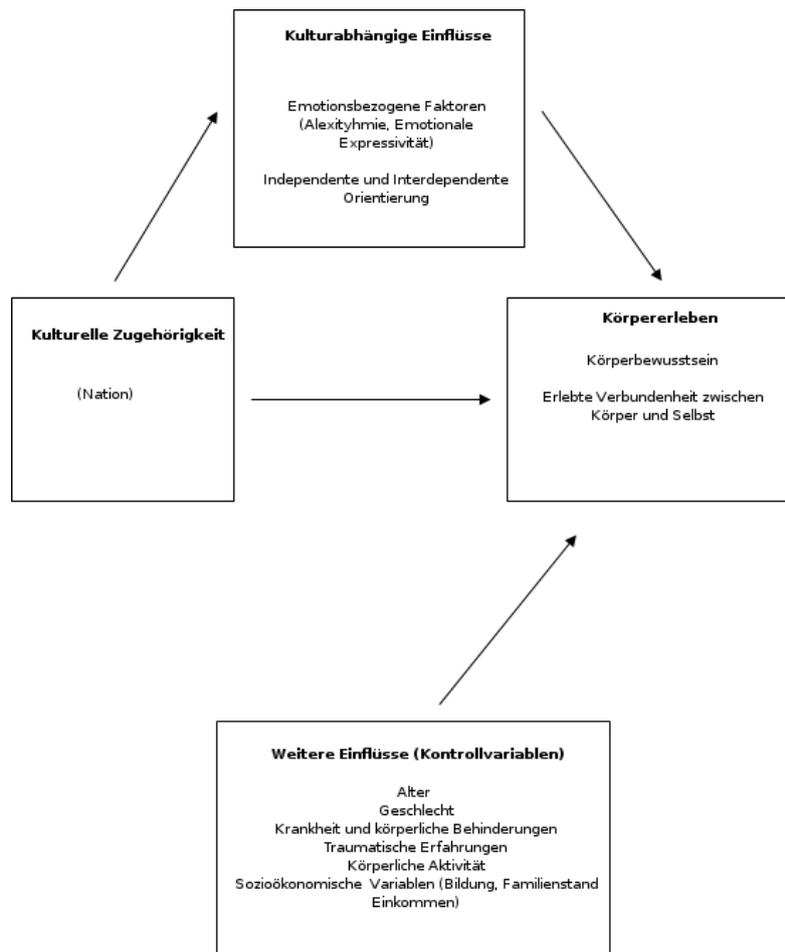


Abbildung 2: Untersuchungsmodell zu den Forschungsfragen A1 und A2

Kapitel 3

Der Körper in der Depression

Eine der Leitfragen der vorliegenden Arbeit ist, wie sich das depressive Erleben körperlich abbildet. Im Folgenden sollen theoretische Überlegungen und empirische Anhaltspunkte zum Körpererleben in der Depression reflektiert werden. Wie bereits in der Einleitung aufgezeigt, wurde die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Körpererleben in der Depression in der Psychologie bisher vernachlässigt. Daher finden sich nur wenige theoretische Ansätze und empirische Studien zum Körper in der Depression.

3.1 Empirische Befunde zum Körpererleben in der Depression

3.1.1 Studien zum subjektiven Körpererleben in der Depression

Eine der wenigen Studien, die das Körpererleben in der Depression explizit untersucht, ist die Arbeit von Röhrich, Beyer und Priebe (2002). Die Autoren vergleichen im Rahmen einer Fragebogenstudie Körperbild, Körperkathexis und Körperwahrnehmung zwischen depressiven Patienten, Angstpatienten und einer gesunden Kontrollstichprobe. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl in der Angststörungsgruppe als auch in der Gruppe der depressiven Patienten Störungen des Körpererlebens vorlagen. Sie zeigten eine Tendenz zur somatopsychischen Depersonalisation - eine Neigung den eigenen Körper oder eigene Körperbewegungen als fremd zu erleben. Darüber hinaus drückten sie Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper aus und beschrieben einen Verlust der eigenen Körpergrenzen. Mit der Remission der depressiven Symptomatik reduzierten sich die beschriebenen Störungen des Körpererlebens.

Neben der Erhebung oben genannter Körperaspekte über Fragebogeninstrumente erfolgte im Rahmen der Studie von Röhrich und Kollegen eine Analyse der perceptiven Körperwahrnehmung über die Image-Marking Methode. Dabei steht der Proband vor einem an der Wand befestigten Papier und wird mittels eines Stangenzirkels von einem hinter ihm stehenden Untersucher berührt. Von den empfundenen Berührungspunkten ausgehend, soll der Proband dann die von ihm wahrgenommene Distanz zwischen verschiedenen Körperpunkten mittels Marker auf dem Papier darstellen (Joraschky, 2009). Auf diesem Weg erfolgt eine Abbildung der subjektiv wahrgenommenen Körperdimensionen. Die Studienergebnisse ergaben zur perceptiven Körperwahrnehmung keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen und der Kontrollstichprobe. In *allen* Gruppen erfolgte eine Überschätzung der eigenen Körpergröße. Lediglich bezüglich der Schultermaße erfolgte in der depressiven Stichprobe eine Unterschätzung. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich jedoch auch in der Kontrollstichprobe.

Eine weitere Arbeit zum Körpererleben stellt die Studie von Löwe und Clement (1998) dar. Die Autoren vergleichen anhand des Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) (Clement & Löwe, 1996) gesunde Kontrollpersonen sowie Patienten mit somatoformen Störungen, Angststörungen, Anorexia Nervosa, Transsexualismus oder Depressiven Störungen. Der Fragebogen umfasst zwei Subskalen: eine Subskala zur Ablehnenden Körperbewertung (AKB) sowie eine Subskala zur Erfassung der Vitalen Körperdynamik (VKD). Auf der AKB-Skala wird zum einen die Zufriedenheit mit dem äußeren, körperlichen Erscheinungsbild und zum anderen das Gefühl des Wohlbefindens im eigenen Körper eingeschätzt. Auf der Subskala VKD wird erfasst, wie stark die Ausprägung eines körperlichen Erlebens von Kraft, Fitness und Gesundheit ist.

Im Vergleich zur gesunden Kontrollstichprobe ($M=18.56$, $SD=5.84$) zeigten Depressive ($M=25.67$, $SD=7.23$) eine deutlich negativere Körperbewertung auf der Subskala AKB ($d=1.18$) sowie eine deutlich herabgesetzte körperliche Vitalität (Skala VKD: $M_{Kontroll}=38.59$, $SD_{Kontroll}=5.08$; $M_{Depress}=25.47$, $SD_{Depress}=8.16$; $d=2.38$). Das Körpererleben der depressiven Patienten war dem Körpererleben der Patienten mit somatoformer Störung im Gesamtvergleich am ähnlichsten. In der Gruppe der somatoformen Patienten war lediglich das Erleben der körperlichen Vitalität etwas höher (Löwe & Clement, 1998).

Schopper (2002) untersucht in einer qualitativen Studie Körperzeichnungen von depressiv

Erkrankten, um Rückschlüsse auf das Körpererleben in der Depression zu ziehen. Nichtsprachliche Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens bergen die Chance, dass sie auch unbewusste, (noch) nicht verbalisierbare Elementen des Körpererlebens abbilden können, jedoch auch die Gefahr, dass durch die Interpretation und Übersetzung eine subjektive Verzerrung passiert (vgl. Arbeitskreis OPD, 2011). Schopper (2002) schließt aus seiner Analyse der Bilder, dass in der Depression ein ganzheitliches, nicht-fragmentiertes Körpererleben vorherrscht. Dieses sei jedoch durch eine gesamthafte Verringerung des Vitalerlebens und durch ein geringes Körperbewusstsein geprägt.

3.1.2 Studien zur Körperhaltung in der Depression

Emil Kraepelin beschreibt bereits Endes des 19. Jahrhunderts in seinem Lehrbuch der Psychiatrie den typischen Körperausdruck des depressiv erkrankten Patienten:

„Im Gesichtsausdruck der Kranken pflegt sich die traurige Verstimmung auszuprägen. ... Die Körperhaltung zeigt den Mangel an Spannkraft, das schlaffe Bedürfnis nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichwichte; der Kopf ist gesenkt, der Rücken gebeugt und der ganze Körper nach dem Gesetz der Schwere in sich zusammengesunken. Die Sprache ist gewöhnlich leise und zögernd; die Bewegungen geschehen langsam und ohne Kraft.“ (zitiert nach Bader & Hell, 1998, S.304).

Die Beobachtungen, die Kraepelin vor über hundert Jahren beschreibt, ließen sich in einer jüngeren Studie von Canales, Cordás, Fiquer, Cavalcante und Moreno (2010) empirisch abbilden. In der Studie wurden Fotografien von Depressiven und einer gesunden Kontrollstichprobe aufgenommen und bezüglich der Körperhaltung analysiert. Eine erneute Erfassung der Körperhaltung wurde in der Remissionsphase der depressiven Stichprobe realisiert. Die depressive Stichprobe unterschied sich von der Kontrollstichprobe bedeutsam in der gesenkten Kopfhaltung sowie in der Krümmung der Wirbelsäule im Brustwirbelsäulenbereich (thorokale Kyphose). Zum Zeitpunkt der Remission nivellierten sich diese Unterschiede.

3.1.3 Körperbewegung in der Depression

Eine weitere Studie zum Körperverhalten fokussiert auf die Analyse der Körperbewegung in der Depression: Fisch, Frey und Hirsbrunner (1983) untersuchen in ihrer Verlaufsstudie ver-

schiedene Aspekte der Körperbewegung von depressiven stationären Patienten zum Zeitpunkt einer schweren Ausprägung der depressiven Symptomatik sowie kurz vor dem Entlassungszeitpunkt bei rückgängiger Depressionssymptomatik. Anhand von Videoaufzeichnungen wurden die Bewegungen der Patienten bezüglich ihrer Mobilität und Komplexität eingeschätzt. Dabei wurden jeweils die ersten drei Minuten im Arzt-Patientenkontakt berücksichtigt. In der Depression waren die Bewegungsmuster verlangsamt und rigide. Zum Entlassungszeitpunkt erhöhte sich die Bewegungsrate (TSM: Time spent in Motion) signifikant. Auch die Komplexität der Bewegungen stieg. Diese wurde operationalisiert über die Anzahl der simultan aktivierten Körperdimensionen (zum Beispiel Kopfschütteln bei gleichzeitiger Handbewegung). Auch in anderen Studien zeigte sich das nonverbale Verhalten von depressiven Personen eingeschränkt und zeichnete sich durch weniger Blickkontakt und einer weniger ausgeprägten Körpersprache aus (Troisi & Moles, 1999; Youngren & Lewinsohn, 1980).

3.1.4 Studien zur Interozeptiven Wahrnehmung

Mehrere Studien belegen eine Beeinträchtigung in der interozeptiven Wahrnehmung in der Depression. In der Regel wird die interozeptive Wahrnehmungsleistung über eine Aufgabe erfasst, in der die Studienteilnehmer dazu aufgefordert werden, über eine bestimmte Zeit und mehrere Durchgänge im Stillen ihre Herzschläge zu zählen (ohne ihren Puls zu messen) und nach jedem Durchgang anzugeben. Depressive konnten ihren eigenen Herzschlag signifikant weniger akkurat wahrnehmen als eine gesunde Kontrollstichprobe (Furman, Waugh, Bhattacharjee, Thompson & Gotlib, 2013; Terhaar, Viola, Bär & Debener, 2012).

Neurophysiologische Studien finden morphologische und funktionelle Veränderungen in verschiedenen Teilen des interozeptiven Nervensystems (Vagus, Insula, Anteriorer Cingulärer Cortex) bei depressiven Patienten, die ebenfalls auf Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung von somatischen Signalen hinweisen (vgl. für einen Überblick Harshaw, 2015).

3.1.5 Zusammenfassung der empirischen Befunde

Das subjekte *Körpererleben* ist den Studien zufolge von einer verminderten Körperzufriedenheit, sowie von einem herabgesetzten Vitalitäts- und Kraftgefühl gekennzeichnet. Der Körper wird als fremd erlebt und zum Teil wird ein Verlust der Körpergrenzen beschrieben. Die Wahrnehmung

und Interpretation von körperlichen Signalen ist beeinträchtigt.

Kongruent zum Erleben einer verminderten Vitalität ist die *Körperhaltung* charakterisiert durch eine gesenkte Kopf- und eine gekrümmte Körperhaltung. Das *Körperverhalten* zeichnet sich zudem durch Verlangsamung, Rigidität und eine eingeschränkten Körpersprache aus.

3.2 Theoretische Grundlagen - Berücksichtigung des Körpers in Modellen zur Depression

In den meisten populären Theorien und Modellen zur Depression liegt der Fokus auf der Analyse kognitiver, emotionaler oder interpersonaler Aspekte (vgl. z.B. Beck, Rush, Emery & Shaw, 1979; Blatt & Zuroff, 1992; Perez & Baumann, 2011); die somatische Ebene wird eher vernachlässigt (Böker, 2009; Harshaw, 2015). Selbst biologische Modelle zur Depression zeichnen sich in der Regel durch eine enzephalozentrische Sichtweise aus und sind begrenzt auf die Ebene des Gehirns, der Synapsen und Transmitter (Harshaw, 2015; Widdowson, 2011). Ein Modell das Entstehung, Aufrechterhaltung und das breite Symptomspektrum der Depression berücksichtigt und gleichzeitig einen ganzheitlichen Einbezug der Körperebene bietet, welcher zur Erklärung des Körpererlebens in der Depression beitragen kann, findet sich nicht. Ansätze finden sich jedoch in den theoretischen Überlegungen von Fuchs (2013a) sowie im Modell zur dysfunktionalen Interozeption in der Depression von Harshaw (2015), so dass diese im Folgenden beschrieben werden sollen.

3.2.1 Die Depression als Verstimmung des sozialen Resonanzkörpers

In der Depression sind sowohl somatische als auch psychosoziale Beeinträchtigungen zentral: Die Prävalenz von körpernahen Symptomen ist hoch (vgl. Kapitel 1.1.1). Daneben ist der soziale Rückzug ein Symptom, welches das Erleben in der Depression bestimmt. Der depressive Mensch ist häufig nicht mehr in der Lage am sozialen Leben, an Freizeitaktivitäten, sowie am Arbeits- und Beziehungsleben teilzunehmen. Er erlebt Selbstwertprobleme, Libidoverlust, und soziale Emotionen wie Scham und Schuld, die einem unbeschwertem Kontakt zu Anderen hemmen. Er isoliert sich.

„Es war ... so, als hätte ich keine Gefühle mehr. Der Kontakt zur Welt und zu mir war

abgebrochen. Als hätte ich den einfach verloren und wüsste nicht mehr, wie ich dahin komme, wo alle anderen zu sein schienen.“ (Anonym, 16. November 2015)

Wie in diesem Bericht eines depressiv erkrankten Patienten beschrieben, erscheint das Erleben einer Distanz zwischen dem Selbst und anderen Menschen ein Kernelement der Depression. Fuchs (2013a) bringt die Beeinträchtigungen auf körperlicher und auf sozialer Ebene in einen theoretischen Zusammenhang. Der Körper dient den Annahmen der Theorie von Fuchs zufolge als sozialer Resonanzkörper (vgl. Kap. 2.2.2.2). In der Depression ist diese Funktion beeinträchtigt. Der depressive Körper bildet eine Barriere - eine Schranke zwischen dem Selbst und den Anderen. Körperliche Impulse, die auf die Welt und auf andere ausgerichtet sind, sind gehemmt. Der Körper, Mimik und Gestik werden rigide. Der Depressive erlebt eine körperliche Schwere. Gleichzeitig ist er im Ausdruck reduziert, so dass es für das Gegenüber schwer ist, sich empathisch einzufühlen und im Kontakt mit dem Betroffenen zu sein. Die Interaffektivität und die Zwischenleiblichkeit (Intercorporeality) sind blockiert. “In short, the depressive state may be characterized by a general constriction or „congealment“ of the lived body, leading to a numbing of emotional resonance and loss of atunement.“ (Fuchs, 2013a, S.8).

Das zentrale Moment der Depression ist demnach die Störung des zwischenmenschlichen Kontaktes. Diese theoretische Position lässt sich gut vereinbaren mit den oben beschriebenen empirischen Befunden: In der Depression ist der Kopf häufig gesenkt, die Körperhaltung gebeugt, so dass eine Kontaktaufnahme erschwert ist. Der Körper wird als entfremdet und unvital erlebt, so dass zu vermuten ist, dass eine emotionale Zugewandtheit ebenfalls behindert wird, denn die körperliche Qualität der Emotion wird blockiert.

In der erhöhten Bewegungsrate und Komplexität der Bewegung zum Remissionszeitpunkt der Depression (Fisch et al., 1983) drückt sich ein offeneres Interaktionsangebot und damit gewissermaßen ein Abklingen der aktiven sozialen Isolation aus. Ein Kontakt ist damit viel leichter herstellbar als bei einem Gegenüber, das in einer Körperstarre verharrt oder nur wenig auf die Kommunikationssignale des Gegenübers reagiert. Eine aufrechtere Körperhaltung mit erhobenem Kopf, wie sie für die Remissionsphase in der Studie von (Canales et al., 2010) abgebildet ist, ermöglicht ebenfalls eine bessere Kontaktaufnahme. Augenkontakt ist leichter möglich und das Sichtfeld des Patienten ist erweitert. Beziehungssignale anderer Personen können besser wahrgenommen werden. Damit sind zum Beispiel auch nonverbale soziale Mimikry möglich, bei

denen die Gesprächspartner sich über eine Nachahmung der Bewegung in die Stimmung oder Gefühlslage des Gegenübers einfühlen und die damit eine wichtige Grundlage für Empathie und erlebten, emotionalen Kontakt in einer Beziehung darstellen (Bavelas, Black, Lemery & Mullett, 1987; Manusov, 1995).

3.2.2 Modell zur Dysfunktionalen Interozeption in der Depression

Ähnlich wie die Position von Fuchs stellt das Modell von Harshaw (2015) eine Verbindung zwischen psychosozialen Symptomen der Depression und körperlichen Beeinträchtigungen her. Harshaw (2015) postuliert ein Rahmenmodell, in dem *dysfunktionale Interozeption* als Schlüssel zum Verständnis des Zusammenhangs von psychischen, psychosozialen und körperlichen Aspekten der Depression verstanden wird.

Interozeption, die Wahrnehmung und Interpretation von körperlichen Signalen, dient dem Modell zufolge als wichtige Navigationshilfe in der sozialen Realität, in der wir uns bewegen. Der Autor führt als Beispiel dafür unter anderem Damasio Theorie zu somatischen Markern auf (Damasio, 1994). Damasio geht in dieser Theorie davon aus, dass der Mensch über ein automatisches, körperliches Signalsystem verfügt, das sich auf ein emotionales Erfahrungsgedächtnis bezieht. In Entscheidungssituationen greift der Mensch unbewusst auf körperliche Signale zurück, ein Mechanismus der im Volksmund als „Bauchgefühl“ (gut feeling) bezeichnet wird. Harshaw (2015) geht von einem kontinuierlichen Zusammenspiel zwischen interozeptiven und exterozeptiven Prozessen aus. Durch interozeptive Reize kann eine Anpassung an soziale Herausforderungen erfolgen. Gleichzeitig dienen Signale aus der Umwelt, exterozeptive Reize, zur Interpretation vieldeutiger somatischer Signale und haben einen Einfluss auf regulative Körperprozesse.

Das Rahmenmodell von Harshaw (2015) versteht interozeptive und regulative Dysfunktionen als Kern der Depression. Die Beeinträchtigungen können in verschiedenen Ursachen begründet sein:

1. Erstens in Veränderungen von neuronalen Substraten (insbesondere im Anterioren cingulären Cortex, in der Insula oder dem Nervus Vagus), die mit interozeptiven Wahrnehmungsleistungen in Verbindung stehen und unter anderem durch Stress, Schlaganfälle, und Veränderungen des Immunsystems verursacht werden können.

2. Zweitens durch den Verlust von exterozeptiven Reizen aus der sozialen Umwelt, die in der Regel als Interpretationshilfe bei uneindeutigen, interozeptiven Reizen herangezogen werden.

Depressive haben häufig verarmte soziale Netzwerke, leiden unter Isolation oder Beeinträchtigungen der interpersonalen Beziehungen nach größeren Lebensveränderungen (Verlust von Bezugspersonen durch Tod, Trennung, Umzug). Wenn exterozeptive Reize aus dem sozialen Umfeld fehlen, bleiben somatische Signale der Theorie zufolge unbemerkt oder werden missinterpretiert und führen so zu regulativen Dysfunktionen. Harshaw führt an, dass soziale Interaktionen zum Beispiel als wichtige Zeitgeber für den Biorhythmus dienen und mitregulieren, wann wir schlafen und essen oder wie hoch die Tageslichtstimulation ist, der wir uns aussetzen (vgl. dazu Hofer, 1984).

3. Eine dritte Quelle für interozeptive Dysfunktionen sieht das Modell in Verschiebungen der Aufmerksamkeit in der Depression (Rumination, Selbstfokus), die mit Regulationsstörungen (Schlafstörungen, Essverhalten, Antrieb) einhergehen können.

Das Modell versteht körperliche Symptome wie Schlafstörungen und Veränderungen im Appetit als Folge von interozeptiven Beeinträchtigungen in der Depression, die in einer Feedbackschleife wiederum interozeptive Wahrnehmungen erschweren können.

Die Vulnerabilität für die oben beschriebenen Wirkungspfade variiert dem Modell zufolge in Abhängigkeit von Geschlecht und individuellen sowie kulturellen Unterschieden in der Interozeption.

Geschlechtsunterschiede in der Depression und in der Interozeption

Frauen weisen in vielen Studien eine geringere interozeptive Wahrnehmungsleistung auf. Die weibliche Beeinträchtigung in der Wahrnehmung körperlicher Signale zeigte sich insbesondere dann beeinträchtigt, wenn exterozeptive Reize nicht zugänglich waren: In einer Studie an Diabetes I Patienten konnten Frauen und Männer in einer Alltagssituation gleichermaßen gut den Glukosegehalt ihres Blutes einschätzen; in einer künstlichen Laborsituation ohne Zugang zu situationalen Hinweisreizen zeigte sich die Einschätzung von Frauen beeinträchtigt, nicht jedoch die der Männer (Cox et al., 1985). Auch in anderen Laborsituationen zeigten sich vergleichbare Geschlechterunterschiede (vgl. Harshaw, 2015).

Kulturelle Unterschiede in der Depression und in der Interozeption

Das Modell nimmt an, dass es kulturspezifische Unterschiede in der Interozeption gibt. Die Überlegungen zum Einfluss der Kultur bleiben in der Theorie jedoch wage. Die Annahme kulturspezifischer Unterschiede basiert nach Harshaw auf der Beobachtung, dass Kulturen sich im Grundverständnis von Körper und seelischen Prozessen unterscheiden. Substanzdualistisch orientierte Kulturen stehen in der Tradition, Körper und Geist als getrennt zu betrachten, während holistische Denkweisen Körper und Seele als Einheit verstehen (vgl. dazu auch die eigenen Überlegungen der Autorin in Kap. 2.1.2). Darüber hinaus reflektiert Harshaw, dass Kulturen sich darin unterscheiden, wie stark körperliche Metaphern in die Versprachlichung von Emotionen einbezogen werden. Auch darin sieht er einen möglichen Zusammenhang zu kulturellen Unterschieden in der Interozeptionsleistung. Die empirische Untersuchung von kulturellen Unterschieden in der Interozeptionsfähigkeit steckt jedoch noch in den Kinderschuhen und kommt zu Ergebnissen, die noch nicht klar eingeordnet werden können (Chentsova-Dutton & Dzokoto, 2014; Harshaw, 2015).

Für das Verständnis des Körpererlebens in der Depression in der vorliegenden Arbeit erscheint das Modell zur Interozeptiven Dysfunktion aus folgenden Gründen bedeutsam: Interozeption umfasst die Wahrnehmung von Körpersignalen. Der Kernaspekt des Modells (dysfunktionale Interozeption) berührt damit einen Körpererlebensaspekt, dem das besondere Interesse dieser Arbeit gilt. Die Theorie nimmt zudem sowohl deutlichen Bezug auf die körperliche Ebene der depressiven Symptomatik und leistet eine Verbindung zu interpersonalen, sozialen Aspekten der Depression. Auch auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Depression werden thematisiert. Nicht zuletzt ist die Berücksichtigung kultureller Einflüsse im Modell zu erwähnen, auch wenn diese noch recht unkonkret bleibt.

Unter Berücksichtigung des dargestellten Modells sind zudem folgende Befunde für die vorliegende Arbeit von Interesse: Interozeptive Sensitivität steht in einem negativen Zusammenhang zu Selbstobjektifizierung, einer Tendenz, den Körper als Objekt wahrzunehmen (Ainley & Tsakiris, 2013). Beeinträchtigungen in der Interozeption sind zudem assoziiert mit Alexithymie (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011) - einem Konstrukt, welches im Untersuchungsmodell - wie oben beschrieben - berücksichtigt werden soll.

3.2.3 Zusammenfassung der zentralen theoretischen Annahmen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beeinträchtigung des Körpererlebens als eines der Kernelemente der Depression verstanden werden kann. Mit den Einschränkungen des Körpererlebens geht die Funktion des Körpers als Navigator und Resonanzkörper im interpersonellen Kontakt verloren. Eigene Körpersignale können nicht mehr ausreichend wahrgenommen und genutzt werden. Als Folge werden der Körper und das Selbst als isoliert erlebt. Eine reale soziale Isolation wird dadurch verstärkt. Geht man den theoretischen Ansätzen folgend davon aus, dass das gestörte Körpererleben einen Wesenskern der Depression ausmacht, ist dies als kulturübergreifendes, universales Phänomen zu vermuten. Eine empirische Überprüfung des Körpererlebens in der Depression im Vergleich zwischen verschiedenen Kulturen liegt meines Wissens bisher jedoch nicht vor, so dass die Studie auch einen explorativen Charakter hat.

Kapitel 4

Fragestellung und Hypothesen zur Teilstudie A

Die Substudie A hat zum Ziel, das subjektive Erleben des Körpers in der Depression sowie kulturelle Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Körpererleben zu untersuchen. Aus den dargestellten theoretischen und empirischen Befunden sollen nun Hypothesen und Fragestellungen für die Teilstudie A abgeleitet werden.

4.1 Hypothesen zum Körpererleben im interkulturellen Vergleich in einer gesunden Stichprobe

Ein Interessensschwerpunkt dieser Arbeit gilt der Frage, ob sich Chilenen und Deutsche im Körpererleben unterscheiden. In den vorangehenden Darstellungen wurde ein möglicher Bezug zwischen dem Körpererleben und kulturabhängigen Normen der Kommunikation, der emotionalen Expressivität und der Interdependenz reflektiert. Die dargestellten Theorien und Befunde lassen annehmen, dass Chilenen den Körper stärker in die Kommunikation einbeziehen, eine höhere Ausprägung auf dem Interdependenten Selbstbild aufweisen sowie emotional expressiver kommunizieren als Deutsche. Diese kulturspezifischen Eigenschaften stehen den oben beschriebenen Theorien und empirischen Befunden zufolge, in einem Zusammenhang zu einem bewussten Körpererleben und sprechen tendenziell auch für eine höhere Körperverbundenheit:

- Indem wir unsere Emotionen ausdrücken, erleben wir diese körperlich. Im Moment des

(nicht oder nur wenig kontrollierten) Emotionsausdrucks sind das psychische und physische Selbsterleben verbunden.

- Im Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere im Kontakt zu einer nahestehenden, uns zugewandten Person, dient der Körper als Medium mit dem wir wahrnehmen, uns einfühlend und in Beziehung treten. Das körperliche Erleben wird dabei viel stärker angesprochen bzw. aktiviert, als in der Isolation mit uns selbst. Die Grundlage dafür wird bereits in der frühen Interaktion zwischen dem Säugling und der Mutter gelegt. Es ist demnach zu vermuten, dass in der Ausrichtung auf andere, wie sie in Kulturen mit hoher interdeponenter Orientierung gegeben ist, eine Intensivierung des Körpererlebens erfolgt.
- Dabei prägt auch der kulturabhängige Kommunikationsstil, wie stark der Kontakt zu Anderen über den Körper erfolgt. Eine stärkere Begrenzung auf direkte, verbale Botschaften wie sie in Low-Context Kulturen beschrieben wird, könnte mit einer stärkeren Tendenz der Desomatisierung einhergehen, wie sie Schur (1955) für den Übergang der vorsprachlichen Entwicklungsstufe zur sprachlichen, abstrakteren Entwicklungsstufe beschreibt. Der Körper tritt in den Hintergrund. Kulturen, die ihre Kommunikation mehr über verbale Botschaften und nur wenig über den Körper vermitteln, könnten dementsprechend eine ähnliche Desomatisierungstendenz erleben.

Basierend auf diesen herleitenden Annahmen lassen sich folgende Hypothesen ableiten.

4.1.1 Hypothesen zum kulturellen Vergleich des Körpererlebens

4.1.1.1 Körperbewusstsein

Hypothese 1: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung im Körperbewusstsein als die nicht-depressive deutsche Stichprobe ($H1: \mu_C > \mu_D$).

4.1.1.2 Integration und Desintegration von Selbst und Körper - Körperverbundenheit

Hypothese 2: Die nicht-depressive deutsche Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperdissoziation als die nicht-depressive chilenische Stichprobe ($H2: \mu_D > \mu_C$).

Hypothesen zum Körpererleben im interkulturellen Vergleich in einer gesunden Stichprobe

Hypothese 3: Die nicht depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperintegration als die nicht-depressive deutsche Stichprobe ($H3: \mu_C > \mu_D$).

4.1.2 Warum unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Körpererleben?

Hypothesen zu kulturellen Mediatorvariablen

Um die Hintergründe für kulturelle Unterschiede im Körpererleben zu untersuchen, werden die verschiedenen hergeleiteten Kulturvariablen als Mediatoren analysiert. Um diese möglichen kulturellen Mediatoren zu testen, sollen zunächst die Gruppenmittelwerte auf den kulturellen Variablen miteinander verglichen werden. Im nächsten Schritt werden jeweils über Korrelationsanalysen Zusammenhänge zwischen Körpererleben und den kulturellen Mediatorvariablen getestet. Bestehen statistisch bedeutsame Gruppenunterschiede bezüglich der kulturellen Variablen und findet sich ein Zusammenhang der Kulturvariablen mit den Aspekten des Körpererlebens, können einzelne Variablen als Mediatoren getestet werden. Zunächst sollen Hypothesen zur interdependenten Orientierung formuliert werden.

4.1.2.1 Interdependente Orientierung

Kulturelle Unterschiede in der interdependenten Orientierung

Wie in Abschnitt 2.2.6.1 reflektiert wurde, zeigen Chilenen in verschiedenen Studien eine höhere interdependente Orientierung als Deutsche. Dementsprechend lautet die Hypothese zum interkulturellen Vergleich wie folgt:

Hypothese 4: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam stärkere Ausprägung der interdependenten Orientierung als die nicht-depressive deutsche Stichprobe. ($H4: \mu_C > \mu_D$).

Zusammenhänge zwischen Interdependenter Orientierung und Körpererleben

Geht man davon aus, dass der Körper als sozialer Resonanzkörper fungiert (vgl. Fuchs, 2013a) und dass soziale Interaktion im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Körpersignalen steht (vgl. Harshaw, 2015), ist ein positiver Zusammenhang von interdependenter Orientierung und Körperbewusstsein sowie Körperverbundenheit zu vermuten.

Hypothese 5: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und dem Körperbewusstsein (H5: $r > 0, p < .05$).

Hypothese 6: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und der Körperdissoziation (H6: $r < 0, p < .05$).

Hypothese 7: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und der Körperverbundenheit (H7: $r > 0, p < .05$).

Interdependenz als Mediator zwischen Nation und Körpererleben

Bestätigen sich oben angenommene Zusammenhänge, ist davon auszugehen, dass der Faktor Interdependenz zwischen der nationalen Zugehörigkeit und den unterschiedlichen Subfaktoren des Körpererlebens vermittelt.

Hypothese 8: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperbewusstsein.

Hypothese 9: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperdissoziation.

Hypothese 10: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration.

4.1.2.2 Emotionale Expressivität

Kulturelle Unterschiede in der Emotionalen Expressivität

Das südamerikanische kulturelle Skript „Simpatía“ sowie die bisherigen empirischen Befunde zum Emotionserleben und zur Emotionsexpressivität (vgl. Gradt et al., 2012; Kuppens et al., 2008) legen nahe, dass Chilenen positive Emotionen deutlicher ausdrücken als Deutsche. Da die Befunde zur negativen Expressivität bisher rar sind, wird die Hypothese zu Kulturunterschieden auf dieser Subdimension explorativ formuliert. Auch zur kulturspezifischen Intensität des emotionalen

Hypothesen zum Körpererleben im interkulturellen Vergleich in einer gesunden Stichprobe

Erlebens gibt es keine empirischen Hinweise oder theoretische Befunde, die eine spezifischere Hypothesenformulierung zulassen.

Hypothese 11: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam stärkere Ausprägung auf der positiven emotionalen Expressivität als die nicht-depressive deutsche Stichprobe. (H11: $\mu_C > \mu_D$).

Hypothese 12: Unterscheidet sich die deutsche Stichprobe signifikant von der chilenischen Stichprobe in der Expressivität von *negativen* Gefühlen?

Hypothese 13: Unterscheidet sich die deutsche Stichprobe signifikant von der chilenischen Stichprobe hinsichtlich der Intensität des emotionalen Erlebens?

Zusammenhänge zwischen Emotionaler Expressivität und Körpererleben

Wie weiter oben beschrieben, ist das Emotionserleben körperlich verankert. Es ist dementsprechend zu vermuten, dass eine erhöhte Kontrolle von Emotionen mit einem abgeschwächten, eingedämmten Gefühl für den eigenen Körper einhergeht. Eine hohe Expressivität geht den gleichen Überlegungen folgend mit einem intensivem Erleben des Körpers einher, denn durch den Emotionsausdruck lasse ich einen körperlichen Ausdruck und ein körperliches Erleben der Emotion zu, welche das Gefühl für den eigenen Körper intensivieren. Das psychische und physische Erleben sind in dem Moment des Emotionsausdrucks verbunden. Dementsprechend sind folgende Annahmen zu vermuten.

Hypothese 14: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und dem Körperbewusstsein (H14: $r > 0, p < .05$).

Hypothese 15: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und der Körperdissoziation (H15: $r < 0, p < .05$).

Hypothese 16: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und der Körperverbundenheit (H16: $r > 0, p < .05$).

Emotionale Expressivität als Mediator zwischen Nation und Körpererleben

Bestätigen sich oben angenommene Zusammenhänge, ist davon auszugehen, dass der Faktor Interdependenz zwischen der nationalen Zugehörigkeit und den unterschiedlichen Subfaktoren des Körpererlebens vermittelt.

Hypothese 17: Emotionale Expressivität vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperbewusstsein.

Hypothese 18: Emotionale Expressivität vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperdissoziation.

Hypothese 19: Emotionale Expressivität vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration.

4.1.2.3 Alexithymie

Kulturelle Unterschiede bezüglich der Alexithymie Subfaktoren

Das zweite emotionsbezogene Konstrukt, für das in Studien ein Zusammenhang zum Körpererleben und zur Kulturzugehörigkeit aufgezeigt wurde, ist der Faktor Alexithymie. Da es wenig Anhaltspunkte gibt, die für den Vergleich zwischen Deutschen und Chilenen eine richtungsspezifische Hypothesenformulierung erlauben, werden die Hypothesen explorativ formuliert.

Hypothese 20: Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen bezüglich der Alexithymie Subskalen?

Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Körpererleben

Hypothese 21: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen den Facetten der Alexithymie sowie der Körperdissoziation.

Hypothese 22: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen den Facetten der Alexithymie sowie dem Körperbewusstsein.

Hypothesen zu den Hintergründen der Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-Depressiven

Alexithymie als Mediator zwischen Nation und Körpererleben

Hypothese 23: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körperbewusstsein?

Hypothese 24: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körperdissoziation?

Hypothese 25: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration?

4.2 Hypothesen zum Körpererleben in einer depressiven Stichprobe

Die dargestellten empirische Studien (vgl. Canales et al., 2010; Fisch et al., 1983; Löwe & Clement, 1998; Röhrich et al., 2002; Schopper, 2002) und theoretischen Überlegungen (Fuchs, 2013a; Harshaw, 2015) legen nahe, dass das Körpererleben in der Depression beeinträchtigt ist. Dementsprechend ist von folgenden Hypothesen auszugehen:

Hypothese 26: Die nicht-depressiven Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung im Körperbewusstsein als die depressive Stichprobe. (H26: $\mu_{Non-depr} > \mu_{Depr}$).

Hypothese 27: Die depressive Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung der Körperdissoziation als die nicht-depressive Stichprobe. (H27: $\mu_{Depr} > \mu_{Non-depr}$).

Hypothese 28: Die nicht-depressive Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperverbundenheit als die depressive Stichprobe. (H28: $\mu_{Non-depr} > \mu_{Depr}$).

4.3 Hypothesen zu den Hintergründen der Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-Depressiven

Die vorgestellten theoretischen Ansätze zur Bedeutung des Körpers in der Depression legen nahe, dass die interpersonellen Beeinträchtigungen in der Depression (insbesondere Rückzug und Isolation) im Zusammenhang mit einem herabgesetzten Körpererleben stehen. Die Funktion des Körpers als Navigationshilfe oder Resonanzkörper in der sozialen Interaktion ist eingeschränkt. Durch die körperliche Blockierung ist auch der Kontakt zu anderen erschwert und gehemmt. Ein negativer Zusammenhang zwischen der depressiven Ausprägung und einem Erleben von

interpersoneller Verbundenheit soll daher untersucht werden.

Die Variablen Emotionale Expressivität und Alexithymie bilden die Schwierigkeiten in der Interaktion möglicherweise noch konkreter ab. Es ist zu vermuten, dass Depressive einen weniger starken Ausdruck von (insbesondere positiven) Emotionen aufweisen. Es ist zu vermuten, dass dieser geringe Emotionsausdruck sich einerseits in einem reduzierten Körpererleben abbildet und andererseits mit interpersonellen Depressionssymptomen im Zusammenhang steht.

Alexithymie umfasst die Schwierigkeit Emotionen differenziert wahrzunehmen und zu beschreiben. Eine breite Palette an Studien legt nahe, dass eine hohe Ausprägung auf dem Faktor Alexithymie mit einer depressiven Symptomatik einhergeht (vgl. zum Beispiel die aktuelle Meta-Analyse von S. Li, Zhang, Guo & Zhang, 2015). Da zudem eine Verbindung von Alexithymie mit Einschränkungen im Körpererleben vermutet wird, ist Alexithymie auch als Mediatorvariable im Zusammenhang zwischen Depression und Körpererleben interessant.

Die Variablen Interdependente Orientierung, Emotionale Expressivität und Alexithymie sollen daher als Mediatoren zwischen Depression und Körpererleben untersucht werden. Dazu werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 29: Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-depressiven werden vermittelt durch die interdependente Orientierung.

Hypothese 30: Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-depressiven werden vermittelt durch Emotionale Expressivität.

Hypothese 31: Unterschiede im Körpererleben zwischen Depressiven und Nicht-depressiven werden vermittelt durch die Subfaktoren des Alexithymie-Konstruktes.

4.4 Hypothesen zum interkulturellen Vergleich des Körpererlebens in einer depressiven Stichprobe

Die vorgestellten theoretischen Ansätze zum Körpererleben in der Depression sowie die hohe Prävalenz von körperlichen Symptomen lassen vermuten, dass Einschränkungen im Körpererleben einen Kernaspekt der Depression darstellen, der kulturübergreifend vorherrscht. Dementsprechend wird angenommen, dass sich Deutsche und Chilenen **nicht** im Körpererleben in der Depression unterscheiden und dass sich mögliche kulturelle Unterschiede, die in den nicht-depressiven Stichproben bestehen, in der Depression nivellieren.

Hypothese 32: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich *nicht* bedeutsam im Körperbewusstsein. (H32: $\mu_C = \mu_D$).

Hypothese 33: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich *nicht* bedeutsam in der Körperdissoziation. (H33: $\mu_C = \mu_D$).

Hypothese 34: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich *nicht* bedeutsam in der Körperverbundenheit. (H34: $\mu_C = \mu_D$).

Kapitel 5

Studie A: Fragebogenuntersuchung zum Körpererleben

5.1 Ziel der Untersuchung

In diesem Kapitel wird die Teilstudie A zur Untersuchung des Körpererlebens dargestellt. Ziel der Untersuchung ist eine Analyse des Körperbewusstseins und der Körperverbundenheit in einer nicht-depressiven und einer depressiven Stichprobe unter Berücksichtigung möglicher kultureller Unterschiede.

5.2 Methode

5.2.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte eine Querschnittstudie in einem zweifaktoriellen Design (2x2), wobei der erste Zwischensubjektfaktor die Nationalität mit den Stufen deutsch oder chilenisch darstellt. Der zweite Zwischensubjektfaktor wird durch die Ausprägung einer depressiven Symptomatik bestimmt (non-depressiv vs. depressiv). Zum Einsatz kamen ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente. Die Realisierung des Studienprojektes wurde im April 2012 von der Ethikkommission der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften bewilligt.

5.2.2 Rekrutierungsstrategien

5.2.2.1 Rekrutierung der deutschen Stichproben

Die Erhebung der Stichproben erfolgte sukzessiv über verschiedene Medien.

Nicht-klinische Stichprobe

In einem ersten Schritt wurden Teilnehmer angeworben, die die Fragebögen in Form einer Online-Studienenerhebung beantworteten. Die Teilnahme an der Studie wurde über Emails (an verschiedene Mailinglisten der Universität Heidelberg), über soziale Medien (insbesondere Facebook) sowie über Aushänge in der Heidelberger Altstadt beworben. Um die durch das Medium gegebene Verzerrung der Stichprobenrepräsentativität auszugleichen und auch ältere Teilnehmer anzusprechen, wurden ergänzend zur Online-Version Fragebögen in Form einer Paper-Pencil Version in einem Volkshochschulkurs mit der Bitte zur eigenen Teilnahme sowie zur Weitergabe an weitere Personen im Umfeld (im Sinne eines Schneeballverfahrens) ausgeteilt. Als Incentive zur Studienteilnahme diente jeweils die Möglichkeit, an der Verlosung eines Gutscheines im Wert von 50 Euro teilzunehmen. Die Probanden wurden darüber informiert, dass die Teilnahme an der Studie anonymisiert und freiwillig erfolgt.

Klinische Stichprobe

Die klinische Stichprobe wurde für die Teilnahme an der Gesamtstudie rekrutiert, das heißt die Teilnehmer nahmen sowohl an der Datenerhebung für den Teil A der Dissertationsstudie (Fragebogenuntersuchung zum Körpererleben) sowie am Teil B (Studie zur Somatisierungstendenz in der Depression) teil. Letzterer umfasste die Teilnahme an einem teilstrukturierten Interview sowie die Beantwortung weiterer Selbstbeurteilungsinstrumente. Eine ausführliche Beschreibung findet sich im Methodenteil zum Studienteil B. Die Instrumente der Studie zum Körpererleben bildeten einen Teil der Gesamtfragebogenbatterie.

Für die klinische Stichprobe wurden depressive Patienten im Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Psychosomatik, Psychotherapiestation AKM) sowie im Pfalzkrankenhaus Klingenmünster (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Station P11 - Station für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen) rekrutiert. Die Patienten wurden sukzessiv und anfallend in die Stichprobe einbezogen. Die Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden innerhalb

der ersten Woche nach Behandlungsaufnahme persönlich von der Autorin angesprochen und über die Studie informiert. Darüber hinaus wurde Ihnen ein Informationsblatt zur Studie und zu den Teilnahmebedingungen (siehe Anhang) ausgehändigt. Sowohl über das Informationsblatt als auch über die mündliche Information durch die Autorin wurden die Patienten darüber informiert, dass die Studienteilnahme freiwillig ist, anonymisiert erfolgt und die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme keinen Einfluss auf die Behandlung des Patienten hat.

5.2.2.2 Rekrutierung der chilenischen Stichproben

Nicht-klinische Stichprobe

Die Studienteilnahme der nicht-klinischen Stichprobe erfolgte in Chile ausschließlich über einen Online-Fragebogen. Analog zum Vorgehen in Deutschland wurden Teilnehmer über E-mails (Mailingliste der Universidad Católica de Chile) sowie über das soziale Netzwerk Facebook angeworben. Als Incentive diente ein Gutschein über 25.000 Chilenische Pesos für eine große Kaufhauskette (Falabella).

Klinische Stichprobe

Patienten, die in die klinische Stichprobe eingeschlossen wurden, nahmen wie die klinischen Teilnehmer in Deutschland an beiden Substudien teil. Die klinische Stichprobe wurde rekrutiert im Hospital del Salvador (Abteilung für Psychiatrie), einem öffentlichen Krankenhaus in Santiago de Chile in Kooperation mit Dr. Florenzano und der chilenischen Kooperationspartnerin der Autorin - Cristina Amézaga. Für die Realisierung der klinischen Studie in Chile war ein weiterer Ethikantrag erforderlich, welcher der Kommission des Hospital Salvador im April 2012 vorgelegt und bewilligt wurde. Die Rekrutierung erfolgte durch chilenische Muttersprachler - eine Psychologiestudentin sowie eine Ärztin in psychiatrischer Ausbildung, die die Patienten sukzessiv und anfallend nach vorheriger Information über die Studie und Einwilligung der Patienten in die Studie einschlossen. Analog zum Vorgehen in Deutschland wurden die chilenischen Patienten sowohl mündlich als auch schriftlich darüber informiert, dass die Studienteilnahme freiwillig ist, anonymisiert erfolgt und die Teilnahme die Behandlung nicht beeinflusst.

5.2.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In Tabelle 2 ist eine Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt.

5.2.3 Möglicher Einfluss von kulturabhängigen Antworttendenzen

Response Styles (oder „response sets“) bezeichnen Tendenzen im Antwortverhalten, die sich unabhängig vom Inhalt des Items oder des Fragebogens zeigen und daher eine Beeinträchtigung der Validität bedeuten können (vgl. z.B. Baumgartner & Steenkamp, 2001; P. B. Smith, 2011; Bolt, Lu & Kim, 2014). Es lassen sich verschiedene Antworttendenzen unterscheiden:

Extreme Response Style bezeichnet die Tendenz, überdurchschnittlich häufig den extremen Endpunkten einer Ratingskala zuzustimmen (z.B. 1 „*Ich stimme voll und ganz zu*“ oder 7 „*Ich stimme überhaupt nicht zu*“ auf einer Ratingskala von 1 bis 7). *Akquieszenz* beschreibt eine inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz, während *Disakquieszenz* die Neigung zur Ablehnung bezeichnet. Eine weitere häufig diskutierte Verzerrungstendenz ist die *Tendenz zur Mitte*, also die Neigung bei mehrstufigen Antwortvorgaben eher die mittleren Items auszuwählen. Responsestyles korrelieren mit sozioökonomischen Variablen wie Bildung, Alter, sowie mit kultureller Zugehörigkeit (Bolt et al., 2014).

5.2.3.1 Kulturabhängige Response Styles

Allgemeine Zusammenhänge zwischen Kulturvariablen und Antworttendenzen

Johnson, Kulesa, Cho und Shavitt (2005) finden positive Zusammenhänge zwischen Extreme Response Style und den von Hofstede postulierten Kulturvariablen Machtdistanz und Maskulinität, sowie negative Korrelationen zwischen Akquieszenz und Individualismus, Unsicherheitsvermeidung, Machtdistanz und Maskulinität. In einer Übersicht zu Antworttendenzen in verschiedenen Kulturen weisen Johnson, Shavitt und Holbrook (2010) zudem auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang von Kollektivismus und Akquieszenz hin, der sich in mehreren Studien zeigte (Harzing, 2006; Hofstede, 2001; Johnson et al., 2005; P. B. Smith, 2004; P. Smith & Fisher, 2008; Van de Vijver, Ploubidis & Van Hemert, 2004).

Tabelle 2
Ein- und Ausschlusskriterien

	<i>Einschlusskriterien</i>	<i>Ausschlusskriterien</i>
Depressive Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestalter von 18 Jahren • Schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme • Nationalität laut Personalausweis deutsch respektive chilenisch • Eigenes Geburtsland sowie Herkunftsland des Vaters und der Mutter: Chile respektive Deutschland • Muttersprache: chilenisch respektive deutsch • CES-D Wert ≥ 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter unter 18 Jahre • Keine Einwilligung zur Studienteilnahme • Psychotische, manische oder kognitiv beeinträchtigte Patienten
Nicht-depressive Kontrollstichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestalter von 18 Jahren • Schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme • Nationalität laut Personalausweis deutsch respektive chilenisch • Eigenes Geburtsland sowie Herkunftsland des Vaters und der Mutter: Chile respektive Deutschland • Muttersprache: chilenisch respektive deutsch 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter unter 18 Jahre • Keine Einwilligung zur Studienteilnahme • CES-D Wert ≤ 16

Antworttendenzen bei Deutschen

Bei Deutschen findet sich häufig eine geringe Akquieszenz-Neigung (Herk, Poortinga & Verhallen, 2004; Hoffmann, Mai & Cristescu, 2013) sowie eine geringe Tendenz zur extremen Antwort (Lamm & Keller, 2007). In einer Studie von Hoffmann et al. (2013), in welcher kulturabhängige Antworttendenzen bei US-Amerikanern, Deutschen, Russen, Spaniern, Österreichern, Mexikanern, Franzosen und Indern verglichen wurden, zeigten Deutsche die geringste Akquieszenz-Neigung, dagegen (nach den US-Amerikanern) die zweithöchste Ausprägung auf der Neigung zur Disakquieszenz.

Antworttendenzen in lateinamerikanischen Stichproben

In einer Studie von Hui und Triandis (1989) zeigte sich eine Neigung von Lateinamerikanern zum Extreme Response Style (im Vergleich zu EU- oder Afroamerikanern). Diese Ausprägung zeigte sich überwiegend in einem fünfstufigen Likert-Skalen-Format. In anderen Studien wurde eine Tendenz zur Akquieszenz in lateinamerikanischen Stichproben deutlich (Marín, Gamba & Marín, 1992; Ross & Mirowsky, 1984; Warnecke et al., 1997).

In einer Auswertung der chilenischen und deutschen Daten des World Values Survey aus dem Jahr 2006 (Zimmermann, 2010) wurde eine Neigung chilenischer Teilnehmer sowohl zur Akquieszenz als auch zum Extreme Response Style deutlich.

Harzing (2006) vergleicht 26 Länder bezüglich ihrer Antworttendenzen, darunter auch Deutschland und Chile. Im Vergleich finden sich leichte Unterschiede: Chilenen wählten häufiger zustimmende Antworten aus (58 Prozent der Antworten lagen auf einer 5-stufigen Likert Skala bei 4 oder 5; im Vergleich zu 52 Prozent bei den deutschen Studienteilnehmern) und neigten eher zu Extremen (Positiven) Antworten (19 Prozent im Vergleich zu 15 Prozent der Deutschen wählten die Antwort „5“ auf einer 5-stufigen Likert Skala) (Harzing, 2006, p. 253). Um eine Verzerrung der kulturellen Einflüsse durch Antworttendenzen zu begegnen, sollen dementsprechend auch in der vorliegenden Studie Antworttendenzen und ihre möglichen Einflüsse diskutiert und berücksichtigt werden.

5.2.4 Erhebungsinstrumente

Nachfolgend werden die in der ersten Teilstudie eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente beschrieben. Tabelle 3 bietet einen Überblick. In der Übersicht soll neben den psychometrischen

Eigenschaften auch ein erster Schritt zur Berücksichtigung der Gefahr einer Verzerrung der Validität durch kulturabhängige Antworttendenzen reflektiert werden. Wird das Risiko als hoch eingeschätzt, zum Beispiel aufgrund eines bestimmten Antwortformates, werden Ansätze zur Kontrolle der Verzerrung aufgezeigt. Diese ist teilweise auch in den Auswertungsstrategien gegeben.

5.2.4.1 Soziodemographische Variablen

Zur Soziodemographie wurden folgende Variablen erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, höchster Schulabschluss, aktuelle Haupttätigkeit, monatliches Nettoeinkommen, Geburtsland, Herkunftsland der Eltern, Muttersprache sowie Nationalität laut Personalausweis. Bei der Auswahl der soziodemographischen Variablen wurden Überlegungen von A. B. Cohen (2009, 2010) sowie von Tebes (2010) und von Takooshian (2010) berücksichtigt. Die Autoren diskutieren die Grenzen vieler Arbeiten in der kulturellen Forschung, die Kultur überwiegend anhand von Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit sowie wenigen gängigen Kulturvariablen wie Individualismus/Kollektivismus und Interdependenz/Independenz erfassen. Sie plädieren für eine differenziertere und umfassendere Erforschung von Kulturvariablen und machen auf die Diversität von verschiedenen Gruppen innerhalb einer Nation oder Ethnie aufmerksam. Daher sei es wichtig, auch Aspekte wie das Alter oder die soziale Schicht zu erfassen und zu analysieren.

5.2.4.2 Depressionsscreening

CES-D und DSSS Items

Die Center of Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) von Radloff (1977) gilt als ökonomisches Screeninginstrument, mit dem depressive Symptome in der Allgemeinbevölkerung sowie in klinischen Stichproben zuverlässig und differenziert erfasst werden können. Die Skala umfasst zwanzig Items, die jeweils ein affektives, somatisches, kognitives oder interpersonelles Symptom der Depression benennen. Eine vierstufige Antwortskala erfasst graduell, wie häufig das Symptom in der letzten Woche erlebt wurde „selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)“, „manchmal (1 bis 2 Tage lang)“, „öfters (3 bis 4 Tage lang)“ sowie „meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)“.

Tabelle 3
Übersicht der Instrumente

<i>Kürzel</i>	<i>Instrument</i>	<i>Autor</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Itemzahl</i>
HKFB	Heidelberger Kultur-Fragebogenbatterie	Freund et al.(2012)	Soziodemographische Variablen	8
CES-D	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale	Radloff (1977)	Kriterien zur Kulturzugehörigkeit ¹ Depressionscreening	8 20
plus DSSS	Depression and Somatic Symptom Scale	Hung et al. (2010)	Depressionscreening Ergänzung Screening somatischer Symptome	10
PVQ	Portrait Value Scale	Schwartz (2001)	Kulturvariablen (Werte)	40
TAS	Toronto Alexithymia Scale	Bagby et al. (1994)	Alexithymie	20
BEQ	Berkeley Expressivity Questionnaire	Gross &John (1995)	Emotionale Ex-pressivität	16
plus Forced Choice Item				1
IOSad	Integration of Others in the Self Scale (adapted version)	Li (2002)	Kulturvariable (Selbstkonzept)	1
BDS	Body Disconnect Scale	Broccoli (2008)	Körpererleben (visuelle Skala)	1
SBC	Scale of Body Connectedness	Price (2010)	Körpererleben (Fragebogen)	20

*Anmerkung.*¹ Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Muttersprache, Nationalität

Differenzierungen von subklinischen und klinischen Ausprägungen der Depression

Die CES-D erfasst auch in subklinisch-depressiven Stichproben zuverlässig depressive Symptome. Diese Sensitivität des Instrumentes ermöglicht eine Differenzierung und Aufteilung der Stichprobe in verschiedene Ausprägungsgrade der Depression. Über verschiedene Studien hinweg haben sich Cut-off-Werte etabliert, anhand derer depressive von nicht-depressiven Personen differenziert werden. Häufig wird ein Cut-off bei einem Summenwert von 16 gewählt (Posner, Stewart, Marín & Pérez-Stable, 2001; Tsai, Pole, Przymus, Levenson & Munoz, 1999). Als strengeres Kriterium gilt ein Cut-off von 24 oder 27 um ein Screening für Major Depression zu verfolgen (Torres, 2010).

Psychometrische Eigenschaften

Für die spanischsprachige Version belegen verschiedene Studien gute bis sehr gute psychometrische Eigenschaften des Instrumentes auch in Studien mit lateinamerikanischen Stichproben (Gempp & Thieme, 2010; Ruiz-Grosso et al., 2012; Reuland et al., 2009; Torres, 2010). Hautzinger und Bailer veröffentlichen (1993) eine deutschsprachige Version der CES-D, die unter dem Namen Allgemeine Depressionsskala (ADS) bekannt ist. Hohe Korrelationen zu anderen etablierten Instrumenten wie der Hamilton Depressionsskala (HAMD), dem Patient Health Questionnaire (PHQ) und dem Beck Depressionsinventar (BDI) weisen auf eine hohe konvergente Validität der Allgemeinen Depressionsskala hin (Hautzinger & Bailer, 1993; Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012). Die Werte zur internen Konsistenz sprechen mit einem Cronbachs α von .89 darüber hinaus für eine gute Reliabilität der deutschen Version des Instrumentes (Hautzinger & Bailer, 1993; Hautzinger et al., 2012).

Einflüsse kulturspezifischen Antwortverhaltens auf die CES-D

Eine Studie diskutiert inwieweit kulturspezifisches Antwortverhalten die Ergebnisse von kulturvergleichenden Depressionsstudien verzerren. Bezüglich des CES-D ergaben sich derartige Verzerrungen in einem Vergleich einer US-kaucasischen Stichprobe mit einer koreanischen Stichprobe (Lee et al., 2011). Unter anderem zeigte sich eine Tendenz der koreanischen Studienteilnehmer diejenigen Items, die sich auf die Wahrnehmung Anderer im Umgang mit ihnen bezogen (*'People were unfriendly', 'I felt people dislike me'*), mit höherer Wahrscheinlichkeit als zutreffend auszuwählen. Die Autoren diskutieren den Einfluss einer höheren interpersonellen Sensitivität in asiatischen Stichproben als Grund für das unterschiedliche Antwortverhalten.

Vergleiche von englischsprachigen und spanischsprachigen Stichproben befanden die psychometrischen Eigenschaften der CES-D dagegen als stabil und die Antworttendenzen als vergleichbar in verschiedenen Stichproben (Reuland et al., 2009). Studien, die explizit deutsche und chilenische Stichproben bezüglich des Antwortverhaltens der CES-D analysieren finden sich bisher nicht.

Ergänzung der CES-D um Items der Depression and Somatic Symptom Scale

Um ein breiteres Spektrum an somatischen Symptomen erfassen zu können, wurde die CES-D Skala um zehn Items der Depression and Somatic Symptom Scale (DSSS) (Hung, Weng, Su & Lie, 2006) ergänzt, welche vorrangig körperliche Symptome abfragen, die sowohl im BDI als auch in der CES-D unberücksichtigt bleiben. Hung et al. (2006) entwickelten die DSSS, da sie in den gängigen Depressionsinstrumenten (z.B. in der Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960)) eine ausreichende Berücksichtigung von somatischen Symptomen in der Depression vermissten. Da der thematische Fokus der vorliegenden Arbeit auf der Untersuchung des Körpererlebens sowie der Somatisierungstendenz in der Depression liegt, konnte mit der Ergänzung um Items aus der DSSS eine wichtige Erweiterung der Erfassung der Symptomatik geleistet werden. Die DSSS weist eine überzeugende psychometrische Qualität auf: Für die Reliabilität sprechen interne Konsistenzwerte von Cronbachs α .73 bis .94 (Hung et al., 2006). Es erwies sich zudem als veränderungssensitiv und valide (Hung et al., 2006). Um ein stringentes Antwortformat im Depressionsscreening beizubehalten, wurden die ergänzten Items aus der DSSS an das Antwortformat der CES-D angepasst.

5.2.4.3 Kulturvariablen

Interdependente Orientierung

Zur Erfassung des Self-Construal in kulturvergleichenden Studien existieren sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze.

Freie Selbstbeschreibung

Der Twenty Statement Test (TST) von Kuhn und McPartland (1954) erfasst qualitativ freie Selbstbeschreibungen der Probanden zur Frage "Who am I?", auf welche die Probanden mit 20 Statements antworten sollen. Die 20 Antworten werden häufig mit Bezug auf die dichotomen

Konstrukte Independenz und Interdependenz kodiert (z.B. Kodierschema nach Watkins et al. (1998)).

Likert-Skalen

Zur quantitativen Erfassung des Konstruktes existieren drei Instrumente im Likert-Skalen-Format: Die Self-Construal-Scale (SCS) von Singelis (1994) sowie zwei modifizierte Varianten der SCS (Gudykunst, Matsumoto, Ting-Toomey & Nishida, 1996; Leung & Kim, 1997).

Kritik an den Messinstrumenten

Verschiedene Aspekte an den vorliegenden Messinstrumenten werden heftig kritisiert. Die ursprüngliche Konzeption einer 2-Faktoren-Struktur (Interdependenz/Independenz) wird mehrfach angezweifelt (Levine, Bresnahan, Park, Lapinsky et al., 2003; Levine, Bresnahan, Park, Lapinski et al., 2003; Grace & Cramer, 2003; E. E. Hardin, Leong & Bhagwat, 2004; E. Hardin, 2006; Cross, Hardin & Gercek-Swing, 2011). Daneben wird die geringere Reliabilität und eine instabile Faktorenstruktur bei Anwendung in verschiedenen Kulturen bemängelt (vgl. für eine Übersicht der Kritik Harb & Smith, 2008), so dass von einer unzureichenden Validität der SCS und darauf basierenden Instrumenten ausgegangen werden muss.

Neuere Instrumente versuchen der Multidimensionalität des Self-Construal Konstruktes Rechnung zu tragen (Cross et al., 2011; Harb & Smith, 2008) und bieten somit komplexere Alternativen zu der SCS und verwandten Instrumenten. Für die vorliegende Studie wurden nach einem umfassenden Review der vorliegenden Instrumente zur Erfassung von Interdependenz und Independenz eine modifizierte Version der Inclusion of Others in the Self Scale (Aron, Aron & Smollan, 1992) ausgewählt. Darüber hinaus soll die interdependente Orientierung über die Wertedimensionen von Schwartz erfasst werden.

Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung kultureller Werteorientierungen - Portrait Value Questionnaire (PVQ)

Zur Erfassung kultureller Werte, die auf dem Wertemodell von Schwartz (Schwartz & Bilsky, 1990; Schwartz, 1992) basieren, stehen zwei etablierte Instrumente zur Verfügung: Der Schwartz Value Survey (SVS) (Schwartz, 1992) sowie der Portrait Value Questionnaire (PVQ) (Schwartz et al., 2001). Zwei Hauptargumente sprechen für eine Bevorzugung des PVQ für die vorliegende

Studie.

Das erste Argument bezieht sich auf die Struktur respektive das Format des Fragebogens: Schwartz empfiehlt aufgrund der mehrfach segmentierten Struktur des SVS die Verwendung des PVQ bei der Erfassung der Werte über Online-Fragebögen (Schwartz, 2009).

Das zweite, inhaltlich gewichtigere Argument bezieht sich auf das Abstraktionsniveau: Die PVQ wird beim Einbezug von Stichproben mit mittlerem oder niedrigem Bildungsgrad (Schmidt, Bamberg, Davidov, Herrmann & Schwartz, 2007) empfohlen, da die Beantwortung des SVS das Verständnis sowie den Vergleich von 57 abstrakten Werten erfordert. Die höhere Komplexität der SVS macht sich auch in einer längeren Bearbeitungszeit im Vergleich zum PVQ bemerkbar (Schmidt et al., 2007). Probanden, die sowohl die SVS als auch den PVQ beantworten, schätzen den PVQ als deutlich konkreter und kontextgebundener ein (Schwartz, 2005b, 2005a). Kontextualisierung gilt als wichtiges Prinzip insbesondere bei Instrumenten, die kulturübergreifend angewandt werden (Gudykunst et al., 1996; Choi, Nisbett & Norenzayan, 1999; Harb & Smith, 2008), da es insbesondere Personen mit höherer Interdependenz-Ausprägung schwerer zu fallen scheint, sich selbst ohne Kontexthinweise zu beschreiben (Harb & Smith, 2008, S.179).

Der Portrait Value Questionnaire besteht aus 40 kurzen Beschreibungen - Portraits - verschiedener Personen sowie ihrer Wünsche, Ziele und Prioritäten im Leben (z.B. „*Es ist ihr wichtig, sehr erfolgreich zu sein. Sie mag es, andere Leute zu beeindrucken.*“ oder „*Es ist ihr sehr wichtig, den Menschen in ihrem Umfeld zu helfen. Sie möchte sich um ihr Wohlbefinden kümmern.*“). Es existiert jeweils eine männliche sowie eine weibliche Version des Instrumentes, so dass das Geschlecht der in den Items beschriebenen Personen dem Geschlecht des Probanden entspricht. Bei der Beantwortung soll diese(r) auf einer sechs-stufigen Antwortskala einschätzen, inwieweit die beschriebene Person ihr (bzw. ihm) ähnelt. Das Instrument umfasst 10 Subskalen, mit denen 10 Wertebereiche erfasst werden. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die inhaltliche Bedeutung der Subskalen.

Subskalen des PVQ zur Erfassung der Interdependenten Orientierung

Für die Teilstudie A sind lediglich die Subskalen von Bedeutung, mit denen eine interdependente Orientierung erfasst werden kann. Eine Entsprechung zur interdependenten Orientierung findet sich in den Subskalen Benevolence, Conformity und Tradition (Oishi, Schimmack, Diener & Suh,

Tabelle 4

Subskalen des Portrait Value Questionnaire - Kulturelle Werte nach Schwartz (1992)

Subskala der PVQ	Inhalt
SelfDirection	Selbstbestimmtes, unabhängiges Denken und Handeln
Power	Streben nach sozialem Status und Macht über andere Menschen und Ressourcen
Conformity	Angepasstheit bezüglich sozialer Regeln und Gesetze, um anderen nicht zu schaden oder gegen sich aufzubringen
Tradition	Wichtigkeit von traditionellen religiös oder kulturell bestimmten Werten und Ideen
Benevolence	Wohllollen gegenüber den Menschen, mit denen man im persönlichen Kontakt ist („in-group“)
Universalism	Wertschätzung und Schutz des Wohlbefindens <i>aller</i> Menschen und der Natur
Stimulation	Anregung, Streben nach neuen Erfahrungen und Herausforderungen
Hedonism	Streben nach eigenem Vergnügen und Genuss
Achieve	Streben nach persönlichem Erfolg gemäß sozialen Standards
Security	Wichtigkeit von Sicherheit, Harmonie und Stabilität in der Gesellschaft und in persönlichen Beziehungen

1998). Eine independente Orientierung wird in der Subskala Self-Direction abgebildet (Oishi et al., 1998).

Validität und Reliabilität

Eine Analyse der psychometrischen Eigenschaften des Instrumentes findet Belege für eine hohe Validität sowie für eine moderate bis hohe Retest Reliabilität (Schwartz et al., 2001). Auch die Überprüfung der deutschsprachigen Version (Schmidt et al., 2007) belegt zufriedenstellende Messeigenschaften: ein Vergleich mit der etablierten SVS findet eine hohe diskriminante und konvergente Validität und ein Vergleich mit zwei externen Konstrukten belegt die Konstruktvalidität des PVQ (Schmidt et al., 2007). Zudem finden sich gute bis befriedigende Reliabilitätswerte (mittlere bis hohe Retest-Reliabilität, befriedigende interne Konsistenzmaße) (Schmidt et al., 2007).

Sensitivität für Verzerrungen durch kulturabhängige Response-Styles?

Fischer und Schwartz (2011) untersuchen in einer groß angelegten kulturvergleichenden Studie die Wertorientierungen nach Schwartz. Die Studie umfasst auch eine Analyse des Einflusses von Response-Styles. In der Studie zeigten sich keine nennenswerten Verzerrungen durch kulturspezifisches Antwortverhalten im Einsatz des Portrait Value Questionnaire (Fischer & Schwartz, 2011).

Inclusion of Others in the Self Scale

In ihrer Beschreibung des Self-Construal Konzeptes greifen Markus und Kitayama (1991) auf eine Metapher zurück. Sie illustrieren unterschiedliche Ausprägungen des Selbstkonzeptes anhand von Venn-Diagrammen. Darin steht jeweils ein Kreis für das Selbst sowie mehrere andere Kreise jeweils für eine Bezugsperson (z.B. Vater, Mutter, Geschwister, Freunde, Arbeitskollegen). Stellt man das Erleben des eigenen Selbst anhand dieser Kreise dar, ergeben sich unterschiedliche Venn-Diagramme für Personen mit einer hohen Ausprägung auf dem independenten Selbst und Personen mit einer hohen Ausprägung auf dem interdependenten Selbst. Für erstere ist das Konzept des Selbst ein einzelner Kreis abgegrenzt von den Kreisen, die für die Bezugspersonen stehen. Für letztere (hohe Interdependenz) stellt sich das Selbstkonzept dagegen als verbunden mit den Bezugspersonen dar. Der Kreis, der für das Selbst steht, zeigt Überschneidungen mit den Kreisen der Bezugspersonen. Die Anderen sind im Selbstbild integriert (vgl. Markus & Kitayama, 1991, S.226).

In der IOS-Skala findet sich diese Metapher in einer visuellen Skala umgesetzt, so dass die Skala zur Erfassung des Selbstkonzeptes dienlich sein kann (vgl. z.B. die Studie von Uleman, Rhee, Bardoliwalla, Semin & Toyama, 2000). Die Skala erfasst die interpersonelle Verbundenheit einer Person zu ihrer nächsten Bezugsperson. Für die Selbsteinschätzung dient eine graphische Skala, auf der verschiedene nahe Beziehungen zwischen zwei Personen mittels sieben Venn-Diagrammen dargestellt sind. In den Diagrammen steht jeweils ein Kreis für die antwortende Person selbst, sowie ein weiterer Kreis für die Bezugsperson. Die Abbildungen variieren in der Distanz zwischen den Kreisen. Zunehmende Überschneidungen zwischen den Kreisen bilden eine zunehmende empfundenen Verbundenheit zur Bezugsperson ab. Der Proband wird aufgefordert, diejenige Abbildung anzukreuzen, die am ehesten die Beziehung zu der Person beschreibt, die ihm am nächsten steht. Die visuelle Skala umfasst lediglich ein einzelnes Item und bietet aufgrund ihres Formates mehrere Vorteile gegenüber den oben diskutierten Fragebogeninstrumenten. Sie ist leicht anzuwenden und zu verstehen. Darüber hinaus erfordert die Beantwortung der Skala weniger als eine Minute (Gächter, Starmer & Tufano, 2015). Visuelle Skalen sind zudem weniger anfällig für Fehler im kulturübergreifenden Einsatz, da keine oder nur geringfügige sprachliche Übersetzungen nötig sind (vgl. zu Übersetzungsproblemen z.B. van de Vijver & Hambleton, 1996; Haas, 2009; van de Vijver, Chasiotis & Breugelmans, 2011; Matsumoto & van de Vijver, 2011).

Die Skala hat sich in verschiedenen Studien als robustes, valides und reliables Instrument erwiesen (Lin & Rusbult, 1995; Agnew, Van Lange, Rusbult & Langston, 1998; Aron, Aron, Tudor & Nelson, 2004; S. L. Brown et al., 2009). Bezüglich der psychometrischen Bewertung der Skala beurteilen auch Gächter et al. (2015) die „Inclusion of the Other in the Self“ (IOS) Skala in einer umfassenden Evaluationsstudie mit einer nicht-studentischen, erwachsenen Stichprobe von US-Amerikanern als hochreliables und sinnvolles Instrument zur Erfassung der subjektiven Nähe von Beziehungen. Sie berichten einen Reliabilitätskoeffizienten von α .66 sowie theoriekonforme positive Korrelationen der Skala mit fünf verschiedenen Skalen zur Messung interpersonaler Beziehungen (Rubin, 1970; Berscheid, Snyder & Omoto, 1989; Cialdini, Brown, Lewis, Luce & Neuberg, 1997; Starzyk, Holden, Fabrigar & Macdonald, 2006), die für eine überzeugende Konstruktvalidität sprechen. Da die Evaluationsstudie über ein Online-Portal realisiert wurde und sich zur Originalstudie, die im Paper-Pencil Modus umgesetzt wurde, vergleichbare Daten ergaben, kann sie auch als Validierung für die virtuelle Nutzung angesehen werden (Gächter et al., 2015).

Modifizierung der Skala

Für den Einsatz der IOS in der vorliegenden Studie wurden leichte Modifizierungen vorgenommen, die sich zum Teil an H. Z. Li (2002) orientieren. Die ursprünglichen sieben Venn-Diagramme wurden dem Vorschlag von H. Z. Li (2002) folgend auf fünf Abbildungen verdichtet. Dafür wurde jeweils eine Abbildung ergänzt, indem die Kreissymbole sich nicht berühren bzw. sich fast komplett überschneiden. Zudem wurde in der Instruktion der Skala die Möglichkeit ergänzt, ein eigenes Bild zu zeichnen, sofern keine der Abbildungen die Beziehung nach Einschätzung des Probanden widerspiegelt.

Übersetzung des Instrumentes

Nach Rücksprache mit den Originalautoren Aron et al. (1992) und H. Z. Li (2002) und deren Erlaubnis erfolgte eine Übersetzung in die deutsche sowie in die chilenische Sprache. Die visuelle Skala erforderte lediglich eine Übersetzung der Instruktion sowie der Diagrammlabels. Die Übersetzung erfolgte durch eine bilinguale Deutsch-Amerikanerin sowie durch einen Chilenen mit fließenden Deutsch-Kenntnissen. Rückübersetzungen belegten die Übereinstimmung der Übersetzung zum Originalinstrument.

Emotionale Expressivität - Berkeley Expressivity Questionnaire (BEQ)

Zur Erfassung der Emotionalen Expressivität existieren drei gängige Messverfahren: Selbstbeurteilung über Fragebogen, Verhaltensbeobachtungen sowie Fremdbeurteilungen über Peer-Reports. Campbell (2001) vergleicht in einer Dissertationsstudie die verschiedenen Herangehensweisen und findet, dass die Ergebnisse der verschiedenen Verfahren nur geringfügig korreliert sind. Sie vermutet, dass diese Diskrepanz darauf zurückzuführen ist, dass die Selbst- und Fremdbeurteilung eher auf eine Erfassung eines Traits, also einer stabilen, zeit- und situationsübergreifenden Charaktereigenschaft, abzielt, während in einer Verhaltensbeobachtung ein temporärer Zustand (*State Conceptualization of Expressivity*) erfasst wird. Für die vorliegende Studie liegt der Fokus des Interesses auf der Erfassung eines stabilen Merkmals. Darüber hinaus kann eine Verhaltensbeobachtung aufgrund begrenzter Ressourcen nicht umgesetzt werden, so dass zur Erfassung der Emotionalen Expressivität ein Selbstbeurteilungsinstrument herangezogen wurde.

Zur Selbstbeurteilung der Emotionalen Expressivität liegen verschiedene Instrumente vor (vgl. z.B.

Snyder, 1974; Friedman, Prince, Riggio & DiMatteo, 1980; Kring, Smith & Neale, 1994; Gross & John, 1995). Nach einer Sichtung der gängigen Instrumente wurde der Berkeley Expressivity Questionnaire (Gross & John, 1995) ausgewählt, der sich als valides und ökonomisches Instrument etabliert hat (Gross & John, 1997; Mohiyeddini, John & Gross, 2008). Anhand von 16 Items erfasst der Selbstbeurteilungsfragebogen drei Facetten der Emotionalen Expressivität: Impulsstärke (Impulse Strength), Negative Expressivität sowie Positive Expressivität. Diese werden unter dem Gesamtfaktor „General Expressivity“ subsummiert.

Impulsstärke

Die Skala Impulsstärke erfasst die Intensität des Emotionserlebens. Die Items dieses Faktors berücksichtigen auch, inwieweit es der Person schwer fällt, starke Emotionen zu kontrollieren („*What I'm feeling is written all over my face*“).

Negative Expressivität

Die Subskala Negative Expressivität misst mittels sechs Items, wie stark negative Emotionen wie Ärger, Angst oder Nervosität ausgedrückt werden.

Positive Expressivität

Analog zur oben beschriebenen Skala erfasst die Subskala Positive Expressivität anhand von vier Items den Ausdruck von positivem Affekterleben („*When I'm happy, my feelings show*“).

Psychometrische Aspekte

Dobbs, Sloan und Karpinski (2007) finden in einer Validierungsstudie einen Reliabilitätskoeffizient von Cronbachs $\alpha = .87$ für die Gesamtskala BEQ. Die 3-Faktorenstruktur, die Gross und John konstatieren, konnte die Autorin jedoch nicht replizieren. Sie diskutiert wie bereits andere Autoren (Trierweiler, Eid & Lischetzke, 2002) die Vorteile der Erfassung von Emotionaler Expressivität mit Bezug auf den Ausdruck konkreter Emotionen (z.B. Ärger, Scham) in einem emotionsspezifischen Ansatz im Vergleich zur valenzspezifischen Erfassung der Emotionsexpressivität. Insbesondere die Emotionen Scham und Ärger würden über einen allgemeineren, valenzspezifischen Ansatz nicht ausreichend erfasst (Trierweiler et al., 2002, S.1033). Der Ausdruck von Ärger und Scham unterscheidet sich deutlich vom Ausdruck anderer Emotionen, so dass eine differenziertere Erfas-

sung einer übergreifenden Erfassung überlegen sei.

Deutschsprachige Version (Mohiyeddini et al., 2008)

Mohiyeddini et al. (2008) entwickeln eine deutsche Adaptation des BEQ und finden erste Belege für die Validität und Reliabilität des übersetzten Instrumentes in ihrer Validierungsstudie. Jedoch finden sie lediglich geringe Korrelationen zwischen Fremdratings und Selbstbeurteilungen der Emotionalen Expressivität und bemängeln, dass bei einigen Items „die Anbindung an beobachtbares Verhalten“ nicht gegeben ist (z. B. BEQ_{11} „Ich habe starke Gefühle“ oder BEQ_{15} „Ich erlebe meine Gefühle sehr stark“)“ (Mohiyeddini et al., 2008, p.126).

Spanischsprachige Version (Moreno & Jorge, 2006)

Eine spanischsprachige, von den Originalautoren autorisierte Version des BEQ liegt von Moreno und Jorge (2006) vor. Von den Autoren der übersetzten Version liegen jedoch keine Validierungsdaten vor. In einer gemeinsamen Studie der Doktoranden des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs wurden die übersetzten Skalen eingesetzt (Gradt et al., 2012). Dabei fanden sich für die chilenische Version gute bis akzeptable Reliabilitätskennwerte für die Gesamtskala ($\alpha=.81$) sowie für die Subskalen Positive Expressivität ($\alpha=.72$) und Impulsstärke ($\alpha=.73$). Die Alpha-Werte für die Subskala Negative Expressivität ($\alpha=.57$) legen dagegen nahe, die Reliabilität dieser Subskala zu hinterfragen und die Ergebnisse diesbezüglich mit Vorsicht zu interpretieren.

Toronto Alexithymia Scale

Zur Erfassung des Alexithymiekonstruktes hat sich international die Toronto-Alexithymia-Scale von Bagby, Parker und Taylor (1994) etabliert (Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002; Grabe & Scheidt, 2009; Ritz & Kannapin, 2000). Der Selbstbeurteilungsfragebogen umfasst 20 Items, die drei Dimensionen der Alexithymie subsumieren: Schwierigkeiten beim Identifizieren von Emotionen (DIF, Difficulty Identifying Feelings; 7 Items), Schwierigkeiten beim Beschreiben von Emotionen (DDF, Difficulty Describing Feelings; 5 Items) sowie External Orientiertes Denken (EOT, Externally oriented thinking; 8 Items). Auf einer fünf-stufigen Likertskala erfolgt eine Einschätzung, inwieweit die vorgegebenen Aussage auf die antwortende Person zutrifft (Beispiel: *Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.*).

Zur Validierung des Originalfragebogens finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Auf der einen

Seite wird die Skala nicht nur von den Autoren als psychometrisch überzeugendes Instrument eingeschätzt (vgl. Salminen, Saarijärvi & Äärelä, 1995). Andererseits finden sich insbesondere bezüglich der Reliabilität der Subskala EOT auch kritische Einschätzungen (Ritz & Kannapin, 2000; Kooiman et al., 2002), so dass die Ergebnisse dieser Skala in der vorliegenden Studie mit Vorsicht interpretiert werden sollten. Kritiker legen zudem nahe, die Heterogenität der Subskalen zu berücksichtigen und raten davon ab, die Gesamtsumme des Fragebogens als globales Alexithymiemaß zu interpretieren (Ritz & Kannapin, 2000).

Deutsche Fassung (Bach, Bach, de Zwaan, Serim & Böhmer, 1996)

Die Toronto Alexithymia Scale wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt (vgl. für einen Überblick Taylor, Bagby & Parker, 2003). Deutsche Versionen existieren von verschiedenen Autoren (Ritz, 1994; Bach et al., 1996; Erni, Lätscher & Modestin, 1997; Kupfer, Brosig & Brähler, 2000). Für die vorliegende Studie wurde nach Rücksprache mit und auf Empfehlung von Graeme Taylor, dem Autor der Originalversion der TAS, die Version von Bach et al. (1996) ausgewählt, da diese eine hohe Vergleichbarkeit zur Originalfassung bietet und bezüglich der Testgütekriterien am ehesten überzeugen kann. Die deutsche Version umfasst 20 Items und besteht aus drei Subskalen. Die dreifaktorielle Struktur des Fragebogens gleicht derjenigen des englischen Originalfragebogens (Bach et al., 1996).

Psychometrische Eigenschaften

Eine Validierung an einer nichtklinischen Stichprobe von 306 erwachsenen Personen sowie an einer klinischen Stichprobe mit 101 psychiatrischen Patienten seitens Bach et al. (1996) ergab mit α -Koeffizienten zwischen .70 und .79 hinreichende Konsistenzwerte für die Gesamtskala sowie eine zufriedenstellende Split-half- und Test-Retest-Reliabilität. Psychometrische Analysen auf der Faktorenebene replizieren die Ergebnisse von Validierungsstudien zur englischen Originalversion (vgl. Kooiman et al., 2002): für den ersten Faktor „Schwierigkeit bei der Identifizierung von Gefühlen und bei der Diskriminierung körperlicher Sensationen“ (Cronbachs $\alpha = .72$) sowie für den zweiten Faktor „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ (Cronbachs $\alpha = .66$) finden sich zufriedenstellende bis hohe innere Konsistenzen. Als kritisch ist dagegen der dritte Faktor „Extern orientiertes Denken“ bezüglich der inneren Konsistenz mit einem Cronbachs α von lediglich .55 einzuschätzen. Die klinische Validität und Relevanz der Gesamtskala sowie

der einzelnen Subskalen wird durch signifikant höhere Alexithymiewerte von psychiatrischen Patienten im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe gestützt (Bach et al., 1996). Signifikante Korrelationen zu konstrukt-relevanten Skalen wie dem Whiteley-Index zum Ausmaß hypochondrischer Beschwerden (Pilowsky, 1967) sowie zu verschiedenen Subskalen der SCL-90-R (Derogatis, 1977) geben Hinweise auf die konvergente Validität der deutschen Fragebogenversion.

Chilenische Fassung (Fernández-Jiménez et al., 2013)

Es existieren diverse spanischsprachige Versionen der TAS (Martínez Sánchez, 1996; Pérez-Rincón et al., 1997; Loïselle & Cossette, 2001). Eine Chilenische Fassung der Toronto Alexithymia Scale wurde der Autorin von Prof. Graeme Taylor zur Verfügung gestellt. Sie basiert auf einer spanischen Übersetzung durch Professor María Ángeles Pérez San Gregorio (Universität von Seville, Spanien) und wurde für die Nutzung in Chile leicht angepasst. Die Rückübersetzung wurde von Prof. Taylor und Dr. Michael Bagby, den Originalautoren der TAS geprüft und anerkannt.

Psychometrische Eigenschaften

Für die chilenische Version des Fragebogens existiert bisher lediglich eine Validierungsstudie, die sich auf eine Stichprobe von Patienten mit Multipler Sklerose beschränkt Fernández-Jiménez et al. (2013). In der Studie finden sich zufriedenstellende bis gute Kennwerte für die interne Konsistenz der Skalen DIF und DDF mit Alpha Koeffizienten von .87 für DIF sowie .72 für die Subskala DDF. Cronbachs α lag für die Subskala EOT lediglich bei .67 und bestätigt damit oben beschriebene Kritik an dieser Subskala. Fernández-Jiménez et al. (2013) entgegnen jedoch, dass die Mean Inter-Item Correlations (MIC), die die Autoren für einen zuverlässigeren Kohärenzwert einer Skala halten, mit .20 für die EOT noch im optimalen Bereich liegen. Die Autoren konnten zudem in der klinischen Stichprobe die vom Originalautor konstatierte 3-faktorielle Struktur mit den Subskalen DIF, DDF und EOT abbilden.

5.2.4.4 Körperfragebogen

Es existieren zahlreiche Instrumente zur Erfassung des Körpererlebens (vgl. für einen Überblick Mehling et al., 2009). Viele Instrumente fokussieren die Erfassung des Körperbildes oder die Bewertung der Körperzufriedenheit (Clement & Löwe, 1996; Strauß & Richter-Appelt, 1996).

Andere sind mit über sechzig Items im Fragebogenpaket sehr umfangreich (vgl. z.B. Deusinger, 2009). Nach einem Review diverser Selbstbeurteilungsinstrumente wurden mit der Scale of Body Connection (SBC) von Price und Thompson (2007) und der Body Disconnect Scale (BDS) von Broccoli (2008) ein klassischer Fragebogen im Likertskalenformat sowie eine visuelle Skala ausgewählt, da diese am ehesten die zentralen Aspekte der Analyse in dieser Arbeit - das Körperbewusstsein und die Integration von Körper und Selbst - abbilden.

Scale of Body Connection (SBC)

Der Fragebogen umfasst zwanzig Aussagen zur Körperwahrnehmung sowie eine fünf-stufige Likert-Skala, auf welcher die Teilnehmer einschätzen sollen, inwieweit die Aussagen (z.B. *„Ich bemerke, dass mein Atem flach wird, wenn ich nervös bin.“*) auf sie zutreffen. Dabei sollen sie sich darauf beziehen, wie sie sich in den letzten zwei Monaten in der Regel gefühlt haben.

Das Instrument umfasst zwei voneinander unabhängige Subskalen. Die erste Skala erfasst mit zwölf Items das Körperbewusstsein; die Skala soll abbilden, inwieweit der Proband dazu neigt, seine Aufmerksamkeit bewusst auf sensorischen Reize des Körpers zu richten, die Hinweise auf das körperliche Befinden geben (z.B. auf Anspannung, Nervosität, körperliche Ausgeglichenheit). Die zweite Subskala erfasst mittels acht Items die Neigung zur körperlichen Dissoziation. Sie bildet ab, wie stark die Person sich mit dem eigenen Körper verbunden oder sich von diesem abgetrennt fühlt.

Der Fragebogen wurde von den Autoren des Instrumentes an einer umfangreichen studentischen Stichprobe validiert. Die Validierung erbrachte Hinweise auf die diskriminante Validität der Subskala „Körperdissoziation“ in einer Teilstichprobe von Personen mit traumatischen Erfahrungen. Hier ergaben sich auch Hinweise auf überzeugende interne Reliabilitäten der beiden Subskalen mit Cronbachs $\alpha=.83$ für die Subskala „*Körperbewusstsein*“ und $\alpha=.78$ für die Subskala „*Körperdissoziation*“. In einer weiteren Studie mit Patientinnen, die sich in Behandlung für Substanzmissbrauch befanden, lagen die Reliabilitätskoeffizienten ebenfalls in einem akzeptablen Bereich bei $\alpha=.78$ (Skala Körperbewusstsein) und $\alpha=.74$ (Skala Körperdissoziation)(Price, Wells, Donovan & Rue, 2012).

Mehling et al. (2009) bewerten in einem umfassenden Review zu Selbstbeurteilungsinstrumenten zur Erfassung von Körperbewusstsein die SBC als Instrument, das mit hoher Validität, systematischer Testentwicklung und guter Reliabilität überzeugen kann. Es gehört zudem zu den wenigen

Instrumenten in der Übersicht der Autoren, welches differenziert mehrere Dimensionen des Körperbewusstseins abbildet (Mehling et al., 2009). Validierungsstudien, die die Selbsteinschätzung der Körperbewusstheit mit objektiven Messmethoden zum Beispiel einer Herzfrequenzmessung abgleichen, stehen jedoch für alle im Review berücksichtigten Instrumente noch aus.

Übersetzung des Instrumentes

Da weder eine spanischsprachige noch eine deutschsprachige Version des Instrumentes vorlagen, erfolgte nach Rücksprache mit und Erlaubnis durch die Originalautorin eine Übersetzung gemäß der gängigen Standards für Testübersetzungen (vgl. van de Vijver & Hambleton, 1996; Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; Hambleton & Zenisky, 2011).

Erarbeitung einer deutschen Version

Die deutsche Übersetzung erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Universität Duisburg-Essen, Kliniken Essen-Mitte (Dipl.-Psych. Romy Lauche). Dabei leistete die Autorin der vorliegende Studie die Organisation zweier Übersetzungen in die Zielsprache (Forward Translations vom Englischen Original ins Deutsche), die Erarbeitung einer Synthese dieser zwei Übersetzungen sowie zwei Rückübersetzungen in die Ausgangssprache (Back Translations). Die Übersetzungen ins Deutsche wurden von der Autorin selbst sowie von einer Anglistikstudentin der Universität Heidelberg mit Erfahrungen in professionellen Übersetzungen (Julia Klein) vorgenommen. In Zusammenarbeit mit Julia Klein wurde auch die Synthese der zwei Übersetzungen erarbeitet. Die Rückübersetzungen erfolgten durch eine amerikanisch-deutsche, bilinguale Ethnologin (Elisa Kohl-Garrity), sowie durch einen britisch-deutschen bilingualen Studenten (Oliver Paine). Inkongruenzen zwischen der deutschen Version und der Originalversion, die sich bei den Rückübersetzungen zeigten, wurden in einem weiteren Schritt mit kleineren Änderungen in der deutschen Version angeglichen. In einem letzten Schritt erfolgte eine Evaluation der letzten Version. Dazu wurden zehn Personen, die sowohl fließend deutsch als auch fließend englisch sprechen, in einem Onlinefragebogen, in dem die Originalitems den übersetzten deutschen Items gegenübergestellt wurden, gebeten, auf einer Likert-Skala von „1= überhaupt nicht“ bis „5= sehr gut“ zu bewerten, inwieweit die Übersetzung dem Original entspricht. Die Evaluation ergab eine zufriedenstellende Bewertung der übersetzten Items mit der geringsten Übereinstimmung ($\bar{x}=4,0$) für das Item „Während sexueller Aktivität bin ich mir meiner innerkörperlichen Empfindungen

bewusst.“ sowie der höchsten Übereinstimmung ($\bar{x}=5,0$) für die Instruktion sowie für die Items 11 und 13.

Erarbeitung der chilenischen Version

Die Übersetzungen der Originalversion ins Chilenische erfolgte durch eine biliniguale chilenisch-amerikanische Teilnehmerin des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs (Pamela Lilian San Cristobal Alcantara) sowie durch eine weitere bilinguale US-Amerikanische Chilenin. Analog zum Vorgehen in Deutschland wurde aus den beiden Übersetzungen zunächst eine Konsensversion erarbeitet. Eine Rückübersetzung ins Englische, welche von einem über das Projekt und den Inhalt des Fragebogens nicht vorinformierten US-Amerikaner mit fließenden Südamerikanisch-Kenntnissen realisiert werden konnte, ergab eine überzeugende Übereinstimmung zum Originalfragebogen. Eine Arbeitsgruppe aus Spanien und Mexiko, die - auf Rückfrage nach einer spanischen Version des SBC bei der Originalautorin - die oben genannte Übersetzung erhielt, realisierte eine Validierungsstudie zum übersetzten Instrument (del C. Quezada-Berumen, González-Ramírez, Cebolla, Soler & Garcia-Campayo, 2014). Dabei konnte die 2-faktorielle Struktur der Originalversion abgebildet werden und es fanden sich ähnliche psychometrische Kennwerte. Die Überlegenheit der Skala Körperbewusstsein bezüglich der Reliabilität fand sich auch in der spanischen Version. Die Gesamtskala konnte mit einer guten Retest-Reliabilität und Belegen für eine gute Konstruktvalidität überzeugen (del C. Quezada-Berumen et al., 2014).

Body Disconnect Scale (Broccoli)

Als Ergänzung zum Self-Report Fragebogen im klassischen Likert Skalenformat diente die visuelle Body Disconnect Scale (BDS) von Broccoli (2008). Die Skala stellt eine Adaption der IOS-Skala von Aron et al. (1992) dar (Für eine ausführlichere Beschreibung siehe Abschnitt „Kulturvariablen“). Anhand von acht Venn-Diagrammen mit zunehmenden Überschneidungsflächen, von denen jeweils ein Kreis das Selbst sowie ein weiterer Kreis den eigenen Körper darstellt, quantifiziert die BDS die empfundene Verbindung zwischen dem Selbst und dem Körper. Bei der Auswertung werden den jeweiligen Diagrammen Werte zwischen „8“ und „1“ zugeordnet. Dabei entspricht das erste Kreispaar einem Wert von „8“ und der letzte Kreis mit einer hundertprozentigen Überschneidung der beiden Kreise einer „1“. Dementsprechend bildet ein hoher Wert eine hohe

Körperdissoziation und ein niedriger Wert eine hohe Körperintegration ab.

In einem nachfolgenden offenen Item wird der Proband aufgefordert, seine Auswahl zu begründen (*Warum haben Sie sich für diese Abbildung entschieden? Bitte erklären Sie Ihre Auswahl so gut wie möglich.*).

Psychometrische Eigenschaften

Die Originalautorin der BDS findet in einer Validierung mit Psychologiestudenten Belege für die konkurrente und diskriminante Validität des Instrumentes: Es zeigten sich erwartungsgemäße Korrelationen mit anderen körperbezogenen Instrumenten, jedoch keine Zusammenhänge zu einer Familienversion der IOS Skala, die zur Überprüfung der diskriminanten Validität eingesetzt wurde (Broccoli, 2008). Es zeigte sich zudem, dass die Skala unabhängig von sozialer Erwünschtheit beantwortet wird (Broccoli, 2008, S.31). Auch die Analyse der qualitativen Antworten auf die offene Frage des Instrumentes ergab Hinweise auf die Validität des Instrumentes: Zur Begründung des gewählten Diagrammes gaben die Probanden insbesondere Antworten aus den Bereichen „Comfort level“ („Sich Wohlfühlen mit dem eigenen Körper“; z.B. „I am fairly comfortable with my physical body“) sowie „Connectedness“ („Verbundenheitsgefühl zum Körper“; z.B. „I circled it because I do not feel connected with my physical body at all.“) (Broccoli, 2008, S.32).

In einer Vorstudie ergab sich zudem eine überzeugende Retest-Reliabilität ($r=.91$) für die BDS-Skala (Broccoli, 2008, S.25).

Deutsche und Chilenische Version

Da das Instrument überwiegend aus einer visuellen Skala besteht, war lediglich eine Übersetzung der Instruktion sowie der Bezeichnungen der Kreisdiagramme („Me“ „My Body“) nötig. Die Übersetzungen ins Spanische erfolgten durch einen Chilenen, der seit einigen Jahren in Deutschland lebt und über ein hohes deutsches Sprachlevel verfügt. Die Übersetzung ins Deutsche erfolgten durch eine bilinguale Deutsch-Amerikanerin. Nach gängigen Übersetzungsstandards erfolgten zudem Rückübersetzungen, die eine ausreichende Übereinstimmung mit der Originalversion ergaben.

5.2.4.5 Kontrollvariablen

Um mögliche Einflüsse von weiteren Variablen auf das Körpererleben zu erfassen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang zur Fragestellung stehen, wurden neben den oben beschriebenen Variablen folgende Aspekte erfasst: Größe, Gewicht, Body Mass Index, aktuell bestehende körperliche Beeinträchtigung durch eine chronische oder akute Krankheit, körperliche Behinderung. Darüber hinaus wurden anhand des Traumascreeningfragebogens des Essener Trauma Inventar (ETI) (Tagay et al., 2007) mögliche traumatische Erfahrungen abgefragt. Zur Erfassung der durchschnittlichen Bewegungs- und Sportaktivität kam zudem der BSA-Fragebogen (Fuchs, 2012) zum Einsatz. Von beiden Instrumenten lag jeweils eine deutsch-sprachige Version vor. Eine Übersetzung ins Chilenische erfolgte gemäß der gängigen Übersetzungsstandards und nach Einwilligung der Originalautoren.

5.2.5 Datenaufbereitung und Auswertungsmethoden

Die statistische Datenaufbereitung und -analyse erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS für Windows, Version 22. Die der Datenauswertung vorangehende Aufbereitung umfasste die Datenbereinigung (mit Identifikation und Korrektur von gegebenenfalls falsch eingegebenen Werten sowie der Identifikation von fehlenden Werten) und Datentransformation (Rekodieren von negativ gepolten Items, Berechnung von Skalenmittel- und summenwerten). Zunächst wurde ein Filter erstellt, über die nur diejenigen Probandendaten eingeschlossen wurden, die die Einschlusskriterien zur Kulturzugehörigkeit erfüllten (Eigenes Geburtsland sowie Herkunftsland des Vaters und der Mutter: Chile respektive Deutschland; Muttersprache: chilenisch respektive deutsch sowie Nationalität gemäß Personalausweis: chilenisch respektive deutsch). Darüber hinaus wurden über einen weiteren Filter diejenigen Fälle ausgeschlossen, bei denen zu einem oder mehreren Fragebögen mehr als 24 Prozent der Items unbeantwortet waren.

Ausschluss von unvollständigen Datensätzen in der Gesamtstichprobe

Von insgesamt 171 Teilnehmern der Online-Studie in Deutschland wurden 29 Fälle gelöscht, da diese die Befragung unvollständig abschlossen, das heißt die Online-Studie abbrachen, bevor sie zum letzten Fragebogen gelangten. Auf deutscher Seite lagen zudem 11 vollständig ausgefüllte Paper-Pencil Versionen der Fragebogenstudie vor, so dass die deutsche nicht-klinische Stichprobe

153 komplette Fälle umfasst. An der Online-Studie in Chile nahmen 117 Personen teil. Davon waren lediglich 64 Fälle komplett abgeschlossen und wurden in den Datensatz aufgenommen.

5.2.5.1 Prüfung und Ausschluss gemäß der Kriterien zur Kulturzugehörigkeit

In der deutschen Stichprobe wurden zudem 30 Fälle, in der chilenischen Stichprobe 15 Fälle gelöscht, da die Kriterien für die kulturelle Zuordnung nicht vollständig erfüllt wurden. Nach der oben beschriebenen Bereinigung umfasste der Gesamtdatensatz zur Teilstudie Körpererleben insgesamt 230 Datensätze (Nicht-klinische Stichprobe: 128 deutsche, 54 chilenische Teilnehmer; klinische Stichprobe: 10 chilenische sowie 38 deutsche Teilnehmer).

5.2.5.2 Einteilung in eine non-depressive und eine depressive Teilstichprobe

Eine Einteilung in eine depressive sowie eine non-depressive Teilstichprobe wurde wie folgt realisiert: Die Teilnehmer der klinischen Stichprobe (stationär depressive Patienten) wurden der depressiven Teilstichprobe zugeordnet. Darüber hinaus wurde die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung mittels des CES-D Wertes auf subklinische Ausprägungen einer Depression gescreent. Personen mit einem CES-D Summenwert von mindestens 16 wurden zur depressiven Teilstichprobe zugeordnet. Der Einschluss von depressiven Personen aus der Allgemeinbevölkerung war insbesondere deswegen nötig, da trotz erheblichen Aufwandes im Hospital Salvador nur eine sehr kleine klinische Stichprobe rekrutiert werden konnte.

5.2.5.3 Analyse von und Umgang mit fehlenden Werten

Nach dem oben beschriebenen Ausschluss von unvollständig abgeschlossenen Datensätzen und Datensätzen, die die Kriterien für die kulturelle Zuordnung nicht vollständig erfüllten, wurde eine Analyse der fehlenden Werte vorgenommen. Daraufhin musste von der Klinischen Stichprobe in Deutschland ein weiterer Fall ausgeschlossen werden, da der Datensatz zu viele fehlende Werte aufwies (mehr als 24 % in mindestens einem Fragebogen).

Innerhalb der abhängigen Variablen lagen mit Ausnahme der TAS nur wenige Fälle mit fehlenden Werten vor (zwischen 0,4 % (beim BEQ) und 2,6 % (beim CES-D)). Lediglich bei der Toronto Alexithymia Scale fehlten in 7,8 % der Datensätze ein bis drei Antworten. Eine

Analyse der fehlenden Werte erfolgte über den Little's MCAR-Test. Dieser war nicht signifikant $\chi^2(9518)=9618.3$, $p=.23$ und legt damit nahe, dass die fehlenden Daten unsystematisch und unabhängig von anderen Variablen auftreten (Little, 1988). Fehlende Werte wurden innerhalb der Statistik Software SPSS 22.0 mittels multipler Imputation ersetzt. Bei Erfüllung der MCAR-Bedingung gilt dieses Vorgehen als angemessen (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010; Sterne et al., 2009).

Umgang mit möglichen konfundierenden Kovariaten - Statistisches Matching mittels Propensity Score Methode

Ein Problem der kulturvergleichenden psychologischen Forschung ist, dass in der Regel auf ein quasiexperimentelles Design zurückgegriffen werden muss. Der Königsweg einer Zufallsverteilung auf eine Experimental- und eine Kontrollgruppe ist nicht umsetzbar, da einzelne Personen nicht zufällig verschiedenen Kulturen zugeordnet werden können (van de Vijver & Matsumoto, 2011). Aufgrund von Kontext- oder Störvariablen, die mit dieser Beschränkung einhergehen können, ist die Äquivalenz der Stichproben häufig mangelhaft und die Validität der darauf basierenden Datenanalysen gefährdet (van de Vijver & Leung, 2011).

Um den Einfluss von möglichen konfundierenden Kovariaten auf die abhängige Variable zu kontrollieren wurde ein Matching der Stichproben realisiert. Ziel des statistischen Matching ist es, statistische Zwillingspaare zu finden, die sich auf den zu kontrollierenden Störvariablen nicht oder nur in geringem Ausmaß unterscheiden. Das Matching von Stichproben gilt in der sozialwissenschaftlichen Forschung bereits seit über 30 Jahren als eine der robustesten Methoden, um Verzerrungen in der Datenanalyse zu kontrollieren, die auf Unterschieden in konfundierenden Variablen in den Stichproben basieren (Rosenbaum & Rubin, 1985; Harder, Stuart & Anthony, 2010).

Die Analyse erfolgte über die Statistik Software (SPSS, Version 22) sowie über ein ergänzendes Programm („psmatching“), welches ein Matchingverfahren innerhalb SPSS ermöglicht (Thoemmes & Liao, 2011) und auf etablierten Programmen innerhalb der Software „R“ basiert (Ho & Imai, 2007; Ho, Imai, King & Stuart, 2007; Hansen, 2004; Hansen & Bowers, 2008).

Bevor man das statistische Matching umsetzen kann, ist eine Entscheidung bezüglich der Auswahl der zu kontrollierenden Kovariaten sowie bezüglich des Matching-Algorithmus erforderlich.

Auswahl der zu kontrollierenden Kovariaten

Neben der Kontrolle der soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Einkommen) wurden aufgrund von theoretischen Vorüberlegungen folgende zu kontrollierende Variablen in die Matching Analyse aufgenommen, von denen anzunehmen ist, dass ein Zusammenhang mit dem Körpererleben besteht: Body Mass Index (BMI), Traumatische Erfahrungen, Ausmaß sportlicher Aktivität, körperliche Beeinträchtigungen (akut, chronisch) oder Vorliegen einer körperlichen Behinderung. Dies entspricht den Empfehlungen verschiedener Autoren (Bacher, 2002; Thoemmes & Liao, 2011). Außerdem wurde die Depressivität (in Form des Gesamtscores des CES-D) als Variable mit in das Propensity Matching aufgenommen, um zu verhindern, dass die chilenische respektive die deutsche Stichprobe sich hinsichtlich der Depressivität unterscheiden und mögliche Unterschiede im Körpererleben auf diese Unterschiede zurückgeführt werden könnten.

Auswahl des Matching Verfahrens und der Modalitäten des Matching-Algorithmus

Die Bildung der statistischen Zwillingspaare basiert auf der Messung von Ähnlichkeiten zwischen einzelnen Fällen in den beiden Datensätzen. Diese Messung kann mittels zwei verschiedener Methoden erfolgen: Der Propensity Score Methode sowie der Distanzmethoden (Bacher, 2002). Für die folgende Studie wurde die Auswahl anhand der Propensity Score Methode gewählt, da diese zu den etablierteren Methoden gehört (Bacher, 2002, S.51) und ihre Umsetzung mittels Plug-Ins innerhalb der Statistiksoftware SPSS realisierbar ist. Die Propensity Score Methode basiert auf einer logistischen Regression oder einer Probit Regression, in welcher die ausgewählten (konfundierenden) Kovariaten als Prädiktoren und die Gruppenzugehörigkeit als abhängige Variable fungieren. Für jeden einzelnen Fall wird in jeder Gruppe angesichts der Ausprägung der Kovariaten berechnet, wie wahrscheinlich die Person einer bestimmte Gruppe angehört (z.B. Experimental- vs. Kontrollgruppe). Die Wahrscheinlichkeit wird im „Propensity Score“ abgebildet. Anhand der Propensity Scores wird im Anschluss jedem Fall der „Experimentalgruppe“ ein Fall mit ähnlich hohem Propensity Score der „Kontrollgruppe“ zugeordnet, so dass die Ausprägungen auf den Kovariaten zwischen den Gruppen ausbalanciert sind.

In der Analyse der vorliegenden Arbeit wurde ein Matching mittels logistischer Regression ausgewählt, da andere Verfahren eine Mindestgröße der Stichproben voraussetzen, die nicht gegeben war (Long, 1997). Die Zuordnung der Fallpaare erfolgte über das „Nearest Neighbour Matching-

Verfahren“, bei dem einem Fall derjenigen Fall aus der anderen Gruppe zugeordnet ist, der die höchste Ähnlichkeit im Propensity Score aufweist. Um ausreichend gute Übereinstimmungen zu gewährleisten wurde zudem bestimmt, wie hoch die maximale Differenz (Caliper) zwischen den einander zugeordneten Fällen betragen darf ($c = .2$). Zudem wurde aufgrund der erheblich größeren deutschen Stichprobe die Option ausgewählt, dass ein einzelner Fall der kleineren chilenischen Stichprobe mehreren Fällen der deutschen Stichprobe zugeordnet werden darf („Ratio-Matching“; vgl. dazu Ming und Rosenbaum (2000)).

Balance Assessment

Zur Evaluation des Matchings, das heißt, um zu beurteilen, ob ausreichend ähnliche statistische Zwillingspaare gebildet wurden und der Einfluss von Störvariablen damit reduziert ist, existieren diverse Testverfahren und statistische Schätzwerte.

Zunächst können die standardisierten Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching betrachtet werden. Nach dem Matching sollten diese nahe Null sein. Auch ein Vergleich der Propensity Scores vor und nach dem Matching bietet einen Anhaltspunkt, um zu beurteilen, ob ein ausbalanciertes Matching erreicht wurde. Das Programm „psmatching“ bietet außerdem die Möglichkeit, zur Evaluation des Matching verschiedene Diagramme ausgeben zu lassen, die die Prä- und Post-Matching Verteilungen der Propensity Scores und der standardisierten Mittelwertsdifferenzen visualisieren und damit eine Einschätzung des Matching-Erfolgs erleichtern. In der vorliegenden Arbeit wurden zudem zur Beurteilung der Übereinstimmungen der multivariate L1-Test von Iacus, King und Porro (2011) herangezogen. Der Schätzwert des L1-Tests sollte im Post-Matching Datensatz geringer ausfallen als vor dem Matching (Thoemmes & Liao, 2011).

Matching zwischen Deutschen und Chilenen der non-depressiven Stichprobe

Fälle, für die es keinen bezüglich der definierten Störvariablen vergleichbaren Fall in der jeweils anderen Gruppe gab, wurden ausgeschlossen: Aus der non-depressiven Stichprobe wurden von 75 deutschen Teilnehmern 49 Probanden sowie von 34 chilenischen Teilnehmern 29 Probanden beim Matching berücksichtigt. Im Anschluss wurde die Symmetrie der deutschen und chilenischen Stichprobe anhand diverser Maße überprüft (Balance Assessment). Zunächst wurde anhand der standardisierten Mittelwertsdifferenzen für jede einzelne Kovariate, sowie für Interaktionen zwischen allen Kovariaten geprüft, ob ein ausgeglichenes Matching erreicht wurde. Für keine

Kovariate, sowie für keine Interaktion ergab sich eine standardisierte Mittelwertsdifferenz von $|d| > .25$, womit ein erster Hinweis auf ein gutes Matching gegeben ist (Thoemmes & Liao, 2011). Auch der L1-Test von Iacus et al. (2011) ergab in der Prä-Matching Stichprobe einen höheren Wert (.987) als in der Post-Matching Stichprobe (.948), was ebenfalls auf ein gutes Matching hinweist. Abbildungen 3 bis 5 zeigen Diagramme zur Übersicht der Prä- und Post-Matching Werte. Abbildung 3 zeigt ein Dotplot-Diagramm mit der Verteilung der Fälle hinsichtlich der Propensity Scores vor und nach dem Matching. Abbildung 4 stellt die Verteilung der Fälle über ein Histogramm dar. Abbildung 5 zeigt in einem Liniendiagramm die standardisierten Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching. In allen Abbildungen ist zu sehen, dass das Matching eine verbesserte Vergleichbarkeit hinsichtlich der Kovariaten erreichen konnte.¹ Tabelle 5 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der nicht-depressiven deutschen und chilenischen Stichprobe nach dem Matching.

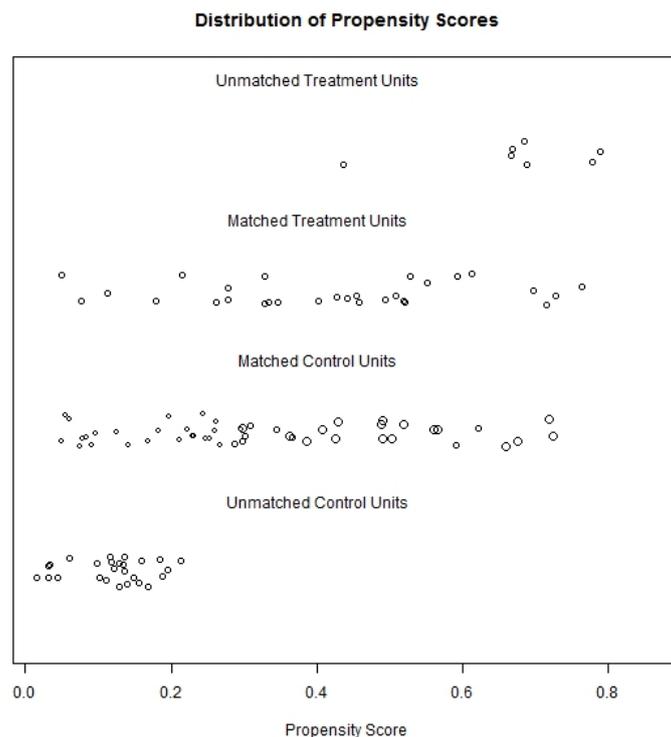


Abbildung 3: Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der non-depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe („Control“) vor und nach dem Matching

¹Die Bezeichnungen „Control“ und „Treated“ Group, die in den Abbildungen zu finden sind, sind von dem Programm „psmatching“ vorgegeben und dienen lediglich der Unterscheidung der verschiedenen Gruppen. Es handelt sich also nicht, wie die Bezeichnungen nahelegen könnten, um eine behandelte Gruppe und eine Kontrollgruppe.

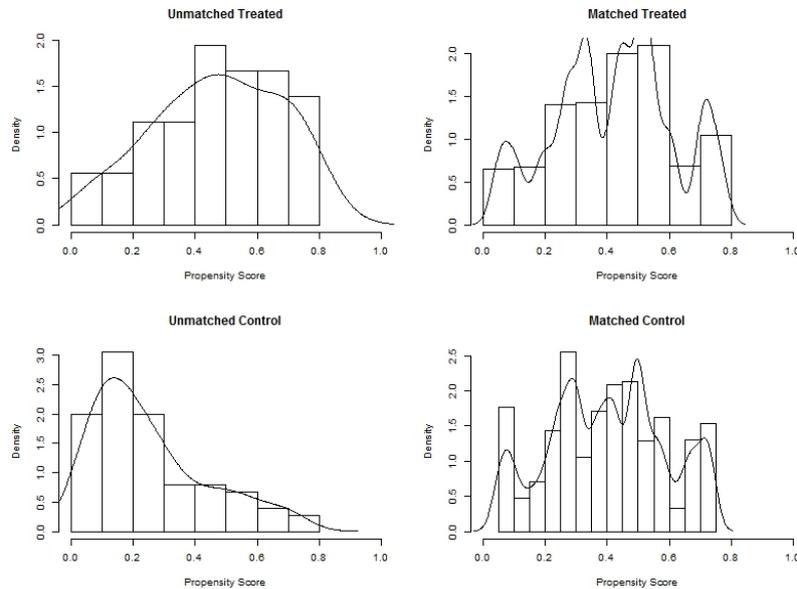


Abbildung 4: Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der non-depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe ("Control“) vor und nach dem Matching

Matching zwischen Deutschen und Chilenen der depressiven Stichprobe

Aus der depressiven Stichprobe wurden von 89 deutschen Teilnehmern 41 Probanden sowie von 28 chilenischen Teilnehmern 22 Probanden beim Matching berücksichtigt. Die Evaluation des Matching wurde analog zum Matching der non-depressiven Stichproben mittels verschiedener Maße geprüft. Der L1-Test von Iacus et al. (2011) zeigte einen unveränderten Wert in der Post-Matching Stichprobe (1.000) im Vergleich zur nicht gepaarten Stichprobe (1.000). Eine Verringerung des Wertes könnte als Hinweis auf ein gutes Matching herangezogen werden. Thoemmes und Liao (2011) weist jedoch darauf hin, dass der L1-Wert in der Regel nahe eins liegt, insbesondere dann, wenn mehrere Kovariaten im Matching berücksichtigt wurden). Daher wurden weitere Balance Assessment Werte betrachtet. Ein Vergleich der standardisierten Mittelwertsdifferenzen ergab für keine Kovariate, sowie für keine Interaktion eine standardisierte Mittelwertsdifferenz von $|d| > .25$, was auf ein ausgeglichenes Matching hinweist (Thoemmes & Liao, 2011). Auch die Diagramme zur Prüfung des Matchings weisen auf ein gutes Matching hin. Abbildungen 6 bis 8 zeigen Diagramme zur Übersicht der Prä- und Post-Matching Werte. Abbildung 6 zeigt ein Dotplot-Diagramm mit der Verteilung der Fälle hinsichtlich der Propensity Scores vor und nach dem Matching. Abbildung 7 stellt die Verteilung der Fälle über ein Histogramm dar. Abbildung

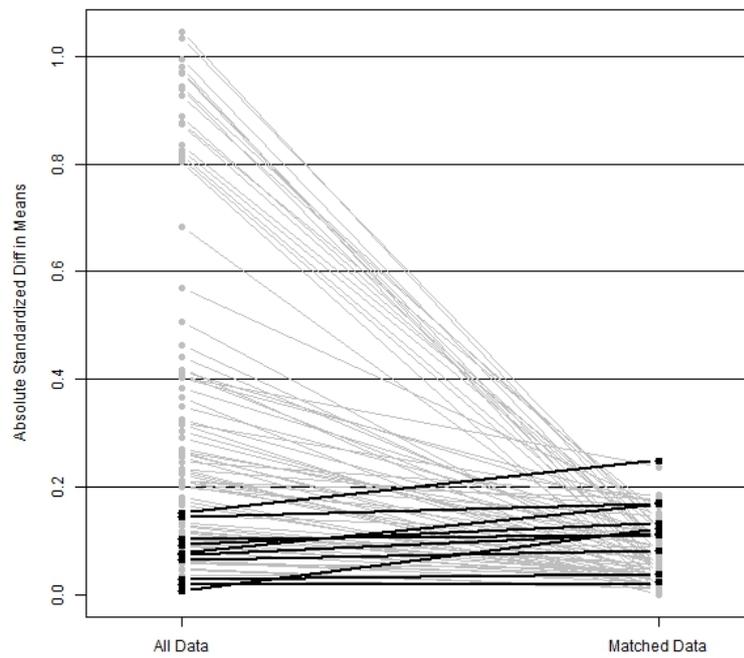


Abbildung 5: Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der non-depressiven Teilstichprobe

Tabelle 5
Deskriptive Beschreibung der non-depressiven Teilstichproben nach dem Matching

	Deutschland	Chile	Unterschiede
Stichprobengröße (<i>n</i>)	49	29	
Alter (<i>M</i> und <i>SD</i>)	37.0 (13.7)	35.3 (11.1)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Geschlecht (weiblich) (<i>n</i> (%))	29 (59.2)	18 (62.1)	χ^2 = <i>n.s.</i>
BMI (<i>M</i> und <i>SD</i>)	24.1 (4.0)	23.6 (4.4)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Bildung (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering (1)	5 (10.2)	3 (10.3)	
mittel(2)	2 (4.1)	1 (3.4)	
hoch(3)	14(28.6)	5 (17.2)	
akademisch/(4)	28(57.1)	14 (48.3)	
Familienstand (<i>n</i> (%))			χ^2 = <i>n.s.</i>
ledig	32 (65.2)	21 (72.4)	
verheiratet	17(34.8)	7 (27.6)	
Einkommen (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering	11 (22.5)	3 (10.3)	
mittel	11 (22.4)	7 (24.1)	
hoch	27 (55.1)	19 (65.5)	
CESD-D (<i>M</i> und <i>SD</i>)	9.04 (3.67)	8.69 (3.85)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>

Anmerkung. Bildung (1)=Kein Abschluss/Hauptschulabschluss/educ.incompleta/basica (2)Real-schulabschluss/educación media completa(3)Abitur/técnica(4)Hochschulabschluss/educación universitaria completa

8 zeigt in einem Liniendiagramm die standardisierten Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching.

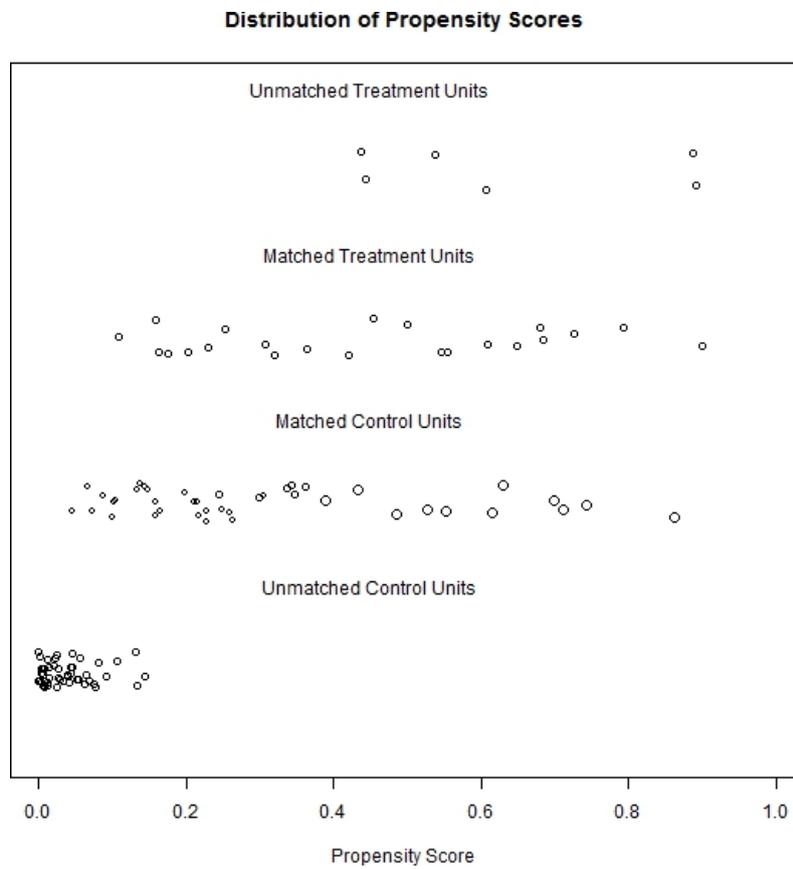


Abbildung 6: Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe („Control“) vor und nach dem Matching

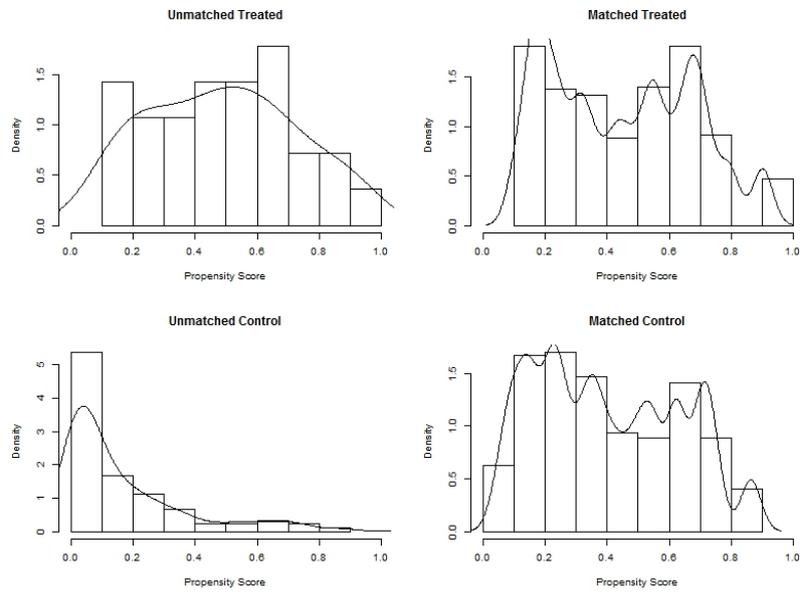


Abbildung 7: Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe („Control“) vor und nach dem Matching

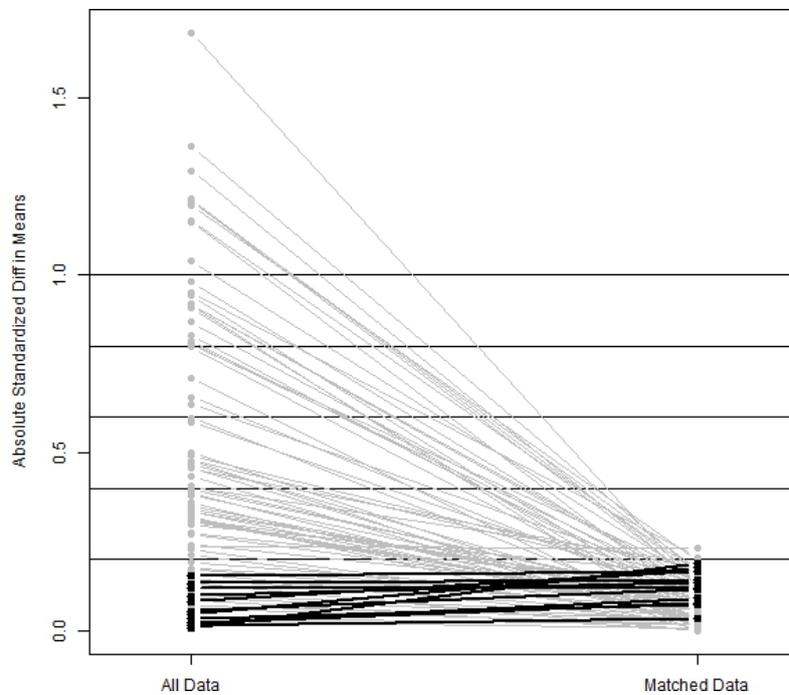


Abbildung 8: Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der depressiven Teilstichprobe

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der depressiven deutschen und chilenischen Stichprobe nach dem Matching.

Matching zwischen der depressiven und non-depressiven Stichprobe

Um bei einem Vergleich des Körpererlebens zwischen der depressiven und nicht-depressiven Stichprobe ebenfalls den Einfluss von Störvariablen zu kontrollieren, wurde zunächst getestet, auf welchen Kovariaten die Stichproben sich bedeutsam unterscheiden. Ein t-Test zwischen unabhängigen Stichproben ergab Unterschiede bezüglich der Sport- und Bewegungsaktivität. Vergleicht man die Summe der Zeit (in Minuten), in denen die Teilnehmer in den letzten vier Wochen sportlich aktiv waren, bewegten sich nicht-depressive ($M_{nondep} = 465, SD_{nondep} = 744$) - wie erwartet - deutlich mehr als depressive Teilnehmer ($M_{dep} = 107, SD_{dep} = 241$) ($t(96.284)=3.996, p<.001$). Darüber hinaus zeigten sich Unterschiede bezüglich der Verteilung des Geschlechts ($\chi^2(1, N=141)=4.92, p=.030$) und dem Vorliegen von körperlichen Behinderungen ($\chi^2(1, N=141)=5.43, p=.043$). Im Anschluss erfolgte ein Matching der depressiven und der non-depressiven Stichprobe bezüglich der bedeutsam unterschiedlichen Störvariablen Sportaktivität, Geschlecht und Vorliegen von körperlichen Behinderungen. Von 78 nicht-depressiven Teilnehmern konnten 57 im Matching berücksichtigt werden. Von den 63 depressiven Teilnehmern wurde für 45 Fälle ein statistischer Zwilling gefunden und zugeordnet. Das Balance Assessment gab mehrere Hinweise auf ein gelungenes Matching: Im L1-Test von Iacus et al. (2011) ergab sich in der Prä-Matching Stichprobe ein höherer Wert (.368) als in der Post-Matching Stichprobe (.111). Ein Vergleich der standardisierten Mittelwertsdifferenzen ergab für keine Kovariate, sowie für keine Interaktion eine standardisierte Mittelwertsdifferenz von $|d| > .25$. Auch eine Sichtprüfung der Diagramme (Abb. 9-11) ergab Hinweise auf eine deutliche Verbesserung der Vergleichbarkeit der Stichproben nach dem Matching.

Tabelle 6
Deskriptive Beschreibung der depressiven Teilstichproben nach dem Matching

	Deutschland	Chile	Unterschiede
Stichprobengröße (<i>n</i>)	41	22	
Alter (<i>M</i> und <i>SD</i>)	33.3 (12.2)	32.3 (10.8)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Geschlecht (weiblich) (<i>n</i> (%))	31 (75.6)	18 (81.8)	χ^2 = <i>n.s.</i>
BMI (<i>M</i> und <i>SD</i>)	24.1 (4.6)	24.1 (4.2)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Bildung (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>p</i> <.001
gering (1)	3 (7.3)	1 (4.5)	
mittel(2)	2 (4.9)	6 (27.3)	
hoch(3)	20(48.8)	2 (9.1)	
akademisch/(4)	16(39.0)	13 (59.1)	
Familienstand (<i>n</i> (%))			χ^2 = <i>n.s.</i>
ledig	30 (73.2)	19 (86.3)	
verheiratet	11(26.8)	3 (13.7)	
Einkommen (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering	14 (34.1)	6 (27.3)	
mittel	9 (22.0)	6 (27.3)	
hoch	18 (43.9)	10 (45.4)	
CESD-D (<i>M</i> und <i>SD</i>)	27.83 (9.25)	29.64 (11.73)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>

Anmerkung. Bildung (1)=Kein Abschluss/Hauptschulabschluss/educ.incompleta/basica (2)Real-schulabschluss/educación media completa(3)Abitur/técnica(4)Hochschulabschluss/educación universitaria completa

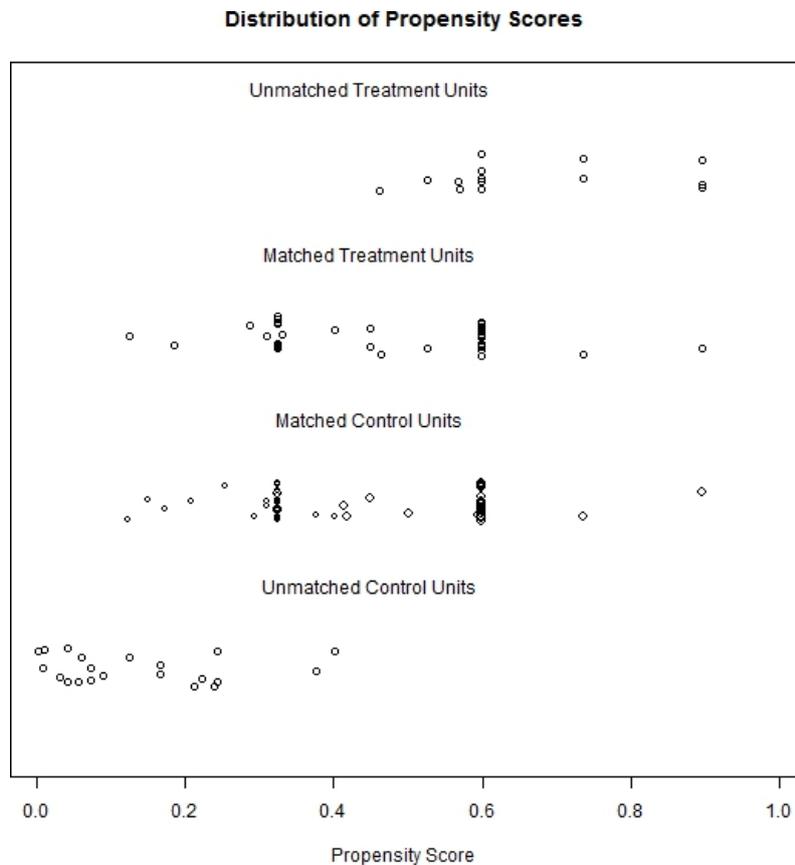


Abbildung 9: Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven („Treated“) und non-depressiven Gesamtgruppe („Control“) vor und nach dem Matching

5.2.5.4 Analyse und Korrektur von Response Styles

Da mehrere Studien nahelegen, dass sich Deutsche und Chilenen hinsichtlich ihrer Antworttendenzen, insbesondere bezüglich der Akquieszenz (ARS), Disakquieszenz (DRS) und dem Extreme Response Style (ERS) unterscheiden (vgl. Harzing, 2006; Herk et al., 2004; Hoffmann et al., 2013; Lamm & Keller, 2007; Zimmermann, 2010), wurden den Empfehlungen von Baumgartner und Steenkamp (2001) und Weijters, Schillewaert und Geuens (2008) sowie dem Vorgehen von Hoffmann et al. (2013) folgend Indikatoren für die jeweiligen Antworttendenzen (ERS, ARS, DRS) berechnet. Dazu wurden aus dem Itempool des Fragebogens zunächst Skalen gesucht, die inhaltlich möglichst unabhängig vom Körpererlebenkonstrukt sind („Heterogeneity in content“ (Baumgartner & Steenkamp, 2001, S.144).) Dies ist notwendig, um beim Herausrechnen der Fehlervarianz, die durch systematische Antworttendenzen zustande kommt, keine substantielle

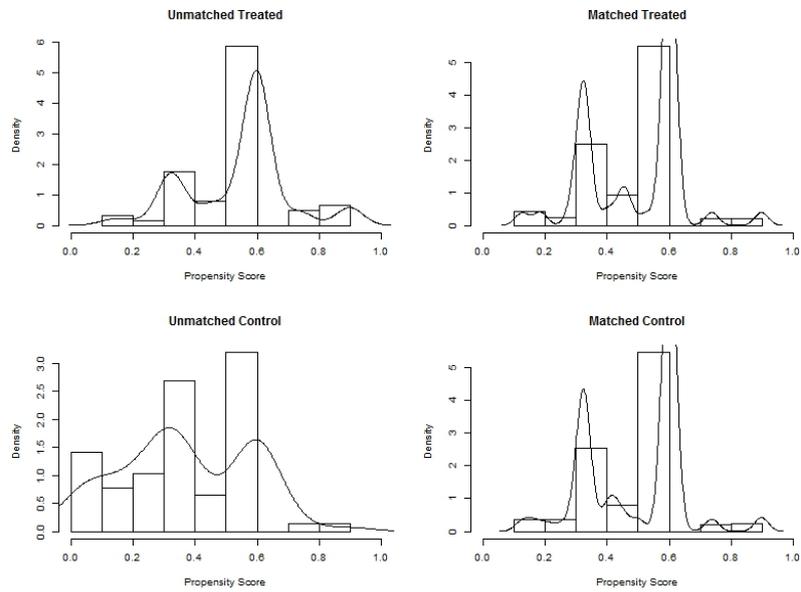


Abbildung 10: Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven („Treated“) und non-depressiven Gesamtgruppe („Control“) vor und nach dem Matching

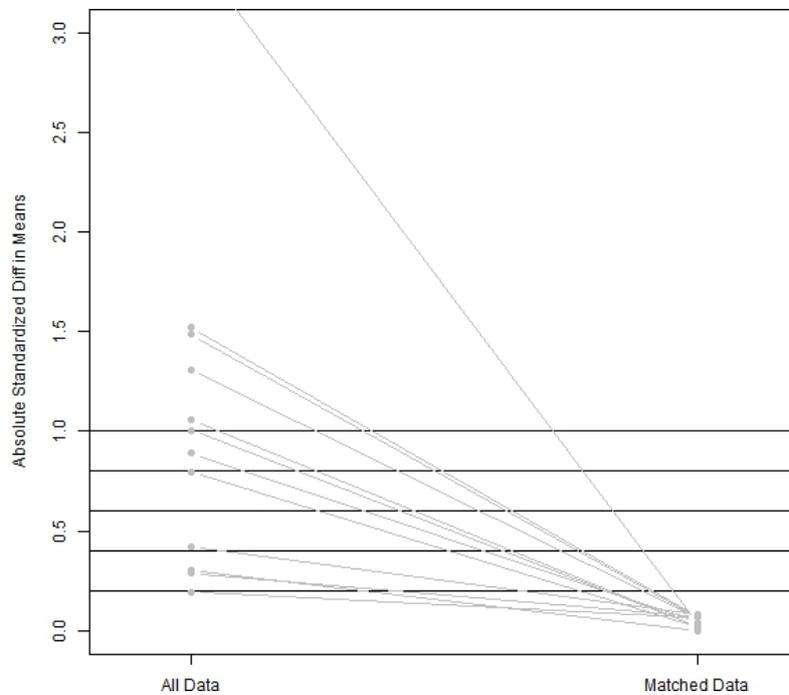


Abbildung 11: Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der Gesamtstichprobe

Tabelle 7

Deskriptive Beschreibung der Gesamtstichprobe nach dem Matching

	Non-depressive	Depressive	Unterschiede
Stichprobengröße (<i>n</i>)	57	45	
Nationalität			
Chilenisch	20	17	
Deutsch	37	28	
Alter (<i>M</i> und <i>SD</i>)	36.7 (13.1)	33.0 (13.0)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Geschlecht (weiblich) (<i>n</i> (%))	36 (63.2)	34 (75.6)	χ^2 = <i>n.s.</i>
BMI (<i>M</i> und <i>SD</i>)	24.5 (4.4)	23.5 (3.8)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Bildung (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering (1)	8 (14.1)	1 (2.2)	
mittel(2)	2 (3.5)	7 (15.6)	
hoch(3)	15(26.3)	17 (37.8)	
akademisch/(4)	32(56.1)	20 (44.4)	
Familienstand (<i>n</i> (%))			χ^2 = <i>n.s.</i>
ledig	32 (65.2)	36 (80.0)	
verheiratet	17(34.8)	9 (20.0)	
Einkommen (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering	13 (22.8)	11 (24.4)	
mittel	12 (21.0)	10 (22.3)	
hoch	32 (56.2)	24 (53.3)	
CESD-D (<i>M</i> und <i>SD</i>)	9.54 (3.57)	26.53 (8.42)	<i>p</i> <.001

Anmerkung. Bildung (1)=Kein Abschluss/Hauptschulabschluss/educ.incompleta/basica (2)Realschulabschluss/educación media completa(3)Abitur/técnica(4)Hochschulabschluss/educación universitaria completa

Tabelle 8

Formeln zum Berechnen der Indikatoren für Antworttendenzen

Response Style	Formel
Akquieszenz (ARS)	$ARS = [f(5) \times 1 + f(6) \times 2] / 2k$
Disakquieszenz (DRS)	$DRS = [f(1) \times 2 + f(2) \times 1] / 2k$
Tendenz zur Härte/Extreme Response Style (ERS)	$ERS = [f(1) + f(6)] / k$

Anmerkung. Formeln für 6-stufige Rating Skalen. $f(x)$ =Häufigkeit der Auswahl des Skalenpunktes x der 6-stufigen Skala. k = Gesamtzahl der Items. Die Tabelle wurde adaptiert übernommen aus “Do culture-dependent response styles distort substantial relationships?”, von S.Hoffmann et al., 2013, *International Business Review*, 22, S.816.

Varianz, das heißt Varianz, die auf die *wahren* Unterschiede bezüglich des Körpererlebens zurückzuführen ist, zu konfundieren. Dieses Kriterium traf inhaltlich am ehesten auf die Subskalen Macht, Konformität und Tradition des Portrait Value Questionnaire zu.

Pro Fall wurden zunächst die Häufigkeiten berechnet, mit denen jeder einzelne Teilnehmer auf der sechs-stufigen Antwortskala der PVQ-Subskalen jeweils die einzelnen Antwortstufen („1“ bis „6“) gewählt hat. Je nach Indikator (ERS, ARS, DRS) wurden die Häufigkeiten unterschiedlich gewichtet. Für die ARS wurden die Häufigkeiten der Antworten „5“ und „6“ ausgezählt und gewichtet, um daraus einen Indikator für die Zustimmungseigung zu berechnen. Für die Neigung zum ERS wurden dagegen die Häufigkeiten der Auswahl der extremen Antworten („1“ und „6“) berechnet und als Grundlage für die Berechnung des Indikators gewählt. Tabelle 4 (adaptiert übernommen von Hoffmann et al. (2013, S.816)) zeigt eine Übersicht über die Formeln zur Berechnung der Indikatoren.

Unterschiede im Response Style

Zunächst wurden für jeden einzelnen Fall die Indikatoren für Antworttendenzen berechnet. Im Anschluss wurden Mittelwerte für die chilenische sowie für die deutsche Stichprobe gebildet und Unterschiede über t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Es finden sich signifikant höhere Werte bei den chilenischen Teilnehmern bezüglich der Disakquieszenz (DRS) ($M_D = .15, SD_D = .13; M_C = .21, SD_C = .15$) ($t(226)=2.43, p \leq .05$) sowie in der Tendenz zur Härte bzw. im Extreme Response Style (ERS) ($M_D = .19, SD_D = .17; M_C = .25, SD_C = .22$) ($t(94.218)=2.17, p \leq .05$). Bezüglich der Akquieszenz (ARS) unterscheiden sich die Gruppen nicht ($t(226)=.606, n.s.$). Die Effekte der DRS ($d=.36$) und der ERS ($d=.36$) sind moderat.

Korrektur der Antworttendenzen

Die Skala SBC erscheint besonders anfällig für Verzerrungen durch ERS, ARS und DRS, da die Skalenkonstruktion keine Empfehlungen zur Verhinderung von Antworttendenzen berücksichtigt zu haben scheint: Es existieren keine negativ gepolten Items. Verschiedene Autoren (vgl. Baumgartner & Steenkamp, 2001; Johnson et al., 2010) empfehlen, eine Skala bezüglich der Formulierung von negativ und positiv gepolten Items auszubalancieren, um den Effekt von DRS und ARS zu reduzieren. Zudem umfasst der Fragebogen ein fünf-stufiges Antwortformat, welches die Wahrscheinlichkeit für ERS erhöht (Clarke III, 2000; Cronbach, 1950; Harzing et al., 2009; Hui & Triandis, 1989). Um den Einfluss der Antworttendenzen statistisch zu kontrollieren, wurde dieser aus den Konstrukten der Skala SBC mittels Multipler Linearer Regression der Subskalenwerte (Körperdissoziation, Körperbewusstsein) auf die Indikatoren der bedeutsamen Antworttendenzen (DRS und ERS) herauspartialisiert (vgl. zu diesem Vorgehen die Empfehlungen von Baumgartner & Steenkamp, 2001). Weitere Analysen erfolgten im Anschluss mit den um die Einflüsse der Response Styles bereinigten Residuen der Regression.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Vorbereitende Analysen

5.3.1.1 Prüfung der Werte auf Ausreißer

Eine Prüfung aller Skalen auf Ausreißerwerte erfolgte über eine z-Standardisierung der Skalen und fand keine Ausreißer. Als Ausreißer werden gemäß Field (2013) z-Werte $> |3.29|$ definiert.

5.3.1.2 Prüfung der Normalverteilung

Im nächsten Schritt erfolgte eine Prüfung der Normalverteilung der Skalen. Dazu wurden gemäß den Empfehlungen von (Field, 2013) der Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Sichtprüfungen der Histogramme und P-P-plots (probability-probability plots) herangezogen. Zur genaueren Beurteilung der Abweichung von der Normalverteilung wurden die Kennwerte der Kurtosis und Schiefe bei einem signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Wert z-standardisiert und überprüft, ob sie ebenfalls signifikant von einer Normalverteilung abweichen (vgl. Field, 2013). Den Empfehlungen von

(Field, 2013, S.147) folgend wurden die Normalverteilungen getrennt für die einzelnen Teilstichproben geprüft, da die Analysen Gruppenvergleiche umfassen. Tabellen 10, 11 und 12 geben einen Überblick über die Werte.

Non-depressive Stichprobe

Signifikante Abweichungen von der Normalverteilungsannahme ergaben sich bei der BDS, bei den Subskalen PVQ-Conformity, PVQ-Benevolence, bei der IOS-Skala, der TAS-Subskala TAS-DescFeel sowie bei der BEQ-Subskala zur positiven Expressivität (BEQ-pex).

Depressive Stichproben

In den depressiven Teilstichproben ergab die Prüfung der Normalverteilung signifikante Abweichungen bei der BDS, bei der Subskala PVQ-Benevolence, bei der IOS-Skala, sowie auf der CES-D Skala.

Gesamtstichprobe

In der Betrachtung der Gesamtstichprobe (Vergleich der depressiven und non-depressiven Teilstichprobe) ergaben sich Abweichungen von der Normalverteilung im Fall der SBC-BD, BDS, PVQ-SelfDir, PVQ-Conf, PVQ-Benevol, PVQ-Univers, IOS, TAS-DescFeel, TAS-IdentFeel sowie auf der Skala BEQ-pex.

5.3.1.3 Prüfung der Varianzhomogenität

Non-depressive Stichprobe - Vergleich zwischen Deutschland und Chile

Eine Verletzung der Varianzhomogenität lag auf der IOS-Skala ($F(1,55)=6.46, p<.05$) und auf der Subskala TAS-IdentFeel ($F(1,55)=4.35, p<.05$) vor.

Depressive Stichprobe - Vergleich zwischen Deutschland und Chile

Ein Levene-Test ergab signifikant unterschiedliche Varianzen auf den Subskalen TAS-DescFeel ($F(1,100)=6.31, p<.05$) und TAS-IdentFeel ($F(1,100)=13.57, p<.001$).

Tabelle 9

Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Non-depressive Stichproben)

	K-S Test	Deutschland		Chile		
		Kurtosis	Schiefe	K-S Test	Kurtosis	Schiefe
Körpererleben						
SBC-BA	.07	-.30	.27	.12	-1.05	-.06
SBC-BD	.18**	1.27	.75	.14	-1.42	-.05
BDS	.22***	.73**	1.10***	.23**	-.52**	.67***
Kulturvariablen						
PVQ						
SelfDir.	.14	.11	-.07	.16	-.38	.11
Power	.14	-.30	.50	.13	.18	-.42
Conf.	.16*	.20***	.66***	.14	3.03	1.40
Trad.	.13	-.97	-.21	.13	-.03	.14
Benev.	.20*	.10***	.49	.17	-.78	-.14
Universalism	.11	-.06	.70	.19	.43	.97
Stimul.	.14	-.06	.38	.13	-1.05	.03
Hedonism	.13	-.03	.44	.14	-1.19	.06
Achieve	.10	-.17	.20	.12	-.89	.05
Security	.12	.22	.50	.18	-.58	.52
IOS	.25***	-.37***	-.16***	.17	-.82	.03
TAS- DescFeel	.16*	.29	.90***	.17	.02	.91
TAS- IdentFeel	.11	-.42	.34	.15	-.50	.54
TAS-EOT	.13	-.70	.30	.14	-.95	.23
beq.nex	.11	-.63	.14	.17	1.58	-1.07
beq.pex	.16*	-.32	-.71***	.19	3.36	-1.60
beq.str	.07	-.13	-.26	.15	-1.04	.39
Depressivität						
CES-D	.13	-.46	-.49	.16	-1.34	.11

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabelle 10

Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Depressive Stichproben)

	K-S Test	Deutschland		Chile		
		Kurtosis	Schiefe	K-S Test	Kurtosis	Schiefe
Körpererleben						
SBC-BA	.14	-1.16	.07	.14	-.64	.07
SBC-BD	.11	.03	.44	.09	-.53	.31
BDS	.17*	-.63***	.56***	.21	-.86	.79
Kulturvariablen						
PVQ						
SelfDir.	.10	-.43	.18	.17	-1.01	.32
Power	.13	-.69	-.02	.14	.85	-.19
Conf.	.11	.10	.56	.15	1.40	-3.36
Trad.	.14	-.44	.38	.17	-1.17	.01
Benev.	.17*	-.71***	-.18***	.21*	.52	-.47***
Universalism	.12	-.52	-.01	.11	.37	.72
Stimul.	.16	-.67	-.17	.17	-.27	.46
Hedonism	.14	1.43	.53	.19	.68	1.16
Achieve	.11	-.68	.13	.13	-1.08	.12
Security	.12	-.76	-.11	.08	-.55	-.13
IOS	.29***	-.68***	-.59***	.34***	.87***	-1.22***
TAS- DescFeel	.13	.55	.61	.16	-1.40	-.06
TAS- IdentFeel	.13	1.24	.70	.15	-1.17	.06
TAS-EOT	.13	-.08	-.20	.10	-.08	.07
beq.nex	.11	.03	-.64	.13	.29	.63
beq.pex	.11	.13	-.58	.13	-1.41	-.10
beq.str	.16	2.86	-1.34	.14	-.07	-.86
Depressivität						
CES-D	.12	-.55	.31	.26**	1.05***	1.29***

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabelle 11

Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Gesamtstichprobe)

	Non-Depressive			Depressive		
	K-S Test	Kurtosis	Schiefe	K-S Test	Kurtosis	Schiefe
Körpererleben						
SBC-BA	.08	.63	.13	.10	-.89	.03
SBC-BD	.15**	-.34*	.47	.08	.01	.49
BDS	.22***	.23***	.94***	.17***	-.75***	.58***
Kulturvariablen						
PVQ						
SelfDir.	.14**	-.12***	.02***	.10	-.74	.23
Power	.10	.58	-.20	.12	.19	-.19
Conf.	.12*	.81***	.75***	.09	-.23	.17
Trad.	.11	-.49	-.16	.13	-.73	.12
Benev.	.16**	.26**	.42***	.14*	-.36***	-.28**
Universalism	.12*	.02***	.68***	.09	-.54	.23
Stimul.	.10	-.09	.22	.09	-.64	.02
Hedonism	.11	.08	.48	.14*	.63***	.72***
Achieve	.08	-.46	.04	.10	-.82	.15
Security	.10	.28	.62	.08	-.13	.17
IOS	.19***	.24***	.66***	.19***	-.64***	-.38***
TAS- DescFeel	.17**	.44***	.98***	.12	-.62	.32
TAS- IdentFeel	.12*	.13***	.63***	.12	.03	.59
TAS-EOT	.09	-.63	.29	.12	-.20	-.08
beq.nex	.09	.28	-.36	.08	.11	-.07
beq.pex	.14**	.59***	-.95***	.10	-.68	-.33
beq.str	.08	-.18	.07	.10	1.06	-.99

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Gesamtstichprobe - Vergleich zwischen Depressiven und Non-depressiven

Eine Verletzung der Varianzhomogenität lag auf der Skala BDS ($F(1,100)=7.16, p<.01$) sowie auf den Subskalen SBC-BA ($F(1,100)=6.36, p<.05$) und auf der PVQ-SelfDirection ($F(1,100)=15.69, p<.001$) vor.

5.3.1.4 Umgang mit Verletzungen der Voraussetzung für parametrische Tests

Eine Möglichkeit, mit Verletzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität umzugehen, ist eine Transformation der Daten (z.B. über Log-Transformationen oder Square Root Transformationen). Das Vorgehen ist jedoch umstritten (vgl. Games, 1984). Bortz und Lienert (2008) und Field (2013) empfehlen insbesondere bei kleineren Stichproben die Verwendung von statistischen Test, die robust gegenüber Verletzungen der Verteilungsannahmen sind. Bei Analysen, die die betroffenen Skalen umfassen, wurde daher auf non-parametrische Tests zurückgegriffen.

5.3.2 Prüfung der Hypothesen

5.3.2.1 Bestehen Unterschiede im Körpererleben zwischen Deutschen und Chilenen in einer non-depressiven Stichprobe?

Körperfragebogen (SBC)

Zur Beantwortung der Hypothesen 1² und 2³ wurden t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet.⁴ Dabei wurden die um die kulturspezifischen Antworttendenzen (ERS und DRS) bereinigten Mittelwerte der Subskalen SBC-BA (Body Awareness) sowie SBC-BD (Body Dissociation) miteinander verglichen.

Es zeigte sich ein hypothesenkonformer Haupteffekt der Länderzugehörigkeit bezüglich der ersten Hypothese: In der non-depressiven Teilstichprobe zeigten chilenische Teilnehmer ($M_C = .169, SD_C = .487$) eine höhere Ausprägung auf der Skala Körperbewusstsein als deutsche Teilnehmer ($M_D = -.062, SD_D = .526$). Dieser Unterschied ist signifikant $t(76)=-1.93$,

²H1: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung im Körperbewusstsein als die nicht-depressive deutsche Stichprobe.

³H2: Die nicht-depressive deutsche Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperdissoziation als die nicht-depressive chilenische Stichprobe.

⁴Nach Schafer und Kang (2008) können gematchte Stichproben als unabhängige Stichproben behandelt werden.

$p < .05, d = .45^5$.

Chilenen zeigten entgegen zur Annahme (H2) auch auf der Skala Körperdissoziation (SBC-BD) ($M_C = .108, SD_C = .504$) eine höhere Ausprägung als deutsche Teilnehmer ($M_D = -.025, SD_D = .396$). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($t(76)=-1.30, p > .05$).

Visuelle Skala (BDS)

Zur Testung der Gruppenunterschiede in der Körperverbundenheit⁶ wurden die Werte auf der visuellen Skala (BDS) analysiert. Die visuelle BDS-Skala bildet je nach Überschneidungsgrad der Diagramme für das Selbst sowie für den eigenen Körper, ein Körperverbundenheitserleben (hohe Überschneidung) oder ein Erleben von Körperdissoziation (isolierte Kreise) ab.

Aufgrund der nicht erfüllten Voraussetzungen der Normalverteilungsannahme wurde auf ein non-parametrisches Verfahren zurückgegriffen. Bortz und Lienert (2008) empfehlen die Durchführung eines Mediantests bei unterschiedlich großen Stichproben, da der überlichere U-Test an Schärfe verliert, wenn die Stichprobengrößen sich unterscheiden. Der Mediantest ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen auf der visuellen Skala zur Erfassung der Körperverbundenheit ($\chi^2(1)=.183, p>.05$). Dieses Ergebnis ist kongruent dazu, dass sich auf der Fragebogenskala zur Körperdissoziation (SBC-BD) keine Unterschiede fanden (s.o.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die nicht-depressiven Teilnehmer sich statistisch bedeutsam bezüglich der Subskala Körperbewusstsein voneinander unterscheiden. Chilenen zeigen eine höhere Ausprägung im Körperbewusstsein. Bezüglich der Körperdissoziation beziehungsweise des Körperverbundenheitserlebens unterscheiden sich die Gruppen nicht.

⁵Nach J. Cohen (1962) entspricht dies einem mittleren Effekt

⁶H3: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperintegration als die nicht-depressive deutsche Stichprobe

Tabelle 12
Mediantest IOS-Scale

	Nationalität	
	Deutsch	Chilenisch
IOS >Median	11	22
IOS ≤ Median	38	7

Anmerkung. Der Median der vereinten Stichproben lag bei einem Wert von 5.

5.3.2.2 Warum unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Körpererleben? Hypothesen zu kulturellen Mediatorvariablen

Interdependente Orientierung

Kulturelle Unterschiede in der Interdependenten Orientierung

Zur Testung der vierten Hypothese⁷ wurden eine Analyse der Werte der visuellen Skala IOSad sowie eine Analyse der Subskalen Tradition, Benevolence und Conformity der PVQ vorgenommen.

Visuelle Skala (Inclusion of Others in the Self Scale (IOSad))

Für die Analyse der Gruppenmittelwerte auf der visuellen Skala (IOSad) wurde - analog zum Vorgehen bei der visuellen BDS-Skala - auf ein non-parametrisches Verfahren zurückgegriffen, da die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Homogenität der Varianzen nicht erfüllt waren. Im Mediantest zeigten sich hypothesenkonform signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf der visuellen Skala zur Erfassung der interpersonellen Verbundenheit ($\chi^2(1)=21.294$, $p<.001$). Tabelle 12 zeigt die Verteilungen der Gruppen. In der chilenischen Stichprobe lagen deutlich mehr Teilnehmer über dem Median der vereinten Stichproben. Chilenische nicht-depressive Teilnehmer zeigen demnach eine höhere interpersonelle Verbundenheit als deutsche Teilnehmer.

Interdependente Orientierung in den Werten nach Schwartz (PVQ)

Zur Testung der interdependenten Orientierung gemessen über die PVQ-Ausprägungen auf den interdependent orientierten Werten Benevolence und Conformity wurden wiederum Mediantests aufgrund der nicht gegebenen Normalverteilungsvoraussetzung gerechnet. Der Empfehlung von

⁷H4: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam stärkere Ausprägung der interdependenten Orientierung als die nicht-depressive deutsche Stichprobe. H4: $\mu_C > \mu_D$

Tabelle 13

Mediantest PVQ Subskala Benevolence

	Nationalität	
	Deutsch	Chilenisch
PVQ-Benev >Median	19	19
PVQ-Benev ≤ Median	30	10

Anmerkung. Der Median der vereinten Stichproben lag bei einem Wert von -.662

Schwartz (2009) folgend wurde mit den zentrierten Werten gerechnet, die um individuelle Antworttendenzen bereinigt sind.

Es zeigten sich hypothesenkonforme Unterschiede auf der Subskala Benevolence ($\chi^2(1)=5.215$, $p<.05$), nicht jedoch bezüglich der Skala Conformity ($\chi^2(1)=.055$, $p>.05$). Tabelle 13 zeigt, dass auf der Skala Benevolence - relativ zur Stichprobengröße - deutlich mehr Teilnehmer der deutschen Stichprobe Werte unterhalb des Medians aufwiesen als in der chilenischen Stichprobe. Die Mehrheit der chilenischen Teilnehmer dagegen zeigt Ausprägungen, die über dem Median der vereinten Stichproben liegen.

Für die Analyse der Gruppenunterschiede auf der Subskala Tradition wurde ein t-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität gegeben waren. Chilenische Teilnehmer ($M_C = .969$, $SD_C = .983$) zeigen eine höhere Ausprägung auf der Skala $PVQ_{Tradition}$ als deutsche Teilnehmer ($M_D = .853$, $SD_D = .708$). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant $t(76)=-.602$ $p > .05$, $d = -.14$.

Korrelative Analysen zum Zusammenhang von interdependenter Orientierung und Körpererleben

Zur Testung der Hypothesen 5⁸, 6⁹ und 7¹⁰ wurden Korrelationsanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse werden wiederum getrennt für das visuelle Maß der interdependenten Orientierung und den Portrait Value Questionnaire (interdependente Orientierung innerhalb der Schwartz Werte) dargestellt.

⁸H5: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und dem Körperbewusstsein

⁹H6: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und der Körperdissoziation (SBC-BD)

¹⁰H7: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und der Körperverbundenheit (BDS)

Visuelle Skala (IOSad) und Körpererleben

Aufgrund der nicht erfüllten Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzenhomogenität der IOS, wurde gemäß der Empfehlung von Field (2013) der nicht-parametrische Korrelationskoeffizient Kendall's tau (τ) berechnet. Konsistent mit der Hypothese 5 fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen der interpersonellen Verbundenheit und dem Körperbewusstsein ($\tau=.12$, $p < .10$), der jedoch nur marginal statistisch signifikant war.

Die interpersonelle Verbundenheit war dagegen nicht signifikant mit der Körperdissoziation (SBC-BD) bzw. der Körperverbundenheit (BDS) korreliert (SBC-BD: $\tau=-.057$, $p > .05$; visuelle BDS-Skala: $\tau=.071$, $p > .05$), so dass die Hypothesen 6 und 7 bezüglich der Werte auf der visuellen IOS-Skala nicht bestätigt werden konnte. Zu bemerken ist jedoch, dass die Richtung des Zusammenhangs der Erwartung entsprach: Je geringer die interpersonelle Verbundenheit, desto ausgeprägter zeigte sich eine Körperdissoziation; Je höher die erlebte interpersonelle Verbundenheit, desto ausgeprägter war das Körperverbundenheitserleben.

Interdependente Orientierung in den Werten nach Schwartz (PVQ) und Körpererleben

Ein positiver Zusammenhang zwischen den PVQ-Subfaktoren und dem Körperbewusstsein (wie in H5 formuliert) fand sich nicht.

Gemäß Hypothese 6 erwarten wir einen negativen Zusammenhang zwischen den interdependenten Werten der PVQ sowie der Körperdissoziation (gemessen mit der SBC-BD Subskala). Es fanden sich Zusammenhänge in erwarteter (negativer) Richtung, die jedoch nicht statistisch bedeutsam waren.

Eine Analyse der in der visuellen Skala abgebildeten Werte zur Körperverbundenheit (BDS) zeigte einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen der BDS sowie der PVQ-Subskala Conformity, $\tau=.302$, $p < .001$, so dass Hypothese 7 teilweise bestätigt werden kann.

Zusammenfassung der Zusammenhänge zwischen Interdependenter Orientierung und Körpererleben

Ein marginal statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen interdependenter Orientierung und Körpererleben fand sich wie erwartet, wenn interdependente Orientierung mit der visuellen Skala erfasst wurde. Der Zusammenhang bildete sich dagegen nicht mit den PVQ-Subskalen ab.

Die Hypothese 5 kann daher teilweise bestätigt werden.

Bezüglich der Hypothese 6 zeigten sich hypothesenkonforme Tendenzen. Je höher die interdependente Orientierung desto niedriger war die abgebildete Körperdissoziation. Diese Richtung zeigte sich unabhängig von der Skala (IOSad oder PVQ-Skalen). Die Zusammenhänge erreichten jedoch keine statistische Bedeutsamkeit.

Zum erwarteten Zusammenhang zwischen der interdependenten Orientierung und dem Körperverbundenheitserleben zeigten sich ebenfalls hypothesenkonforme Tendenzen. Je höher die interpersonelle Verbundenheit, desto höher wurde die Körperverbundenheit eingeschätzt. Dieser Zusammenhang war jedoch lediglich gemessen mit der PVQ-Subskala Conformity statistisch signifikant. Hypothese 7 kann daher ebenfalls als teilweise bestätigt angesehen werden.

Emotionale Expressivität

Kulturelle Unterschiede in der Emotionalen Expressivität

Im nächsten Schritt wurde getestet, ob sich die Gruppen hinsichtlich der Emotionalen Expressivität unterscheiden. Das entspricht der Testung der Hypothesen 11¹¹, 12¹² und 13¹³.

Auf der Subskala BEQ-Positive Expressivität war auf Seiten der deutschen Stichprobe eine Verletzung der Normalverteilung hinsichtlich der Schiefe gegeben. Laut Bortz (2013) ist der t-Test robust, wenn eine Population normal- und eine schiefverteilt ist, sofern die Varianzen homogen sind. Da dies gegeben war, wurden Gruppenunterschiede mit einem t-Test für unabhängige Stichproben getestet.

Hypothesenkonform zeigten Chilenen ($M_C = 6.00, SD_C = 1.06$) eine bedeutsam höhere Ausprägung auf der Subskala Positive Expressivität (BEQ-Pex) als Deutsche ($M_D = 5.55, SD_D = 1.05$); ($t(76) = -1.82, p < .05$ (einseitig); $d = .43$). Hinsichtlich der negativen Expressivität und der Intensität des Emotionalen Erlebens unterscheiden sich die Gruppen nicht bedeutsam.

Zusammenhänge zwischen Emotionaler Expressivität und Körpererleben

Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität

¹¹H11: Die nicht-depressive chilenische Stichprobe zeigt eine bedeutsam stärkere Ausprägung auf der positiven emotionalen Expressivität als die nicht-depressive deutsche Stichprobe

¹²H12: Unterscheidet sich die deutsche Stichprobe signifikant von der chilenischen Stichprobe in der Expressivität von *negativen* Gefühlen?

¹³H13: Unterscheidet sich die deutsche Stichprobe signifikant von der chilenischen Stichprobe hinsichtlich der Intensität des emotionalen Erlebens?

Tabelle 14

Ergebnisse der Korrelationsanalyse zur Emotionale Expressivität und Körpererleben

	Körperbewusstsein SBC-BA	Körperdissoziation SBC-BD	Körperverbundenheit BDS (visuell)
Positive Expressivität Kendall's τ	.249**	-.128	.162*
Negative Expressivität Kendall's τ	.158*	-.098	.162*
Intensität Kendall's τ	.364**	-.027	.076

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

und dem Körperbewusstsein. Zudem finden sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen der Körperverbundenheit (gemessen mit der visuellen BDS) sowie der negativen und positiven Expressivität. Hypothesen 14¹⁴, 15¹⁵ und 16¹⁶ können daher bestätigt werden. Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Korrelationsanalyse.

Alexithymie

Kulturelle Unterschiede auf den Alexithymie-Subfaktoren

Zur explorativen Hypothese 20¹⁷ ergab sich folgendes Ergebnis: Deutsche und Chilenen unterschieden sich *nicht* auf den Subskalen der Toronto Alexithymia Scale (TAS-DescFeel: $M_C = 11.03, SD_C = 4.75, M_D = 10.35, SD_D = 3.56; t(76) = -.726, n.s.$; TAS-EOT: $M_C = 17.37, SD_C = 5.53, M_D = 17.21, SD_D = 4.22; t(76) = -.147, n.s.$; TAS-IdentFeel: $M_C = 13.62, SD_C = 5.88, M_D = 12.84, SD_D = 3.64; \chi^2(1) = .011, n.s.$).

Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Körpererleben

Konsistent mit der Hypothese 21¹⁸ fanden sich bedeutsame Zusammenhänge zwischen allen drei Subskalen der Toronto Alexithymia Scale und der Körperdissoziation. Zudem fanden sich wie

¹⁴H14: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und dem Körperbewusstsein

¹⁵H15: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und der Körperdissoziation

¹⁶H16: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalen Expressivität und der Körperverbundenheit

¹⁷H20: Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen bezüglich der Alexithymie Subskalen?

¹⁸H21: Es besteht ein bedeutsam positiver Zusammenhang zwischen den Facetten der Alexithymie sowie der Körperdissoziation.

Tabelle 15

Ergebnisse der Korrelationsanalyse zur Alexithymie und Körpererleben

		Körperbewusstsein SBC-BA	Körperdissoziation SBC-BD	Körperverbundenheit BDS (visuell)
TAS-DescFeel	Kendall's τ	-.156*	.407**	-.296**
TAS-IdentFeel	Kendall's τ	-.046	.368**	-.213**
TAS-EOT	Kendall's τ	-.208**	.185*	-.186*

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

in Hypothese 22¹⁹ angenommen bedeutsame negative Zusammenhänge zwischen den Subskalen TAS-DescFeel und TAS-EOT und dem Körperbewusstsein. Der Zusammenhang zwischen der Subskala TAS-IdentFeel und der SBC-BA war dagegen nicht signifikant. Tabelle 15 zeigt einen Überblick über die Ergebnisse.

Testung der Mediiierenden Effekte der kulturvermittelnden Variablen

Da keine Länderunterschiede bezüglich der Alexithymie-Subskalen bestehen, ist eine der Voraussetzungen einer Mediation - ein a-Pfad ungleich Null (also $p < .05$) -, nicht erfüllt. Damit erübrigt sich eine weitere Testung der explorativen Hypothesen 23²⁰, 24²¹ und 25²². Die Alexithymie Subfaktoren werden dementsprechend als kulturvermittelnde Mediatoren zwischen Länderzugehörigkeit und Körpererleben abgelehnt.

Zur Testung der Hypothesen 8²³, 9²⁴, 10²⁵ sowie 17²⁶, 18²⁷ und 19²⁸ wurden Mediationsanalysen gerechnet. Der Empfehlung von verschiedenen Autoren (Hayes, 2009; MacKinnon,

¹⁹H22: Es besteht ein bedeutsam negativer Zusammenhang zwischen den Facetten der Alexithymie sowie dem Körperbewusstsein.

²⁰H23: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körperbewusstsein?

²¹H24: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körperdissoziation?

²²H25: Vermittelt Alexithymie den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration?

²³H8: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperbewusstsein.

²⁴H9: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körperdissoziation.

²⁵H10: Eine interdependente Orientierung vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration.

²⁶H17: Emotionale Expressivität vermittelt zwischen Nation und Körperbewusstsein.

²⁷H18: Emotionale Expressivität vermittelt zwischen Nation und Körperdissoziation.

²⁸H19: Emotionale Expressivität vermittelt den Zusammenhang zwischen Nation und Körper-Selbst-Integration.

Lockwood & Williams, 2004; Mallinckrodt, Abraham, Wei & Russell, 2006) folgend, wurden zur Schätzung der indirekten Effekte Bootstrapping Verfahren genutzt. Bootstrapping Verfahren haben gegenüber traditionellen Methoden zur Testung von Mediatoren verschiedene Vorteile: Sie ermöglichen eine Testung von Mediatoren auch bei kleineren Stichproben (20 bis 80 Fälle) (Efron & Tibshirani, 1994). Darüber hinaus bestehen weniger restriktive Voraussetzungen (z.B. bezüglich der Normalverteilung) als bei traditionellen Tests (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007).

Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperbewusstheit

Abbildung 12 stellt das getestete Untersuchungsmodell dar. Als Mediatorvariablen wurden diejenigen Variablen getestet, für die sich bedeutsame Gruppenunterschiede zwischen Deutschen und Chilenen ergaben.

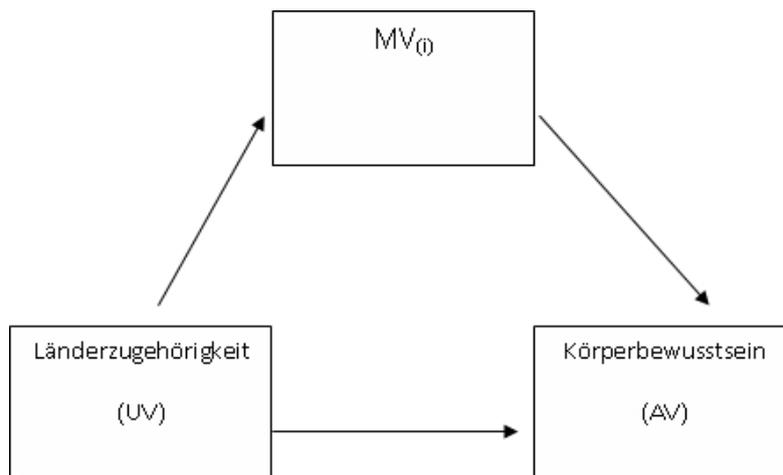


Abbildung 12: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperbewusstheit

Ein separate Testung der möglichen Mediatorvariablen ergab, dass keine der Variablen als Mediator fungiert. Die mittels Bootstrap-Verfahren errechneten BC Konfidenzintervalle enthielten in jedem Fall den Wert Null, d.h. es zeigte sich kein statistisch bedeutsamer indirekter Effekt für die Interdependente Orientierung (Interpersonelle Verbundenheit (IOS) (-.12 bis .20) sowie PVQ-Benevolence (-.12 bis .01)) oder die Positive Emotionale Expressivität (BEQ-Pex (-.004 bis .18)). Auch eine Testung des Gesamtmodells, in dem die Mediatoren gemeinsam berücksichtigt wurden, ergab keinen signifikanten Effekt (BC-Konfidenzintervall: -.15 bis .24).

Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperdissoziation

Abbildung 13 stellt das getestete Untersuchungsmodell zur Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperdissoziation dar.

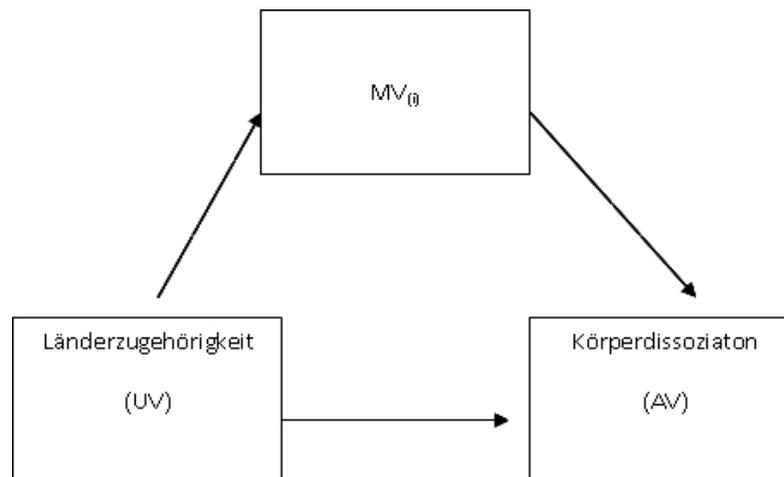


Abbildung 13: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperdissoziation

Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperdissoziation gemessen mit der SBC-BD

Gemäß Hayes (2009) ist ein signifikanter c-Pfad (Effekt der UV auf die AV ohne Berücksichtigung der Mediatoren) keine sinnvolle Voraussetzung für eine Mediation. Daher wurden die möglichen Mediatorvariablen auch bezüglich ihres vermittelnden Effektes zwischen der Länderzugehörigkeit und der Körperdissoziation getestet. Gleiches gilt für die im nächsten Abschnitt berichteten Mediationsanalyse zwischen der Länderzugehörigkeit und der Körperverbundenheit.

Ein separate Testung der möglichen Mediatorvariablen ergab, dass auch hier keine der Variablen als Mediator fungiert. Die mittels Bootstrap-Verfahren errechneten BC Konfidenzintervalle enthielten in jedem Fall den Wert Null, d.h. es zeigte sich kein statistisch bedeutsamer indirekter Effekt für die Interdependente Orientierung (Interpersonelle Verbundenheit (-.28 bis .03) sowie PVQ-Benevolence (-.06 bis .01)) oder die Positive Emotionale Expressivität (BEQ-Pex (-.13 bis .005)). Auch eine Testung des Gesamtmodells, in dem die Mediatoren gemeinsam berücksichtigt wurden, ergab keinen signifikanten Effekt (BC-Konfidenzintervall: -.34 bis .008).

Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperverbundenheit

Abbildung 14 stellt das getestete Untersuchungsmodell zur Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperverbundenheit dar.

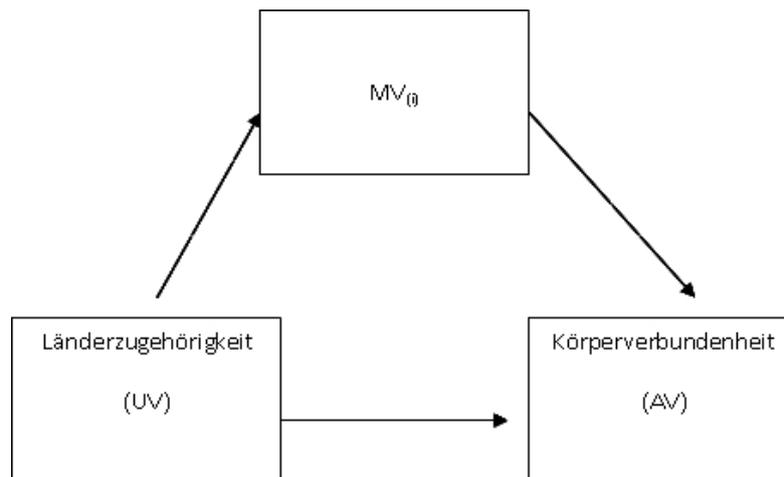


Abbildung 14: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperverbundenheit

Mediation zwischen Länderzugehörigkeit und Körperverbundenheit gemessen mit der visuellen BDS

Ein separate Testung der möglichen Mediatorvariablen ergab, dass auch zwischen der Länderzugehörigkeit und der Körperverbundenheit (BDS) keine der Variablen vermittelt. Die mittels Bootstrap-Verfahren errechneten BC Konfidenzintervalle enthielten in jedem Fall den Wert Null, d.h. es zeigte sich kein statistisch bedeutsamer indirekter Effekt für die Interdependente Orientierung (Interpersonelle Verbundenheit (-.78 bis .27) sowie PVQ-Benevolence (-.05 bis .24)) oder die Positive Emotionale Expressivität (BEQ-Pex (-.54 bis .02)). Auch eine Testung des Gesamtmodells, in dem die Mediatoren gemeinsam berücksichtigt wurden, ergab keinen signifikanten Effekt (BC-Konfidenzintervall:-1.03 bis .28).

Zusammenfassung der Ergebnisse der Mediationsanalyse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass keine der getesteten Variablen als Mediator fungiert. Im Falle der Hypothesen 8, 9, 10 (zur Interdependenten Orientierung als getestete Mediatorvariable), 17, 18, 19 (zur Emotionalen Expressivität als Mediatorvariable) sowie 23, 24 und 25

(Alexithymie als Mediatorvariable) wird demnach die Nullhypothese beibehalten.

5.3.2.3 Körpererleben in einer depressiven Stichprobe

Zur Testung der Hypothesen 26²⁹, 27³⁰ und 28³¹ wurden Mittelwertsunterschiede auf den Subskalen der SBC (SBC-BD; SBC-BA) sowie auf der visuellen Skala zur Körperverbundenheit zwischen der depressiven und der non-depressiven Stichprobe verglichen. Da die Voraussetzungen für parametrische Testungen nicht erfüllt waren, wurden verteilungsfreie Verfahren (Mediantest und Mann-Whitney-U-Test) angewandt. Der Mediantest ist dem Mann-Whitney U-Test laut Bortz und Lienert (2008) vorzuziehen, da die Validität des Tests eingeschränkt sein kann, sofern die Stichprobengrößen unterschiedlich sind und in der kleineren Stichprobe eine höhere Streuung vorlag, was bei den vorliegenden Daten zutraf. Der Mann-Whitney U-Test hat jedoch eine stärkere Power als der Mediantest. Die Ergebnisse beider Tests werden daher berichtet.

Körperbewusstsein in einer depressiven Stichprobe

Im Mediantest ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Körperbewusstsein zwischen der depressiven Stichprobe ($\chi^2(1)=1.95$, $p>.05$). Im Mann-Whitney U-Test zeigte die depressive Stichprobe ($Mdn=2.42$) hypothesenkonform signifikant niedrigere Ausprägungen auf der Skala Körperbewusstsein als die nicht-depressiven Stichprobe ($Mdn=2.58$); $U=-1.93$, $p<.05$ (einseitig).

Körperdissoziation in einer depressiven Stichprobe

Auf der Fragebogenskala SBC-BD zeigten depressive Teilnehmer ($Mdn=2.42$) konsistent mit der Hypothese eine bedeutsam höhere Ausprägung als nicht-depressive Teilnehmer ($Mdn=1.00$). Dieser Unterschied war sowohl im Mann-Whitney U-Test ($U=-3.94$, $p<.001$ (einseitig)) als auch im Mediantest ($\chi^2(1)=15.40$, $p<.001$) signifikant.

²⁹H26: Die nicht-depressiven Stichprobe zeigte eine bedeutsam höhere Ausprägung im Körperbewusstsein als die depressive Stichprobe.

³⁰H27: Die depressive Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung der Körperdissoziation als die nicht-depressive Stichprobe.

³¹H28: Die nicht-depressive Stichprobe zeigt eine bedeutsam höhere Ausprägung in der Körperverbundenheit als die depressive Stichprobe.

Körperverbundenheit in einer depressiven Stichprobe

Die Unterschiede fanden sich kongruent zur SBC-BD auch auf der visuellen Skala zur Körperverbundenheit (BDS). Non-depressive Teilnehmer ($Mdn=7.00$) zeigten eine stärkere Ausprägung auf der Körperverbundenheitsskala als depressive Teilnehmer ($Mdn=6.00$). Dieser Unterschied war ebenfalls sowohl im Mann-Whitney U-Test ($U=-2.82$, $p<.01$ (einseitig)) als auch im Mediantest ($\chi^2(1)=6.36$, $p<.01$) signifikant. Die Hypothese 28 kann damit bestätigt werden.

Finden sich Mediatorvariablen, die den Zusammenhang zwischen Depressivität und Körpererleben vermitteln?

Emotionale Expressivität

Eine Mediationsanalyse der Subfaktoren der Skala BEQ ergab, dass der Faktor Positive Expressivität zwischen der Depressivität und der Körperverbundenheit (BDS) vermittelt. Das Konfidenzintervall lag zwischen .024 und .762, so dass der indirekte Effekt statistisch bedeutsam ist. Abbildung 15 zeigt das statistische Mediationsmodell mit den standardisierten Regressionskoeffizienten.

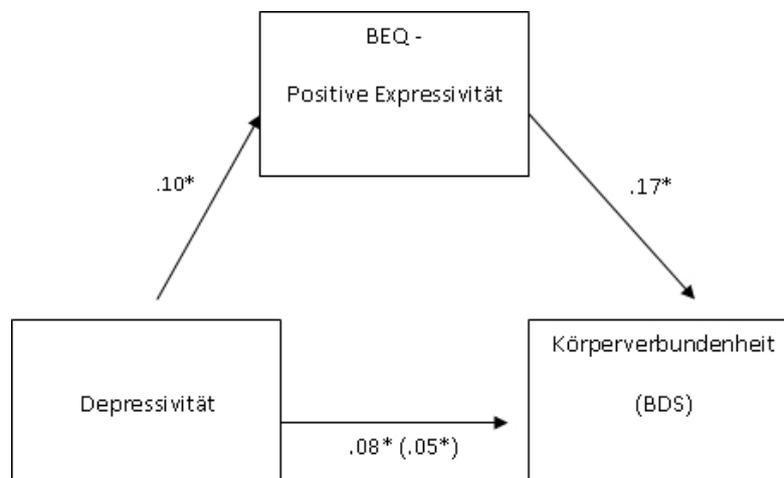


Abbildung 15: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperverbundenheit vermittelt über Positive Expressivität.³²

Der Faktor Positive Expressivität vermittelte ebenfalls zwischen der Depressivität und der Körperdissoziationsskala der SBC. Das Konfidenzintervall lag zwischen .01 und .21 so dass der indirekte Effekt statistisch bedeutsam ist. Abbildung 16 zeigt das statistische Mediationsmodell mit den standardisierten Regressionskoeffizienten.

³²Der standardisierte Regressionskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Depressivität und BDS kontrolliert

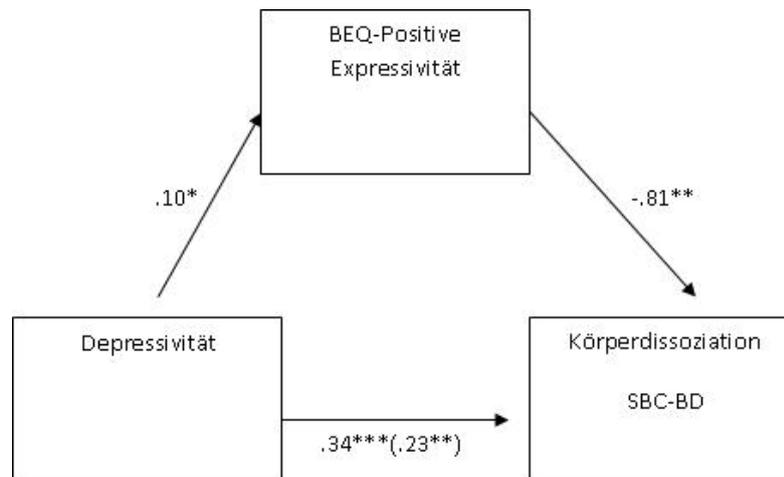


Abbildung 16: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über Positive Expressivität.³³

Eine weitere Mediationsanalyse wurde berechnet, um mögliche Mediationseffekte der Emotionalen Expressivität im Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperbewusstsein zu testen. Das Modell zeigte, dass keine der Subfaktoren der BEQ als Mediator zwischen Depressivität und Körperbewusstsein fungiert.

Interdependente Orientierung

Eine Mediationsanalyse zum Test des vermittelnden Effekts der Interdependenten Orientierung wurde mit den Variablen PVQ-Self Direction, PVQ-Conformity, PVQ-Tradition, PVQ-Benevolence und IOS gerechnet. Das Modell zeigte dass keine der Variablen als Mediator zwischen Depressivität und Körperbewusstsein (SBC-BA), Körperdissoziation (SBC-BD) bzw. Körperverbundenheit (BDS) fungiert.

Alexithymie

Eine Mediationsanalyse zum Test der Subfaktoren der Alexithymie Skala (TAS) zeigte, dass der Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperverbundenheit (BDS) über den Subfaktor „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ (TAS-DescFeel) vermittelt wird. Das Kon-

für BEQ-Pex ist in Klammern dargestellt. * $p < .05$.

fidenzintervall lag zwischen .12 und .86, so dass der indirekte Effekt statistisch bedeutsam ist. Abbildung 17 zeigt das statistische Mediationsmodell mit den standardisierten Regressionskoeffizienten.

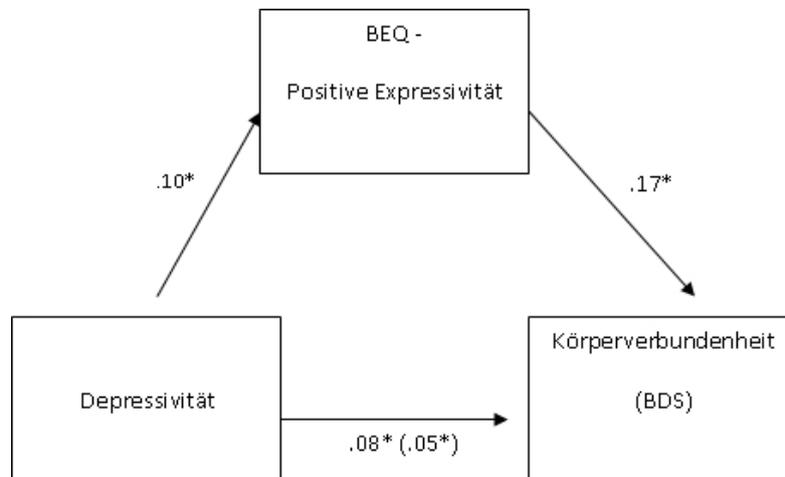


Abbildung 17: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperverbundenheit vermittelt über TAS-DescFeel.³⁴

Auch bei der Messung der Körperdissoziation mittels der Subskala SBC-BD fand sich der vermittelnde Effekt des Subfaktors „Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen“ (TAS-DescFeel). Das Konfidenzintervall lag zwischen .03 und .26, womit sich ein signifikanter indirekter Effekt zeigt. Abbildung 18 zeigt das statistische Mediationsmodell mit den standardisierten Regressionskoeffizienten.

Darüber hinaus zeigte sich, dass der TAS-Subfaktor „Schwierigkeiten beim Identifizieren von Emotionen“ (TAS-IdentFeel) als statistisch bedeutsamer Mediator zwischen Depressivität und Körperdissoziation (SBC-BD) fungiert. Das Konfidenzintervall lag zwischen .04 und .29, womit sich ein signifikanter indirekter Effekt zeigt. Abbildung 19 zeigt das statistische Mediationsmodell mit den standardisierten Regressionskoeffizienten.

Eine weitere Mediationsanalyse wurde berechnet, um zu testen, ob die Subfaktoren der TAS den Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperbewusstsein (SBC-BA) vermitteln. Das Modell zeigte, dass keine der Variablen TAS-DescFeel, TAS-IdentFeel und TAS-EOT als Mediator

³⁴Der standardisierte Regressionskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Depressivität und BDS kontrolliert für TAS-DescFeel ist in Klammern dargestellt. * $p < .05$ ** $p < .01$.

³⁴Der standardisierte Regressionskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Depressivität und SBC-BD kontrolliert für BEQ-Pex ist in Klammern dargestellt. * $p < .05$ ** $p < .01$.

³⁵Der standardisierte Regressionskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Depressivität und SBC-BD kontrolliert für TAS-DescFeel ist in Klammern dargestellt. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

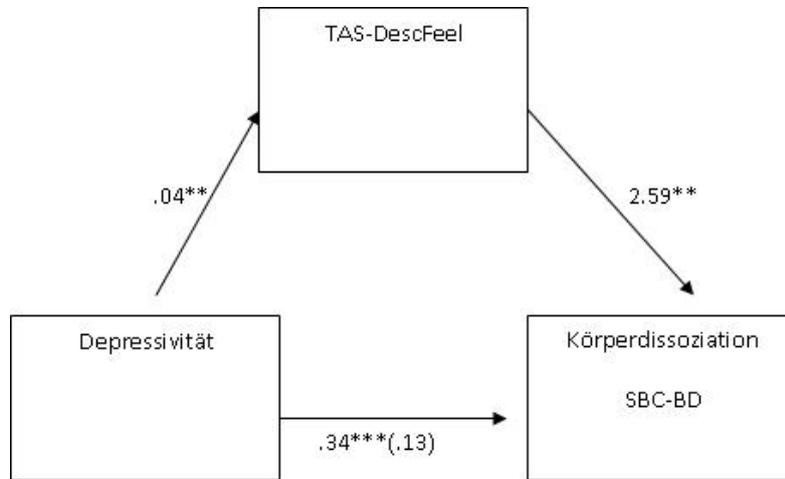


Abbildung 18: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über TAS-DescFeel.³⁵

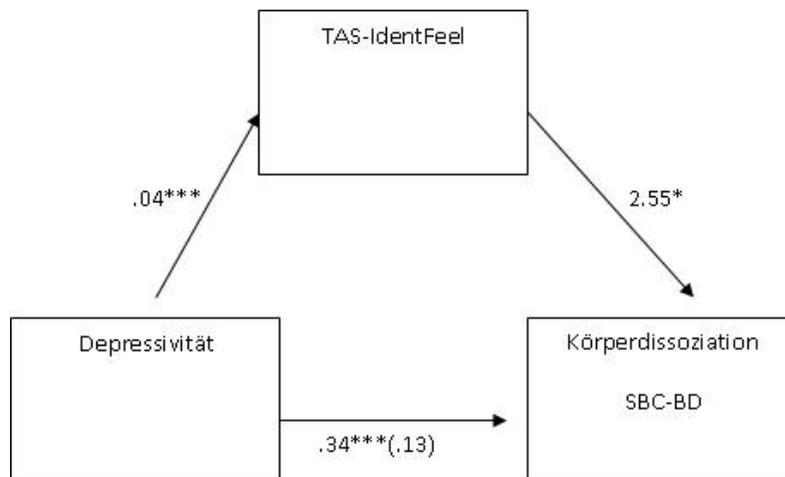


Abbildung 19: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über TAS-IdentFeel.³⁶

zwischen Depressivität und Körperbewusstsein (SBC-BA) fungiert.

Interkultureller Vergleich des Körpererlebens in einer depressiven Stichprobe

Zur Testung der Hypothesen 32³⁷, 33³⁸ und 34³⁹ erfolgten t-Tests für unabhängige Stichproben für den SBC, da die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität erfüllt waren.

Es fanden sich weder auf der Subskala Körperbewusstsein (SBC-BA) ($t(61)=1.441, p>.05$) noch auf der Subskala Körperdissoziation (SBC-BD) ($t(61)=-1.006, p>.05$) statistisch bedeutsame Unterschiede im Körpererleben zwischen Deutschen (SBC-BA: $M_D = .053, SD_D = .378$; SBC-BD: $M_D = -.050, SD_D = .487$) und Chilenen (SBC-BA: $M_C = -.100, SD_C = .453$; SBC-BD: $M_C = .093, SD_C = .619$) in der depressiven Teilstichprobe. Zur Testung der Gruppenunterschiede auf der visuellen BDS-Skala zur Körperverbundenheit erfolgte ein non-parametrischer Median-Test. Auch dieser zeigte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Deutschen ($Mdn=5.00$) und Chilenen ($Mdn=5.50$) in der depressiven Stichprobe ($\chi^2(1)=1.29, n.s.$). Damit können beide Nullhypothesen abgelehnt und die Universalitätsannahme bestätigt werden. In der Depression sind kulturelle Unterschiede im Körpererleben nivelliert.

³⁶Der standardisierte Regressionskoeffizient für den Zusammenhang zwischen Depressivität und SBC-BD kontrolliert für TAS-IdentFeel ist in Klammern dargestellt. * $p <.05$ ** $p <.01$ *** $p <.001$.

³⁷H32: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich nicht bedeutsam im Körperbewusstsein.

³⁸H33: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich nicht bedeutsam in der Körperdissoziation.

³⁹H34: Die chilenische und die deutsche depressive Stichprobe unterscheiden sich *nicht* bedeutsam in der Körperverbundenheit.

5.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Teilstudie A

Ziel der Teilstudie A war es, kulturelle Unterschiede im Körpererleben in einer nicht-depressiven sowie einer depressiven Stichprobe miteinander zu vergleichen.

Ergebnisse zum kultur- und depressionsspezifischen Körpererleben

Im ersten Teil wurden Kulturunterschiede in einer nicht-depressiven Stichprobe analysiert. Die Analyse kam zu folgendem Hauptergebnis: Non-depressive Chilenen zeigen wie erwartet eine statistisch bedeutsam höhere Körperbewusstheit (SBC-BA). Für die Körperaspekte Körperdissoziation beziehungsweise Körperverbundenheit fanden sich dagegen wider Erwarten keine bedeutsamen Unterschiede.

Um mögliche Hintergründe der kulturspezifischen Unterschiede besser zu verstehen, wurden zunächst über Theorien und bisherige empirische Befunde verschiedene Variablen hergeleitet, für die sich ein Zusammenhang zwischen Kultur, Körpererleben und Depression herstellen lässt. Als mögliche Mediatorvariablen wurden der Faktor Emotionale Expressivität, die verschiedenen Subfaktoren der Alexithymie sowie der Faktor Interdependente Orientierung getestet. Keine der getesteten Faktoren erwies sich in den Analysen als Mediator.

Dennoch fanden sich hypothesenkonforme Zusammenhänge zwischen den kulturellen Variablen und den verschiedenen Aspekten des Körpererlebens:

Zusammenhang des Faktors Interdependente Orientierung zur kulturellen Zugehörigkeit und zum Körpererleben

Chilenen zeigten wie erwartet eine höhere interpersonelle Verbundenheit. Dieser Unterschied war statistisch bedeutsam in Abhängigkeit von den eingesetzten Instrumenten zur Erfassung der Interdependenz. Auf allen Skalen fanden sich hypothesenkonforme Unterschiedsrichtungen; statistisch signifikant waren diese auf der visuellen Skala IOS sowie auf der Subskala PVQ-Benevolence.

Die interdependente Orientierung war zudem wie erwartet positiv mit dem Körperbewusstsein assoziiert. Dazu fanden sich statistisch bedeutsame Effekte für den Zusammenhang der Skalen IOS und der Skala zum Körperbewusstsein (SBC-BA). Je höher die interpersonelle Verbundenheit, desto höher war das Körperbewusstsein ausgeprägt.

Für die Körperdissoziation, die mit der Skala SBC-BD gemessen wurde, und die Körperverbundenheit (erfasst über die BDS-Skala) fanden sich hypothesenkonforme Tendenzen: Je höher die Interdependenz, desto niedriger das Erleben einer Körperdissoziation. Umgekehrt galt dazu kongruent: Je höher die interpersonelle Verbundenheit, desto höher war die erlebte Verbundenheit zum eigenen Körper. Statistisch signifikant wurde dieser Zusammenhang, wenn die Interdependenz über die Subskala PVQ-Conformity und die Körperverbundenheit über die BDS erfasst wurde.

Zusammenhang des Faktors Emotionale Expressivität zur kulturellen Zugehörigkeit sowie zum Körpererleben

Wie erwartet zeigten Chilenen eine signifikant höhere Ausprägung auf der BEQ-Subskala zur Positiven Emotionalen Expressivität als Deutsche. Die positive emotionale Expressivität steht zudem in einem signifikanten Zusammenhang mit einem höheren Körperbewusstsein und mit einem höheren Körperverbundenheitsgefühl.

Die aufgezeigten Zusammenhänge legen nahe, dass die kulturellen Unterschiede im Körperbewusstsein zumindest zum Teil auf kulturspezifische Unterschiede in der interdependenten Orientierung sowie im Emotionsausdruck zurückgeführt werden könnten. Für Mediationsanalysen sind die Stichprobengrößen der untersuchten Teilstichproben als sehr klein einzuschätzen (vgl. Fritz & MacKinnon, 2007). Es ist daher möglich, dass zwar ein Mediationseffekt vorliegt, dieser jedoch aufgrund einer zu geringen Teststärke in Anbetracht der relativ kleinen Stichprobengröße nicht über die Mediationsanalysen bestätigt werden konnte. Dieser Aspekt soll ausführlicher in der Gesamtdiskussion betrachtet werden.

Im zweiten Teil wurde die Bedeutung der Depression für das Körpererleben untersucht. Es zeigten sich folgende Unterschiede zwischen depressiven und non-depressiven Studienteilnehmern: In der Depression berichteten die Teilnehmer von einem niedrigeren Bewusstsein für den Körper. Sie erlebten sich zudem weniger zugehörig zu ihrem Körper als nicht-depressive Teilnehmer. Die Ergebnisse belegen die Annahmen, die in den Hypothesen formuliert wurden. Sie stimmen zum einen mit den Annahmen überein, die im theoretischen Ansatz zur eingeschränkten Interaffektivität und Zwischenleiblichkeit von Thomas Fuchs (Fuchs, 2013a) beschrieben werden. Darüber hinaus entsprechen die Ergebnisse den grundsätzlichen Überlegungen der Theorie der

eingeschränkten Interozeption (Harshaw, 2015). Das Gefühl für den Körper ist in der Depression herabgesetzt.

Eine Analyse zu den möglichen Hintergründen dieses depressionsspezifischen Körpererlebens erfolgte über die Testung der theoretisch hergeleiteten Mediatorvariablen. Die Analysen zeigten, dass depressionsspezifische Unterschiede im Körpererleben über verschiedene emotionsbezogene Faktoren vermittelt werden: Als Mediatorvariablen fungierten der Subfaktor Positive Emotionale Expressivität, sowie die Alexithymie-Facetten TAS-IdentFeel und TAS-DescFeel, also die Schwierigkeit in der Identifikation und in der Beschreibung von Gefühlen. Die Interdependenz fungierte nicht als Mediator im Zusammenhang zwischen Depression und Körpererleben.

Im Interkulturellen Vergleich in der Depression nivellieren sich wie erwartet Kulturunterschiede im Körpererleben. Eine Störung des Körpererlebens kann damit als kulturübergreifender, wesentlicher Aspekt der Depression verstanden werden.

Vorteile und Grenzen der Teilstudie A

Ein Vorteil der Teilstudie A ist die methodische Fundierung: Insgesamt erfolgte eine sehr überlegte Auswahl der Instrumente, des Untersuchungsdesigns und der statistischen Analyseverfahren.

Für die abhängige Variable „Körpererleben“ wurden bewusst verschiedene Selbstbeurteilungsformate eingesetzt. Der Fragebogen mit „klassischem“ Likert-Skalen Antwortformat wurde ergänzt um eine visuelle Skala. Damit wurde das Körpererlebenskonstrukt über multiple Messverfahren operationalisiert. Dieser Ansatz der multiplen Operationalisierung gilt als vorteilhaft, da sich die Zuverlässigkeit der Messung erhöht (vgl. z.B. Christensen, 2007). Auch für das Konstrukt der interdependenten Orientierung wurden multiple Maße eingesetzt.

Durch die Bildung von „matched samples“ konnte eine hohe Vergleichbarkeit der Stichproben bezüglich sozio-ökonomischer Variablen erreicht werden. Auch weitere Variablen (z.B. Traumaerfahrungen, körperliche Krankheiten oder Behinderungen, Gewicht), von denen ein Einfluss auf das Körpererleben angenommen wird, wurden auf diese Weise kontrolliert.

Als zusätzlicher methodischer Vorteil der Studie kann die Berücksichtigung von kulturspezifischen Antworttendenzen angesehen werden. Diese können die Validität von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten erheblich beeinträchtigen und eine Interpretation der Ergebnisse erschweren.

In der Studie wurde ein Maß zur Einschätzung kulturspezifischer Antwortstile berechnet und für die folgenden Analysen kontrolliert.

Als eine der folgenschwersten Schwächen der Studie wird die geringe Stichprobengröße eingeschätzt. Damit sind verschiedene Einschränkungen gegeben. Zum einen ist die Repräsentativität der Stichprobe und der gefundenen Ergebnisse als begrenzt zu bewerten. Die Stichprobe umfasste überwiegend weibliche Teilnehmer mit hohem Bildungsniveau und eher hohem Einkommen. Damit ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf einen begrenzten Personenkreis reduziert. Der andere Nachteil einer geringen Stichprobengröße wurde bereits angedeutet. Insbesondere bei komplexen statistischen Analysen wie Mediationsanalysen mit vielen Variablen wirkt sich eine kleine Stichprobengröße nachteilig aus, da die Testpower direkt vom Stichprobenumfang abhängt. Die Testpower bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, mit der ein wahrhaft vorliegender Effekt über das gewählte Verfahren entdeckt wird. Sie steigt mit zunehmender Stichprobengröße (Deinzer, 2007). Für die vorliegende Studie ist die Teststärke aufgrund des Stichprobenumfangs als gering einzuschätzen.

Ein weiterer Faktor, der die Teststärke beeinflusst, ist die Größe des vorliegenden Effektes. Je größer der Effekt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er mit statistischen Verfahren entdeckt wird. Für die vorliegende Studie, in der relativ kleine Stichproben vorliegen, bedeutet dies, dass ein großer Effekt vorliegen muss, damit ein Test ein statistisch signifikantes Ergebnis zeigt (vgl. Bortz & Lienert, 2008).

Aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs der klinisch depressiven chilenischen Teilnehmer, die für die Studie gewonnen werden konnte, wurde die depressive Teilstichprobe um subklinisch depressive Teilnehmer aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe ergänzt. Durch diese Vermischung ergibt sich eine weitere negative Konsequenz: Aufgrund der Heterogenität der Stichprobe (stationär depressive Patienten vs. Personen mit depressiver Ausprägung in der Allgemeinbevölkerung) ist keine klare Abgrenzung der Ergebnisse für klinische oder nicht-klinische Populationen gegeben.

Über die genannten Punkte hinaus ist zudem die Wahl der Messmethode zur Erfassung des Körpererlebens zu diskutieren.

Das Körpererleben zeichnet sich wie in der theoretischen Reflektion aufgezeigt werden konnte,

durch verschiedene Ebenen aus. Darunter fallen sowohl kognitiv zugängliche, bewusste Aspekte des Körpererlebens (wie zum Beispiel Einstellungen zur Körperzufriedenheit), als auch unbewusste oder vorbewusste Erlebensaspekte, die nur schwer zu erfassen sind. Küchenhoff und Agarwalla (2012) leisten eine Ergänzung zur Arbeit von Röhrich et al. und listen folgende Ebenen des Körpererlebens auf:

- Unterschwelliges und bewusstes Körpererleben
- Kognitiv und emotional repräsentiertes Körpererleben
- Bewusstes und unbewusstes Körpererleben
- Außersprachliches und sprachlich fassbares Körpererleben
- Subjektives und intersubjektives Körpererleben
- Partielles und ganzheitliches Körpererleben (Leib vs. Körper)

Ob wir unseren Körper als zu uns gehörig oder abgetrennt von unserem Selbst erleben, steht in der Regel nicht im Zentrum unserer Reflektion. Es ist eher ein unkonkretes Gefühl, das Röhrich et al. (2005) in ihrer terminologischen Übersicht zu verschiedenen Aspekten des Körpererlebens unter die Kategorie „Körper-Emotionen“ fassen.

Die Beantwortung der eingesetzten Skala zur Erfassung des Körpererlebens erfordert eine bewusste Reflektion. Dies geht mit verschiedenen Problemen einher: Erstens ist zu diskutieren, inwieweit das Körpererleben kognitiv zugänglich und verbalisierbar ist - ob es also zur Ebene der sprachlich fassbaren Körperdimension nach Küchenhoff und Agarwalla (2012) zählt. Zumindest ist anzunehmen, dass es nicht jedem Menschen gleich leicht fällt, eine Antwort auf die Frage zu seinem Körpererleben zu finden.

Zweitens ist zu vermuten, dass sich allein durch die bewusste Reflektion, die für die Beantwortung erforderlich ist, das Körpererleben verändert. Durch die Fragen zur Körperbewusstheit wird eine Aufmerksamkeit auf den Körper getriggert, so dass vermutlich für den Moment der Beantwortung ein bewussteres Körpererleben gegeben ist. Bezüglich der Einschätzung der Verbundenheit zum eigenen Körper ist ein gegenteiliger Effekt zu diskutieren. Der Körper wird eingeschätzt und damit gewissermaßen zum Objekt unserer Beurteilung. Eventuell entfernt sich der Körper dadurch im Erleben vom („psychischen“, denkenden) Selbst.

Die Versprachlichung und kognitive Bewertung stellt also einen Zwischenschritt dar, der die Validität einschränkt. Diese Problematik ist durch das Konstrukt des Körpererlebens gegeben. Diese diagnostische Hürde wird von verschiedenen Autoren diskutiert (Arbeitskreis OPD, 2011; Joraschky, 2009).

Für künftige Untersuchungen sollte der Einsatz alternativer Messmethoden in Abgrenzung zu klassischen Selbstbeurteilungsfragebogen diskutiert werden. Alternativen bieten konstruktivistische Methoden wie der Körper-Grid (Borkenhagen & Klapp, 1999) oder projektive Verfahren wie der Körperbildskulpturtest (Joraschky, 2009). Auch körperphysiologische Verfahren zur Erfassung der Interozeption können eine Erweiterung des Verständnisses des Körpererlebens bieten (vgl. Chentsova-Dutton & Dzokoto, 2014). Zukünftige Studien sollten dabei größere, repräsentative Stichproben umfassen. Um ein tieferes Verständnis des *depressionsspezifischen* Körpererlebens zu erlangen, ist zudem ein Vergleich von verschiedenen Störungsbildern und deren Zusammenhang zum Körpererleben zu empfehlen.

Kapitel 6

Somatisierungstendenz in der Depression

6.1 Begriffsbestimmungen

Während der Körper in der Depression einerseits als fremd und abgegrenzt erlebt wird, kann er andererseits in den Fokus der Wahrnehmung der Patienten geraten und als Träger von Symptomen Bedeutung erlangen. 70 bis 90 Prozent der Patienten mit depressiver Störung berichten somatische Symptome im Spontanbericht (Simon et al., 1999) und suchen in der Regel zunächst den Hausarzt auf. 50 bis 70 Prozent der Patienten, die über Beschwerden klagen, für die keine medizinische Erklärung gefunden werden kann, leiden unter einer Depression (Kroenke, 2003). Häufig wird die depressive Erkrankung in der Primärversorgung jedoch nicht erkannt (Lipowski, 1988; Ormel & Tiemens, 1997; Wittchen, Beesdo & Bittner, 2003).

Nach Lipowski (1988, S.1359) bezeichnet man „die Tendenz, psychische Belastungen als Körperempfindungen zu erleben und zu kommunizieren“ als Somatisierung. In den letzten Jahren gilt dem Phänomen der Somatisierung ein wachsendes Forschungsinteresse, so dass heute zahlreiche Publikationen zu dem Thema vorliegen und neue Konzeptualisierungen des Phänomens diskutiert werden (De Gucht & Fischler, 2002). Mit der steigenden Zahl von Forschungsansätzen und theoretischen Erklärungen des Phänomens wächst die Zahl der Begriffe, die im Zusammenhang mit Somatisierungsphänomenen verwendet werden. Man liest von „Medically unexplained Symptoms“ (MUS), „Idioms of distress“, „Somatosensorischer Amplifikation“ und verschiedenen Formen

der Somatisierung, die häufig jedoch undifferenziert unter dem Oberbegriff subsumiert werden (De Gucht & Fischler, 2002; Henningsen, 2002). Im Folgenden soll zunächst eine Klärung der unterschiedlichen Begrifflichkeiten sowie der unterschiedlichen Bedeutungen von Somatisierung erfolgen.

Somatisierung bezeichnet einerseits eine körperliche Manifestation von psychischen Belastungen. In anderen Fällen bezieht sich der Begriff Somatisierung lediglich auf das Vorliegen körperlicher Symptome ohne ausreichende medizinische Befunde (und, ohne dass dabei Annahmen über psychische Ursachen getroffen werden). Kirmayer und Robbins (1991) legen nahe, verschiedene Begriffe zu verwenden, um die verschiedenen Bedeutungen und Formen der Somatisierung voneinander abzugrenzen: Sie prägen die Begriffe „Presenting Somatization“ und „Functional Somatization“.

Funktionelle somatische Beschwerden (Functional Somatization)

Die Bezeichnung „Functional Somatization“ bezieht sich auf das Vorliegen somatischer Symptome ohne (ausreichenden) Organbefund. In der Literatur werden diese auch als „Medically Unexplained Symptoms“ (MUS) bezeichnet (Picariello, Ali, Moss-Morris & Chalder, 2015). Das Adjektiv „funktionell“ bezieht sich darauf, dass die Funktion eines Organs oder mehrerer Organe gestört ist, ohne dass morphologische Veränderungen am Organ zu finden sind. Dies kann einzelne Organe isoliert oder verschiedene Organe gleichzeitig umfassen (z.B. Herz- und Magenbeschwerden). Letzteres wird als allgemeines funktionelles Syndrom oder Psychovegetatives Syndrom bezeichnet (Sauer & Eich, 2007). Typische Syndrome, die MUS umfassen, sind das Reizdarmsyndrom, chronische Spannungskopfschmerzen, Fibromyalgie und das Chronische Erschöpfungssyndrom (Picariello et al., 2015).

Presenting Somatization

Von „Presenting Somatization“ spricht man dagegen, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt und diese über körperliche Symptome ausgedrückt wird (Kirmayer & Robbins, 1991). Kirmayer und Robbins (1991) benennen vier definitorische Kriterien zur „Presenting Somatization“: Erstens sind die Kriterien einer Depression oder Angststörung erfüllt. Zweitens präsentieren Patienten bei Aufsuchen des Arztes lediglich nicht-organisch begründete somatische Symptome. Drittens attri-

buieren die Patienten die Symptome auf körperliche Ursachen und weisen viertens psychosoziale Ursachenzuschreibungen für die Symptomatik zurück.

Sind alle vier Kriterien erfüllt, sprechen Kirmayer und Robbins (1991) von „wahrer Somatisierung“. Bei Vorliegen der ersten drei Kriterien gilt dies als „fakultative Somatisierung“. Sind lediglich die ersten beiden Kriterien erfüllt, wird dies als „Initiale Somatisierung“ bezeichnet. In den wenigsten Fällen sind alle Kriterien der „wahren Somatisierung“ erfüllt (Simon et al., 1999). Die vorliegende Arbeit untersucht die Somatisierungstendenz in der Depression. Sie bezieht sich damit eher auf das Phänomen der „Presenting Somatization“ als auf die „Functional Somatization“.

Cultural Idioms of distress

Das Konzept der „Cultural Idioms of Distress“ bezeichnet einen kulturspezifischen Ausdruck von Belastungserleben (Nichter, 1981, 2010). Ein „Idiom of distress“ kann je nach Kultur ganz unterschiedliche „lokaltypische Symptommuster“ umfassen (Kraus, 2006, S.367) und ist in der jeweiligen Kultur eine Möglichkeit ohne Stigmatisierung, psychisches Stresserleben auszudrücken (Nichter, 2010). „Susto“ und „Nervios“ werden als typische lateinamerikanische „Idioms of distress“ diskutiert (Weller, Baer, Garcia de Alba Garcia & Salcedo Rocha, 2008). In Deutschland könnte das Krankheitsbild „Burn-Out“ als Idiom of distress diskutiert werden (vgl. Albrecht, 01. Dezember 2011). Eine Überschneidung zur Somatisierungsforschung ergibt sich bei „*Somatic idioms of distress*“, also dann, wenn psychische Belastungen vorwiegend über körperliche Symptome kommuniziert werden.

Somatosensorische Amplifikation

Somatosensorische Amplifikation bezeichnet ein Konzept, das ursprünglich zur Erklärung von Hypochondrie diente (Barsky & Wyshak, 1990), mittlerweile jedoch auch im Zusammenhang mit Somatisierung in der Depression herangezogen wird (Nakao & Barsky, 2007; Von Korff & Simon, 1996). Es umschreibt einen erhöhten Aufmerksamkeitsfokus auf körperliche Prozesse, mit dem eine Fehlinterpretation einhergeht, die unangenehme Körpersensationen als bedrohlich und krankheitswertig bewertet (Barsky & Wyshak, 1990).

6.2 Theorien zur Somatisierung in der Depression

6.2.1 Psychoanalytische Theorien

6.2.1.1 Frühe psychoanalytische Theorien

Die früheste Theorie zu somatischen Symptomen ohne medizinischen Befund geht auf Sigmund Freuds Überlegungen zur Konversionshysterie zurück. Er verstand körperliche Symptome als Abwehr von Angst, die in konflikthaften Trieben, Wünschen oder Impulsen wurzelt: „Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, dass deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen der *Konversion* vorschlagen möchte.“ (Freud & Breuer, 1895, S.63). Die Somatisierung ist demnach die körperliche Manifestation des seelisch erlebten Konfliktes.

Der Begriff „Somatisierung“ geht auf eine ungenaue Übersetzung des Terminus „Organsprache“ zurück, den Stekel (1943) zur Umschreibung einer Neurose verwendete, die über eine körperliche Störung ausgedrückt wird (Marin & Carron, 2002).

6.2.1.2 Die Theorie multipler Enkodierungen

Eine jüngere psychoanalytische Theorie stellt die „Multiple Code Theory“ (Theorie multipler Enkodierungen) von Wilma Bucci dar, die auf den theoretischen Konzepten Freuds aufbaut und diese mit den Erkenntnissen moderner Hirnforschung verbindet. Die Theorie postuliert zwei verschiedene Organisationsformen der menschlichen Informationsverarbeitung und -wahrnehmung: Informationen können demnach in *symbolischen* sowie in *vorsymbolischen (körperlichen)* Codes repräsentiert sein (Bucci, 1997). Innerhalb der symbolischen Repräsentation ist eine sprachliche sowie eine nicht-sprachliche, bildhafte Repräsentation möglich (zur Veranschaulichung siehe Abbildung 20). Die Verarbeitung über das symbolische System erfolgt überwiegend bewusst.

Unter das nonverbale, subsymbolische System können verschiedene körperbezogene Funktionen subsumiert werden: das prozedurale oder implizite Gedächtnis, die physiologische Ebene von Emotionen sowie das gesamte Spektrum körperlicher Empfindungen und Prozesse. Inhalte im nonverbalen System können sensorisch (über die verschiedenen Sinnesmodalitäten) sowie

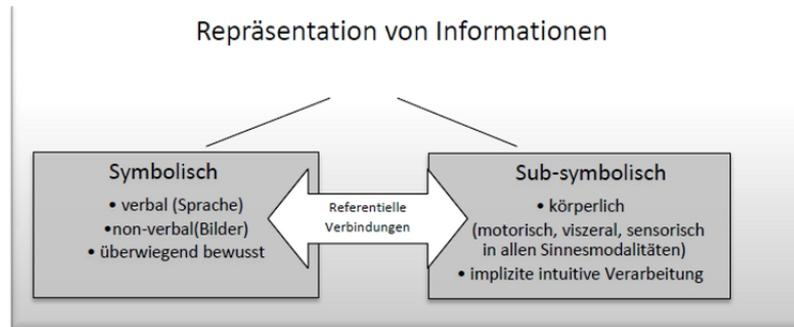


Abbildung 20: Formen der Informationsverarbeitung in der Multiple Code Theory

motorisch verarbeitet und abgespeichert werden. Konkreter formuliert ermöglicht uns die nonverbale Verarbeitung, Informationen zum Beispiel über den Geruchssinn, über Körperempfindungen oder über das Gehör zu verarbeiten. Auch automatisierte Bewegungen, die über eine Aktivierung des prozeduralen, motorischen Gedächtnisses erfolgen - wie zum Beispiel das Fahrradfahren - werden über das nonverbale System realisiert. Die Verarbeitung erfolgt überwiegend unbewusst. Der Theorie zufolge sind das verbale sowie das non-verbale System über *referentielle Verbindungen* miteinander verbunden. Diese verknüpfen die Inhalte der multiplen non-verbalen, körperlichen Kanäle mit dem sprachlichen System.

Somatisierungen entstehen, wenn diese Verbindungen beeinträchtigt sind, so dass eine Integration der körperlichen und der sprachlichen Informationsverarbeitungen bezüglich des emotionalen Erlebens nicht möglich ist. Das Ziel der psychoanalytischen Psychotherapie ist es, über verschiedene Stufen, eine erneute Verbindung und Integration der beiden Systeme (wieder-)herzustellen. Dabei ist das Emotionserleben zu Beginn der Therapie häufig von non-verbalen Komponenten geprägt, die der Patient nur schwer in Worte fassen und nur unzureichend verstehen kann. Im Verlauf nehmen Erinnerungen und Phantasien zu, der Patient findet gemeinsam mit dem Therapeuten Bilder und Worte für das Erleben und ein ganzheitliches Emotionserleben wird ermöglicht (vgl. Bucci, 1997; Solano, 2010). Dabei wird eine Verbindung zwischen der subsymbolischen und der symbolischen Ebene der Informationsspeicherung hergestellt.

6.2.2 Lerntheorien

6.2.2.1 Soziale Lerntheorien

Soziale Lerntheorien erklären wie Verhalten über Modelllernen und soziale Verstärkung geformt werden kann (vgl. z.B. Bandura, 1986; Rotter, 1954). Sie können damit auch zum ätiologischen Verständnis von Somatisierungstendenzen beitragen. Der sozialen Lerntheorie zufolge können Eltern als soziale Modelle fungieren. Von den Eltern lernen wir, wie mit psychischen und körperlichen Symptomen umzugehen ist (vgl. z.B. Levy et al., 2001). Familien unterscheiden sich zum Beispiel darin, wie schnell körperliche Missempfindungen als krankheitswertig angesehen werden und unter welchen Umständen ein Arzt aufgesucht wird. Familiär wirksame Modelle vermitteln damit, inwieweit es akzeptiert oder mit Stigmatisierung verbunden ist, psychische oder körperliche Symptome zu zeigen.

Lamberty (2007) beschreibt, dass der Ausdruck bestimmter Symptome mit einem Krankheitsgewinn einhergehen kann und zum Beispiel durch Aufmerksamkeit von Bezugspersonen, Entbindung von Alltagspflichten und Möglichkeiten zur Erholung verstärkt werden kann. Entscheidend sind bei einer solchen Verstärkung wiederum familienspezifische Normen, die bestimmen, welche Symptome positiv und welche negativ verstärkt werden. Wenn ein Kind bei Klagen über Bauchschmerzen, nicht jedoch bei starker Traurigkeit dem Unterricht fern bleiben darf, kann dies zum Beispiel als positiver Verstärker für körperliche Symptome wirken.

Zu Bedenken ist, dass Familien immer in einen größeren kulturellen Kontext eingebettet sind. Familiäre Normen werden daher auf einer übergeordneten Ebene auch von vorherrschenden kulturellen Normen zum Krankheitsverhalten geprägt.

6.2.3 Theorien zur Emotionsverarbeitung

Emotion gilt für viele Autoren als Schlüssel zum Verständnis von Somatisierung (Sánchez-García, 2013). Somatisierung wird in emotionsbezogenen Überlegungen häufig als Folge defizitärer Emotionsverarbeitung eingeordnet. Zentrale Konzepte zum Zusammenhang von Emotion und Somatisierung stellen die Emotionale Expressivität - insbesondere die Kontrolle negativer Affekte, sowie das Konstrukt der Alexithymie dar.

6.2.3.1 Emotionale Expressivität

Zusammenhänge zwischen Emotionssuppression und somatischen Symptomen

Einen ersten Hinweis darauf, dass Faktoren der Emotionsverarbeitung zum Verständnis von somatischen Symptomen beitragen können, gaben Studien mit Kopfschmerzpatienten in den achtziger Jahren. Mehrere Studien, die Schmerzpatienten mit schmerzfreien Probanden verglichen, zeigten, dass Personen mit Spannungskopfschmerzen im Berufsalltag sowie in einer experimentellen Stressinduktionsbedingung weniger Stress- und Ärgererleben angaben als schmerzfreie Probanden (Anderson, 1981; Grothgar & Scholz, 1987; Schlote, 1989). Eine Messung physiologischer Indizes für Stress und Ärger ergab gleichzeitig eine höhere Muskelspannung, höheren Blutdruck und eine höhere Hautleitfähigkeit bei den Schmerzpatienten. Die zunächst widersprüchlich wirkenden Ergebnisse legten nahe, dass Schmerzpatienten zu einer Unterdrückung negativer Emotionen neigen und dass diese Inhibition des Emotionsausdrucks zu körperlichen Symptomen führt. Ergebnisse aus neueren Studien zeigen weitere Zusammenhänge von emotionaler Suppression und somatischen Beschwerden (Deighton & Traue, 2005; Koh, Kim, Kim & Park, 2005; Liu, Cohen, Schulz & Waldinger, 2011; Platenik, 2008) und erlauben eine Erweiterung der Annahmen, die sich zunächst bei Kopfschmerzpatienten fanden, auf eine allgemeinere Gruppe von Patienten mit somatischen Beschwerden.

Motive für die Unterdrückung von Emotionen

Um zu verstehen, *warum* manche Menschen zu einer Suppression negativer Gefühle neigen, hat sich ein Einbezug bindungstheoretischer Annahmen als nützlich erwiesen. Die Bindungstheorie von Bowlby (1969) postuliert, dass sich ausgehend von den Interaktionen der Bezugsperson(en) und dem Kind in den ersten beiden Lebensjahren eine personenspezifische Bindung aufbaut. Auf Basis dieser individuellen Interaktionserfahrung bildet das Kind eine Erwartung darüber aus, wie zuverlässig seine Bedürfnisse nach Fürsorge und Schutz in unsicheren Situationen beantwortet werden. In Abhängigkeit von den frühen Bindungserfahrungen entwickeln sich positive oder negative Modelle zum eigenen Selbst sowie über Andere, die auch im erwachsenen Beziehungsleben weiter wirksam sind (Bartholomew & Horowitz, 1991). Je nach Ausprägung der Modelle, unterscheidet Bartholomew vier Bindungsstile. Personen mit positivem Modell zum Selbst und zu Anderen verfügen über einen *sicheren Bindungsstil (secure attachment style)*. Es fällt ihnen leicht,

nahe Beziehungen einzugehen und sie fühlen sich wohl damit, dass sie Andere brauchen und dass sie gleichzeitig von Anderen gebraucht werden. Personen mit positivem Fremdbild und negativem Bild von sich selbst, verfügen über einen *besitzergreifenden Bindungsstil* (*preoccupied attachment style*). Aufgrund von inkonsistenten Beziehungsverhalten der Bezugspersonen, bestehen eine Unsicherheit im Selbstwert, die Annahme nicht liebenswert zu sein sowie eine Angst verlassen zu werden. Weitere unsichere Bindungsqualitäten umfassen den abweisenden und den ängstlichen Bindungsstil. Ein *abweisender Bindungsstil* (*dismissing attachment style*) sowie ein *ängstlicher Bindungsstil* (*fearfully attached*) basieren auf der Erfahrung eines feindseligen abweisenden Verhaltens der Bezugsperson. Infolgedessen entsteht ein negatives Fremdbild und intime Beziehungen werden aus Misstrauen sowie aus Angst vor Zurückweisung vermieden (Matyjas, 2014).

Studien, die einen Vergleich von unsicher und sicher gebundenen Personen umfassen, finden sowohl eine höhere Ausprägung somatischer Symptome (Ciechanowski, Walker, Katon & Russo, 2002; Liu et al., 2011; Wearden, Lamberton, Crook & Walsh, 2005) als auch eine erhöhte Ärger-suppression (Kidd & Sheffield, 2005) bei Personen mit unsicherem Bindungsstil. Damit lassen sich frühere Hypothesen stützen, die die Emotionsinhibition in einem erhöhten Harmoniestreben begründet sahen (Schäfer, Peters & Philipp, 1982; Traue, 1998). Durch die Unterdrückung von Ärger kann eine Konfliktvermeidung erreicht werden, so dass das negative Emotionsverarbeitungsmuster im Sinne der operanten Konditionierung verstärkt und aufrecht erhalten wird (Pennebaker, 1982). Eine Konfliktvermeidung wird insbesondere dann als wichtig eingeschätzt, wenn ein unsicherer Bindungsstil vorherrscht. Im Erleben einer unsicher gebundenen Person gefährdet ein Konflikt die Beziehung.

Neben der Konfliktvermeidung können weitere verstärkende Effekte der Emotionssuppression entstehen: Geht die Unterdrückung von Emotionen mit somatischen Symptomen einher, kann über diese Zuwendung von den Bezugspersonen erreicht werden (Busch, 2014). Dadurch können die Kosten der Emotionsinhibition (z.B. Kopfschmerzen) durch positive Verstärker seitens der Bezugspersonen ausgeglichen werden.

6.2.3.2 Alexithymie

Ein weiterer emotionsbezogener Faktor, der häufig mit Somatisierung in Zusammenhang gebracht wird, ist das Alexithymie-Konstrukt, das bereits als Mediatorvariable in Teilstudie A herangezogen

und erläutert wurde. Die „Alexithymia Theory of Somatization“ (Taylor, Bagby & Parker, 1997) beschreibt verschiedene mit der Alexithymie zusammenhängende Aspekte, die zur Somatisierung beitragen: Erstens umfasst Alexithymie eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, mentale Repräsentationen von Emotionen zu konstruieren. Damit geht eine Unfähigkeit der kognitiven Verarbeitung und Verbalisierung von emotionalen Erfahrungen einher. Dieses Defizit in der Affektregulationsfähigkeit kann in somatischen Symptomen münden.

Zweitens bestehen in der Alexithymie verstärkte Reaktionen des Autonomen Nervensystems und des neuroendokrinen Systems.

Drittens liegt der Fokus der emotionalen Erregungen bei einer hohen alexithymischen Ausprägung auf den somatischen Empfindungen, die Teil dieser Erregungen sind. Diese Fokussierung kann zu somatosensorischer Amplifikation und zu einer Fehlinterpretation somatischer Empfindungen als Zeichen von physischer Krankheit führen.

6.3 Theorien und Empirie zur Somatisierung in unterschiedlichen kulturellen Kontexten

Die Tendenz psychische Belastungen über somatische Symptome auszudrücken ist weit verbreitet und ist in verschiedenen Kulturen vorzufinden (Kirmayer, 1984; Kraus, 2006; Ryder et al., 2008). Die Kultur beeinflusst das Symptomerleben und die Symptompräsentation auf verschiedenen Ebenen. Sowohl die Aufmerksamkeit, die man bestimmten körperlichen Veränderungen widmet, als auch die kausale Attribution, das Aufsuchen eines Hilfesystems und die Behandlung der Symptome können von Kultur zu Kultur variieren (Kirmayer & Sartorius, 2007).

Kirmayer und Sartorius (2007) reflektieren drei verschiedene „kulturelle Modelle“, über die ein kulturspezifisches Verständnis von Krankheit und Krankheitsverhalten explizit oder implizit vermittelt werden: kognitive Schemata, die Heuristiken zum Krankheitserleben sowie zum Umgang mit und zur kognitiven Einordnung von Symptomen umfassen (zum Beispiel: „wenn deine Nase verstopft ist, könntest du eine Erkältung haben“) (*Erklärungsmodelle*); Vorbilder (*Prototypen*) aus Familie, Freundeskreis sowie aus den Medien und der Popkultur), die zur Orientierung für das eigene Krankheitsverhalten und -verständnis dienen, sowie *implizite Modelle* und prozedurales Wissen, das zum Beispiel in der Körpersprache eingebettet ist und von Generation zu Generation weitergegeben werden kann.

Bei der Formung des kulturspezifischen Krankheitswissens spielt auch die politisch-gesellschaftliche Ebene eine zentrale Rolle (Kirmayer & Sartorius, 2007; Kraus, 2006). Die Aufnahme eines Krankheitsbildes in das vorherrschende Klassifikationssystem eines Landes, die Gewährleistung einer Versorgung für die Symptomatik (die auch finanziell abgedeckt ist), eine Aufnahme bestimmter Krankheitsbilder in die Ausbildungslehrpläne von medizinischem Personal und auch Marketingstrategien der Pharmaindustrie können die Aufmerksamkeit auf bestimmte Symptome sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten der medizinischen Versorger erhöhen.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Hintergründe von Somatisierungstendenzen auf der Individuumsebene unter Berücksichtigung kultureller Einflüsse zu erfassen. Auf der Individuumsebene können verschiedene Faktoren mit länderspezifischen Unterschieden in Somatisierungstendenzen in Zusammenhang gebracht werden. Dazu zählen Alexithymie, Emotionale Expressivität, Kommunikationsstile und Stigmatisierung durch psychische Symptome.

Alexithymie

Alexithymie gilt als ein gängiger Erklärungsansatz, um kulturelle Unterschiede im Ausdruck von Stress oder Depression über somatische Symptome zu erklären (Isaac, Janca & Orley, 1996; Sayar, Kirmayer & Taillefer, 2003). Ryder et al. (2008) finden bei einer differenzierten Analyse der Subfaktoren des Konstrukts, dass die Schwierigkeiten, Emotionen zu identifizieren und diese zu beschreiben, keine Unterschiede in der Somatisierungstendenz aufklären konnten. Der Faktor „External Orientiertes Denken“ bot dagegen einen vielversprechenden Aufklärungswert im interkulturellen Vergleich. Daher soll in der Dissertationsarbeit auch der Einfluss der einzelnen Alexithymie-Unterfaktoren - unter besonderer Beachtung des Faktors „External Orientiertes Denken“ - berücksichtigt werden.

Stigmatisierung von psychischen depressiven Symptomen

Verfolgt man die westeuropäischen geschichtlichen Hintergründe der Diagnose „Depression“, finden sich Hinweise auf eine tief verankerte Stigmatisierung, die mit depressiven Symptomen einhergehen kann (vgl. Ryder, 2005). Im 4. Jahrhundert wurde bei asketischen Mönchen eine spirituelle Krise beschrieben, die mit Schwermut, gedrückter Stimmung, Energieverlust und Antriebslosigkeit einherging. In ihrer Gesamtheit sind dies Symptome, die unter die heutige Definition einer Depression fallen. Die christliche Kirche beschrieb den Gemütszustand als unerwünscht und korrigierungsbedürftig (Ryder, 2005). Er wurde als „Acedia“ bezeichnet. Im weiteren geschichtlichen Verlauf wurde Acedia als eine der sieben Todsünden beschrieben und mit Trägheit und Faulheit assoziiert. Depressive Symptome wurden seither immer wieder mit Stigmatisierungen belegt (Jackson, 1981; Ryder, 2005; Walker, 2007).

Personen mit psychischen Problemen sind auch heute häufig noch mit Ablehnung und mangelndem Verständnis für ihr Leiden konfrontiert (Hinshaw & Stier, 2008; Schomerus & Angermeyer, 2011). Depressiven Menschen werden Eigenschaften wie Charakterschwäche, Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Anderen zugeschrieben (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Kulturen unterscheiden sich in ihren Einstellungen zu psychischen Erkrankungen und im Ausmaß der Stigmatisierung, die mit psychischen Symptomen einhergeht (vgl. Abdullah & Brown, 2011; Alonso et al., 2009; C. Brown et al., 2010; Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001; Rao, Feinglass & Corrigan, 2007). In Kulturen mit hoher Stigmatisierung kann durch die Präsentation von somatischen statt psychischen Symptomen ein Stigmatisierungserleben reduziert oder verhindert werden. Ein Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik, Stigmatisierung von depressiven Symptomen sowie Somatisierung konnte zum Beispiel in einer chinesischen Stichprobe gezeigt werden (vgl. Wang, Li, Peng & Peng, 2015).

Stigmatisierung in Deutschland und Chile

Stewart (2004) beschreibt in einem Überblick zum chilenischen Gesundheitssystem, dass trotz einiger positiver Entwicklungen eine hohe Stigmatisierung von psychischen Krankheiten in Chile vorherrscht.

Eine Masterarbeit, die im Rahmen des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs realisiert und von der Autorin der vorliegenden Studie mitbetreut wurde, analysierte kulturvergleichend die Stigmatisierung in der Depression (Bailleux, 2012). Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl in Deutschland

als auch in Chile Selbststigmatisierungen und Stigmatisierungen durch die Öffentlichkeit mit einer depressiven Erkrankung einhergehen. Statistisch bedeutsame kulturelle Unterschiede im Ausmaß der Stigmatisierung fanden sich in der konkreten Studie jedoch nicht.

Aufgrund der Relevanz der Stigmatisierung in der Depression für die Präsentation einer Symptomatik sowie aufgrund der Prävalenz der Phänomene in Deutschland und Chile, soll die Variable in der Analyse der Somatisierungstendenz mit berücksichtigt werden. Dabei besteht die Annahme, dass körperliche Symptome von Patienten als sozial akzeptierter und weniger stigmatisierend empfunden werden und die Stigmatisierung als Mediator kulturelle Unterschiede in der Somatisierungstendenz vermitteln könnte.

Emotionale Expressivität

Emotionale Expressivität, insbesondere die Inhibition von negativen Gefühlen, geht - wie oben ausführlicher beschrieben ist - einher mit somatischen Symptomen. Da der Ausdruck von Emotionen zudem kulturabhängig zwischen Deutschen und Chilenen variiert (vgl. Gradt et al., 2012), soll der Faktor Emotionale Expressivität auch in der Analyse kulturspezifischer Somatisierungstendenz in der Depression Berücksichtigung finden.

Kommunikationsstil

Der Kommunikationsstil ist definiert als das Ausmaß, in dem Kommunikation explizit und verbal oder implizit und nonverbal ist (vgl. Hall, 1977). Kulturen unterscheiden sich hinsichtlich ihres dominierenden Kommunikationsstils. Deutsche sind dieser Konzeptualisierung zufolge typische Low-Kontext Kulturen (gekennzeichnet durch eine hohe Direktheit in der Kommunikation) (Gudykunst & Kim, 1992; Hall, 1977), Latein-Amerikaner kommunizieren dagegen überwiegend im High-Kontext-Kommunikationsstil (Singh, McKay & Singh, 1998). Der Kommunikationsstil kann als Teilaspekt des Selbstkonzeptes gelten (vgl. Markus & Kitayama, 1991). Demnach ist eine direkte Kommunikation charakteristisch für ein independentes Self-Construct, ein indirekter Kommunikationsstil dagegen kennzeichnend für ein interdependentes Self-Construct.

Zur Aufklärung von kulturellen Unterschieden in der Somatisierungstendenz ist das Konstrukt des Kommunikationsstils von Interesse, da sich dieser möglicherweise auch auf die Kommunikation des Befindens auswirkt. Demnach würde man annehmen, dass Deutsche ihr psychisches Befinden eher direkt kommunizieren, während man bei Südamerikanern eher von einer indirekten

Kommunikation - mit stärkerem Einbezug körperlicher Symptome - ausgehen könnte.

6.4 Empirische Studien zur Somatisierung in Deutschland und Chile

Einige Studien zur Somatisierungstendenz postulieren, dass es für lateinamerikanische Stichproben charakteristisch ist, mehr körperliche Symptome zu präsentieren als andere Kulturen (Canino, Rubio-Stipec, Canino & Escobar, 1992; Escobar, Gomez & Tuason, 1983; Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno, 1989; Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997; Koss, 1990; Mezzich & Raab, 1980; Tamayo et al., 2007; Tófoli, Andrade & Fortes, 2011).

Kulturvergleichende Studien mit Einbezug deutscher Stichproben finden, dass türkische Migranten, Türken in der Türkei (Diefenbacher & Heim, 1994; Mewes & Rief, 2009) sowie ostasiatische Migranten (Shim, Freund, Stopsack, Kämmerer & Barnow, 2014) eine höhere Tendenz zur Somatisierung aufweisen als Deutsche. Eine multilaterale Studie, die 14 verschiedene Länder vergleicht, umfasst sowohl eine deutsche als auch eine chilenische Stichprobe (Gureje et al., 1997). Chilenische Teilnehmer zeigten hier eine höhere Somatisierungstendenz als Deutsche (Gureje et al., 1997). Tabelle 16 gibt einen Überblick, über empirische Studien, die kulturelle Unterschiede in der Somatisierung untersuchen und eine deutsche oder lateinamerikanische Stichprobe berücksichtigen.

6.4.1 Grenzen bisheriger Forschung

Eine genauere Sichtung der oben genannten Studien ergab, dass der Forschungsstand zum kulturspezifischen Ausdruck der Depression in Deutschland und Chile bezüglich der Quantität und Qualität der Studien limitiert ist.

Quantität

Es finden sich zwar einige Studien, die andere lateinamerikanische Stichproben einbeziehen. Chilenische Teilnehmer sind jedoch lediglich in zwei der Studien berücksichtigt. Auch deutsche Stichproben finden in der interkulturellen Forschung zur Somatisierung wenig Berücksichtigung. Bisher wurden Deutsche vor allem im Vergleich zu türkischen Stichproben verglichen.

Qualität

Bezüglich der Qualität der Studien sind folgende Einschränkungen anzumerken: Oftmals werden kulturelle Unterschiede gefunden oder der Einfluss von Kultur auf den Ausdruck von Depression diskutiert. Hierbei wird Kultur jedoch nur selten gemessen sondern mit Nationalität gleichgesetzt. Der Einfluss von Kultur kann daher oft nicht näher expliziert werden. Eine fundierte Untersuchung der Somatisierung in der Depression im Vergleich zwischen einer chilenischen und einer deutschen Stichprobe erscheint daher lohnenswert.

„Psychologisierung“ statt Somatisierung?

In der vorliegenden Studie soll ein weiterer Kritikpunkt, der in vielen Studien zum Symptomausdruck zu bemängeln ist, berücksichtigt werden. Die bisherige Forschung zum Ausdruck psychischer Störungen konzentriert sich überwiegend auf den Aspekt der Somatisierungstendenz, also auf den Ausdruck körperlicher Symptome. Dabei dominierte zunächst die Annahme, dass Somatisierung ein kulturspezifisches Phänomen darstellt, welches vor allem charakteristisch für nicht-westliche Kulturen und Entwicklungsländer ist (Isaac et al., 1996; Ryder et al., 2008). Mit der wachsenden Anzahl von empirischen Studien verdeutlichte sich, dass die Präsentation körperlicher Symptome als Ausdruck psychischer Belastung auch in westlichen Kulturen keine Ausnahme bildet und daher als universelles Phänomen verstanden werden kann (Kirmayer & Young, 1998; Simon et al., 1999). Ryder et al. (2008) diskutiert daher, ob eine Betonung psychologischer Symptome - also eine "Psychologisierung" - eher als kulturspezifische Besonderheit anzusehen ist. In der vorliegenden Studie soll neben dem Ausdruck somatischer Symptome daher auch der Ausdruck psychischer Symptome kulturvergleichend untersucht werden.

6.5 Forschungsfragen und Untersuchungsmodell zur Teilstudie B

Konkret sollen folgende Leitfragen in der Teilstudie B beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede im Ausdruck der Depression in Deutschland und Chile?

Dabei ist von besonderem Interesse, ob eher somatische oder eher psychische Symptome in der Depression betont werden und ob es kulturelle Unterschiede in dieser „Somatisierungs- bzw. Psychologisierungstendenz“ gibt.

Tabelle 16

Kulturvergleichende Studien zur Somatisierung mit Einbezug lateinamerikanischer oder deutscher Stichproben

Studie	N	Stichproben	Unterschied
Mezzich& Raab, 1980	157	Peru, USA	P > USA**
Escobar et al., 1983	73	Kolumbien, USA	K > USA**
Escobar et al., 1989	3064	Puerto Rico, USA (Mex), USA (Whites)	PR > US _{Mex} > US _{Whites} **
Canino & Escobar, 1992	3636	Puerto Rico, USA (Mex), USA (Whites)	PR > US _{Mex} > US _{Whites} **
Gureje et al., 1997	25.916	14 Länder, darunter Chile und Deutschland	C > D
Varela et al., 2004 ¹	154	Mexiko, US _{Mex} , US _{Whites}	M > US*
Muñoz et al., 2005	989	7 lateinamerikanische Länder, darunter Chile	keine Unterschiede
Aragona et al., 2008	201	versch. Ethnien in den USA	LA > K > Afr > As****
Diefenbacher& Heim, 1994	56	Türkei, Deutschland	T > D*
Behrens et al., 2008	110	Deutsche Patienten, Migranten (1. Generation)	Migr > D
Mehwes & Rief, 2009	368	Deutsche, Deutsche mit türk. Migrationshintergrund, Türken in der Türkei	T > D
Shim et al., 2014	161	Deutsche mit ostasiat. Migrationshintergrund (2. Generation), Ostasiatische Studenten	D > O**

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; LA= Lateinamerikanischer Migrationshintergrund, K= Kaukasier, Afr= Afrikanischer Migrationshintergrund, As= Asiatischer Migrationshintergrund

2. Wann zeigen sich Unterschiede in der Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz in der Depression?

Der Einfluss des diagnostischen Vorgehens auf die Präsentation von körperlichen und/oder psychischen Symptomen soll in der Analyse berücksichtigt werden. Dabei werden die Nennungen somatischer und psychischer Symptome im freien Problembereich des Patienten, im strukturierten klinischen Interview, sowie in der Erfassung durch Fragebögen untersucht und kontrastiert. Die verschiedenen diagnostischen Zugänge unterscheiden sich im Grad der Strukturiertheit und Konfrontation. Im unstrukturierten offenen Problembereich hat die Patientin den größten Spielraum, ihre Beschwerden auszudrücken. Unbequeme Themen (zum Beispiel als hoch stigmatisierend erlebte Symptome) können übergangen werden, wenn nicht direkt nach ihnen gefragt wird (vgl. Ryder, 2005). Dennoch ist die Erhebungssituation relativ konfrontativ: Der fremde Untersucher sitzt der Patientin gegenüber und reagiert (wenn auch überwiegend nonverbal) auf das Gesagte. Simon et al. (1999) konnten zeigen, dass die Arzt-Patient-Beziehung einen Einfluss auf die Beschwerdepräsentation hat. Je weniger vertraut der Untersucher dem Patienten ist, desto eher werden somatische Symptome präsentiert. In der Erhebung der vorliegenden Studie waren die Patientinnen nicht mit der jeweiligen Untersucherin vertraut. Es ist anzunehmen, dass in der offenen Erhebungssituation insbesondere diejenigen Symptome dargestellt werden, die am leichtesten auszudrücken sind.

Fragebögen sind deutlich strukturierter als der freie Problembereich. Bestimmte Symptome sind vorgegeben und die Patientin gibt lediglich an, inwieweit die Symptome auf sie zutreffen oder nicht. Die Beantwortung erfolgt anonym und daher in einem geschützteren Rahmen. Es ist zu vermuten, dass es den Patientinnen im Fragebogenformat leichter fällt, auch unangenehme Symptome auszudrücken. Die geringere Konfrontation reduziert eventuell das Stigmatisierungserleben. Die konkrete Vorgabe bestimmter Symptome erleichtert es zudem, bestimmte Symptome richtig zu benennen. Besteht zum Beispiel eine erhöhte Ausprägung von Alexithymie, fällt es schwer, emotionsbezogene Symptome (wie Traurigkeit, Gereiztheit, Angst) frei zu beschreiben.

Im Interview, das ebenfalls sehr strukturiert ist, sind vergleichbar zum Fragebogen verschiedene Symptome vorgegeben, denen der Patient zustimmen kann. Bisherige Studien zur Somatisierung zeigen, dass Personen, die zunächst eine bestimmte Symptomatik frei prä-

sentieren, anderen Symptomen zustimmen, wenn sie direkt danach gefragt werden (Sayar et al., 2003). Gleichzeitig ist die Interviewsituation eher konfrontativ und gegebenenfalls mit einem höheren Stigmatisierungserleben verknüpft.

Je nach Erhebungszugang sind unterschiedlich hohe Hemmschwellen für die Nennung von psychischen oder somatischen Symptomen zu erwarten.

3. *Wodurch lassen sich kulturelle Unterschiede in der Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz erklären? Untersuchung von Mediatorvariablen*

Eine der zentralen Fragen der Untersuchung lautet, worauf kulturelle Unterschiede in der Somatisierungstendenz begründet sind. Um diese inhaltlichen Gründe möglicher Unterschiede fassen zu können, soll der Einfluss folgender Variablen auf die Somatisierungstendenz untersucht werden, für die oben bereits Zusammenhänge zur Kultur und zur Somatisierung aufgezeigt werden konnten: Stigmatisierungserleben in der Depression, Kommunikationsstil, Alexithymie, Emotionsexpressivität. Darüber hinaus sollen Wertorientierungen nach Schwartz (1992) sowie der Faktor Interdependente Orientierung mit erhoben werden.

Wertorientierungen

Werte beeinflussen die Art und Weise, in der Individuen Ereignisse und Situationen wahrnehmen und interpretieren sowie Ihre Einstellungen, Entscheidungen und ihr Verhalten (Schwartz, 2011). Als Kulturvariablen sollen in der vorliegenden Studie daher neben den bereits erwähnten Variablen zehn Wertetypen erfasst werden, die Schwartz in seiner Theorie des individuellen Wertesystems (Schwartz, 1992) definiert hat und die sich als wichtige Faktoren in der Erforschung kultureller Unterschiede etabliert haben (Knafo, Roccas & Sagiv, 2011).

Selbstkonzept

Als weitere Kulturvariable soll das bereits für die Teilstudie A erläuterte Konstrukt der Interdependenten Orientierung erfasst werden, da das independente oder interdependente Selbstbild als wichtige Variable gilt, um kulturelle Unterschiede im Erleben und Verhalten aufzuklären (Markus & Kitayama, 1991)

Die Leitfragen und das Untersuchungsmodell orientieren sich an einer kulturvergleichenden Untersuchung von Ryder et al. (2008), der den kulturspezifischen Ausdruck der Depression in Kanada und China miteinander vergleicht. Mit der parallelen Erhebung der oben beschriebenen kulturvermittelnden Variablen folgt das Studiendesign dem Goldstandard der aktuellen, kulturvergleichenden Forschung (Matsumoto & Seung Hee Yoo, 2006), indem die bedeutungsleere, kategoriale Variable „Kultur“ durch messbare, psychologische Variablen auf individueller Ebene ersetzt wird (Bond & Tedeschi, 2001).

Im folgenden Kapitel werden die Hypothesen noch einmal zur Übersicht dargestellt. Die Sichtung der bisherigen Studien zum interkulturellen Vergleich des Depressionsausdruck in Deutschland und in Chile zeigte, dass die Datenlage bezüglich der Quantität und Qualität Mängel aufweist. Die Hypothesen sind daher explorativ formuliert. Dies gilt auch für die Hypothesen zum Hintergrund möglicher interkultureller Unterschiede. Die theoretisch hergeleiteten Variablen wurden bisher in keiner Studie in einen Zusammenhang mit Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenzen in einer europäischen und einer südamerikanischen Stichprobe gebracht. Ein Rückgriff auf eine fundierte empirische Datenlage ist daher nicht möglich. Die theoretischen Hintergründe lassen verschiedene, zum Teil widersprüchliche Annahmen zu. Geht man davon aus, dass Deutsche zu einer höheren Emotionskontrolle neigen und diese mit somatischen Symptomen assoziiert ist (vgl. Kap. 6.2.3), legen diese Zusammenhänge eine höhere Somatisierung in Deutschland nahe. Bedenkt man dagegen den Kommunikationsstil, ergibt sich ein entgegengesetztes Bild: Chilenen neigen laut Theorie zu einem höheren Kontextbezug, Deutsche zu einer höheren Direktheit (vgl. Kap. 6.3). Dementsprechend wäre davon auszugehen, dass Deutsche ihre psychische Belastung direkter ausdrücken - also überwiegend psychische Symptome benennen, Chilenen ihre Belastung dagegen „verkörperter“ kommunizieren. Auch die Befunde und Theorien zum Stigmaerleben sowie zur Alexithymie lassen keine konkreten richtungsspezifischen Hypothesen zu.

Da die theoretischen Hintergründe insgesamt keine eindeutige Schlussfolgerung erlauben, werden auch die Hypothesen zu den Mediatorvariablen explorativ formuliert.

Kapitel 7

Forschungsfragen zur Teilstudie B

Forschungsfrage 29: Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck der Depression?

29a) Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck somatischer Symptome?

29b) Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck psychischer Symptome?

Forschungsfrage 30: Wann unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck der Depression?

30a) Zeigen sich kulturelle Unterschiede im Symptomausdruck im offenen Problembereich?

30b) Zeigen sich kulturelle Unterschiede im Symptomausdruck im strukturierten, klinischen Interview?

30c) Zeigen sich kulturelle Unterschiede im Symptomausdruck im Fragebogen?

Forschungsfrage 31: Wodurch lassen sich Unterschiede im Symptomausdruck erklären?

31a) Vermittelt das *Stigmaerleben* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

31b) Vermittelt *Alexithymie* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

31c) Vermittelt der *Kommunikationsstil* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

31d) Vermittelt die *Emotionale Expressivität* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

31e) Vermitteln *kulturelle Werte* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

31f) Vermittelt die *Interdependente oder Independenten Orientierung* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

Kapitel 8

Studie B: Mixed-Methods Studie zur Somatisierungstendenz in der Depression

8.1 Ziel der Untersuchung

In der Teilstudie B soll kulturvergleichend untersucht werden, welche Bedeutung der Körper als Symptomträger in verschiedenen Kulturen einnimmt. Dabei ist von besonderem Interesse, wie sehr die Depression Ausdruck in körperlichen oder in psychischen Symptomen findet und ob es kulturspezifische Unterschiede in der Betonung somatischer (oder psychischer) Symptome zwischen Deutschland und Chile gibt.

8.2 Methode

8.2.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte eine Querschnittstudie in einem quasi-experimentellen einfaktoriellen Mixed-Method Design mit dem Zwischensubjektfaktor Nationalität (deutsch oder chilenisch). Es wurden quantitative und qualitative Daten analysiert. Die qualitative Datenerfassung erfolgte über einen offenen Problembereich der Patienten sowie über ein anschließendes strukturiertes Interview. Die quantitative Datenerfassung erfolgte über eine

Fragebogenbatterie mit verschiedenen Selbstbeurteilungsinstrumenten. Die Realisierung der Studie wurde im April 2012 auf deutscher Seite von der Ethikkommission der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften sowie auf chilenischer Seite von der Ethikkommission des Hospital del Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) bewilligt.

8.2.2 Rekrutierungsstrategien

8.2.2.1 Rekrutierung der deutschen Stichproben

Die klinische Stichprobe wurde für die Teilnahme an der Gesamtstudie rekrutiert, das heißt die Teilnehmer nahmen sowohl an der Datenerhebung für den Teil A der Dissertationsstudie (Fragebogenuntersuchung zum Körpererleben) sowie am Teil B (Studie zur Somatisierungstendenz in der Depression) teil. Die Teilnahme am Studienteil B umfasste einen offenen Problembereich der Patienten, ein anschließendes strukturiertes Interview sowie die Beantwortung weiterer Fragebögen. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die für die Teilstudie B berücksichtigten Instrumente.

Für die klinische Stichprobe wurden depressive Patienten im Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Psychosomatik, Psychotherapiestation AKM) sowie im Pfalzkl. Klingenmünster (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Station P11 - Station für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen) rekrutiert. Die Patienten wurden sukzessiv und anfallend in die Stichprobe einbezogen. Die Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden innerhalb der ersten Woche nach Behandlungsaufnahme persönlich von der Autorin angesprochen und über die Studie informiert. Darüber hinaus wurde Ihnen ein Informationsblatt zur Studie und zu den Teilnahmebedingungen (siehe Anhang) ausgehändigt. Sowohl über das Informationsblatt als auch über die mündliche Information durch die Autorin wurden die Patienten darüber aufgeklärt, dass die Studienteilnahme freiwillig ist, anonymisiert erfolgt und die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme keinen Einfluss auf die Behandlung des Patienten hat.

8.2.2.2 Rekrutierung der chilenischen Stichproben

Patienten, die in die klinische Stichprobe eingeschlossen wurden, nahmen wie die klinischen Teilnehmer in Deutschland an beiden Substudien teil. Die klinische Stichprobe wurde rekrutiert im Hospital del Salvador (Abteilung für Psychiatrie), einem öffentlichen Krankenhaus in Santiago de Chile in Kooperation mit Dr. Florenzano und der chilenischen Kooperationspartnerin der

Autorin - Ana Cristina Amézaga. Für die Realisierung der klinischen Studie in Chile war ein weiterer Ethikantrag erforderlich, welcher der Kommission des Hospital Salvador im April 2012 vorgelegt und bewilligt wurde. Die Rekrutierung erfolgte durch chilenische Muttersprachler - eine Psychologiestudentin sowie eine Ärztin in psychiatrischer Ausbildung, die die Patienten sukzessiv und anfallend nach vorheriger Information über die Studie und Einwilligung der Patienten in die Studie einschlossen. Analog zum Vorgehen in Deutschland wurden die chilenischen Patienten sowohl mündlich als auch schriftlich darüber informiert, dass die Studienteilnahme freiwillig ist, anonymisiert erfolgt und die Teilnahme die Behandlung nicht beeinflusst.

8.2.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen weitestgehend den Kriterien, die für die klinische Stichprobe in Teilstudie A beschrieben wurden (vgl. Kap.5.2.2.3). Zudem wiesen alle in die Stichprobe eingeschlossenen Patienten gemäß der Experteneinschätzung des behandelnden Therapeutenteams als Erstdiagnose eine depressive Störung gemäß ICD-10 auf und litten laut Diagnosestellung der Behandler nicht unter einer komorbiden Störung.

8.2.3 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden sollen die für die Teilstudie B *spezifischen* Erhebungsinstrumente beschrieben werden. Die Instrumente, die bereits in Teilstudie A berücksichtigt sind, werden hier nicht erneut beschrieben.

8.2.3.1 Offener Problembereich

Das erste Segment der Erhebung bildete der offene Problembereich des Patienten. Der Patient sollte dazu in seinen eigenen Worten berichten, was ihn in die Klinik geführt hat und was seine Hauptprobleme sind. Die Explorationsfragen wurden dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-I) von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997) entnommen.

Tabelle 17

Übersicht der Instrumente - Studie B

<i>Instrumentkürzel</i>	<i>Instrument</i>	<i>Autor</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Itemzahl</i>
HKFB	Heidelberger Kultur-Fragebogenbatterie	Freund et al.(2012)	Soziodemographische Variablen	8
CES-D	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale	Radloff (1977)	Kriterien zur Kulturzugehörigkeit ¹ Symptomausdruck ²	8 20
DSSS	Depression and Somatic Symptom Scale	Hung et al. (2010)	Symptomausdruck ²	10
BDI	Beck-Depressions-Inventar	Hautzinger et al. (1995)	Symptomausdruck ²	21
PVQ	Portrait Value Scale	Schwartz (2001)	Kulturvariablen (Werte)	40
TAS	Toronto Alexithymia Scale	Bagby et al. (1994)	Alexithymie	20
BEQ	Berkeley Expressivity Questionnaire	Gross & John (1995)	Emotionale Expressivität	16
plus Forced Choice Item				1
IOSad	Integration of Others in the Self Scale (adapted version)	Li (2002)	Kulturvariable (Selbstkonzept)	1
DSSS	Depression Self Stigma Scale	Kanter et al. (2008)	Stigmatisierungserleben bez. Depression	32
CIS	Conversational Indirectness Scale	Holtgraves (1997)	Kommunikationsstil	20

Anmerkung.¹Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Muttersprache, Nationalität, ²Kodierung der im Fragebogen umfassten Symptome in *somatisch* vs. *psychisch*

8.2.3.2 *Strukturiertes Klinisches Interview*

Im Anschluss an den offenen Problembeschreibung, wurde das strukturierte Interview durchgeführt. Das Interview basiert im Wesentlichen auf der Sektion „Affektive Syndrome, Major Depression“ des SKID-I (Wittchen et al., 1997). Um den besonderen Anforderungen einer interkulturellen Datenerhebung gerecht zu werden und eine kulturfaire Operationalisierung zu gewährleisten, wurde das Interview modifiziert. Als Vorbild für dieses Vorgehen dienen maßgeblich die Arbeiten von Andrew Ryder (Ryder, 2005; Ryder et al., 2008). Folgende Modifikationen wurden vorgenommen:

1. Abweichend von dem gängigen Vorgehen beim SKID-I werden unabhängig davon, ob Syndromkriterien erfüllt werden, alle Symptome abgefragt.
2. Ergänzung einer Interviewsektion zur Erfassung kulturspezifischer Ausdrucksformen von depressiven Erkrankungen (Nervios und Neurasthenie, die als depressionsähnliche, kulturspezifische Syndrome in Lateinamerika diskutiert werden (vgl. Weller et al., 2008; Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), 2004).) orientiert am lateinamerikanischen Leitfaden für psychiatrische Diagnostik - GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico) (Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), 2004)
3. Ergänzung um eine Frage zu „Burn-Out“ (als mögliche, spezifisch deutsche Form des Ausdrucks von Stresserleben).
4. Ergänzung um zwei Fragen zum Stigmatisierungserleben in der Depression.
5. Die Skala zur Bewertung der genannten Symptome wurde erweitert, um eine dimensionale Einschätzung des Symptomschweregrads zu ermöglichen. Das Vorgehen basiert auf dem des Present State Examination (vgl. Wing, Sartorius & Üstün, 1998).

8.2.3.3 *Fragebögen*

Um den Depressionsausdruck im diagnostischen Kontext der Fragebogenerhebung zu erfassen, wurden die in der klinischen Praxis beider Länder bedeutsamen Selbstbeurteilungsinstrumente zur Depressionsdiagnostik - das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995) sowie die CES-D Skala (Radloff, 1977) eingesetzt. Um kulturspezifische Depressionssymptome (Nervios- und Neurasthenie-Symptome) zu erfassen, wurden Items der DSSS-Skala ergänzt, welche vorrangig

körperliche Symptome abfragen. Zur Erfassung der möglichen Mediatoren zwischen Kultur und Depressionsausdruck sowie zur Spezifizierung des Körpererlebens in der Depression kamen weitere Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

Fragebögen zur Erfassung des Symptomausdrucks in der Depression

Beck-Depressions-Inventar

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al., 1995) ist ein Instrument zur Erfassung depressiver Symptome sowie zur Einschätzung ihrer Schwere. Es umfasst 21 Items. Auf einer Antwortskala von 0 bis 3 ist zu beantworten, inwieweit die 21 Symptome aus dem affektiven, somatischen oder kognitiven Bereich in der letzten Woche auf die antwortende Person zutrafen. Das BDI gehört weltweit zu den am meisten eingesetzten Instrumenten zur Erfassung von Depressionen (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998). Es weist über verschiedene Kulturen eine akzeptable bis gute Reliabilität und Validität auf (Saint Arnault, Sakamoto & Moriwaki, 2005) und hat sich als überzeugendes Instrument für transkulturelle Vergleiche erwiesen (Räder, Adler, Schwibbe & Sultan, 1991). Für die vorliegende Studie ist zudem relevant, dass es auch bei Patienten mit ausgeprägter körperlicher Symptomatik reliabel und valide zur Erfassung depressiver Symptome eingesetzt werden kann (Barth, Paul, Klesse, Bengel & Härter, 2007; Härter, Woll, Reuter, Wunsch & Bengel, 2004).

Eine deutsche Übersetzung liegt von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1994) vor. In einer Validierungsstudie an depressiven Patienten, Schmerzpatienten sowie gesunden Kontrollpersonen erwies sich das Instrument auch in der deutschen Version als reliabel und veränderungssensitiv (Hautzinger, 1991). Eine spanische Übersetzung von Sanz und Vázquez (1998) erwies sich ebenfalls als reliabel und valide (Sanz & Vázquez, 1998). Auch in lateinamerikanischen Stichproben fanden sich überzeugende interne Reliabilitäten zwischen $\alpha = .83$ und $\alpha = .89$ (Van Hemert, Van de Vijver & Poortinga, 2002; Vega-Dienstmaier, Coronado-Molina & Mazzotti, 2014).

Depression Self Stigma Scale

Die Depression-Self-Stigma Scale von Kanter et al. (2008) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der erlebten Stigmatisierung durch depressive Erkrankungen. Das Instrument umfasst 32 Items über insgesamt fünf Subskalen (*General Self-Stigma*, *Secrecy*, *Public Stig-*

ma, *Treatment Stigma*, *Stigmatizing Experiences*). Die Antwortskala ist 7-stufig (1=“Ich stimme überhaupt nicht zu“ bis 7=“Ich stimme voll und ganz zu“). Das Konstrukt Self-Stigma erfasst, inwieweit depressiv erkrankte Personen stigmatisierende Einstellungen und Meinungen, die in der Öffentlichkeit gegenüber depressiven Menschen dargeboten werden, verinnerlichen. Die Skala *General Self-Stigma* bildet die Internalisierung dieser negativen Urteile über depressiv Erkrankte ab (Beispielitem: „Andere halten mich für unfähig, mit Verantwortung umzugehen, weil ich depressiv bin.“). Die Subskala *Secrecy* erfasst das Bemühen, die eigene depressive Erkrankung vor Anderen zu verbergen („Ich gebe genau acht, wem ich davon erzähle, dass ich depressiv bin.“). Die Skala *Public Stigma* bildet ab, inwieweit depressiv Erkrankte anderen Depressiven gegenüber negative Einstellungen haben („Jeder kann leicht erkennen, dass andere depressive Personen minderwertig sind.“). Auf der Subskala *Treatment Stigma* werden Einschätzungen zu negativen Konsequenzen erfasst, die mit einer Behandlung von Depressionen einhergehen („Wenn man erfährt, dass eine Person wegen Depression behandelt wurde, wird diese Person weniger vorteilhaft wahrgenommen.“). Die Subskala *Stigmatizing Experiences* bildet ab, inwieweit Depressive aufgrund ihrer Erkrankung in der Vergangenheit bereits schlecht behandelt wurden („Ich bereue es, manchen Personen von meiner Depression erzählt zu haben.“).

Das Instrument weist eine gute interne Konsistenz ($\alpha = .79$ bis $\alpha = .93$ auf den verschiedenen Subskalen), eine überzeugende Validität und eine stabile Faktorenstruktur auf (Kanter et al., 2008).

Übersetzung des Instrumentes

Da weder eine spanischsprachige noch eine deutschsprachige Version des Instrumentes vorlagen, erfolgte nach Rücksprache mit und Erlaubnis durch den Originalautor eine Übersetzung gemäß der gängigen Standards für Testübersetzungen (vgl. van de Vijver & Hambleton, 1996; Beaton et al., 2000; Hambleton & Zenisky, 2011).

Erarbeitung einer deutschen Version

Zunächst wurden zwei Forward-Übersetzungen der englischen Originalversion in die deutsche Sprache realisiert. Aus den beiden Übersetzungen wurde eine Konsensversion entwickelt. Dazu wurden Diskrepanzen zwischen den beiden deutschen, übersetzten Versionen diskutiert. Aus der Konsensversion erfolgte eine Rückübersetzung durch zwei englische Muttersprachler, die zufriedenstellende Entsprechungen zur Originalversion erbrachte. Im Übersetzungsprozess erwies

sich insbesondere das Item 24 („Others view me as morally weak because I am depressed“) als schwer übersetzbar. Es wurden verschiedene Übersetzungsmöglichkeiten diskutiert, da alle beteiligten Übersetzer sich einig waren, dass eine wörtliche Übersetzung in den Ausdruck „moralisch schwach“ in der deutschen Sprache wenig gängig ist. Nach Rücksprache mit dem Originalautor wurde die Übersetzung: „Andere halten mich für charakterschwach, weil ich depressiv bin.“ gewählt. In einem letzten Schritt erfolgte eine Evaluation der finalen, übersetzten Version. Dazu wurden fünf Personen, die sowohl fließend deutsch als auch fließend englisch sprechen, gebeten, auf einer Likert-Skala von „1= überhaupt nicht“ bis „5= sehr gut“ zu bewerten, inwieweit die Übersetzung dem Original entspricht. Die Evaluation ergab eine zufriedenstellende Bewertung der übersetzten Items mit der erwarteten, geringsten Übereinstimmung ($\bar{x}=3.6$) für das Item 24.

Erarbeitung einer chilenischen Version

Eine spanische Version des Instruments wurde analog zum Vorgehen der deutschen Version entwickelt. Es erfolgten zwei Forward-Übersetzungen, die sich zu fast hundertprozentig entsprachen. Aus der Konsensversion wurden im Anschluss zwei unabhängige Rückübersetzungen realisiert, die ebenfalls überzeugende Übereinstimmungen mit der Originalversion zeigten. Auf eine Evaluation der Übersetzung wurde aufgrund der hohen Übereinstimmung der Forward-Übersetzungen untereinander, sowie der Rückübersetzungen mit der Originalversion verzichtet.

Conversational Indirectness Scale

Die Conversational Indirectness Scale von Holtgraves (1997) wurde eingesetzt, um den Kommunikationsstil zu erfassen. Die Skala umfasst zwei Faktoren der Indirekten Kommunikation: Der Faktor *Interpretation* erfasst die Tendenz und Fähigkeit, indirekte Bedeutungen aus kommunizierten Botschaften des Gesprächspartners zu entdecken und zu verstehen. Er bezieht sich auf die Neigung, in einem Gespräch auch nicht direkt (verbal) kommunizierte Nachrichten zu *erfassen* (Beispielitem: „Ich versuche oft zwischen den Zeilen zu lesen, um zu entscheiden, was wirklich gemeint ist.“). Der zweite Faktor - *Produktion* - erfasst in welchem Ausmaß und wie häufig man selbst dazu neigt, indirekte Botschaften zu vermitteln (Beispielitem: „Oft steckt mehr hinter dem, was ich sage, als es an der Oberfläche scheint.“). Der Fragebogen umfasst insgesamt 19 Items und eine Antwortskala von 1 („Ich stimme überhaupt nicht zu“) bis 7 („Ich stimme voll und ganz zu“). Die Gesamtskala sowie die Subskalen weisen eine gute Reliabilität auf (Hara & Kim, 2004;

Holtgraves, 1997). Darüber hinaus zeigt sich eine stabile 2-Faktorenstruktur und es finden sich diverse Belege für eine überzeugende Validität des Instrumentes (Hara & Kim, 2004; Holtgraves, 1997).

Übersetzung des Instrumentes

Eine Übersetzung des Instrumentes war für beide Sprachen erforderlich, da weder eine deutsche noch eine spanische Version verfügbar war. Die Übersetzungen erfolgten wiederum gemäß der Richtlinien für Testübersetzungen und mit Einverständnis des Originalautors Thomas Holtgraves. Es wurden jeweils zwei Forward-Übersetzungen in die Zielsprachen (deutsch und spanisch) durch bilinguale Muttersprachler geleistet. Aus diesen wurde eine Konsensversion gebildet, von der ausgehend jeweils zwei Rückübersetzungen realisiert wurden. Die Rückübersetzungen zeigten eine zufriedenstellende Übereinstimmung zur Originalversion.

8.2.3.4 Datenaufbereitung und Auswertungsmethoden

Die statistische Datenaufbereitung und -analyse erfolgte analog zur Teilstudie A. Die der Datenauswertung vorangehende Aufbereitung umfasste die Datenbereinigung (mit Identifikation und Korrektur von gegebenenfalls falsch eingegebenen Werten sowie der Identifikation von fehlenden Werten) und Datentransformation (Rekodieren von negativ gepolten Items, Berechnung von Skalenmittel- und summenwerten). Zunächst wurde ein Filter erstellt, über den nur diejenigen Probandendaten eingeschlossen wurden, die die Einschlusskriterien zur Kulturzugehörigkeit erfüllten (Eigenes Geburtsland sowie Herkunftsland des Vaters und der Mutter: Chile respektive Deutschland; Muttersprache: Chilenisch respektive Deutsch sowie Nationalität gemäß Personalausweis: Chilenisch respektive Deutsch). Darüber hinaus wurden über einen weiteren Filter diejenigen Fälle ausgeschlossen, bei denen zu einem oder mehreren Fragebögen mehr als 24 Prozent der Items unbeantwortet waren.

Ausschluss von Datensätzen und finale Stichprobengrößen

In Deutschland konnten 44 depressive, stationäre Patienten für die Studie gewonnen werden. Davon wurden 8 Personen ausgeschlossen, da keine vollständigen Datensätze vorlagen oder die Einschlusskriterien der Kulturzugehörigkeit nicht komplett erfüllt waren. Auf chilenischer Seite

konnten lediglich 10 Personen für die klinische Stichprobe rekrutiert werden.

Analyse von und Umgang mit fehlenden Werten

Eine Analyse der fehlenden Werte erfolgte über den Little's MCAR-Test. Dieser war nicht signifikant $\chi^2(2390)=.000$, $p=1.00$ und legt damit nahe, dass die fehlenden Daten unsystematisch und unabhängig von anderen Variablen auftreten (Little, 1988). Fehlende Werte wurden innerhalb der Statistik Software SPSS 22.0 mittels multipler Imputation ersetzt. Bei Erfüllung der MCAR-Bedingung gilt dieses Vorgehen als angemessen (Eid et al., 2010; Sterne et al., 2009).

8.2.3.5 Statistisches Matching mittels Propensity Score Methode

Um die Nachteile des quasi-experimentellen, kulturvergleichenden Designs auszugleichen, die durch Störvariablen entstehen können, wurde wie in Teilstudie A ein Matching der chilenischen und der deutschen Stichprobe realisiert, um mögliche konfundierende Variablen zu kontrollieren. Das Vorgehen des Matching entsprach überwiegend dem Vorgehen, wie es für die Teilstudie A ausführlicher beschrieben ist. Für die klinische Studie wurde jedoch ein 1-zu-1-Matching realisiert, d.h. jeder der 10 chilenischen Teilnehmerinnen wurde genau eine deutsche Teilnehmerin zugeordnet, die hinsichtlich der Störvariablen vergleichbar war. Darüber hinaus wurde keine maximal erlaubte Differenz (Caliper-Maß) bestimmt, da dies eine weitere Reduktion auch des chilenischen Datensatzes zur Folge gehabt hätte.

Balance Assessment

Eine Evaluation der Matching-Prozedur erfolgte über die Prüfung des Overall Balance Tests von Hansen und Bowers (2008). Der Overall-Balance Test war nicht signifikant ($\chi^2(6)=2.053$, $p=.915$) und gab damit einen ersten Hinweis auf ein gelungenes Matching. Abbildungen 21 bis 23 zeigen Diagramme zur Übersicht der Prä- und Post-Matching Werte. Abbildung 21 zeigt ein Dotplot-Diagramm mit der Verteilung der Fälle hinsichtlich der Propensity Scores vor und nach dem Matching. Abbildung 22 stellt die Verteilung der Fälle über ein Histogramm dar. Abbildung 23 zeigt in einem Liniendiagramm der standardisierten Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching. In allen Abbildungen ist zu sehen, dass durch das Matching eine verbesserte Vergleichbarkeit hinsichtlich der Kovariaten erreicht werden konnte.

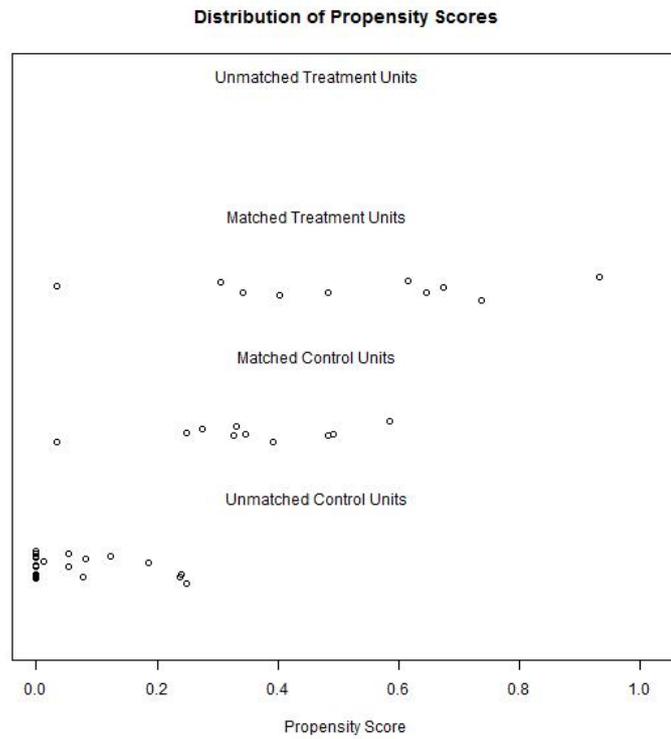


Abbildung 21: Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der chilenischen („Treated“) und deutschen („Control“) klinischen Stichprobe vor und nach dem Matching

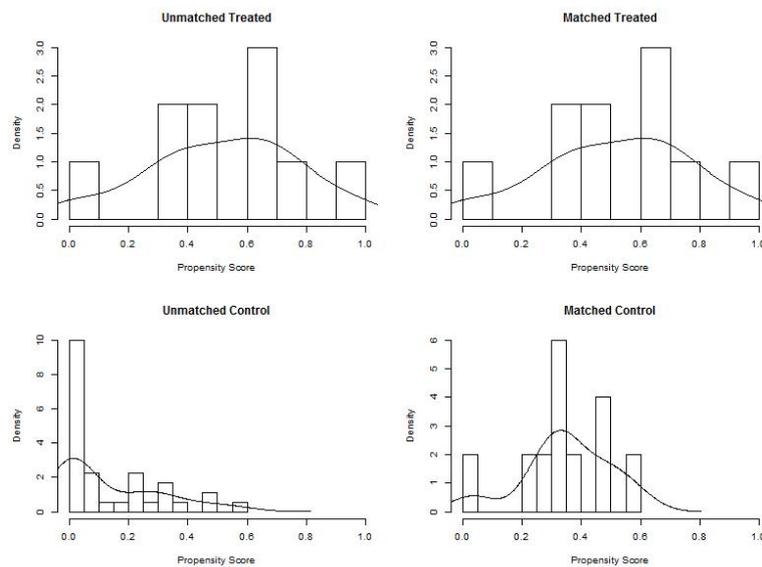


Abbildung 22: Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der chilenischen („Treated“) und deutschen („Control“) klinischen Stichprobe vor und nach dem Matching

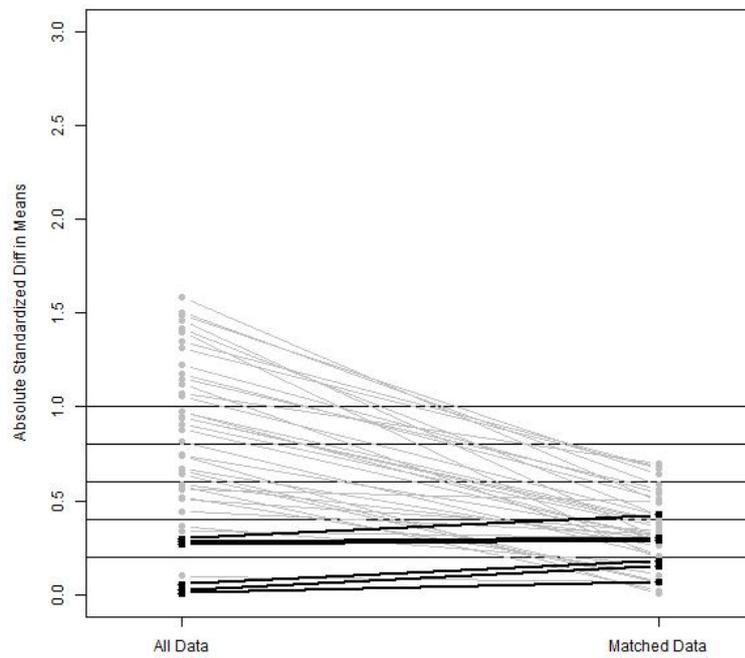


Abbildung 23: Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der klinischen Stichprobe

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der klinisch-depressiven deutschen und chilenischen Stichprobe nach dem Matching.

Analyse und Korrektur von Response Styles

Eine Analyse der Response Styles wurde analog zum Vorgehen in Teilstudie A vorgenommen. Zunächst wurden Indizes für die verschiedenen Antworttendenzen Akquieszenz (ARS), Disakquieszenz (DRS) und dem Extreme Response Style (ERS) berechnet. Im Anschluss wurde mittels t-Tests geprüft, ob kulturspezifische Gruppenunterschiede in den jeweiligen Antworttendenzen vorliegen.

Unterschiede im Response Style

Es finden sich signifikant höhere Werte bei den chilenischen Teilnehmern bezüglich der Akquieszenz (ARS) ($M_D = .11, SD_D = .12; M_C = .28, SD_C = .17$) ($t(18)=-2.18, p \leq .05$) sowie in der Tendenz zur Härte bzw. im Extreme Response Style (ERS) ($M_D = .19, SD_D = .14; M_C = .46, SD_C = .25$) ($t(18)=-2.85, p \leq .05$). Bezüglich der Disakquieszenz (DRS) unterscheiden sich die Gruppen nicht ($t(18)=-1.45, n.s.$). Die Effekte der ARS ($d=1.20$) und der ERS ($d=1.27$) sind als groß einzuschätzen (J. Cohen, 1962).

Korrektur der Antworttendenzen

Die Skala CIS (Conversational Indirectness Scale) und die Depression-Self-Stigma Scale (DSSS) werden nach den Kriterien von Clarke III (2000) und Cronbach (1950) als besonders anfällig für Verzerrungen durch eine Tendenz zur extremen Antwort eingeschätzt, da sie jeweils eine 7-stufige Antwortskala umfassen. Da wie oben gezeigt, kulturspezifische Antworttendenzen hinsichtlich des ERS vorliegen, wurde diese statistisch kontrolliert. Dazu wurde der Effekt der Antworttendenz aus den Konstrukten der Skalen CIS und DSSS mittels Multipler Linearer Regression der jeweiligen Subskalenwerte auf die Indikatoren der bedeutsamen Antworttendenzen (DRS und ERS) herauspartialisiert (vgl. zu diesem Vorgehen die Empfehlungen von Baumgartner & Steenkamp, 2001). Weitere Analysen erfolgten mit den um die Einflüsse der Response Styles bereinigten Residuen der Regression. Eine statistische Kontrolle der ARS erfolgte in Bezug auf die Skalen CIS und DSSS nicht, da in der Skalenkonstruktion der Instrumente eine Kontrolle der ARS und DRS berücksichtigt ist: Durch eine balancierte Antwortskala sowie durch den Einbezug negativ

Tabelle 18

Deskriptive Beschreibung der klinisch-depressiven Teilstichproben nach dem Matching

	Deutschland	Chile	Unterschiede
Stichprobengröße (<i>n</i>)	10	10	
Alter (<i>M</i> und <i>SD</i>)	44.0 (14.65)	41.2 (8.77)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Geschlecht (weiblich) (<i>n</i> (%))	10 (100.0)	10 (100.0)	χ^2 = <i>n.s.</i>
BMI (<i>M</i> und <i>SD</i>)	29.31 (5.6)	27.9 (4.9)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
Bildung (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering (1)	2 (20.0)	3 (30.0)	
mittel(2)	7 (70.0)	3 (30.0)	
hoch(3)	0 (0.0)	2 (20.0)	
akademisch/(4)	1 (10.0)	2 (20.0)	
Familienstand (<i>n</i> (%))			χ^2 = <i>n.s.</i>
ledig	6 (60.0)	8 (80.0)	
verheiratet	4(40.0)	2 (20.0)	
Einkommen (<i>n</i> (%))			<i>U</i> = <i>n.s.</i>
gering	4 (40.0)	7 (70.0)	
mittel	5 (50.0)	3 (30.0)	
hoch	1 (10.0)	0 (0.0)	
CESD-D (<i>M</i> und <i>SD</i>)	33.1 (8.61)	36.1 (9.92)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>
BDI (<i>M</i> und <i>SD</i>)	32.30 (8.51)	35.3 (14.45)	<i>p</i> = <i>n.s.</i>

Anmerkung. Bildung (1)=Kein Abschluss/Hauptschulabschluss/educ.incompleta/basica (2)Real-schulabschluss/educación media completa(3)Abitur/técnica(4)Hochschulabschluss/educación universitaria completa

formulierter Items werden Tendenzen zur ARS und DRS abgeschwächt (vgl. Baumgartner & Steenkamp, 2001; Johnson et al., 2010).

8.3 Ergebnisse

8.3.1 Vorbereitende Analysen

8.3.1.1 Prüfung der Werte auf Ausreißer

Eine Prüfung aller Skalen auf Ausreißerwerte erfolgte über eine z-Standardisierung der Skalen und fand keine Ausreißer. Als Ausreißer werden gemäß Field (2013) z-Werte $> |3.29|$ definiert.

8.3.1.2 Prüfung der Normalverteilung

Im nächsten Schritt erfolgte eine Prüfung der Normalverteilung der Skalen. Dazu wurden wie in Teilstudie A gemäß den Empfehlungen von (Field, 2013) der Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Sichtprüfungen der Histogramme und P-P-plots (probability-probability plots) herangezogen. Zur genaueren Beurteilung der Abweichung von der Normalverteilung wurden die Kennwerte der Kurtosis und Schiefe bei einem signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Wert z-standardisiert und überprüft, ob sie ebenfalls signifikant von einer Normalverteilung abweichen (vgl. Field, 2013). Den Empfehlungen von (Field, 2013, S.147) folgend wurden die Normalverteilungen getrennt für die einzelnen Teilstichproben geprüft, da die Analysen Gruppenvergleiche umfassen. Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Werte. Signifikante Abweichungen von der Normalverteilungsannahme ergaben sich für die Subskala Stigma-Public in der deutschen Stichprobe, sowie für die Subskala PVQ-Hedonismus, die IOS-Skala, die CES-D und den BDI in der chilenischen Stichprobe.

8.3.1.3 Prüfung der Varianzhomogenität

Eine Verletzung der Varianzhomogenität lag auf folgenden Subskalen vor: CIS-Passiv ($F(1,18)=6.66$, $p<.05$), CIS-Speak ($F(1,18)=9.23$, $p<.01$), Stigma-Public ($F(1,18)=7.95$, $p<.05$), Stigma-Treatment ($F(1,18)=5.15$, $p<.05$), BEQ.Pex ($F(1,18)=4.67$, $p<.05$), TAS-IdentFeel ($F(1,18)=7.58$, $p<.05$)

Tabelle 19

Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Klinisch depressive Teilstichproben)

		Deutschland		Chile		
	K-S Test	Kurtosis	Schiefe	K-S Test	Kurtosis	Schiefe
Körpererleben						
SBC-BA	.15	.85	.20	.21	-.76	-.58
SBC-BD	.15	.03	-.53	.20	-1.55	-.24
BDS	.22	-.10	.91	.20	-2.11	.11
Kulturvariablen						
PVQ						
SelfDir.	.22	.76	.86	.13	-.39	-.32
Power	.18	.44	.40	.16	-.36	-.01
Conf.	.17	1.22	1.15	.18	-.70	-.56
Trad.	.19	-.75	.33	.19	-1.58	.27
Benev.	.14	.92	-.48	.16	-.59	.38
Universalism	.14	-.36	.62	.21	-1.32	-.37
Stimul.	.13	-.12	.68	.16	-.35	-.56
Hedonism	.21	1.05	.67	.36**	1.39**	-1.47***
Achieve	.19	-.12	.70	.16	-1.05	-.27
Security	.19	-.21	.85	.20	-1.00	.20
IOS	.19	-1.06	.48	.29*	.12***	-1.19***
TAS- DescFeel	.21	-.19	-.75	.16	-.46	.62
TAS- IdentFeel	.23	-.57	-.69	.25	-1.97	.48
TAS-EOT	.20	-.53	.02	.21	-.69	-.35
beq.nex	.18	-.58	.31	.16	-.14	-.62
beq.pex	.14	.98	-.84	.26	-.91	-.81
beq.str	.13	-1.04	-.07	.21	.82	-1.26
Stig.General Self	.22	.06	-.81	.22	-.43	-.78
Stig.Secrety	.11	-1.06	.45	.12	-.44	-.24
Stig.Public	.32**	2.72***	1.52***	.23	-1.70	-.43
Stig.Treatment22		2.06	.58	.21	-.98	-.50
Stig.Experience19		-.85	-.30	.20	-.88	-.64
CIS.Passiv	.19	-.76	.59	.17	-.04	-.35
CIS.Speak	.14	-.95	.12	.19	-.45	.03
Depressivität						
			174			
CES-D	.20	-2.97	-.06	.30*	1.54***	-1.13***
BDI	.13	-.37	-.67	.27*	-.08***	-1.15***

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

und BDS ($F(1,18)=9.38, p<.01$).

8.3.1.4 Umgang mit Verletzungen der Voraussetzung für parametrische Tests

Bei Analysen, bei denen die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht erfüllt waren, wurde auf verteilungsfreie, non-parametrische Verfahren zurückgegriffen. Zur Prüfung der Mediatoranalysen werden zudem Bootstrap-Verfahren in die Analyse einbezogen, um die Nachteile der geringen Stichprobengröße auszugleichen.

8.3.2 Prüfung der Hypothesen

8.3.2.1 Bestehen Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen im Symptomausdruck der Depression?

Zur Beantwortung der Hypothesen wurden die in der freien Problemschilderung genannten Symptome sowie die Symptome, die im Interview und in den Fragebogen von den Patienten bestätigt wurden, in körperliche und psychische Symptome kodiert. Die Einteilung in psychische und körperliche Symptome erfolgte gemäß dem Vorgehen von Ryder et al. (2008), deren Studie als Vorbild für die vorliegende Arbeit gelten kann.

Unterschiede im Ausdruck somatischer Symptome

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 29¹ und 30² wurden t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Da für die chilenische Teilstichprobe keine Normalverteilung in den Fragebogendaten gegeben war, wurden Bootstrap-Verfahren einbezogen. Chilenische Patienten zeigten einen höheren Ausdruck von körperlichen Symptomen im Strukturierten Klinischen Interview (SKID) ($M_C = 27.0, SD_C = 5.29; M_D = 21.4, SD_D = 5.08; t(18)=-2.414, p<.05, d=-1.08$) sowie in den Fragebögen (CES-D, BDI) ($M_C = 30.8, SD_C = 8.79; M_D = 20.7, SD_D = 9.88; t(18)=-2.415, p<.05, d=-1.08$).

Im Offenen Problembereich (OPR) fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ($M_C = .30, SD_C = .483; M_D = .70, SD_D = .823; t(14,540)=1.325, n.s., d=.59$).

¹Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck der Depression?

²Wann unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck der Depression?

Keine (statistisch bedeutsamen) Unterschiede im Ausdruck psychischer Symptome

Chilenische und deutsche Patienten unterschieden sich *nicht* statistisch bedeutsam im Ausdruck psychischer Symptome in allen Modalitäten: OPR ($M_C = 2.10, SD_C = .876; M_D = 2.90, SD_D = .876; t(18)=2.043, n.s.$), Strukturiertes Klinisches Interview ($M_C = 47.2, SD_C = 11.59; M_D = 39.6, SD_D = 9.47; t(18)=-1.61, n.s.$), Fragebogen ($M_C = 57.0, SD_C = 20.97; M_D = 53.50, SD_D = 12.00; t(18)=-.458, n.s.$).

Eine Betrachtung der Effektstärken weist jedoch darauf hin, dass Effekte vorliegen, diese jedoch aufgrund der geringen Stichprobenumfänge keine statistische Bedeutsamkeit erlangen. Zieht man die Effektstärken in die Analyse mit ein und berücksichtigt die Unterschiede, für die Hinweise auf einen großen Effekt (Cohen's $d \geq 0.8$) vorliegen, ergibt sich folgendes Bild: Deutsche drücken im offenen Problembericht mehr psychische Symptome aus als Chilenen. Dies entspricht einem großen Effekt ($d=.91$).

8.3.2.2 Worauf basieren kulturspezifische Unterschiede im Symptomausdruck der Depression?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 31³ wurden Mediationsanalysen berechnet. Dabei wurde geprüft, ob Stigmaerleben, Alexithymie, der Kommunikationsstil, Emotionale Expressivität, kulturelle Werte oder Interdependente Orientierung als Mediatorvariablen den Zusammenhang zwischen Kulturzugehörigkeit (Deutsch oder Chilenisch) und dem Symptomausdruck vermitteln. Da Mediatoranalysen auf der Prüfung der statistischen Signifikanz basieren (vgl. Baron & Kenny, 1986), konnte die Testung der Mediatoren lediglich für die statistisch signifikanten interkulturellen Unterschiede erfolgen, d.h. bezüglich des Ausdrucks körperlicher Symptome (im Strukturierten Klinischen Interview sowie im Fragebogen).

Stigmaerleben

Chilenische Patienten berichten ein höheres Stigmaerleben auf allen Subskalen der DSSS. Tabelle

³Forschungsfrage 31: Wodurch lassen sich Unterschiede im Symptomausdruck erklären? 31a) Vermittelt das *Stigmaerleben* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck? 31b) Vermittelt *Alexithymie* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck? 31c) Vermittelt der *Kommunikationsstil* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck? 31d) Vermittelt die *Emotionale Expressivität* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck? 31e) Vermitteln *kulturelle Werte* zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck? 31f) Vermittelt die Interdependente oder Independenten Orientierung zwischen Kulturzugehörigkeit und Symptomausdruck?

20 gibt einen Überblick über die Skalenwerte. Eine Testung auf statistische Signifikanz ergab einen bedeutsamen Unterschied auf der Subskala Public Stigma ($t(12,518)=-3.368, p<.01; U=-2.344, p<.05$) und einen marginal signifikanten Unterschied auf der Subskala Self-Stigma ($t(18)=-1.677, p<.10$). Dies entspricht einem großen (Public Stigma: Cohens $d=1.506$) und mittleren Effekt (Self-Stigma: Cohens $d=0.75$). Für die Subskalen Public-Stigma und Self-Stigma ist damit die Voraussetzung zur Prüfung eines Mediatormodells gegeben (signifikanter a-Pfad).

Eine Mediatoranalyse *mittels Bootstrap-Verfahren* ergab, dass keine der Subfaktoren als Mediatorvariablen fungieren. Die mittels Bootstrap-Verfahren errechneten BC Konfidenzintervalle enthielten in jedem Fall den Wert Null, d.h. es zeigte sich kein statistisch bedeutsamer indirekter Effekt für Public-Stigma (UV Ausdruck somatischer Symptome im FB: -3.39 bis 14.87; UV Ausdruck somatischer Symptome im Interview: -.24 bis 13.26) oder Self-Stigma (UV Fragebogen: -28.53 und .40, UV Interview: -12.48 bis 2.23).

Da eine Mediatoranalyse in einer sehr kleinen Stichprobe (wie in der vorliegenden Studie) ein Verfahren mit sehr hoher Teststärke benötigt, um einen Effekt zu entdecken, ist das Risiko eines Fehlers 2. Art (β -Fehler, also eine Beibehaltung der H_0 trotz Vorliegen eines Effektes) hoch (vgl. Fritz & MacKinnon, 2007). Da die Voraussetzungen für eine Mediation gegeben sind und die große Effektstärke im Unterschied von Public Stigma eine Mediation durchaus nahe legen, wurden weitere Mediatoranalysen *mittels traditionellem Causal-Steps-Approach* (vgl. Baron & Kenny, 1986) für den Subfaktor Public-Stigma gerechnet, da der Causal-Steps-Approach gegebenenfalls eine höhere Teststärke aufweist.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 24 und Abbildung 25 dargestellt. In einem ersten Schritt wurde der Ausdruck körperlicher Symptome im Interview (respektive im Fragebogen) durch die Kulturzugehörigkeit (Deutsch vs. Chilenisch) vorhergesagt (entspricht Pfad c). In einem zweiten Schritt wurde die Ausprägung im Stigmaerleben (Public-Stigma) durch die Kulturzugehörigkeit vorhergesagt (entspricht Pfad a). In einem dritten Schritt wurde der Symptomausdruck simultan durch Kulturzugehörigkeit und Stigmaerleben vorhergesagt. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine vollständige Mediation durch den Subfaktor Public-Stigma vorliegt: Die Variable Kulturzugehörigkeit leistet bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Stigmaerlebens (Public-Stigma) keinen zusätzlichen Beitrag zur Vorhersage des Symptomausdrucks. Der Sobel-Z-Test ergab jeweils einen signifikanten indirekten Effekt, UV Symptomausdruck im Interview: $Z=2.57, p<.05$; UV Symptomausdruck im Fragebogen: $Z=2.19, p<.05$.

Tabelle 20

Unterschiede im Stigmaerleben zwischen Deutschen und Chilenischen Patienten

	Deutschland		Chile		Cohen's <i>d</i>
	Mittlerer Rang	Median	Mittlerer Rang	Median	
Stig.General Self	8.10	-3.56	12.90	10.45	.75
Stig.Secrety	9.50	- 3.51	11.50	1.75	.35
Stig.Public	7.40	-5.57	13.60	8.51	1.51
Stig.Treatment	9.80	-.99	11.20	1.09	.14
Stig.Exper.	9.90	.86	11.10	2.63	.29

Anmerkung. Die Berechnungen erfolgten mit den um die Antworttendenz (ERS) bereinigten Werte.

Da ein signifikanter *c*-Pfad (Zusammenhang zwischen UV=Kulturzugehörigkeit und AV=Symptomausdruck im OPR, Interview oder Fragebogen) keine notwendige Voraussetzung für eine Mediation darstellt (vgl. Hayes, 2009) wurde auch getestet, ob die Variablen als Mediator zwischen der Kulturzugehörigkeit und dem Symptomausdruck im Offenen Problembereich (OPR) fungieren, obwohl sich in diesem Modus keine signifikanten Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen zeigten. Eine Mediatoranalyse ergab, dass die Subfaktoren des Stigmaerleben hier nicht als Mediatoren fungieren (Public-Stigma: -.37 bis 1.53, Self-Stigma: -.33 bis 1.66).

Alexithymie

Chilenische und deutsche Patienten unterschieden sich auf keiner der Alexithymie-Subskalen bedeutsam (TAS-DescFeel: $t(14,540)=1.325$, *ns.*, $d=-.01$; TAS-IdentFeel: $t(15,334)=-.925$, *n.s.*, $d=.41$; TAS-EOT: $t(18)=-1.393$, *ns.*, $d=.62$). Die interkulturellen Unterschiede in der Ausprägung auf den Subskalen EOT ($M_D = 21.0, SD_D = 4.08$; $M_C = 23.8, SD_D = 4.87$) und TAS-IdentFeel ($M_D = 21.8, SD_D = 5.35$; $M_C = 24.7, SD_D = 8.34$) entsprechen jedoch einem großen und mittleren Effekt. Aufgrund der großen Effektstärke wurden auch die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Symptompräsentation (körperlicher Symptome im Fragebogen und Interview)⁴ und dem Subfaktor EOT untersucht. Eine Korrelationsanalyse ergab einen signifikant positiven Zusammenhang der Skala EOT mit der Benennung von körperlichen Symptomen im Fragebogen ($r=.65$, $p < .01$) sowie einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Skala EOT und

⁴Die Korrelative Analyse beschränkt sich auf die Symptompräsentation im Fragebogen und Interview, da sich hier interkulturelle Unterschiede zeigten

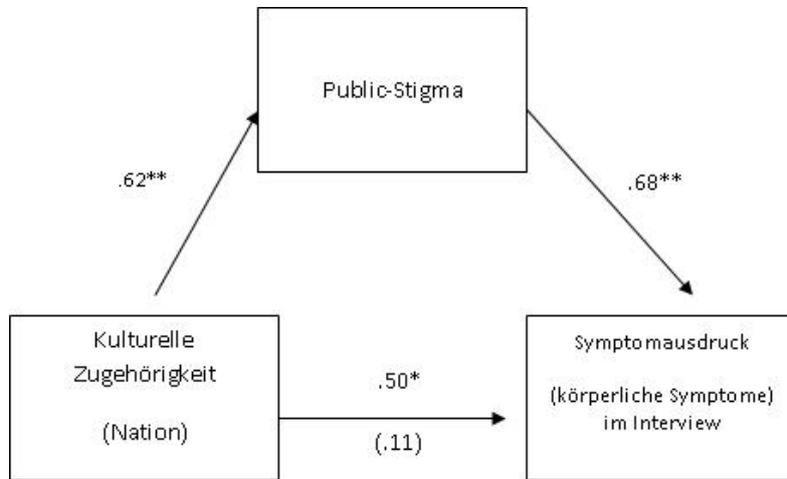


Abbildung 24: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und körperlichem Symptomausdruck im Interview

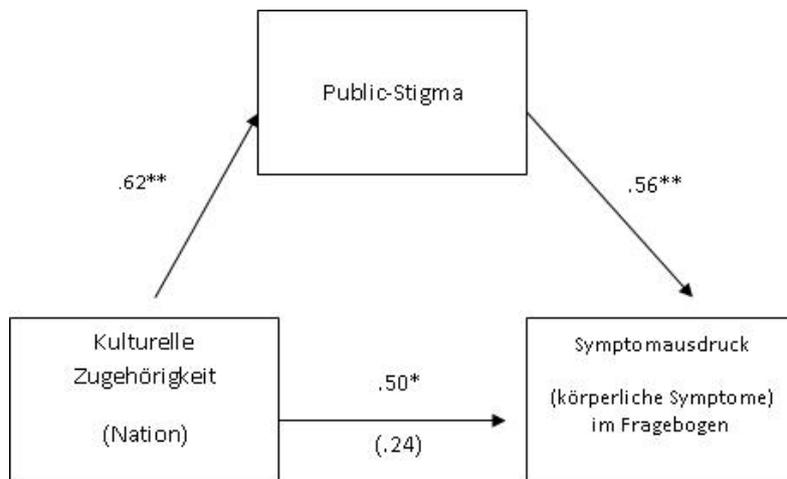


Abbildung 25: Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und körperlichem Symptomausdruck im Fragebogen

der Präsentation körperlicher Symptome im Interview ($r=.43, p < .05$, ein-seitig) so dass eine Mediation vorliegen könnte. Da die *statistische Voraussetzung* für die *Testung* einer Mediation (signifikanter a-Pfad zwischen Nation und Mediator) jedoch nicht gegeben waren, konnten die Alexithymie Subfaktoren nicht weiter als Mediatorvariablen getestet werden.

Kommunikationsstil

Chilenische und deutsche Patienten unterschieden sich nicht statistisch bedeutsam im Kommunikationsstil (CIS-Passiv: $t(11,567)=.156, n.s., d=-.07$; CIS-Speak $t(11,690)=.862, n.s., d=.39$). Bezüglich der Subskala CIS-Speak, welche die Tendenz erfasst, indirekt zu kommunizieren, lag ein kleiner Effekt nach Cohen vor. Bemerkenswert ist diesbezüglich, dass Deutsche ($M_D = .184, SD_D = .49$) entgegen der Annahme eine *höhere* Ausprägung auf der *indirekten* Kommunikation zeigten als Chilenen ($M_C = -.184, SD_C = 1.26$). Da keine statistisch signifikanten Unterschiede vorlagen waren für die Subfaktoren des Kommunikationsstils die Voraussetzung für die Testung einer Mediation (signifikanter a-Pfad zwischen Nation und Mediator) nicht gegeben.

Emotionale Expressivität

Chilenische (BEQ-Pex: $M_C = 5.7, SD_C = 1.50$; BEQ-Nex: $M_C = 4.5, SD_C = .90$) und deutsche Patienten (BEQ-Pex: $M_D = 5.2, SD_D = .91$; BEQ-Nex: $M_D = 4.0, SD_D = 1.46$) unterschieden sich nicht statistisch bedeutsam in der positiven wie negativen Expressivität (BEQ-Pex: $t(14,825)=-.904, n.s.$; BEQ-Nex $t(18)=-.954, n.s.$). Der interkulturelle Unterschied, der für Chilenen erwartungsgemäß eine höhere Ausprägung auf beiden Skalen zur Expressivität zeigt, entspricht nach Cohen jeweils einem kleinen Effekt (BEQ-Pex $d=.40$; BEQ-Nex: $d=.43$). Auf der Subskala BEQ-Strength zeigte sich ein marginal signifikanter Unterschied, der einem großen Effekt nach Cohen entspricht (BEQ-Strength: $M_C = 6.48, SD_C = .63$; $M_D = 5.83, SD_D = .89$); $t(18)=-1.891, p<.10; d=.85$). Aufgrund des Hinweises auf einen großen Effekt im Unterschied auf der Skala BEQ-Strength, wurden die korrelativen Zusammenhänge zwischen BEQ-Strength und dem Ausdruck körperlicher Symptome im Fragebogen und im Interview untersucht.⁵ Es zeigten sich keine bedeutsamen Zusammenhänge. Da keine statistisch signifikanten a-Pfade vorliegen, werden die Subfaktoren der Emotionalen Expressivität ebenfalls nicht weiter als Mediatorvaria-

⁵Die Korrelationsanalysen beschränken sich wiederum auf den Ausdruck körperlicher Symptome im Fragebogen sowie im Interview, da sich hierfür statistisch signifikante kulturelle Unterschiede zwischen Chilenen und Deutschen zeigten.

blen getestet.

Kulturelle Werte nach Schwartz

Tabelle 21 gibt einen Überblick über kulturelle Unterschiede auf den Subskalen des Portrait Value Questionnaire, der zur Messung der Schwartz Werte eingesetzt wurde. Deutsche und chilenische depressive Patienten unterscheiden sich signifikant auf den Skalen PVQ-Tradition und PVQ-Achievement, was jeweils einem sehr großen Effekt ($d_{Cohen} > 1$) entspricht. Auf den übrigen Subskalen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Angesichts der geringen Stichprobengröße ist eine Betrachtung der Effektstärken jedoch sinnvoll. Diese legen nahe, dass ebenfalls beachtenswerte Unterschiede auf den Skalen PVQ-Benevolence und PVQ-Universalism (jeweils mittlere Effekte nach Cohen) sowie auf den Skalen PVQ-Self-Direction, PVQ-Power und PVQ-Conformity (kleine Effektgrößen) vorliegen.

Den statistisch signifikanten Unterschieden folgend, wurden Mediatoranalysen für die Subfaktoren PVQ-Tradition und PVQ-Achievement getestet. Eine Mediatoranalyse mittels Bootstrap-Verfahren mit $m=5000$ ergab signifikante indirekte Effekte für PVQ Tradition ($CI_{95-} = .01, CI_{95+} = 9.04$; Sobel-Test: $Z=1.99, p<.05$) sowie PVQ-Achievement ($CI_{95-} = -11.03, CI_{95+} = -1.38$; Sobel-Test: $Z=-2.43, p<.05$) für den Ausdruck körperlicher Symptome *im Interview* (AV). Für den Ausdruck körperlicher Symptome *im Fragebogen* fungierte PVQ Achievement als Mediatorvariable ($CI_{95-} = -20.00, CI_{95+} = -.14$; Sobel-Test: $Z=-1.89, p=.06$), PVQ-Tradition dagegen nicht ($CI_{95-} = -2.67, CI_{95+} = 12.55$, Sobel-Test: $Z=.97, n.s.$).

Interpersonelle Verbundenheit

Chilenische Patientinnen ($M_C = 4.9, SD_C = 2.23$) zeigten erwartungsgemäß eine höhere Ausprägung auf der Skala zur Interpersonellen Verbundenheit (IOS) als deutsche Patientinnen ($M_D = 3.9, SD_D = 1.79$). Dieser Unterschied war lediglich marginal statistisch signifikant ($\chi^2(6)=9.467, p<.10$ (1-seitig)), entsprach jedoch einer Effektstärke von $d=1.90$, was als sehr großer Effekt interpretiert werden kann. Aufgrund des Hinweises auf einen großen Effekt, wurden Korrelationsanalysen zum Zusammenhang zwischen der IOS und der Symptompräsentation körperlicher Symptome (im Fragebogen sowie im Interview) durchgeführt. Es ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge. Eine weitere Testung des Faktors Interpersonelle Verbundenheit als Mediator zeigte dazu kongruent, dass der Faktor nicht als Mediator fungiert. Die mittels

Tabelle 21

Unterschiede im Portrait Value Questionnaire zwischen Deutschen und Chilenischen Patienten

	Deutschland		Chile		<i>p</i>	<i>d_{Cohen}</i>
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
PVQ						
SelfDir.	-.11	.98	.11	.49	C>D, <i>n.s.</i>	.29
Power	1.04	.64	1.45	1.13	C>D, <i>n.s.</i>	.45
Conf.	-.54	-.90	-.79	.52	D>C, <i>n.s.</i>	-.35
Trad.	.51	.64	-.34	.59	D>C**	-1.39
Benev.	-.66	.85	-1.21	.77	D>C, <i>n.s.</i>	-.68
Universalism	-.82	.87	-1.27	.42	D>C, <i>n.s.</i>	-.66
Stimul.	.47	.99	.39	1.16	<i>n.s.</i>	-.08
Hedonism	.64	.84	.82	.91	<i>n.s.</i>	.21
Achieve	-.16	.83	1.14	.96	C>D**	1.45
Security	-.38	.61	-.29	.95	<i>n.s.</i>	.11

Anmerkung. Die Berechnungen erfolgten mit den zentrierten Werten über t-Tests für unabh. Stichproben sowie über den non-parametr. U-Test für die Subskala PVQ-Achievement. ** $p < .01$.

Bootstrap-Verfahren errechneten BC Konfidenzintervalle enthielten in jedem Fall den Wert Null (UV OPR: -.06 bis .67, UV FB: -8.59 bis 1.06, UV Interview: -.42 bis 4.50), so dass auch der Faktor Interpersonelle Verbundenheit als Mediator abgelehnt wird.

8.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Teilstudie B

Ziel der Teilstudie B war es die Bedeutung des Körpers als Symptomträger in der Depression im interkulturellen Vergleich zu untersuchen. Darüber hinaus sollte auch der Ausdruck psychischer Symptome in der Depression verglichen werden. Bei einem Vorliegen einer kulturspezifischen Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz sollten verschiedene Mediatorvariablen getestet werden, um die Hintergründe für interkulturelle Unterschiede in der Symptompräsentation zu ergründen. Als Mediatorvariablen wurden die verschiedenen Subfaktoren der Alexithymie, die Subfaktoren der Emotionalen Expressivität, das Stigmaerleben in der Depression sowie der Kommunikationsstil theoretisch hergeleitet. Darüber hinaus sollten die Schwartz Werte sowie die Interdependenz als Mediatoren getestet werden, da diese als gängige und umfassende Kulturvariablen etabliert sind.

Bei der Analyse wurden verschiedene diagnostische Methoden berücksichtigt, die in der klinischen Praxis verbreitet sind, um das Symptomspektrum eines Patienten zu erfassen. Es wurde ein Vergleich der vom Patienten dargebotenen Symptome im offenen Problembereich, im klinischen Interview sowie in Fragebögen realisiert. Die offenen Antworten im spontanen Problembereich sowie die Beantwortung der Fragen im klinischen Interview und in den Fragebögen wurden kategorisiert in psychische und körperliche Symptome der Depression.

Die Stichproben wurden über ein Matching parallelisiert, so dass sie hinsichtlich der Störfaktoren vergleichbar waren. Über t-Tests für unabhängige Stichproben wurden für jede diagnostische Methode Mittelwertvergleiche zwischen den depressiven deutschen und chilenischen Patientinnen durchgeführt. Anhand dieses Vorgehens sollte zunächst geklärt werden, *ob* sich Chilenen und Deutsche in der Präsentation körperlicher und psychischer Symptome unterscheiden und *bei welchem diagnostischen Verfahren* sich mögliche Unterschiede zeigen.

Gibt es Unterschiede im Ausdruck der Depression in Deutschland und Chile?

Und wann zeigen sich Unterschiede in der Somatisierungs- oder Psychologisierungstendenz in der Depression?

„Psychologisierung“

Betrachtet man lediglich die statistisch signifikanten Ergebnisse, ergibt sich folgendes Bild: Es zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Ausdruck psychologischer Symptome. In beiden Ländern präsentieren die Patientinnen überwiegend psychische Symptome und unterscheiden sich auf den ersten Blick diesbezüglich nicht im Ausmaß.

Betrachtet man jedoch die Effektstärken, was aufgrund der kleinen Stichprobengröße zusätzlichen Informationswert bietet, zeigt sich, dass Deutsche mehr psychische Symptome im offenen Problembereich präsentieren als Chilenen. Das entspricht einem großen Effekt nach Cohen $d=.91$.

„Somatisierung“

Statistisch bedeutsame Unterschiede ergaben sich lediglich bezüglich des Ausdrucks körperlicher Symptome: Chilenische Patientinnen neigten zu einem höheren Ausdruck körperlicher Symptome als Deutsche - im Fragebogen sowie im Interview, nicht jedoch im offenen Problembereich. Die statistische Bedeutsamkeit bei einer sehr geringen Stichprobengröße weist auf einen großen Effekt

hin. Die Effektstärkemaße sprechen ebenfalls für einen großen Effekt.

Worauf basieren kulturspezifische Unterschiede im Symptomausdruck der Depression?

Die methodische Logik von Mediatoranalysen erlaubt lediglich für signifikante Unterschiede eine Testung möglicher Mediatorvariablen. Als Mediatoren fungierten Public Stigma (für die kulturellen Unterschiede im Symptomausdruck im Fragebogen und im Interview) sowie die Schwartz Wertedimensionen PVQ-Achievement (für die kulturellen Unterschiede im Symptomausdruck im Fragebogen und im Interview) und PVQ-Tradition (für die kulturellen Unterschiede im Symptomausdruck im Interview).

Die Ergebnisse deuten auf folgende Zusammenhänge hin:

- Bei chilenischen Patientinnen ist der Ausdruck psychischer, depressiver Symptome mit einem größeren Stigmatisierungserleben verbunden als bei deutschen Patientinnen. Interessant ist, dass sich *signifikante* Ergebnisse und eine Mediation lediglich für den Subfaktor „Public Stigma“ nachweisen ließen. Es wird vermutet, dass sich in größeren Stichproben auch für die anderen Subfaktoren des Stigmatisierungserlebens Mediationen nachweisen ließen. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass bezüglich des Subfaktors „Public Stigma“ ein großer Effekt vorliegt. Laut Kanter et al. (2008) bildet diese Subskala ab, inwieweit depressiv Erkrankte anderen Depressiven gegenüber negative Einstellungen haben. Diese Unterschiede im Stigmatisierungserleben bilden die Basis für einen höheren Ausdruck körperlicher Symptome (im Interview sowie im Fragebogen). Ein geringeres Stigmatisierungserleben bei deutschen Patientinnen könnte auch der Hintergrund dafür sein, das Deutsche im offenen Problembereich (also im konfrontativsten Verfahren, bei der die Patientin einer ihr fremden Person frei von ihren Problemen erzählen soll) einen höheren Ausdruck psychischer Symptome zeigten als Chileninnen.
- Bei chilenischen Patientinnen ist das Streben nach persönlichem Erfolg höher ausgeprägt als bei deutschen Patientinnen (PVQ-Achievement). Eine hohe Ausprägung auf dieser Dimension umfasst das Ziel, bewundert zu werden, die eigenen Fähigkeiten zu zeigen (Item 4, Item 24), andere zu beeindrucken (Item 13), besser als andere zu sein und im Leben etwas zu erreichen (Item 32). Die Mediatoranalyse weist darauf hin, dass diese Unterschiede den Hintergrund für den höheren Ausdruck körperlicher Symptome (im Interview sowie im

Fragebogen) bei chilenischen Patientinnen bilden. Im Lichte dieser Motivation könnte auch der auf einen großen Effekt basierende Unterschied im offenen Problembereich verstanden werden, in dem Deutsche mehr psychische Symptome als Chileninnen ausdrückten: In einer Situation, in der ich von Angesicht zu Angesicht einer fremden Person meine Belastungen schildern soll, halte ich mich eher zurück im Ausdruck meiner depressiven Symptomatik, wenn ich bestrebt bin, dass das Gegenüber mich bewundert und mich für besonders erfolgreich und leistungsstark hält. Dies sollte sowohl für psychische als auch für körperliche Symptome gelten. Eine Betrachtung der korrelativen Zusammenhänge zwischen PVQ-Achievement und der Symptompräsentation im OPR zeigt jeweils negative Zusammenhänge, die dieses Bild tendentiell bestätigen: Je höher die Ausprägung auf der Skala PVQ-Achievement, desto niedriger die Präsentation körperlicher Symptome ($r=-.36$, $p < .10$ (marginal signifikant bei ein-seitiger Testung)) sowie psychischer Symptome ($r=-.38$, $p < .05$, bei ein-seitiger Testung).

- Deutsche Patientinnen maßen der Wichtigkeit von traditionellen (religiös oder kulturell bestimmten) Werten eine bedeutsam höhere Bedeutung zu als chilenische Patientinnen. Laut Schmidt et al. (2007) ist an diese Wertedimension eine hohe Motivation zur Erfüllung externaler Erwartungen geknüpft. Aus den Items lassen sich folgende konkretere motivationale Ziele ableiten: Anspruchslos und bescheiden sein (Item 9, Item 38); nicht die Aufmerksamkeit anderer erregen (Item 38); Religiöse Werte (Item 20) und kulturelle Traditionen (Item 25) achten. Die kulturellen Unterschiede in der Ausprägung auf der Subskala PVQ-Tradition vermitteln laut Mediationsanalysen die Unterschiede im Ausdruck körperlicher Symptome im Interview. Der Anspruch, nicht zu viel Aufmerksamkeit zu beanspruchen, könnte inhaltlich als Erklärung für einen geringeren Ausdruck von körperlichen Symptomen im Interview dienen. Je mehr Symptomatik ich im Interview präsentiere, desto mehr Aufmerksamkeit widmet der Interviewer mir und meinem Leiden in der persönlichen Begegnung. Korrelative Zusammenhänge zwischen der Präsentation von Symptomen im Interview und im OPR mit der Skala PVQ-Tradition fanden sich jedoch nicht. Die Mediation durch den Faktor Tradition kann daher nicht klar interpretiert werden.

Stärken und Grenzen der Teilstudie B

Stärken

Teilstudie B basiert auf einem komplexen Studiendesign, das mehrere Schwächen anderer kulturvergleichender Studien zur Somatisierung (oder Psychologisierung) überwindet. Zum einen wurden verschiedene diagnostische Verfahren kontrastiert, die für die Erfassung einer depressiven Symptomatik in der klinischen Praxis relevant sind.

Darüber hinaus erfolgte eine differenzierte Operationalisierung der Variable „Kultur“: Es wurden unterschiedliche kulturelle Mediatorvariablen untersucht. Auch das stellt einen Fortschritt im Rahmen kulturvergleichender Somatisierungsforschung dar, da Kultur in den meisten Studien bisher vereinfacht mit Nationalität gleichgesetzt wurde.

Wie in Teilstudie A wurde eine Parallelisierung der deutschen und der chilenischen Stichprobe bezüglich der Depressivitätswerte sowie der sozioökonomischen Variablen realisiert, so dass eine Kontrolle von konfundierten Störvariablen gegeben war. Zudem wurde auch in Teilstudie B eine Kontrolle kulturspezifischer Antworttendenzen in der Auswertung umgesetzt.

Grenzen

Die Komplexität des Designs erforderte eine relativ aufwändige Erhebung, welche einen offenen Problembereich, ein Interview sowie die Beantwortung eines Fragebogenpakets umfasste. Dieses war sehr umfangreich, um die Vielzahl der hergeleiteten Variablen zu berücksichtigen und dabei gleichzeitig den Einsatz von reliablen und validen Instrumenten gewährleisten zu können. Die Komplexität des Designs und der Aufwand der Teilnahme hatte zur Folge, dass insbesondere in Chile nur sehr wenige klinisch-depressive Teilnehmerinnen für die Studienteilnahme gewonnen werden konnten. Mit der geringen Stichprobengröße gingen eine Reihe von negativen Konsequenzen einher:

Die Repräsentativität ist als sehr eingeschränkt zu bewerten. Die Stichprobe umfasst lediglich weibliche Teilnehmerinnen, die im Durchschnitt Anfang 40 sind, eine geringe bis mittlere Bildung aufweisen, und über ein geringes bis mittleres Einkommen verfügen. Die Ergebnisse lassen sich folglich nur auf diese Gruppe übertragen.

Aufgrund der kleinen Stichproben waren der statistischen Auswertung erhebliche Grenzen gesetzt. Viele Ergebnisse weisen mit einer hohen Effektstärke auf bedeutsame kulturelle Unterschiede hin. Die Teststärke ist jedoch bei einer derart kleinen Stichprobengröße oft nicht ausreichend, um eine

statistische Signifikanz zu zeigen. Da Mediatoranalysen auf der Testung von Signifikanzen basieren, konnte ein Großteil der Mediationen nicht getestet werden, obwohl kulturelle Unterschiede zu vermuten sind. Nachfolgend sollen auch die Zusammenhänge diskutiert werden, für die sich trotz nicht statistisch signifikanten Ergebnissen große Effektstärken zeigen.

Eine Betrachtung der Effektstärkemaße deutet insbesondere auf große kulturelle Unterschiede im Alexithymie Subfaktor „External Orientiertes Denken“ (EOT) hin. Chilenen zeigten eine höhere Ausprägung auf der Skala. Die Skala EOT beschreibt eine Präferenz dafür, sich mit äußeren Fakten statt mit dem inneren Erleben (zum Beispiel der eigenen Gefühlswelt) zu beschäftigen. Wie in anderen Studien konnten Zusammenhänge des Faktors EOT zur Präsentation somatischer Symptome aufgezeigt werden. Die aus der Literatur bekannten Assoziationen zwischen Teilspekten der Alexithymie und Somatisierungen lassen sich demnach tendenziell auf Chile und Deutschland verallgemeinern. In der Studie von Ryder (2005) erwies sich der Faktor als signifikanter Mediator, der kulturelle Unterschiede in der Somatisierungstendenz zwischen Chinesen und Kanadiern vermittelte. Die Studie diente bezüglich des Designs als Vorbild für die vorliegende Arbeit. Die dargestellten Zusammenhänge lassen vermuten, dass sich in einer größeren Stichprobe ein Mediationseffekt über den Faktor EOT auch im Vergleich zwischen Deutschland und Chile nachweisen ließe. Bei der Interpretation der Subskala EOT muss jedoch einschränkend die geringe Reliabilität berücksichtigt werden (vgl. Kap. 5.2.4.3). Zukünftige Studien sollten alternative Maße zur Erfassung der EOT verwenden und anhand größerer Stichproben die vermuteten Zusammenhänge erneut analysieren.

In der Gesamtdiskussion sollen weitere methodische Aspekte und inhaltliche Implikationen der dargestellten Ergebnisse diskutiert werden. Darüber hinaus soll ein weiterer Ausblick auf mögliche zukünftige Studien gegeben werden.

Kapitel 9

Abschlussdiskussion

9.1 Rückschau

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Verständnis für verschiedene Aspekte des Körpererlebens in der Depression unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes zu erweitern. Da die Arbeit im Rahmen des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs umgesetzt wurde, erfolgte ein Vergleich zwischen deutschen und chilenischen Teilnehmern.

In der bisherigen psychologischen Forschung wurde der Körper vernachlässigt, so dass ein Verständnis des Körpererlebens auf Individuumsebene bisher begrenzt ist. Besonders in der kulturvergleichenden Depressionsforschung ist ein stärkerer Einbezug des Körpers jedoch von hoher Relevanz. Dafür konnten in *Kapitel 1* drei Gründe aufgezeigt werden: Erstens geht eine Depression in der Regel mit einer Vielzahl somatischer Symptome einher (vgl. Simon et al., 1999). Zweitens steigt die Bedeutung körperbezogener Interventionen in der Therapie der Depression zunehmend (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010). Und drittens bilden sich kulturelle Besonderheiten - wie zum Beispiel kulturelle Normen und Werte - häufig in einem kulturspezifischen Körpererleben und -verhalten ab. Der Körper dient gewissermaßen als Träger von Kultur (A. B. Cohen, 2009).

Die vorliegende Arbeit sollte anhand von zwei Teilstudien einen Beitrag zum besseren Verständnis des Körpererlebens in der Depression leisten. In der **Teilstudie A** wurde das subjektive Körpererleben bezüglich der Dimensionen Körperbewusstsein und Körperverbundenheitserleben

im Kulturvergleich untersucht. Als theoretische Grundlage für die Untersuchung wurde in *Kapitel 2* zunächst eine Begriffsbestimmung des Körpererlebens im Allgemeinen und der Körperbewusstheit und Körperverbundenheit im Spezifischen geleistet. Darüber hinaus wurden verschiedene theoretische Perspektiven reflektiert, die Ansätze zur Erklärung intra- und interindividueller Veränderungen im Körpererleben bieten. Aus den kognitiv-behavioralen, psychoanalytischen, körperphilosophischen, entwicklungspsychologischen und körpersoziologischen Ansätzen wurden folgende Variablen abgeleitet, für die ein Zusammenhang zwischen Körper und Kultur angenommen werden kann: Interdependente Orientierung, Emotionale Expressivität, sowie Alexithymie. Darüber hinaus legten die theoretischen und empirischen Befunde zur intra- und interindividuellen Varianz des Körpererlebens nahe, folgende Faktoren als Störvariablen zu kontrollieren: Geschlecht, Alter, Gewicht, Traumatische Erfahrungen, körperliche Einschränkungen durch Krankheit oder körperliche Behinderungen, Ausmaß der körperlichen Aktivität sowie sozioökonomische Faktoren.

Nach der Ableitung der Kulturvariablen und der Analyse bisheriger Theorien und Befunde zu Ausprägungen in Deutschland und Chile, wurden folgende Hypothesen formuliert: Chilenen weisen ein höheres Körperbewusstsein sowie ein stärkeres Körperverbundenheitserleben auf als Deutsche. Die Hintergründe für die angenommenen kulturellen Unterschiede bilden eine höhere Emotionsexpressivität sowie eine höhere interdependente Orientierung in Chile.

In *Kapitel 3* wurde aus den bisherigen theoretischen und empirischen Befunden zum Körper in der Depression abgeleitet, wie sich eine depressive Erkrankung im Körpererleben niederschlägt. Folgende zentrale Annahmen ließen sich aus den empirischen Studien zusammenfassen: Das Körpererleben ist in der Depression eingeschränkt. Charakteristisch für ein depressives Körpererleben sind ein herabgesetztes Vitalitätsgefühl, eine reduzierte Wahrnehmung von Körpersignalen sowie ein Erleben des eigenen Körpers als fremd und abgetrennt vom Selbst. Im *Körperverhalten* spiegelt sich die Depressivität in einer reduzierten Körpersprache mit rigiden, verlangsamten Bewegungen und einer eingesunkenen Körperhaltung.

Diese charakteristischen Aspekte des depressiven Körpererlebens konnten integriert werden in die theoretischen Ansätze von Fuchs (2013a) sowie Harshaw (2015). Beide theoretischen Perspektiven gehen davon aus, dass mit den Einschränkungen im Körpererleben gravierende Defizite im interpersonellen Kontakt einhergehen. In der Depression verliert der Körper seine Funktion als

Resonanzkörper und Navigationshilfe in der Interaktion mit anderen Menschen. Eigene Körpersignale können nicht mehr ausreichend wahrgenommen und genutzt werden, was mit einer Störung im interpersonellen Kontakt in Verbindung gebracht werden kann.

Die theoretischen Annahmen und empirischen Befunde legten nahe, dass die Einschränkungen des Körpererlebens in der Depression zentral sind und mit anderen Symptomen (z.B. sozialem Rückzug, Selbstunsicherheit) assoziiert werden können. Aufgrund der Bedeutung, die Empirie und Theorien den Einschränkungen im Körpererleben in der Depression beimessen, wurde davon ausgegangen, dass sich diese kulturübergreifend in Deutschland und Chile als Charakteristikum der Depression zeigen und dass kulturspezifische Besonderheiten im Körpererleben in der Depression nivelliert werden.

Kapitel 4 leistete eine Übersicht über die abgeleiteten Hypothesen zum Körpererleben in einer gesunden Stichprobe sowie in einer depressiven Stichprobe in Deutschland und in Chile.

In *Kapitel 5* wurde die Fragebogenstudie dargestellt, anhand derer die Hypothesen zum subjektiven Körpererleben im interkulturellen Vergleich überprüft wurden.

Im ersten Teil der Studie A wurden 29 nicht-depressive chilenische Teilnehmer mit 49 nicht-depressiven deutschen Teilnehmern hinsichtlich der Dimensionen Körperbewusstsein und Körperverbundenheit verglichen. Ein Matching der Stichproben konnte erfolgreich umgesetzt werden, so dass der Einfluss von systematischen Störvariablen kontrolliert war. Es zeigte sich, dass Chilenen hypothesenkonform ein höheres Körperbewusstsein als Deutsche aufwiesen. In der Körperverbundenheit (bzw. Körperdissoziation, die als negativ gepolte Entsprechung der Körperverbundenheit aufgefasst wurde) zeigten sich dagegen keine interkulturellen Unterschiede. Keine der abgeleiteten Kulturvariablen fungierte als Mediator zwischen Nation und Körperbewusstsein. Dennoch zeigten sich berichtenswerte hypothesenkonforme Zusammenhänge: Wie angenommen zeigten Chilenen eine höhere Ausprägung der interdependenten Orientierung und der positiven emotionalen Expressivität als deutsche Teilnehmer. Diese Faktoren waren wiederum positiv mit einem höheren Körperbewusstsein und einer höheren Körperverbundenheit assoziiert. Je ausgeprägter die interdependente Orientierung und je höher die positive emotionale Expressivität, desto höher war das Körperbewusstsein sowie das Verbundenheitserleben zum Körper. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass sich die dargestellten Zusammenhänge nicht auf allen Messinstrumenten zeigten.

Warum zeigen sich entgegen der Erwartungen keine kulturspezifischen Unterschiede in der Körperverbundenheit?

Wie bereits im Abschnitt 5.4 diskutiert wurde, ist eine valide und reliable Erfassung von Aspekten des Körpererlebens schwierig (vgl. Arbeitskreis OPD, 2011; Mehling et al., 2009; Röhrich, 2009). Das Körpererleben umfasst verschiedene Dimensionen, die unterschiedlich abstrakt sind. Während das Körperbewusstsein noch eine relativ konkrete, vermutlich eher leicht zu verstehende Ebene darstellt, ist die Frage nach der Körper-Selbst-Integration eher abstrakt.

Im Fragebogen „Scale of Body Connection“ ist das Körperbewusstsein unter anderem durch Items operationalisiert, die erfragen, inwieweit körperliche Verspannungen oder eine Verflachung des Atems wahrgenommen wird. Damit sind zumindest einige sehr konkrete Darstellungen des Körperbewusstseins gegeben, die vermutlich eine Beantwortung erleichtern. Die Verbundenheit zum Körper ist dagegen ein komplexes, abstraktes Konstrukt, das weniger konkret operationalisiert werden kann. Die Ambiguität des Erlebens des Körpers als Objekt („Körper haben“) oder als Leib („Körper sein“) ist ein Phänomen, das die Philosophie schon seit vielen Epochen beschäftigt. Dementsprechend schwer, ist die subjektive Erfahrung in Fragebögen abzubilden. Erschwert wird die Erfassung dadurch, dass eine Befragung zum Körpererleben, einen Aufmerksamkeitsfokus auf den Körper induziert, der die Antwort situativ beeinflusst. In der Regel ist man sich der Grenzen zwischen Körper und Selbst nicht bewusst. Ausnahmen bilden die bewusste Reflektion und Krankheitszustände (Aho & Aho, 2008). Eine Auseinandersetzung mit dem Körper wird durch die Frage danach erst hervorgerufen. Eine unverzerrte Abbildung des alltäglichen vorbewussten Körpererlebens ist demnach durch Selbstbeurteilungsfragebögen vermutlich unmöglich (vgl. Röhrich, 2009). Diese Grenzen sind in der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie zu berücksichtigen. Dass sich entgegen der Erwartung keine interkulturellen Unterschiede in der Körperverbundenheit zeigen, kann eventuell auch auf die geschilderten Probleme in der Operationalisierung zurückgeführt werden. Zukünftige Studien, die verschiedene Methoden (zum Beispiel projektive Verfahren, narrative Elemente (vgl. Röhrich, 2009), physiologische Messungen zur interozeptiven Wahrnehmung (vgl. Harshaw, 2015)) kombinieren und darüber hinaus eine Langzeitmessung über verschiedene Situationen umfassen, könnten die Zweifel an der Validität der Erfassungen gegebenenfalls reduzieren.

Der zweite Teil der Teilstudie A galt der Untersuchung des Körpererlebens in der Depression. Ein Vergleich der (bezüglich der Störvariablen) parallelisierten non-depressiven ($n=57$) und depressiven Teilnehmer ($n=45$) konnte die Hypothesen zum depressionsspezifischen Körpererleben bestätigen: In der Depression berichteten die Studienteilnehmer von einem geringeren Bewusstsein für ihren Körper und von einem Entfremdungsgefühl dem eigenen Körper gegenüber. Sie erlebten den Körper als weniger zugehörig zu sich selbst als nicht-depressive Teilnehmer. Damit finden sich die bisherigen empirischen Befunde für eine deutsche und eine chilenische Stichprobe ebenfalls belegen.

Kulturabhängige Unterschiede im Körpererleben waren in der Depression nivelliert: Depressive chilenische und deutsche Teilnehmer unterschieden sich nicht im Körperbewusstsein. Dass sich die Einschränkungen im Körpererleben kulturübergreifend finden, spricht dafür, dass es sich um ein universell vorherrschendes Kernelement der Depression handelt. Die Ergebnisse können als Belege für die theoretischen Ansätze von Fuchs (2013a) und Harshaw (2015) bewertet werden. Um die Hintergründe des depressionsspezifischen Körpererlebens aufzuklären, wurden Mediationsanalysen gerechnet. Diese ergaben, dass Unterschiede im Körpererleben zwischen depressiven und nicht-depressiven Teilnehmern über *emotionsbezogene* Faktoren vermittelt wurden: Als Mediatoren fungierten die Positive Emotionale Expressivität sowie die Schwierigkeit in der Identifikation und in der Beschreibung von Gefühlen. Diese Ergebnisse können wiederum als Belege für die Annahme von Thomas Fuchs gelten, der in der beeinträchtigten Zwischenleiblichkeit (also im eingeschränkten Körpererleben) insbesondere eine Einschränkung der Interaffektivität (also der emotionalen Resonanz im interpersonellen Kontakt) begründet sieht (Fuchs, 2013a). Ein reduzierter Ausdruck positiver Emotionen kann als Ursache oder Folge einer Störung im interpersonellen Kontakt verstanden werden. Die Ausprägungen der Alexithymie Subfaktoren legen nahe, dass in der Depression eine Schwierigkeit besteht, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben. Diese Ergebnisse sind kongruent zu der Annahme, dass die Funktion des Körpers als Resonanzkörper eingeschränkt ist.

Die Ergebnisse legen nahe, dass ein Einbezug des Körpers in die Behandlung von Depressionen wichtig ist. Auch eine Förderung des Emotionsausdrucks, welche in den meisten Therapierichtungen bereits Berücksichtigung findet, erscheint bedeutsam.

In der **Teilstudie B** der vorliegenden Arbeit wurde ein weiterer Aspekt des Körpers in der

Depression untersucht: der Körper als Symptomträger. Ziel der Teilstudie war es, eine klinisch-depressive deutsche und chilenische Stichprobe hinsichtlich ihres Ausdrucks depressiver Symptome zu vergleichen. Dabei war von besonderem Interesse, in welchem Ausmaß körperliche und psychische Symptome ausgedrückt werden und ob sich diesbezüglich kulturabhängige Unterschiede zeigen.

Das Untersuchungsmodell wurde in *Kapitel 6* abgeleitet und vorgestellt. Als theoretisches Fundament der Untersuchung wurde dazu zunächst die Vielzahl der verschiedenen Begrifflichkeiten und Konstrukte im Bereich der Somatisierungsforschung geklärt. Darüber hinaus wurden verschiedene Theorien zur Somatisierung im Allgemeinen sowie zu kulturspezifischen Unterschieden in der Somatisierungstendenz reflektiert. Für die kulturvergleichende Studie wurden folgende Variablen abgeleitet, die einen Aufklärungswert im Zusammenhang von Somatisierung und Kulturzugehörigkeit versprachen: Alexithymie, Emotionale Expressivität, Stigmatisierungserleben bezüglich (psychischer) depressiver Symptome, sowie Kommunikationsstil (High-Context Kommunikation/Indirektheit vs. Low-Context-Kommunikation/Direktheit). Neben diesen theoretisch abgeleiteten Faktoren sollten die Variablen Interdependente Orientierung sowie die Wertedimensionen nach Schwartz berücksichtigt werden, da sich diese als Faktoren in der Aufklärung des Konstruktes „Kultur“ („unpackaging of culture“) etabliert haben. Da sich lediglich uneindeutige Hinweise zu konkreten Unterschieden zwischen Deutschland und Chile fanden, war die Teilstudie B explorativ angelegt.

Ziel der Teilstudie B war es folgende Leitfragen zu beantworten: (a) Unterscheiden sich Deutsche und Chilenen im Ausdruck der Depression? (b) In welchem diagnostischen Kontext zeigen sich mögliche Unterschiede? sowie (c) Wodurch lassen sich Unterschiede im Symptomausdruck erklären? Zur Beantwortung der Fragen wurde ein komplexes Studiendesign aufgestellt, das in *Kapitel 7* ausführlich erläutert wurde. Anhand einer gematchten Stichprobe von 10 klinisch depressiven Patientinnen aus Deutschland und 10 klinisch depressiven Patientinnen aus Chile erfolgte ein Vergleich des Ausdrucks körperlicher und psychischer Symptome. Dabei wurde der Symptomausdruck im freien Problembereich mit dem Symptomausdruck im klinischen Interview sowie in Fragebögen verglichen.

Als zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass sowohl in Deutschland als auch in Chile der Ausdruck psychischer Symptome überwog. Im engeren Sinne kann also nicht von einer Somatisierung der Depression in den vorliegenden Stichproben gesprochen werden. Die Stichproben unterschieden sich nicht *statistisch bedeutsam* im Ausmaß des Ausdrucks psychischer Symptome. Eine Betrachtung der Effektstärkemaße legte jedoch einen *inhaltlich bedeutsamen* Unterschied nahe: Deutsche drückten im offenen Problembereich mehr psychische Symptome als Chileninnen aus. Das entsprach einem großen Effekt.

Ein Vergleich des Ausdrucks körperlicher Symptome erbrachten weitere zentrale Ergebnisse: Chileninnen zeigten einen stärkeren Ausdruck körperlicher Symptome als Deutsche. Dieser statistisch signifikante Unterschied zeigte sich im Interview sowie im Fragebogen. Die kulturellen Unterschiede wurden vermittelt über ein höheres Stigmaerleben in Chile (auf der Subskala Public-Stigma), einem höheren Streben nach persönlichem Erfolg (PVQ-Achievement) in Chile sowie einer höheren Bedeutung traditioneller Werte (PVQ-Tradition) in Deutschland.

Die Interdependente Orientierung sowie die Emotionale Expressivität wurden als Mediatoren abgelehnt. Für die Alexithymie-Subskala External Orientiertes Denken (EOT) konnten folgende Zusammenhänge aufgezeigt werden, die eine Mediation nahe legen: Chileninnen zeigten eine höhere Ausprägung auf der Skala EOT. Eine höhere Ausprägung der EOT war in der klinisch depressiven Stichprobe zudem mit einem stärkeren Ausdruck körperlicher Symptome assoziiert. Eine Mediation konnte jedoch aufgrund der fehlenden *statistischen Signifikanz* (die auf die kleine Stichprobe zurückgeführt wird) nicht getestet werden. Der Faktor EOT wird daher nicht komplett als Mediator abgelehnt. In zukünftigen Studien sollte der Subfaktor erneut - unter Einbezug größerer Stichproben und einer reliableren Skala - untersucht werden.

Zur Auswahl des Erhebungssettings - Kann man von einer Untersuchung der Somatisierung sprechen?

Wie oben bereits angedeutet, wurden in der vorliegenden Studie von den Patienten eher psychische Symptome als körperliche Symptome ausgedrückt. Man kann demnach nicht von einer „wahren“ Presenting Somatization nach Kirmayer und Robbins (1991) sprechen, da diese unter anderem durch eine ausschließliche Präsentation von körperlichen Symptomen definiert ist. Diese Einschränkung ist jedoch auch auf das Setting des Patientenkontaktes in der vorliegenden Studie

zurückzuführen: Die Erhebung erfolgte an klinisch depressiven Patienten, die sich bereits am Anfang ihrer stationären Behandlung für die Depression befanden. Zur Erfassung der Somatisierungstendenz im Sinne von Kirmayer und Robbins (1991) wäre es sinnvoll, den Symptomausdruck bei Erstkontakt des Patienten mit dem Gesundheitssystem zu erfassen, also dann wenn der Patient professionelle Hilfe für seine (depressive) Symptomatik aufsucht. Erste Anlaufstelle beim Aufsuchen von professioneller Hilfe ist in der Regel der Hausarzt. Depressive Patienten und Patienten mit Angststörung benennen dort in 70 bis 90 Prozent zunächst somatische Symptome im Spontanbericht (Simon et al., 1999). Im Kontext der psychotherapeutischen Behandlung, in dem die Datenerhebung für die vorliegende Studie stattfand, sind die Patienten vermutlich schon sensibilisiert und geübt im Ausdruck psychischer Symptome. Diese Sensibilisierung und gegebenenfalls Enttabuisierung psychischer Symptome erfolgt durch das Aufnahmegespräch, durch erste Gespräche mit Mitpatienten und dem Behandlungsteam. Dementsprechend würde eine Erfassung der Symptompräsentation beim ersten Hausarztgespräch, also vor Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung, eine deutliche Verbesserung des Studiendesigns zur Untersuchung von Somatisierungen in der Depression darstellen.

Bei der Wahl des Erhebungssettings zur Erfassung des Symptomausdrucks ist auch zu bedenken, dass viele Menschen alternative Behandlungsmethoden wählen oder versuchen, sich selbst zu helfen. Oftmals werden Symptome eher in der Familie und im Freundeskreis ausgedrückt ohne professionelle Hilfe aufzusuchen (Lipowski, 1988). Über einen Zeitraum von einem Monat erleben von 1000 Personen 800 Menschen gesundheitliche Probleme. Von diesen 800 suchen jedoch lediglich 217 Personen einen Arzt auf, um die Symptome abzuklären (Green, Fryer, Yawn, Lanier & Dovey, 2001).

Eine fundierte Untersuchung der Somatisierung im engeren Sinn erfordert zudem eine Kontrolle der Hintergründe für die genannten körperlichen Beschwerden. In der vorliegenden Studie wurden jedoch keine medizinische Information erhoben, die ausschließen, dass die ausgedrückten körperliche Beschwerden nicht organisch bedingt sind. Die Einschätzung der körperlichen Beschwerden als depressive Symptome erfolgte lediglich auf der Grundlage der Einschätzung der Behandler. Diese Schwäche ist bei vielen Somatisierungsstudien zu bemerken (De Gucht & Fischler, 2002). Zusammenfassend lässt sich die vorliegende Studie also nicht als Somatisierungsstudie im engeren Sinne verstehen. Zutreffender ist es, von einer Untersuchung der Somatisierungstendenz in der Depression zu sprechen.

9.2 Weitere Kritik

9.2.1 Stärken

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch verschiedene Stärken aus. In zwei Teilstudien wurden verschiedene Aspekte des Körpererlebens untersucht. Für beide Teilstudien wurden zur Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes eine umfangreiche Sichtung und Reflektion themenrelevanter bisheriger empirischer und theoretischer Arbeiten geleistet. Daraus wurden Hypothesen und Untersuchungsmodelle zur Testung der Hypothesen abgeleitet.

Als besondere *methodische* Stärke werden folgende Aspekte bewertet: Erstens erfolgte eine fundierte Untersuchung der Bedeutung des kulturellen Kontextes, indem verschiedene Kulturvariablen abgeleitet und als Mediatoren getestet wurden. Zweitens wurde eine Kontrolle von systematischen Störeinflüssen gewährleistet, die besonders in kulturvergleichenden, quasi-experimentellen Studien, in denen keine Zufallsverteilung auf verschiedene Gruppen möglich ist, die Validität von Ergebnissen gefährden: Durch ein methodisch fundiertes Matching wurde eine hohe Vergleichbarkeit der Stichproben gewährleistet. Darüber hinaus wurden kulturspezifische Antworttendenzen (Response-Sets) untersucht und statistisch kontrolliert. Drittens erfolgte eine differenzierte und fundierte Auswertung der Daten unter Berücksichtigung von non-parametrischen Verfahren, sofern die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht gegeben waren. Als weitere Stärke kann die Weitsicht in der Interpretation der Ergebnisse eingeordnet werden. Über die statistische Signifikanz hinaus wurden aufgrund der kleinen Stichproben Effektstärkemaße berücksichtigt, um die Grenzen der geringen Testpower zumindest ansatzweise auszugleichen.

9.2.2 Stichproben

9.2.2.1 Auswahl der kulturellen Gruppen

In der vorliegenden Arbeit wurde ein interkultureller Vergleich zwischen Deutschland und Chile realisiert. Die Auswahl der kulturellen Gruppen erfolgte aufgrund der Einbettung der Dissertationsstudie in das Deutsch-Chilenische Graduiertenkolleg. Das entspricht einem „Convenience Sampling“ (Matsumoto & van de Vijver, 2011): Die Auswahl der zu vergleichenden Gruppen erfolgte nicht theoriegeleitet oder aufgrund einer besonderen praktischen Relevanz eines Vergleiches zwischen Deutschen und Chile. Das kann als Schwäche der Studie angesehen werden.

9.2.2.2 *Stichprobengröße*

Als weitere Schwäche können die geringen Stichprobenumfänge angesehen werden. Dies betrifft sowohl Teilstudie A, in deutlicherem Ausmaß jedoch die Teilstudie B. Die sehr kleine Stichprobengröße in Teilstudie B ist - wie bereits diskutiert wurde - vor allem einem erschwerten Zugang zu klinisch depressiven Patienten in Chile geschuldet. Mit den kleinen Stichprobengrößen ist eine geringe Repräsentativität verbunden, so dass die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisierbar sind. Darüber hinaus gehen mit dem geringen Stichprobenumfang Grenzen in der statistischen Auswertung einher. Insbesondere die Teststärke kann bei kleinen Stichproben als deutlich eingeschränkt eingeschätzt werden. Damit ist das Problem verbunden, dass selbst große Effekte nicht über statistische Testverfahren entdeckt werden, obwohl sie in der Population vorliegen (vgl. z.B. Bortz & Lienert, 2008). Für die Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind dadurch folgende bedenkenswerte Aspekte impliziert: Wenn *keine* statistisch signifikanten Unterschiede gezeigt werden konnten, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass keine Unterschiede in der Population vorliegen. Um dieses Problem zumindest annähernd auszugleichen, wurden auch die Effektstärken betrachtet. Ergebnisse, für die sich Effektstärkemaße ergaben, die auf große bis sehr große Effekte hinweisen, wurden auch dann näher analysiert, wenn keine statistische Signifikanz vorlag.

Bedenkt man die geringe Teststärke gilt jedoch auch, dass Ergebnisse die trotz der kleinen Stichproben statistisch signifikante Unterschiede aufzeigen, auf großen bis sehr großen Effekten basieren müssen (vgl. z.B. Bortz & Lienert, 2008). In diesem Licht betrachtet lassen sich diejenigen Ergebnisse, die statistisch signifikante Unterschiede aufzeigen als inhaltlich bedeutsame kulturspezifische Aspekte verstehen.

9.2.2.3 *Einteilung in depressive und nicht-depressive Gruppen*

Dadurch, dass nur wenige klinisch-depressive Patienten für die Teilnahme in Chile gewonnen werden konnten, ergab sich ein weiterer Mangel für die Teilstudie A. Um die geringe Zahl klinisch-depressiver Patienten auszugleichen, wurden die Daten der Allgemeinbevölkerungsstichprobe hinsichtlich einer depressiven Symptomatik gescreent. Teilnehmer mit einer depressiven Symptomatik und einem CES-D Wert über 16 wurden der depressiven Teilstichprobe zugeordnet. Diese setzten sich also sowohl in Deutschland als auch in Chile aus stationären sowie sub-klinisch

depressiven Teilnehmern zusammen. Diese Durchmischung wird als Schwäche bewertet, da die Ergebnisse nicht eindeutig auf eine stationäre oder nicht-stationäre Gruppe bezogen werden können.

9.2.3 Instrumente

Die Auswahl der Instrumente erfolgte sehr überlegt, nach Sichtung verschiedener Möglichkeiten zur Erfassung der jeweiligen Konstrukte und unter Berücksichtigung der berichteten psychometrischen Eigenschaften. Leider lagen nicht für alle Instrumente validierte spanische und deutsche Versionen vor, so dass zum Teil Übersetzungen realisiert werden mussten. Die Übersetzungen erfolgten gemäß der Standards für Testübersetzungen. Kritisch ist dennoch zu bewerten, dass keine separaten Validierungsstudien für die neu übersetzten Instrumente vorgenommen wurden, bevor diese in der Studie verwendet wurden. Dieses war aufgrund begrenzter zeitlicher und finanzieller Ressourcen nicht möglich.

Weiterhin kann die Messung der Faktoren Alexithymie sowie der interdependenten Orientierung kritisch diskutiert werden.

Zur Erfassung der Alexithymie Subfaktoren wurde die Toronto Alexithymia Scale ausgewählt, da diese als das gängigste Selbstbeurteilungsinstrument hierzu gilt. Die Validität des Instrument wird jedoch zum Teil kritisiert. Die Ergebnisse, insbesondere bezüglich der Subskala EOT sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Für zukünftige Studien sollten Alternativen überlegt werden: Leising, Grande und Faber (2009) regen an, das Konstrukt über Multi-Method-Studien zu erfassen, die auch Expertenratings (zum Beispiel der behandelnden Therapeuten) einschließen. Suslow, Kersting, Ohrmann und Arolt (2001) geben eine ähnliche Empfehlung mit dem Hinweis auf eine direktere Messung des Konstruktes über beispielsweise die Analyse von Stimmungstagebüchern. Zur Erfassung der interdependenten Orientierung wurde bewusst eine Entscheidung gegen diejenigen Selbstbeurteilungsinstrumente gefällt, die das Konstrukt direkter messen (zum Beispiel die Self-Construal Scale von Singelis (1994)), da die gängigen Instrumente deutliche methodische Mängel aufweisen. In der vorliegenden Studie wurden weniger geläufige Strategien zur Operationalisierung der interdependenten Orientierung verfolgt. Zum einen wurden die Schwartz Werte, die sich auf eine interdependente Orientierung beziehen (vgl. Oishi et al., 1998), als Maß

verwendet. Daneben erfolgte eine Erfassung der interpersonellen Verbundenheit über die visuelle IOS-Skala. Die interpersonelle Verbundenheit gilt als zentrales Element des interdependenten Selbstbildes (Uleman et al., 2000). Der Einsatz von verschiedenen Messmethoden kann als Vorteil angesehen werden. Dennoch ist kritisch zu diskutieren, ob eine valide Erfassung der interdependenten Orientierung über die gewählten Verfahren geleistet werden konnte. Es ist zu vermuten, dass insbesondere die indirekte Erfassung der Interdependenz über den PVQ-Fragebogen das Konstrukt nicht ausreichend valide und reliabel erfasst.

Spezifische Probleme in der kulturvergleichenden Forschung:

Antworttendenzen und Referenzgruppeneffekt

In der kulturvergleichenden Forschung sind verschiedene validitätseinschränkende Phänomene bekannt, die in interkulturellen Studien berücksichtigt werden sollten. Dazu zählen kulturabhängige Antworttendenzen. Diese wurden in der vorliegenden Arbeit für die Skalen, die diesbezüglich als validitätsgefährdet eingeschätzt wurden, statistisch gemessen und kontrolliert.

Ein weiteres Problem der interkulturellen Forschung bei Selbstbeurteilungsinstrumente mit Likert-Skalen umfasst, stellt der Referenzgruppeneffekt (RGE) dar (vgl. Heine, Lehman, Peng & Greenholtz, 2002; Peng, Nisbett & Wong, 1997). Der Effekt umschreibt eine Tendenz, sich selbst mit dem näherem Umfeld zu vergleichen, um diese als Referenz zur Einschätzung der eigenen Einstellung heranzuziehen. Am Beispiel der Emotionalen Expressivität lässt sich das Phänomen anschaulicher beschreiben: Um einschätzen zu können, ob ich meine Gefühle besonders stark ausdrücke oder nicht, orientiere ich mich an meinem Umfeld - meiner Referenzgruppe. Eine Referenzgruppe bildet die kulturelle Gruppe, der ich angehörige, also zum Beispiel alle Deutschen. In Deutschland herrscht laut Theorie eher eine Norm zum gemäßigten Emotionsausdruck (vgl. Trompenaars & Hampden-Turner, 1993). Um das Ausmaß meiner Emotionalen Expressivität einzuschätzen, schätze ich mich in Bezug auf diese Norm ein. Wenn ich zu einem eher kontrollierteren Emotionsausdruck neige, kreuze ich die mittlere Ausprägung der Likert-Skala an, da ich damit dem deutschen Durchschnitt entspreche. Südamerika gilt eher als affektive, also emotional stärker expressive Kultur. Eine Kollegin in Chile würde gemäß dem Referenzgruppeneffekt auf der gleichen Skala eine niedrigere Ausprägung ankreuzen, (auch) wenn sie im gleichen Maße wie ich zur Kontrolle der Emotionen neigen würde. Im Vergleich zum chilenischen Durchschnitt erlebt sie sich als unterdurchschnittlich im Emotionsausdruck. Wenn die Wahrnehmungen der

Referenzgruppennormen mehr oder weniger normalverteilt sind, wird der Durchschnitt in verschiedenen Kulturen immer in etwa in der Mitte der möglichen Antworten angesiedelt sein. Kulturelle Unterschiede sind demnach schwer abzubilden, wenn der Referenzgruppeneffekt greift: „Cross-cultural differences will be small and will not capture the valid cross-cultural differences“ (Fischer & Schwartz, 2011, S.1137).

Heine et al. (2002) gehen davon aus, dass der RGE sich weniger bei Messungen bemerkbar macht, die wenig sozialen Vergleich erfordern, zum Beispiel bei Konstrukten deren Beurteilung sich auf Introspektion stützt. Dies trifft nach Einschätzung der Autorin auch auf das zentrale Konstrukt des Körpererlebens zu, so dass die abhängigen Variablen (Körperbewusstsein, Körperverbundenheit) eher nicht vom Referenzgruppeneffekt betroffen sein sollten. Dafür spricht auch, dass sich kulturelle Unterschiede im Körperbewusstsein fanden (vgl. Fischer & Schwartz, 2011).

9.3 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit konnte einen Beitrag zum besseren Verständnis des Körpererlebens in der Depression und in unterschiedlichen kulturellen Kontexten leisten. Die Ergebnisse legen nahe, dass sich Deutsche und Chilenen im Körperbewusstsein unterscheiden. Mediatoren konnten mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Dennoch zeigten sich Zusammenhänge, die den Hintergrund der kulturellen Unterschiede im Körperbewusstsein in der unterschiedlichen Emotionalen Expressivität (positiver Gefühle) sowie in der kulturspezifischen interdependenten Orientierung vermuten lassen. Zukünftige Studien sollten an diese Ergebnisse anknüpfen und in größeren Stichproben eine erneute Analyse der Zusammenhänge vornehmen. Dabei wäre es lohnenswert, mehrere kulturelle Gruppen einzubeziehen, für die anzunehmen ist, dass sie sich in der emotionalen Expressivität unterscheiden.

Auch zum Körpererleben in der Depression konnten aufschlussreiche Ergebnisse präsentiert werden, die die Bedeutsamkeit der Störungen im depressiven Körpererleben belegen und ein vermindertes Körperbewusstsein, sowie ein Körperdissoziationserleben als kulturübergreifendes Kernelement der Depression verstehen lassen. Auch hier wäre es interessant, die Ergebnisse aufzugreifen und in multilateralen Studien unter Einbezug weiterer Kulturen erneut zu untersuchen. Um besser zu ergründen, ob die beschriebenen Störungen im Körpererleben spezifisch für depressive

Erkrankungen sind oder sich auch auf andere psychische Störungen (z.B. Angst) übertragen lassen, sollten kontrastierend verschiedene Störungsbilder bezüglich des Körpererlebens verglichen werden. Röhrich et al. (2002) geben erste Hinweise darauf, dass sich die Einschränkungen im Körpererleben bei Angst- und Depressionsstörungen ähneln. Ein Einbezug von Messmethoden, die über Selbstbeurteilungsinstrumente hinausgehen, wäre wie oben beschrieben ebenfalls gewinnbringend, vor allem um vorbewusste Aspekte erfassen zu können.

In der Teilstudie B wurde die Somatisierungstendenz in klinisch-depressiven Stichproben kulturvergleichend zwischen Deutschland und Chile verglichen. Als zentrales Ergebnis kann die Bedeutung des Stigmatisierungserlebens in der Depression angesehen werden. Es zeigte sich, dass das Stigmatisierungserleben in der Depression ein relevantes Phänomen in Deutschland sowie in Chile ist. In Chile war die erlebte Stigmatisierung jedoch etwas höher. Mit der höheren Stigmatisierung ging ein erhöhter Ausdruck körperlicher Symptome in der Depression einher. Neben dem Stigmatisierungserleben vermittelte der PVQ-Subfaktor Achievement die Unterschiede im Ausdruck körperlicher Symptome. Diese beiden Ergebnisse lassen sich miteinander vereinbaren. Wenn psychische Symptome mit Stigmatisierung verbunden sind, geht damit auch die Annahme einher, dass depressive Menschen nicht leistungsfähig sind. Um diesen Eindruck zu verhindern, werden möglicherweise eher körperliche Symptome ausgedrückt. Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit von Veränderungen auf der politisch-gesellschaftlichen Ebene hin, die eine Entstigmatisierung und Enttabuisierung fördern können. Dazu zählt - wie an anderer Stelle bereits beschrieben - zum Beispiel eine Gewährleistung einer leicht zugänglichen, vollständigen, gesundheitlichen Versorgung für psychische Symptome. Auf der gesellschaftlichen Ebene könnte eine wertfreie Thematisierung von und mehr Aufklärung über die Krankheit Depression einen Fortschritt darstellen. In Deutschland erfolgte nach dem Suizid eines bekannten Fußballspielers, von dem bekannt wurde, dass er jahrelang unter schweren Depressionen litt, zumindest beginnend eine Enttabuisierung von psychischen Krankheiten und eine verstärkte Aufklärung über depressive Störungen auch in den Medien (Schneider, 2013; Schnetzer, 2013).

Interessant wäre, inwieweit auch der Ausdruck körperlicher Symptome mit Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden ist. Patienten mit somatischen Symptomen ohne Organbefund (MUS) gelten im Klinikalltag beispielsweise als schwierig (Picariello et al., 2015). Auch in privaten Beziehungen ist vorstellbar, dass eine dauerhafte, ausgeprägte Körpersymptomatik mit negativen

Bewertungen seitens des sozialen Umfeldes einhergeht. Eine Stigmatisierung von körperlichen Symptompräsentationen kann demnach ebenfalls als relevantes Phänomen vermutet werden und sollte umfassender untersucht werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Arbeit ihrem Ziel gerecht wird, einen Beitrag zum Verständnis des Körpererlebens in der Depression und unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes zu leisten. Es bedarf jedoch weiterer empirischer Studien, um die Ergebnisse weiter zu belegen und auf größere Gruppen verallgemeinern zu können. Die dargestellten Ergebnisse bieten verschiedene Ansatzpunkte für lohnenswerte zukünftige Forschungsarbeiten.

Zusammenfassung

Hintergrund: Obwohl depressive Störungen mit einer Vielzahl körperlicher Symptome einhergehen und die Bedeutung von körpertherapeutischen Elementen in der Psychotherapie steigt, ist der Körper in der Depression bisher kaum Gegenstand von empirischen Forschungsarbeiten. Um das Verständnis für den Körper in der Depression zu erweitern, werden in der vorliegenden Arbeit zwei thematische Aspekte untersucht: Zum einen wird ein Vergleich des subjektiven Körpererlebens von depressiven und nicht-depressiven Personen realisiert. Zum anderen wird die Bedeutung des Körpers als Symptomträger in der Depression näher untersucht. Beide Aspekte werden unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes - über einen Vergleich zwischen deutschen und chilenischen Stichproben - erforscht, da davon auszugehen ist, dass das Körpererleben und -verhalten kulturell geprägt ist.

Methode: In einer ersten Teilstudie wurde über Selbstbeurteilungsinstrumente zunächst das subjektive Körpererleben in einer deutschen und einer chilenischen nicht-depressiven Stichprobe verglichen. Um die Bedeutung von kulturellen Aspekten für das Körpererleben zu ergründen, wurden verschiedene Kulturvariablen theoretisch hergeleitet, für die ein Zusammenhang zwischen Körper und Kultur angenommen wird. Diese wurden als Mediatorvariablen getestet, um den Hintergrund von kulturellen Unterschieden im Körpererleben zu klären. Im Anschluss wurde das depressionsspezifische Körpererleben untersucht, indem die nicht-depressiven Teilstichproben mit depressiven Teilnehmern verglichen wurden. Dabei wurde wiederum die Bedeutung des kulturellen Kontextes berücksichtigt.

Um die Bedeutung des Körpers als Symptomträger zu verstehen, wurde in einer zweiten Teilstudie verglichen, in welchem Ausmaß körperliche und psychische Symptome in der Depression in beiden Ländern ausgedrückt werden. Eine zentrale Forschungsfrage war, ob sich Deutsche und Chilenen im Symptomausdruck unterscheiden und worauf mögliche Unterschiede zu begründen

sind. Dazu wurden wiederum Kulturvariablen hergeleitet, die gemäß empirischer und theoretischer Befunde in einem Zusammenhang mit Somatisierungstendenzen stehen, und als Mediatoren getestet. Zur Berücksichtigung des diagnostischen Kontextes wurde der Symptomausdruck im offenen Problembereich mit dem Symptomausdruck im klinischen Interview sowie in der Beantwortung von Fragebögen kontrastiert.

Ergebnisse: In der ersten Teilstudie zeigten nicht-depressive Chilenen eine signifikant höhere Ausprägung auf dem Subfaktor Körperbewusstsein als nicht-depressive Deutsche. Keine der getesteten Kulturvariablen Interdependente Orientierung, Emotionale Expressivität und Alexithymie fungierte als Mediator zwischen der nationalen Zugehörigkeit und dem Körperbewusstsein. Dennoch zeigten sich erwartungsgemäß positive Zusammenhänge zwischen der Interdependenten Orientierung und der Positiven Emotionalen Expressivität mit dem Körperbewusstsein sowie der Körperverbundenheit. Chilenen zeigten auf beiden Kulturvariablen eine höhere Ausprägung als Deutsche.

Die kulturvergleichende Analyse des depressionsspezifischen Körpererlebens zeigte, dass sowohl in Deutschland als auch in Chile eine Reduktion des Körperbewusstseins sowie der Körper-Selbst-Integration mit der Depression assoziiert ist. Die für die nicht-depressiven Stichproben gefundenen kulturspezifischen Unterschiede waren in den depressiven Stichproben nivelliert. Die depressionsspezifischen Einschränkungen im Körpererleben konnten über Mediationsanalysen auf die reduzierte Emotionsexpressivität (positiver Gefühle) sowie auf Schwierigkeiten in der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen zurückgeführt werden.

In der zweiten Teilstudie fanden sich signifikante Unterschiede im Ausdruck körperlicher Symptome zwischen den Kulturen: Chileninnen zeigten eine signifikant höhere „Somatisierungstendenz“ im Interview sowie im Fragebogen. Die Unterschiede wurden vermittelt über das Stigmatisierungserleben in der Depression sowie über die PVQ-Wertedimensionen „Achievement“ (Erfolgsstreben) und „Tradition“. Chilenische Teilnehmerinnen berichteten ein höheres Stigmatisierungserleben sowie ein höheres Erfolgs- und Leistungsstreben. Deutsche Teilnehmerinnen zeigten eine höhere Ausprägung auf der Subskala Tradition, die eine höhere Wertschätzung traditionell vermittelter Werte wie Anspruchslosigkeit und Bescheidenheit erfasst.

Diskussion: Die Ergebnisse legen nahe, dass Chilenen einen höheren Körperbezug aufweisen als Deutsche, der sich in der nicht-depressiven Stichprobe in einem höheren Körperbewusstsein und in der depressiven Stichprobe in einem stärkeren Ausdruck körperlicher Symptome

widerspiegelt. Die kulturspezifischen Unterschiede im Körperbewusstsein fanden sich in den depressiven Stichproben nicht mehr. Kulturübergreifend gingen mit der Depression Störungen im Körpererleben einher. Die Ergebnisse werden als Belege für die theoretischen Ansätze von Fuchs (2013a) und Harshaw (2015) interpretiert, die die Störung des Körpererlebens (insbesondere in der Wahrnehmung von Körpersignalen) als zentrales Element der Depression verstehen, das zudem in einem engen Zusammenhang zu depressionstypischen Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt steht.

Literaturverzeichnis

- Abdullah, T. & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 31* (6), 934–948. doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.003
- Agnew, C. R., Van Lange, P. A. M., Rusbult, C. E. & Langston, C. A. (1998). Cognitive interdependence: Commitment and the mental representation of close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (4), 939–954. doi: 10.1037/0022-3514.74.4.939
- Aho, J. & Aho, K. (2008). *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness*. Plymouth: Lexington Books.
- Ainley, V. & Tsakiris, M. (2013). Body Conscious? Interoceptive Awareness, Measured by Heartbeat Perception, Is Negatively Correlated with Self-Objectification. *PLoS ONE, 8* (2), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0055568
- Albrecht, H. (01. Dezember 2011). Erschöpfungsdepression: Burn-out, die deutsche Spezialität. *DIE ZEIT, 49*, S. 41.
- Ålgars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. & Sandnabba, N. K. (2009). The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of Aging and Health, 21* (8), 1112–1132. doi: 10.1177/0898264309348023
- Allaz, A.-F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M. & Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders, 23* (3), 287–294. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<287::AID-EAT6>3.0.CO;2-F
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., ... Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders, 118* (1-3), 180–186. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.006

- Altabe, M. & Thompson, J. K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (3), 323–328.
- American Psychiatric Association. (2010). *Practice Guidelines For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder* (3. Aufl.). Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). Guidelines for Psychological Practice in Health Care Delivery Systems. *American Psychologist*, 68 (1), 1-6.
- Anderson, C. D. (1981). Expression of affect and physiological response in psychosomatic patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 25 (3), 143–149. doi: 10.1016/0022-3999(81)90026-X
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38 (9), 526.
- Anonym. (16. November 2015). Depressionen: Betäubende, alles erstickende Watte. *Süddeutsche Zeitung*. Zugriff auf <http://www.sueddeutsche.de>
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2011). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Huber.
- Aron, A., Aron, E. N. & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (4), 596–612. doi: 10.1037/0022-3514.63.4.596
- Aron, A., Aron, E. N., Tudor, M. & Nelson, G. (2004). Close Relationships as Including Other in the Self. In H. T. Reis & C. E. Rusbult (Hrsg.), *Close relationships: Key readings*. (S. 365–379). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*. Guadalajara, Mexico: Editorial de la Universidad de Guadalajara.
- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M., Serim, M. & Böhmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46 (1), 23–28.
- Bacher, J. (2002). Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung* (51), 38–66.

- Bader, J.-P. & Hell, D. (1998). Parkinson-syndrom und depression. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66, 303-312.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23–32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bailleux, J. (2012). *Stigmatisierung und Depression - Ein interkultureller Vergleich zwischen Chile und Deutschland*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg, Deutschland.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163 (20), 2433.
- Baker, C. W., Carter, A. S., Cohen, L. R. & Brownell, K. D. (1999). Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: Global stability versus specific transitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21 (2), 143–148. doi: 10.1007/BF02908295
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (Bd. xiii). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173–1182.
- Barsky, A. J. & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British Journal of Psychiatry*, 157 (3), 404–409. doi: 10.1192/bjp.157.3.404
- Barth, J., Paul, J., Klesse, C., Bengel, J. & Härter, M. (2007). Die Diskriminationsleistung des Beck-Depressions-Inventars (BDI) hinsichtlich depressiver Störungen bei Patienten mit einer körperlichen Erkrankung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (2), 73–82. doi: 10.1026/1616-3443.36.2.73
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61 (2), 226–244.
- Baumgartner, H. & Steenkamp, J.-B. E. (2001). Response Styles in Marketing Research: A Cross-National Investigation. *Journal of Marketing Research*, 38 (2), 143–156. doi: 10.1509/jmkr.38.2.143.18840
- Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R. & Mullett, J. (1987). Motor mimicry as primitive empathy. In N. Eisenberg, J. Strayer, N. E. Eisenberg & J. E. Strayer (Hrsg.), *Empathy and*

- its development.* (S. 317–338). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186–3191.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Emery, G. & Shaw, B. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Berscheid, E., Snyder, M. & Omoto, A. M. (1989). The Relationship Closeness Inventory: Assessing the closeness of interpersonal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (5), 792–807. doi: 10.1037/0022-3514.57.5.792
- Bielefeld, J. (1986). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens* (S. 3–35). Göttingen: Hogrefe.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12 (5), 527–562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blinde, E. M., Taub, D. E. & Han, L. (2001). Sport participation and women's personal empowerment: Experiences of the college athlete. In A. Yiannakis, M. J. Melnick, A. E. Yiannakis & M. J. E. Melnick (Hrsg.), *Contemporary issues in sociology of sport*. (S. 159–168). Champaign, IL, US: Human Kinetics.
- Böker, H. (2009). Selbst und Körper in der Depression: Herausforderungen an die Therapie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 160 (5), 188–199.
- Bolt, D. M., Lu, Y. & Kim, J.-S. (2014). Measurement and control of response styles using anchoring vignettes: A model-based approach. *Psychological Methods*, 19 (4), 528–541. doi: 10.1037/met0000016
- Bond, M. H. & Tedeschi, J. T. (2001). Polishing the Jade: A Modest Proposal for Improving the Study of Social Psychology across Cultures. In D. Matsumoto (Hrsg.), *The handbook of culture and psychology*. (S. 309–324). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Bond, M. H. & van de Vijver, F. J. R. (2011). Making scientific sense of cultural differences in psychological outcomes: Unpackaging the Magnum Mysterium. In D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Hrsg.), *Cross-cultural research methods in psychology*. (S. 75–100). New York, NY US: Cambridge University Press.
- Borkenhagen, A. & Klapp, B. (1999). Erhebung von Dissoziations- und Desintegrationstendenzen

- in der Körper-Selbst-Repräsentanz anorektischer Patientinnen mit der Rep-Grid-Technik. *Psychomed*, 11, 112–120.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2 (6), 576–582. doi: 10.1370/afm.245
- Bortz, J. (2013). *Statistik: Für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. I. Attachment*. London: Basic Books.
- Braungart, G., Fricke, H., Grubmüller, K., Müller, J.-D., Vollhardt, F. & Weimar, K. (2007). *Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft: Neubearbeitung des Reallexikons der deutschen Literaturgeschichte*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Broccoli, T. L. (2008). *Relationship between Self and Physical Body*. Unveröffentlichte Dissertation, Rutgers University, State University of New Jersey.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9 (1), 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D. & Reynolds III, C. F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of Community Psychology*, 38 (3), 350–368.
- Brown, S. L., Fredrickson, B. L., Wirth, M. M., Poulin, M. J., Meier, E. A., Heaphy, E. D., . . . Schultheiss, O. C. (2009). Social closeness increases salivary progesterone in humans. *Hormones and Behavior*, 56 (1), 108–111. doi: 10.1016/j.yhbeh.2009.03.022
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Body image*, 10 (1). doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17 (2), 151–172. doi: 10.1080/07351699709534117
- Buddeberg-Fischer, B. & Klaghofer, R. (2002). Entwicklung des Körpererlebens in der Adoles-

zenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 697-210.

- Busch, F. N. (2014). Clinical Approaches to Somatization. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (5), 419–427. doi: 10.1002/jclp.22086
- Campbell, K. A. (2001). *Emotional expression: A comparison of assessment methods*. Unveröffentlichte Dissertation, University of Kentucky, US.
- Canales, J. Z., Cordás, T. A., Fiquer, J. T., Cavalcante, A. F. & Moreno, R. A. (2010). Posture and body image in individuals with major depressive disorder: a controlled study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (4), 375–380.
- Canino, I. A., Rubio-Stipec, M., Canino, G. J. & Escobar, J. I. (1992). Functional somatic symptoms: A cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 605–612. doi: 10.1037/h0079376
- Carek, P. J., Laibstain, S. E. & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International journal of psychiatry in medicine*, 41, 15–28. doi: 10.2190/PM.41.1.c
- Cash, T., Santos, M. T. & Williams, E. F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (2), 191–199. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.07.008
- Cash, T., Winstead, B. & Janda, L. (1986). Body Image Survey Report: The Great American Shape-Up. *Psychology Today*, 20 (4), 30-37.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. F. Cash (Hrsg.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (S. 334-342). London, UK, and San Diego, CA: Academic Press (Elsevier).
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Grover, S. & Kumar, S. (2010). Functional somatic complaints in depression: An overview. *Asian Journal of Psychiatry*, 3 (3), 99–107. doi: 10.1016/j.ajp.2010.07.003
- Chentsova-Dutton, Y. E. & Dzokoto, V. (2014). Listen to your heart: The cultural shaping of interoceptive awareness and accuracy. *Emotion*, 14 (4), 666–678. doi: 10.1037/a0036193
- Choi, I., Nisbett, R. E. & Norenzayan, A. (1999). Causal attribution across cultures: Variation and universality. *Psychological Bulletin*, 125 (1), 47–63. doi: 10.1037/0033-2909.125.1.47
- Christensen, L. B. (2007). *Experimental Methodology*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Chua, E. G. & Gudykunst, W. B. (1987). Conflict Resolution Styles in Low- and High-Context Cultures. *Communication Research Reports*, 4, 32–37.

- Cialdini, R. B., Brown, S. L., Lewis, B. P., Luce, C. & Neuberg, S. L. (1997). Reinterpreting the empathy-altruism relationship: when one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 481–494.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J. & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64 (4), 660–667. doi: 10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. & Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into womens bodys related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (4), 330–345. doi: 10.1080/02646830903190904
- Clarke, L. H. (2001). Older women's bodies and the self: the construction of identity in later life. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology. La Revue Canadienne De Sociologie Et D'anthropologie*, 38 (4), 441–464.
- Clarke, L. H. & Korotchenko, A. (2011). Aging and the Body: A Review. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 30 (3), 495–510. doi: 10.1017/S0714980811000274
- Clarke III, I. (2000). Extreme Response Style in Cross-Cultural Research: An Empirical Investigation. *Journal of Social Behavior & Personality*, 15 (1), 137–152.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen Zum Körperbild (FKB-20). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cohane, G. H. & Pope, H. G. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*, 29 (4), 373–379.
- Cohen, A. B. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64 (3), 194–204. doi: 10.1037/a0015308
- Cohen, A. B. (2010). Just how many different forms of culture are there? *American Psychologist*, 65 (1), 59–61. doi: 10.1037/a0017793
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 145–153.
- Conradi, A. (2011). *Interkulturelle Aspekte von Schuldgefühlen und Depression: Ein Vergleich zwischen Deutschland und Chile*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Deutschland.

- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L. & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *27* (2), 219–225.
- Cox, D. J., Clarke, W. L., Gonder-Frederick, L., Pohl, S., Hoover, C., Snyder, A., . . . Pennebaker, J. (1985). Accuracy of Perceiving Blood Glucose in IDDM. *Diabetes Care*, *8* (6), 529–536. doi: 10.2337/diacare.8.6.529
- Cronbach, L. J. (1950). Further evidence on response sets and test design. *Educational and Psychological Measurement*, *10*, 3–31. doi: 10.1177/001316445001000101
- Cross, S. E., Hardin, E. E. & Gercek-Swing, B. (2011). The What, How, Why, and Where of Self-Construal. *Personality and Social Psychology Review*, *15* (2), 142–179. doi: 10.1177/1088868310373752
- Cross, S. E., Hardin, E. E. & Swing, B. G. (2009). Independent, relational, and collective-interdependent self-construals. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Hrsg.), *Handbook of individual differences in social behavior*. (S. 512–526). New York, NY, US: Guilford Press.
- Cruz, W. (2001). Differences In Nonverbal Communication Styles between Cultures: The Latino-Anglo Perspective. *Leadership & Management in Engineering*, *1* (4), 51.
- Dael, N., Mortillaro, M. & Scherer, K. R. (2012). Emotion expression in body action and posture. *Emotion*, *12* (5), 1085–1101. doi: 10.1037/a0025737
- Daley, A. (2008). Exercise and Depression: A Review of Reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *15* (2), 140–147. doi: 10.1007/s10880-008-9105-z
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Avon Books.
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Gambi, F., Valchera, A., . . . Ferro, F. M. (2009). Alexithymia and Its Relationships with Dissociative Experiences, Body Dissatisfaction and Eating Disturbances in a Non-Clinical Female Sample. *Cognitive Therapy & Research*, *33* (5), 471–479. doi: 10.1007/s10608-009-9247-9
- Deeks, A. & McCabe, M. (2001). Menopausal stage and age and perceptions of body image. *Psychology & Health*, *16* (3), 367–379.
- De Gucht, V. & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, *43* (1), 1–9. doi: 10.1176/appi.psy.43.1.1
- Deighton, R. M. & Traue, H. C. (2005). Emotional inhibition and somatization across cultures. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *18* (1-2), 109–140.

- Deinzer, R. (2007). *Allgemeine Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens in der Medizin: Ein Leitfaden für die empirische Promotion und Habilitation*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- del C. Quezada-Berumen, L., González-Ramírez, M. T., Cebolla, A., Soler, J. & Garcia-Campayo, J. (2014). Conciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión Española de la Escala de Conexión Corporal (SBC). = Body awareness and mindfulness: Validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (2), 57–67.
- Dere, J., Tang, Q., Zhu, X., Cai, L., Yao, S. & Ryder, A. G. (2013). The cultural shaping of alexithymia: Values and externally oriented thinking in a Chinese clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (4), 362–368. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.013
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Deusinger, I. M. (2009). Frankfurter Körperkonzeptskalen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 89–101). Stuttgart: Schattauer.
- DGPPN et al. (Hrsg.). (2009, zuletzt verändert: Juni 2015). *S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung* (Nr. 5). Berlin, Düsseldorf. Zugriff auf <http://www.leitlinien.de/nvl/depression> doi: DOI:10.6101/AZQ/000240
- Diefenbacher, A. & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 551–556.
- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G. & Halter, U. (2001). Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *British Journal of Sports Medicine*, 35 (2), 114–117.
- Dion, K. L. (1996). Ethnolinguistic correlates of alexithymia: Toward a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 531–539. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00295-4
- Dobbs, J. L., Sloan, D. M. & Karpinski, A. (2007). A psychometric investigation of two self-report measures of emotional expressivity. *Personality and Individual Differences*, 43 (4), 693–702. doi: 10.1016/j.paid.2007.01.010
- Ebigbo, P. (1997). *Somatisierungserscheinungen bei Nigerianern in Psychiatrie im Kulturvergleich*. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.

- Efron, B. & Tibshirani, R. J. (1994). *An Introduction to the Bootstrap*. London: CRC Press.
- Eger, A. (2013). *Paternal emotional functioning and family interactions - an intercultural study in chile and germany*. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg. (Präsentation auf dem Symposium des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs)
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch. Mit Online-Materialien* (1. Aufl.). Basel: Beltz.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dalgleish, M. J. Power, T. E. Dalgleish & M. J. E. Power (Hrsg.), *Handbook of cognition and emotion*. (S. 45–60). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozess der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Erim, Y., Toker, M., Aygün, S., Özdemir, Z., Renz, M. & Gün, A. (2010). Essener Leitlinien zur interkulturellen Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 11 (4), 299–305.
- Erni, T., Lätscher, K. & Modestin, J. (1997). Two-factor solution of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmed. *Psychopathology*, 30, 335–340.
- Escobar, J. I., Gomez, J. & Tuason, V. B. (1983). Depressive phenomenology in North and South American patients. *The American Journal of Psychiatry*, 140 (1), 47–51.
- Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (3), 140–146.
- Fernández-Jiménez, E., Pérez-San-Gregorio, M. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ayeairst, L. E. & Izquierdo, G. (2013). Psychometric properties of a revised Spanish 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13 (3), 226–234. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70027-9
- Ferreiro, F., Seoane, G. & Senra, C. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *Journal of Adolescence*, 37 (1), 73–84. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.10.013
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. Los Angeles: SAGE.
- Fisch, H.-U., Frey, S. & Hirsbrunner, H.-P. (1983). Analyzing nonverbal behavior in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (3), 307–318. doi: 10.1037/0021-843X.92.3.307

- Fischer, R. & Schwartz, S. (2011). Whence differences in value priorities? Individual, cultural, or artifactual sources. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (7), 1127–1144. doi: 10.1177/0022022110381429
- Florenthal, B. & Osland, G. E. (2009). High- versus Low-Context National Cultures: Preferences for Type of Retailer and for Human Interaction. *Indian Journal of Economics and Business*, 97–109. doi: <http://ijeb.com/cms/issues/>
- Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht* (Nr. 77). Berlin: Merve Verl.
- Fredrickson, B. L. & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21 (2), 173–206. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Freedman, R. E. K., Carter, M. M., Sbrocco, T. & Gray, J. J. (2007). Do men hold African-American and Caucasian women to different standards of beauty? *Eating Behaviors*, 8 (3), 319–333. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.11.008
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Wien: F. Deuticke.
- Friedman, H. S., Prince, L. M., Riggio, R. E. & DiMatteo, M. R. (1980). Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The Affective Communication Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (2), 333–351. doi: 10.1037/0022-3514.39.2.333
- Fritz, M. S. & MacKinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychological science*, 18 (3), 233–239. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x
- Fuchs, T. (2012). *Embodiment – ein Paradigma für die Psychotherapie?* Heidelberg, Deutschland. (Vorlesung am Universitätsklinikum Heidelberg am 14.11.2012)
- Fuchs, T. (2013a). Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20 (7-8), 219–238.
- Fuchs, T. (2013b). The phenomenology of affectivity. In K. W. M. Fulford et al. (Hrsg.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. (S. 612–631). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fuller, B. & Vossmeier, G. (2003). *Germany*. New York: Marshall Cavendish.
- Furman, D. J., Waugh, C. E., Bhattacharjee, K., Thompson, R. J. & Gotlib, I. H. (2013). Interocep-

- tive awareness, positive affect, and decision making in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151 (2), 780–785. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.044
- Gächter, S., Starmer, C. & Tufano, F. (2015). Measuring the Closeness of Relationships: A Comprehensive Evaluation of the 'Inclusion of the Other in the Self' Scale. *PLoS ONE*, 10 (6), 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0129478
- Games, P. A. (1984). Data transformations, power, and skew: A rebuttal to Levine and Dunlap. *Psychological Bulletin*, 95 (2), 345–347. doi: 10.1037/0033-2909.95.2.345
- Gao, H. H. & Zelazo, P. D. (2008). Language and the development of consciousness: Degrees of disembodiment. In W. F. Overton, U. Müller & J. L. Newman (Hrsg.), *Developmental perspectives on embodiment and consciousness* (S. 225–245). New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.
- Garza, G. & Smith, A. F. (2009). Beyond Neurobiological Reductionism: Recovering the Intentional and Expressive Body. *Theory & Psychology*, 19 (4), 519–544. doi: 10.1177/0959354309336318
- Gempp, R. & Thieme, C. (2010). Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Terapia Psicológica*, 28 (1), 5–12.
- Georgas, J., Berry, J. W., van de Vijver, F. J. R., Kağitçibaşı, c. & Poortinga, Y. H. (Hrsg.). (2006). *Families across cultures: A 30-nation psychological study*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Goble, D. J., Coxon, J. P., Wenderoth, N., Van Impe, A. & Swinnen, S. P. (2009). Proprioceptive sensibility in the elderly: degeneration, functional consequences and plastic-adaptive processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 (3), 271–278. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.08.012
- Goffman, E. (1973). *Wir alle spielen Theater: die Selbstdarstellung im Alltag*. München: R. Piper.
- Gölle, N. & Ammann, L. (2015). *Islam in Sicht: Der Auftritt von Muslimen im Öffentlichen Raum*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Görlitz, G. (2011). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie - Basisübungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Görlitz, G. (2013). *Körper und Gefühl in der Psychotherapie - Aufbauübungen*. Stuttgart:

Klett-Cotta.

- Grabe, H. J. & Scheidt, C. E. (2009). Einführung: Das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 19–39). Bern: Huber.
- Grace, S. L. & Cramer, K. L. (2003). The Elusive Nature of Self-Measurement: The Self-Construal Scale Versus the Twenty Statements Test. *Journal of Social Psychology, 143* (5), 649–668.
- Gradt, J., Schicktanz, P., Eger, A., Emmerling, C., Friedrich, A., Kessler, K., . . . Kämmerer, A. (2012). *Cultural differences in emotional expressivity in Chile and Germany*. IACCP, Stellenbosch, South Africa. (Poster presented at the IACCP 2012 - the 21st International Congress of Cross Cultural Psychology)
- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D. & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine, 344* (26), 2021–2025. doi: 10.1056/NEJM200106283442611
- Grieser, J. (2010). Der Körper als Dritter - Psychosomatische Triangulierungsprozesse am Beispiel der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59*, 140-158.
- Gross, J. J. & John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences, 19* (4), 555–568. doi: 10.1016/0191-8869(95)00055-B
- Gross, J. J. & John, O. P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 72* (2), 435–448. doi: 10.1037/0022-3514.72.2.435
- Grothgar, B. & Scholz, O. B. (1987). On specific behavior of migraine patients in an anger-provoking situation. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 27* (4), 206–210. doi: 10.1111/j.1526-4610.1987.hed2704206.x
- Grover, S., Kumar, V., Chakrabarti, S., Hollikatti, P., Singh, P., Tyagi, S., . . . Avasthi, A. (2012). Prevalence and Type of Functional Somatic Complaints in Patients with First-episode Depression. *East Asian Archives of Psychiatry, 22* (4), 146–153.
- Gudykunst, W. B. & Kim, Y. Y. (1992). *Communicating with Strangers: An Approach to Intercultural Communication*. New York: McGraw-Hill.
- Gudykunst, W. B., Matsumoto, Y., Ting-Toomey, S. & Nishida, T. (1996). The influence of cultural individualism-collectivism, self construals, and individual values on communication

- styles across cultures. *Human Communication Research*, 22 (4), 510–543. doi: 10.1111/j.1468-2958.1996.tb00377.x
- Gugutzer, R. (2006). *Body Turn: Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Gugutzer, R. (2013a). *Leib, Körper und Identität: Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität*. Berlin: Springer.
- Gugutzer, R. (2013b). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Gupta, M. A. & Schork, N. J. (1993). Aging-related concerns and body image: possible future implications for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 14 (4), 481–486.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 989–995. doi: 10.1176/ajp.154.7.989
- Haas, H. (2009). Übersetzungsprobleme in der interkulturellen Befragung. *Interculture Journal: Online Zeitschrift für interkulturelle Studien*, 8 (10), 61–78.
- Hall, E. T. (1977). *Beyond culture*. Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- Hall, E. T. & Hall, M. (2003). Key concepts: underlying structures of culture. In *Readings and cases in international management : a cross-cultural perspective*. (S. 151-162). Thousand Oaks: SAGE.
- Hambleton, R. K. & Zenisky, A. L. (2011). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. In D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Hrsg.), *Cross-cultural research methods in psychology*. (S. 46–74). New York, NY US: Cambridge University Press.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale For Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23 (1), 56–62.
- Hansell, S., Sherman, G. & Mechanic, D. (1991). Body Awareness and Medical Care Utilization Among Older Adults in An HMO. *Journal of Gerontology*, 46 (3), S151–S159. doi: 10.1093/geronj/46.3.S151
- Hansen, B. B. (2004). Full matching in an observational study of coaching for the SAT. *Journal of the American Statistical Association*, 609–618.
- Hansen, B. B. & Bowers, J. (2008). Covariate Balance in Simple, Stratified and Clustered Comparative Studies. *Statistical Science*, 23 (2), 219–236. doi: 10.1214/08-STS254

- Hara, K. & Kim, M.-S. (2004). The effect of self-construals on conversational indirectness. *International Journal of Intercultural Relations*, 28 (1), 1–18. doi: 10.1016/j.ijintrel.2003.12.005
- Harb, C. & Smith, P. B. (2008). Self-construals across cultures: Beyond independence-interdependence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39 (2), 178–197. doi: 10.1177/0022022107313861
- Harder, V. S., Stuart, E. A. & Anthony, J. C. (2010). Propensity score techniques and the assessment of measured covariate balance to test causal associations in psychological research. *Psychological methods*, 15 (3), 234–249. doi: 10.1037/a0019623
- Hardin, E. (2006). Convergent evidence for the multidimensionality of self-construal. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37 (5), 516–521.
- Hardin, E. E., Leong, F. T. L. & Bhagwat, A. A. (2004). Factor Structure of the Self-Construal Scale Revisited: Implications for the Multidimensionality of Self-Construal. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (3), 327–345. doi: 10.1177/0022022104264125
- Harshaw, C. (2015). Interoceptive dysfunction: Toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. *Psychological Bulletin*, 141 (2), 311–363. doi: 10.1037/a0038101
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85 (7), 1192–1213 8p.
- Harzing, A.-W. (2006). Response Styles in Cross-national Survey Research A 26-country Study. *International Journal of Cross Cultural Management*, 6 (2), 243–266. doi: 10.1177/1470595806066332
- Harzing, A.-W., Baldueza, J., Barner-Rasmussen, W., Barzantny, C., Canabal, A., Davila, A., . . . Zander, L. (2009). Rating versus ranking: What is the best way to reduce response and language bias in cross-national research? *International Business Review*, 18 (4), 417–432. doi: 10.1016/j.ibusrev.2009.03.001
- Hautzinger, M. (1991). Das Beck-Depressionsinventar (BDI) in der Klinik. *Der Nervenarzt*, 62 (11), 689–696.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala. Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala, 2. überarbeitete und neu normierte Auflage, 2012*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (2. überarb. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical Mediation Analysis in the New Millennium. *Communication Monographs*, 76 (4), 408–420. doi: 10.1080/03637750903310360
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Peng, K. & Greenholtz, J. (2002). What's wrong with cross-cultural comparisons of subjective Likert scales?: The reference-group effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 903–918. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.903
- Heisterkamp, G. (2013). *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie*. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag.
- Henningsen, P. (2002). *Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte; Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Henrich, J., Heine, S. J. & Norenzayan, A. (2010). The Weirdest People in the World? *Behavioral And Brain Sciences*, 33, 61–135.
- Herbert, B. M., Herbert, C. & Pollatos, O. (2011). On the Relationship Between Interoceptive Awareness and Alexithymia: Is Interoceptive Awareness Related to Emotional Awareness? *Journal of Personality*, 79 (5), 1149–1175. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00717.x
- Herk, H. v., Poortinga, Y. H. & Verhallen, T. M. M. (2004). Response Styles in Rating Scales Evidence of Method Bias in Data From Six EU Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (3), 346–360. doi: 10.1177/0022022104264126
- Hetherington, M. M. & Burnett, L. (1994). Ageing and the pursuit of slimness: Dietary restraint and weight satisfaction in elderly women. *British Journal of Clinical Psychology*, 33 (3), 391–400. doi: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01135.x
- Hinshaw, S. P. & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367–393. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245
- HKFB Task Force. (2010). *The HKFB in Germany and Chile*. (Präsentation beim Interkulturelle Kolloquium des Deutsch-Chilenischen Graduiertenkollegs in Santiago de Chile)

- Ho, D. E. & Imai, K. (2007). Matching as Nonparametric Preprocessing to Reduce Model Dependence in Parametric Causal Inference. *Political Analysis*, 15 (3). doi: 10.1093/pan/ mpl013
- Ho, D. E., Imai, K., King, G. & Stuart, E. A. (2007). MatchIt: Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference. *Journal of Statistical Software*, 1-28. doi: 10.18637/ jss.v042.i08
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M. & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 330. doi: 10.1186/1471-2393-14-330
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46 (3), 183–197. doi: 10.1097/00006842-198405000-00001
- Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons, M. J. & Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE Study. *Psychosomatic Medicine*, 73 (2), 127–133. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820433a5
- Hoffmann, S., Mai, R. & Cristescu, A. (2013). Do culture-dependent response styles distort substantial relationships? *International Business Review*, 22 (5), 814–827. doi: 10.1016/ j.ibusrev.2013.01.008
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Thousand Oaks, CA, US: SAGE Publications.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations* (2. Aufl.). Thousand Oaks, CA, US: SAGE.
- Holtgraves, T. (1997). Styles of Language Use: Individual and Cultural Variability in Conversational Indirectness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 624–637. doi: 10.1037/0022-3514.73.3.624
- Hui, C. H. & Triandis, H. C. (1989). Effects of Culture and Response Format on Extreme Response Style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20 (3), 296–309. doi: 10.1177/ 0022022189203004
- Hung, C.-I., Liu, C.-Y., Wang, S.-J., Juang, Y.-Y. & Yang, C.-H. (2010). Somatic symptoms: An important index in predicting the outcome of depression at six-month and two-year follow-up points among outpatients with major depressive disorder. *Journal of Affective*

- Disorders*, 125, 134–140. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.010
- Hung, C.-I., Weng, L.-J., Su, Y.-J. & Lie, C.-Y. (2006). Depression and somatic symptoms scale: A new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (6), 700–708. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01585.x
- Iacus, S., King, G. & Porro, G. (2011). Causal inference with balance checking: Coarsened exact matching. *Political Analysis*, 20, 1-24.
- Isaac, M., Janca, A. & Orley, J. (1996). Somatization - a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health*, 5 (3), 219–222. doi: 10.1080/09638239650036884
- Jackson, S. W. (1981). Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia in medieval times. *Bulletin of the History of Medicine*, 55 (2), 172–181.
- Jacob, K. S. & Kuruvilla, A. (2012). Psychotherapy across cultures: the form-content dichotomy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19 (1), 91–5. doi: 10.1002/cpp.736
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Johnson, T. P., Kulesa, P., Cho, Y. I. & Shavitt, S. (2005). The Relation Between Culture and Response Styles Evidence From 19 Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36 (2), 264–277. doi: 10.1177/0022022104272905
- Johnson, T. P., Shavitt, S. & Holbrook, A. L. (2010). Survey Response Styles Across Cultures. In D. Matsumoto & F. Van de Vijver (Hrsg.), *Cross-Cultural Research Methods in Psychology* (S. 130-176). Cambridge: Cambridge University Press.
- Joraschky, P. (2009). *Körpererleben und Körperbild: ein Handbuch zur Diagnostik*. Schattauer Verlag.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C. & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196 (9), 663–670.
- Kaptchuk, T. J. (2000). *The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine*. New York: McGraw Hill Professional.
- Kağitçibaşı, C. (1996). The Autonomous-Relational Self. *European Psychologist*, 1 (3), 180–186. doi: 10.1027/1016-9040.1.3.180
- Kelch-Oliver, K. & Ancis, J. R. (2011). Black Women's Body Image: An Analysis of Culture-Specific Influences. *Women & Therapy*, 34 (4), 345–358. doi: 10.1080/02703149.2011.592065
- Keller, H., Borke, J., Staufenbiel, T., Yovsi, R. D., Abels, M., Papaligoura, Z., . . . Su, Y. (2009).

- Distal and proximal parenting as alternative parenting strategies during infants early months of life: A cross-cultural study. *International Journal of Behavioral Development*, 33 (5), 412–420. doi: 10.1177/0165025409338441
- Keller, H., Yovsi, R., Borke, J., Kärtner, J., Jensen, H. & Papaligoura, Z. (2004). Developmental Consequences of Early Parenting Experiences: Self-Recognition and Self-Regulation in Three Cultural Communities. *Child Development*, 75 (6), 1745–1760. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00814.x
- Kern, E. (2007). Achtsamkeit und Körperpsychotherapie. "Man sieht nur mit dem Herzen gut". *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 38 (2), 92–102.
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119–38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Khalsa, S. S., Rudrauf, D., Feinstein, J. S. & Tranel, D. (2009). The pathways of interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 12 (12), 1494–1496. doi: 10.1038/nn.2411
- Kidd, T. & Sheffield, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: Examining the mediating effects of anger and social support. *British Journal of Health Psychology*, 10 (4), 531–541. doi: 10.1111/j.2044-8287.2005.tb00485.x
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, Affect and Somatization Part II. *Transcultural Psychiatry*, 21 (4), 237–262. doi: 10.1177/136346158402100401
- Kirmayer, L. J. & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (11), 647–655.
- Kirmayer, L. J. & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 832–840. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815b002c
- Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60 (4), 420–430.
- Kitayama, S. (2001). Culture and emotion. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Hrsg.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (S. 3134-3139.). Oxford: Elsevier Science.
- Klinkenberg, N. (2007). *Achtsamkeit in der Körperverhaltenstherapie: Ein Arbeitsbuch mit 20 Probiertituationen aus der Jacoby/Gindler-Arbeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Knafo, A., Roccas, S. & Sagiv, L. (2011). The value of values in cross-cultural research: A special

issue in honor of Shalom Schwartz. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (2), 178–185.
doi: 10.1177/0022022110396863

- Knoblauch, H. (2005). Kulturkörper. Die Bedeutung des Körpers in der sozialkonstruktivistischen Wissenssoziologie. In M. Schroer (Hrsg.), *Soziologie des körpers* (S. 92–113). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y. & Park, J. K. (2005). The Relation Between Anger Expression, Depression, and Somatic Symptoms in Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (4), 485–491. doi: 10.4088/JCP.v66n0411
- Kolstad, A. & Horpestad, S. (2009). Self-construal in Chile and Norway: implications for cultural differences in individualism and collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40 (2), 275–281.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P. & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (6), 1083–1090. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00348-3
- Koss, J. D. (1990). Somatization and Somatic Complaint Syndromes Among Hispanics: Overview and Ethnopsychological Perspectives. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27 (1), 5–29. doi: 10.1177/136346159002700101
- Kostanski, M., Fisher, A. & Gullone, E. (2004). Current conceptualisation of body image dissatisfaction: have we got it wrong? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45 (7), 1317–1325. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00315.x
- Kostanski, M. & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 39 (2), 255–262.
- Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In D. E. Wohlfart & P. D. M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie* (S. 363–376). Berlin: Springer.
- Kring, A. M., Smith, D. A. & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (5), 934–949. doi: 10.1037/0022-3514.66.5.934
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (1), 34–43. doi: 10.1002/mpr.140

- Krueger, D. W. (1990). Developmental and psychodynamic perspectives on body-image change. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body images: Development, deviance, and change* (S. 255–271). New York: Guilford Press.
- Krueger, D. W. (2013). *Integrating Body Self & Psychological Self* (Routledge, Hrsg.). New York.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (1), 17-31.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia* (Bd. xvii). Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.
- Küchenhoff, J. (2012). *Körper und Sprache - theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Küchenhoff, J. & Agarwalla, P. (2012). *Körperbild und Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Kuhn, M. H. & McPartland, T. S. (1954). An Empirical Investigation of Self-Attitudes. *American Sociological Review*, 19 (1), 68–76.
- Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2000). Überprüfung und Validierung der 26-Item Toronto Alexithymie-Skala anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46 (4), 368–384.
- Kuppens, P., Realo, A. & Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (1), 66–75. doi: 10.1037/0022-3514.95.1.66
- Kutter, P. (2001). *Affekt und Körper: neue Akzente der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kwintessential. (2015). *Chile - Language, Culture, Customs and Etiquette | global-etiquette | resources*. London. Zugriff am 2015-11-04 auf <http://www.kwintessential.co.uk/resources/global-etiquette/chile.html>
- Lamberty, G. J. (2007). *Understanding Somatization in the Practice of Clinical Neuropsychology*. Minneapolis: Oxford University Press, USA.
- Lamm, B. & Keller, H. (2007). Understanding cultural models of parenting: the role of intracultural variation and response style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38 (1), 50–57.
- Le, H.-N., Berenbaum, H. & Raghavan, C. (2002). Culture and alexithymia: Mean levels, correlates and the role of parental socialization of emotions. *Emotion*, 2 (4), 341–360. doi:

10.1037/1528-3542.2.4.341

- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lee, J., Kim, K., Kim, T., Park, J., Lee, S., Park, J., . . . Steffens, D. (2011). Cross-Cultural Considerations in Administering the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Gerontology, 57* (5), 455–461.
- Leising, D., Grande, T. & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality, 43* (4), 707–710. doi: 10.1016/j.jrp.2009.03.009
- Lennon, K. (2010). Feminist Perspectives on the Body. In E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Zugriff auf <http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/feminist-body/>
- Leung, T. & Kim, M. (1997). *A revised self-construal scale*. Honolulu: University of Hawaii at Manoa.
- Levine, T. R., Bresnahan, M. J., Park, H. S., Lapinski, M. K., Lee, T. S. & Lee, D. W. (2003). The (in)validity of self-construal scales revisited. *Human Communication Research, 29* (2), 291–308. doi: 10.1111/j.1468-2958.2003.tb00840.x
- Levine, T. R., Bresnahan, M. J., Park, H. S., Lapinsky, M. K., Wittenbaum, G. M., Shearman, S. M., . . . Ohashi, R. (2003). Self-construal scales lack validity. *Human Communication Research, 29* (2), 210–252. doi: 10.1111/j.1468-2958.2003.tb00837.x
- Levy, R. L., Jones, K. R., Whitehead, W. E., Feld, S. I., Talley, N. J. & Corey, L. A. (2001). Irritable bowel syndrome in twins: Heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology, 121* (4), 799–804. doi: 10.1053/gast.2001.27995
- Li, H. Z. (2002). Culture, gender and self-close-other(s) connectedness in Canadian and Chinese samples. *European Journal of Social Psychology, 32* (1), 93–104. doi: 10.1002/ejsp.63
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y. & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research, 227* (1), 1–9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.006
- Liechty, T., Ribeiro, N. F., Sveinson, K. & Dahlstrom, L. (2014). It's About What I Can Do With My Body: Body Image and Embodied Experiences of Aging Among Older Canadian Men. *International Journal of Men's Health, 13* (1), 3-21.
- Liimakka, S. (2008). The influence of cultural images and other people on young women's

- embodied agency. *Young*, 16 (2), 131–152. doi: 10.1177/110330880801600202
- Liimakka, S. (2011a). Cartesian and corporeal agency: women's studies students reflections on body experience. *Gender & Education*, 23 (7), 811–823. doi: 10.1080/09540253.2010.536144
- Liimakka, S. (2011b). I Am My Body: Objectification, Empowering Embodiment, and Physical Activity in Women's Studies Students' Accounts. *Sociology of Sport Journal*, 28 (4), 441–460.
- Lin, Y.-H. W. & Rusbult, C. E. (1995). Commitment to dating relationships and cross-sex friendships in America and China. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12 (1), 7–26. doi: 10.1177/0265407595121002
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358–1368. doi: 10.1176/ajp.145.11.1358
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83 (404), 1198–1202. doi: 10.2307/2290157
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S. & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine*, 73 (9), 1436–1443. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.034
- Loew, T. H., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhricht, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? *Die psychodynamische Psychotherapie*, 5 (1), 6–19.
- Loiselle, C. G. & Cossette, S. (2001). Cross-Cultural Validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in U.S. and Peruvian Populations. *Transcultural Psychiatry*, 38 (3), 348–362. doi: 10.1177/136346150103800305
- Long, J. S. (1997). *Regression models for categorical dependent variables using STATA*. Thousand Oaks, CA, US: Sage.
- Löwe, B. & Clement, U. (1998). Somatoforme Störung und Körperbild: eine vergleichende Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 44 (3), 268–278.
- Lowen, A. (1993). *Depression and the Body: The Biological Basis of Faith and Reality*. New York: Penguin Books.
- Machleidt, W., Salman, R. & Calliess, I. T. (Hrsg.). (2007). *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in*

- Deutschland und Europa*. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*, 593–614. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. & Williams, J. (2004). Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods. *Multivariate behavioral research*, *39* (1), 99. doi: 10.1207/s15327906mbr3901_4
- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *29*, 89–106.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M. & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, *53* (3), 372–378. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.372
- Manen, M. v. (1998). Modalities of Body Experience in Illness and Health. *Qualitative Health Research*, *8* (1), 7–24. doi: 10.1177/104973239800800102
- Manstead, A. S. & Fischer, A. H. (2002). Beyond the universality-specificity dichotomy. *Cognition & Emotion*, *16* (1), 1–9. doi: 10.1080/0269993014000103
- Manusov, V. (1995). Reacting to Changes in Nonverbal Behaviors Relational Satisfaction and Adaptation Patterns in Romantic Dyads. *Human Communication Research*, *21* (4), 456–477. doi: 10.1111/j.1468-2958.1995.tb00354.x
- Marin, C. & Carron, R. (2002). The origin of the concept of somatization. *Psychosomatics*, *43* (3), 249–250. doi: 10.1176/appi.psy.43.3.249
- Marín, G., Gamba, R. J. & Marín, B. V. (1992). Extreme Response Style and Acquiescence among Hispanics The Role of Acculturation and Education. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *23* (4), 498–509. doi: 10.1177/0022022192234006
- Markula, P. (1995). Firm but Shapely, Fit but Sexy, Strong but Thin: The Postmodern Aerobicizing Female Bodies. *Sociology of Sport Journal*, *12* (4), 424–453.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, *98* (2), 224–253. doi: 10.1037/0033-295X.98.2.224
- Martínez Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). = The Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Clínica y Salud*, *7* (1), 19–32.
- Marzano, M. (2013). *Philosophie des Körpers*. München: Diederichs.

- Matsumoto, D. (1990). Cultural similarities and differences in display rules. *Motivation and Emotion*, 14 (3), 195–214. doi: 10.1007/BF00995569
- Matsumoto, D. & Seung Hee Yoo. (2006). Toward a New Generation of Cross-Cultural Research. *Perspectives on Psychological Science*, 1 (3), 234–250. doi: 10.1111/j.1745-6916.2006.00014.x
- Matsumoto, D. & van de Vijver, F. J. R. (Hrsg.). (2011). *Cross-cultural research methods in psychology*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Matyjas, P. (2014). *Bindung und Partnerschaftsmodell: Nicht-monogame und monogame Partnerschaften im Kontext von Angst und Vermeidung*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Mc Creary, D. R. M. & Sasse, D. K. S. (2000). An Exploration of the Drive for Muscularity in Adolescent Boys and Girls. *Journal of American College Health*, 48 (6), 297–304. doi: 10.1080/07448480009596271
- McDougall, J. (1998). *Theater des Körpers: ein psychoanalytischer Ansatz für die psychosomatische Erkrankung*. Weinheim: Verlag Internat. Psychoanalyse.
- McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, 35 (3), 760–769. doi: 10.1037/0012-1649.35.3.760
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M. & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE*, 4 (5), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0005614
- Mendes, W. B. (2010). Weakened Links Between Mind and Body in Older Age: The Case for Maturational Dualism in the Experience of Emotion. *Emotion Review*, 2 (3), 240–244. doi: 10.1177/1754073910364149
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind somatoforme Beschwerden und Kausalattributionen bei türkischen Migranten durch den kulturellen Hintergrund oder den Migrationsprozess bestimmt? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18 (3-4), 135–139.
- Meyer, C. (2011). Körper und Sinne bei den Wolof Nordwestsenegals: eine mikroethnographische Perspektive. *Paideuma*, 57, 97–120.
- Mezzich, J. & Raab, E. (1980). Depressive symptomatology across the americas. *Archives of General Psychiatry*, 37 (7), 818–823. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780200096012

- Ming, K. & Rosenbaum, P. R. (2000). Substantial Gains in Bias Reduction from Matching with a Variable Number of Controls. *Biometrics*, 56 (1), 118–124.
- Mohiyeddini, C., John, O. & Gross, J. J. (2008). Der "Berkeley Expressivity Questionnaire". Deutsche Adaption und erste Validierungsbefunde. *Diagnostica*, 54 (3), 117–128. doi: 10.1026/0012-1924.54.3.117
- Moradi, B. & Huang, Y.-P. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32 (4), 377–398. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x
- Moreno, P. & Jorge, A. (2006). *Cuestionario de expresividad de Berkeley. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en ingl'es.* (Nr. 3). Los Ángeles: Universidad de California.
- Möske, M. & Lersner, U. v. (2014). *Leitlinien Kultursensible Psychotherapie*. Berlin. Zugriff auf <https://www.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/the/Leitlinien/view>
- Müller-Braunschweig, H. (1992). Der unheimliche Körper. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42, 16-23.
- Müller-Braunschweig, H. & Stiller, N. (Hrsg.). (2010). *Körperorientierte Psychotherapie: Methoden, Anwendungen, Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Mulligan, K. & Scherer, K. R. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, 4 (4), 345–357. doi: 10.1177/1754073912445818
- Muñoz, R. A. & McBride, M. E. (2005). Major Depressive Disorder in Latin America: The Relationship Between Depression Severity, Painful Somatic Symptoms, and Quality of Life. *Journal of affective disorders*, 86 (1), 93–8. doi: 10.1016/j.jad.2004.12.012
- Nakao, M. & Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine*, 1, 17. doi: 10.1186/1751-0759-1-17
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39 (2), 244–251. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 (4), 379–408. doi: 10.1007/BF00054782

- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34 (2), 401–416. doi: 10.1007/s11013-010-9179-6
- Öberg, P. & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing & Society*, 19 (05), 629–644.
- Oishi, S., Schimmack, U., Diener, E. & Suh, E. M. (1998). The Measurement of Values and Individualism-Collectivism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24 (11), 1177–1189. doi: 10.1177/01461672982411005
- Ormel, J. & Tiemens, B. (1997). Depression in primary care. In A. Honig, H. M. van Praag, A. E. Honig & H. M. E. van Praag (Hrsg.), *Depression: Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances*. (S. 83–108). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Palladino Green, S. & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of Body Image Dissatisfaction in Adult Men and Women. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 31 (3), 215–222. doi: 10.2224/sbp.2003.31.3.215
- Peng, K., Nisbett, R. E. & Wong, N. Y. C. (1997). Validity problems comparing values across cultures and possible solutions. *Psychological Methods*, 2 (4), 329–344. doi: 10.1037/1082-989X.2.4.329
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer Science & Business Media.
- Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortíz, S., Peña, J., Ruíz, J. & Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20 (3), 30–34.
- Perrez, M. & Baumann, U. (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (4. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Picariello, F., Ali, S., Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2015). The most popular terms for medically unexplained symptoms: The views of CFS patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (5), 420–426. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.02.013
- Pike, A. J. (2008). Body-mindfulness in physiotherapy for the management of long-term chronic pain. *Physical Therapy Reviews*, 13 (1), 45–56 12p.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 113 (494), 89–93. doi: 10.1192/bjp.113.494.89
- Platenik, J. R. (2008). *The relationship between anger and somatic symptoms in Mexicans*

- and Mexican Americans and Anglo Americans. Unveröffentlichte Dissertation, Alliant International University of San Diego, US.
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. (3. Unveränd. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Pliner, P., Chaiken, S. & Flett, G. L. (1990). Gender Differences in Concern with Body Weight and Physical Appearance Over the Life Span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16 (2), 263–273. doi: 10.1177/0146167290162007
- Poortinga, Y. H., van de Vijver, F. J. R., Joe, R. C. & Van de Koppel, J. M. H. (1987). Peeling the onion called culture: A synopsis. In C. Kağitçibaşı (Hrsg.), *Growth and progress in cross-cultural psychology* (S. 22–34). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Posner, S. F., Stewart, A. L., Marín, G. & Pérez-Stable, E. J. (2001). Factor Variability of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Among Urban Latinos. *Ethnicity & Health*, 6 (2), 137–144. doi: 10.1080/13557850120068469
- Price, C. J. & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (9), 945–953. doi: 10.1089/acm.2007.0537
- Price, C. J., Wells, E. A., Donovan, D. M. & Rue, T. (2012). Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43 (1), 94–107. doi: 10.1016/j.jsat.2011.09.016
- Prichard, I. & Tiggemann, M. (2005). Objectification in Fitness Centers: Self-Objectification, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Aerobic Instructors and Aerobic Participants. *Sex Roles*, 53 (1-2), 19–28. doi: 10.1007/s11199-005-4270-0
- Rad, M. v. (2013). *Alexithymie: Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker*. Berlin: Springer-Verlag.
- Räder, K. K., Adler, L., Schwibbe, M. H. & Sultan, A. S. (1991). Zur Validität des Beck-Depressionsinventars (BDI) für interkulturelle vergleiche: Eineuntersuchung an deutschen und Ägyptischen Patienten. *Der Nervenarzt*, 62 (11), 697–703.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385.
- Ramírez-Esparza, N., Gosling, S. D. & Pennebaker, J. W. (2008). Paradox Lost Unraveling the Puzzle of Simpatía. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39 (6), 703–715. doi:

10.1177/0022022108323786

- Rao, D., Feinglass, J. & Corrigan, P. (2007). Racial and ethnic disparities in mental illness stigma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (12), 1020–1023. doi: 10.1097/NMD.0b013e31815c046e
- Reboussin, B. A., Rejeski, W. J., Martin, K. A., Callahan, K., Dunn, A. L., King, A. C. & Sallis, J. F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: The activity counseling trial (ACT). *Psychology & Health*, 15 (2), 239–254. doi: 10.1080/08870440008400304
- Reuland, D., Cherrington, A., Watkins, G., Bradford, D., Blanco, R. & Gaynes, B. (2009). Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Annals of Family Medicine*, 7 (5), 455–462. doi: 10.1370/afm.981
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31 (3), 160–168. doi: 10.1159/000066239
- Rinke, S. (2007). *Kleine Geschichte Chiles*. München: C.H.Beck.
- Ritz, T. (1994). Alexithyme merkmale und affektive intensität: Adaptation und zusammenhang zweier fragebogeninstrumente. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, 23-39.
- Ritz, T. & Kannapin, O. (2000). Zur Konstruktvalidität einer deutschen Fassung der Toronto Alexithymia Scale. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21 (1), 49–64. doi: 10.1024//0170-1789.21.1.49
- Röhrich, F. (2009). Ansätze und Methoden zur Untersuchung des Körpererlebens - eine Übersicht. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 35–52). Stuttgart: Schattauer.
- Röhrich, F. (2010). Die Körperpsychotherapie wird salonfähig - Vom Erfahrungswissen zur Wissenschaft. In F. E. Röhrich (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie* (S. 13–16). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Röhrich, F., Beyer, W. & Priebe, S. (2002). Störungen des Körpererlebens bei akuten Angst-erkrankungen und Depressionen: Neurotizismus oder Somatisierung? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (5), 205–213. doi: 10.1055/s-2002-28524
- Röhrich, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., ... Tritt, K.

- (2005). Consensus paper on the terminological differentiation of various aspect of body experience. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55 (3-4), 183–90. doi: 10.1055/s-2004-834551
- Roraff, S. & Camacho, L. (2011). *CultureShock! Chile: A Survival Guide to Customs and Etiquette*. Tarrytown, NY: Marshall Cavendish International Asia Pte Ltd.
- Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B. (1985). Constructing a Control Group Using Multivariate Matched Sampling Methods That Incorporate the Propensity Score. *The American Statistician*, 39 (1), 33–38.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (1984). Socially-Desirable Response and Acquiescence in a Cross-Cultural Survey of Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 25 (2), 189–197. doi: 10.2307/2136668
- Rost, R. (2011). *Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung zur Validierung der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Roth, M. (1999). Die Beziehung zwischen Körperbild-Struktur und psychischen Störungen bei Jugendlichen - eine entwicklungs-psychopathologische Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28 (2), 121–129. doi: 10.1026//0084-5345.28.2.121
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology* (Bd. ix). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16 (2), 265–273.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2013). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ruiz-Grosso, P., de Mola, C. L., Vega-Dienstmaier, J. M., Arevalo, J. M., Chavez, K., Vilela, A., ... Huapaya, J. (2012). Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study. *PLoS ONE*, 7 (10), 1–9. doi: 10.1371/journal.pone.0045413
- Runschke, N. (2009). *Eine Auswahl aus den geläufigsten spanischen Redensarten, die auf den menschlichen Körper Bezug nehmen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien, Wien.
- Ryder, A. G. (2005). *Cross-cultural differences in the presentation of depression: Chinese*

- somatization and Western psychologization*. Unveröffentlichte Dissertation, University of British Columbia, Ottawa.
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J. & Bagby, R. M. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 117* (2), 300–313. doi: 10.1037/0021-843X.117.2.300
- Saint Arnault, D., Sakamoto, S. & Moriwaki, A. (2005). The association between negative self-descriptions and depressive symptomology: does culture make a difference? *Archives of Psychiatric Nursing, 19* (2), 93–100.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S. & Äärelä, E. (1995). Two decades of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research, 39* (7), 803–807. doi: 10.1016/0022-3999(95)00153-X
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *Psychological Process in Somatization: Emotion as Process., 13* (2), 255–270.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. = Reliability, validity, and normative data of the Beck Depression Inventory. *Psicothema, 10* (2), 303–318.
- Sauer, N. & Eich, W. (2007). Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt, 1-2*, 45–54.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J. & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry, 25* (2), 108–114. doi: 10.1016/S0163-8343(02)00277-3
- Schafer, J. L. & Kang, J. (2008). Average causal effects from nonrandomized studies: A practical guide and simulated example. *Psychological Methods, 13* (4), 279–313. doi: 10.1037/a0014268
- Schäfer, M. L., Peters, U. H. & Philipp, M. (1982). Psychodynamik der Migräne. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 32* (2), 43–46.
- Schlote, B. (1989). Long-term registration of muscle tension among office workers suffering from tension headache. In C. Bischoff, H. C. Traue & H. Zenz (Hrsg.), *Clinical perspectives on headache and low back pain* (S. 46–63). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, P., Bamberg, S., Davidov, E., Herrmann, J. & Schwartz, S. H. (2007). Die Messung von Werten mit dem "Portraits Value Questionnaire". *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 38* (4),

261–275.

- Schmied, V. & Lupton, D. (2001). The externality of the inside: body images of pregnancy. *Nursing Inquiry*, 8 (1), 32–40. doi: 10.1046/j.1440-1800.2001.00088.x
- Schneider, F. (2013). *Depressionen im Sport: Der Ratgeber für Sportler, Trainer, Betrauer und Angehörige*. München: Langen Mueller Herbig.
- Schnetzer, R. (2013). *Achtsames Prozessmanagement: Work-Life-Balance und Burnout-Prävention für Unternehmen und Mitarbeitende*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Scholnick, E. K. & Miller, P. H. (2008). Uncovering the body in conceptual development: A feminist perspective. In W. F. Overton, U. Müller & J. L. Newman (Hrsg.), (S. 247–279). New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.
- Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2011). Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5 (6), 345–356. doi: 10.1055/s-0031-1276917
- Schopper, C. (2002). Depression und Schmerz: Die Sprache des Körpers in der Depression. In H. Böker & D. Hell (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven* (S. 91–114). Stuttgart: Schattauer.
- Schroer, M. (2005). *Soziologie des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10, 119–164.
- Schwartz, S. H. (1992). Advances in experimental social psychology. In M. P. Zanna (Hrsg.), *Advances In Experimental Social Psychology* (Bd. 25, S. 1-65). New York: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (2005a). Validade e aplicabilidade da teoria de valores. In J. Tamayo A. & Porto (Hrsg.), *Valores e comportamento nas organizações* (S. 56-95). Petrópolis, Brazil: Vozes.
- Schwartz, S. H. (2005b). Valores humanos básicos: seu contexto e estrutura intercultural. In J. Tamayo A. & Porto (Hrsg.), *Valores e comportamento nas organizações* (S. 21-55). Petrópolis, Brazil: Vozes.
- Schwartz, S. H. (2009). *Draft Users Manual: Proper Use of the Schwarz Value Survey, version 14 January 2009, compiled by Romie F. Littrell*. Auckland, New Zealand: Centre for Cross Cultural Comparisons.
- Schwartz, S. H. (2011). Studying values: Personal adventure, future directions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (2), 307–319. doi: 10.1177/0022022110396925

- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of personality and social psychology*, 58 (5), 878.
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M. & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (5), 519–542. doi: 10.1177/0022022101032005001
- Serlin, I., Berger, M. R. & Bar-Sinai, R. (2007). Moving through conflict: Understanding personal and cultural differences through movement style. *Journal of Humanistic Psychology*, 47 (3), 367–375. doi: 10.1177/0022167807301894
- Sewell, R. (2012). What Is Appealing?: Sex and Racial Differences in Perceptions of the Physical Attractiveness of Women. *University of Central Florida Undergraduate Research Journal*, 6 (2), 56–70.
- Shim, G., Freund, H., Stopsack, M., Kämmerer, A. & Barnow, S. (2014). Acculturation, self-construal, mental and physical health: An explorative study of East Asian students in Germany. *International Journal of Psychology*, 49 (4), 295–303. doi: 10.1002/ijop.12008
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341 (18), 1329–1335. doi: 10.1056/NEJM199910283411801
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 (5), 580–591. doi: 10.1177/0146167294205014
- Singh, N. N., McKay, J. D. & Singh, A. N. (1998). Culture and Mental Health: Nonverbal Communication. *Journal of Child & Family Studies*, 403–409.
- Smith, P. & Fisher, R. (2008). Acquiescence, extreme response bias and culture: A multilevel analysis. In F. Van de Vijver, D. van Hemert & Y. Poortinga (Hrsg.), *Multilevel analysis of individual and cultures* (S. 285-314). New York: Erlbaum.
- Smith, P. B. (2004). Acquiescent Response Bias as an Aspect of Cultural Communication Style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (1), 50–61. doi: 10.1177/0022022103260380
- Smith, P. B. (2011). Communication styles as dimensions of national culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (2), 216–233. doi: 10.1177/0022022110396866
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 30 (4), 526–537. doi: 10.1037/h0037039

- Solano, L. (2010). Some thoughts between body and mind in the light of Wilma Buccis Multiple Code Theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91 (6), 1445–1464. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00359.x
- Stanton, R. & Reaburn, P. (2013). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*.
- Starzyk, K. B., Holden, R. R., Fabrigar, L. R. & Macdonald, T. K. (2006). The Personal Acquaintance Measure: a tool for appraising one's acquaintance with any person. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (5), 833–847. doi: 10.1037/0022-3514.90.5.833
- Stekel, W. (1943). *The Interpretation of Dreams*. New York: Liveright.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London: Karnac Books.
- Stern, D. N. (1990). *Diary of a Baby*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N., Vorspohl, E. & Kregge, W. (2010). *Die Lebenserfahrung des Säuglings: mit einer neuen Einleitung des Autors*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sterne, J. A. C., White, I. R., Carlin, J. B., Spratt, M., Royston, P., Kenward, M. G., ... Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ : British Medical Journal*, 338. doi: 10.1136/bmj.b2393
- Stewart, C. L. (2004). Chile mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16 (1-2), 73–82. doi: 10.1080/09540260310001635122
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38 (5), 669–678.
- Stolorow, R. D. S. & Atwood, G. E. A. (1991). The mind and the body. *Psychoanalytic Dialogues*, 1 (2), 181–195. doi: 10.1080/10481889109538892
- Strauß, B. & Richter-Appelt, H. (1996). *Fragebogen Zur Beurteilung Des Eigenen Koerpers*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S. K., Schrenker, L. & Schricker, C. (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* München: CIP-Medien.
- Suslow, T., Kersting, A., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2001). A critique of the construct alexithymia and its measurement—the weakness of self-report and the opportunities of an objective assessment approach. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47

- (2), 153–166.
- Tagay, S., Erim, Y., Stoelk, B., Möllering, A., Mewes, R. & Senf, W. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 1*, 75-89.
- Takooshian, H. (2010). Rediscovering differential psychology? *American Psychologist, 65* (1), 57–58. doi: 10.1037/a0017494
- Tamayo, J. M., Rovner, J. & Muñoz, R. (2007). The importance of detection and treatment of somatic symptoms in Latin American patients with major depression. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 29* (2), 182–187.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research, 55* (3), 277–283. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00601-3
- Tebes, J. K. (2010). Community psychology, diversity, and the many forms of culture. *American Psychologist, 65* (1), 58–59. doi: 10.1037/a0017456
- Terhaar, J., Viola, F. C., Bär, K.-J. & Debener, S. (2012). Heartbeat evoked potentials mirror altered body perception in depressed patients. *Clinical Neurophysiology, 123* (10), 1950–1957. doi: 10.1016/j.clinph.2012.02.086
- Thoemmes, F. & Liao, W. (2011). *An SPSS R menu for propensity score matching*. Zugriff auf <http://sourceforge.net/projects/psmspss/files/>
- Thomas, M. & Wardle, G. A. (2013). I´m More Aware of the Body than Ever: Old Adults Experiences of the Psychosocial Significance of Their Bodies. *Psychological Studies, 59* (1), 11–21. doi: 10.1007/s12646-013-0208-8
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image, 1* (1), 29–41. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0
- Tófoli, L. F., Andrade, L. H. & Fortes, S. (2011). Somatization in Latin America: A review on the classification of somatoform disorders, functional syndromes, and medically unexplained symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 33*, 70–80.
- Tomasello, M. (2009). *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt, M: Suhr-

kamp.

- Torres, L. (2010). Predicting levels of Latino depression: acculturation, acculturative stress, and coping. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 16* (2), 256–263. doi: 10.1037/a0017357
- Traue, H. C. (1998). *Emotion und Gesundheit: Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2012). *Grammatik der Körpersprache: ein integratives Lehr- und Arbeitsbuch zum Embodiment*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & collectivism* (Bd. xv). Boulder, CO, US: Westview Press.
- Triandis, H. C. & Marín, G. (1984). Simpatía as a cultural script of Hispanics. *Journal of Personality and Social Psychology, 47* (6), 1363–1375. doi: 10.1037/0022-3514.47.6.1363
- Trierweiler, L. I., Eid, M. & Lischetzke, T. (2002). The structure of emotional expressivity: Each emotion counts. *Journal of Personality and Social Psychology, 82* (6), 1023–1040. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1023
- Troisi, A. & Moles, A. (1999). Gender differences in depression: An ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research, 33* (3), 243–250. doi: 10.1016/S0022-3956(98)00064-8
- Trompenaars, F. & Hampden-Turner, C. (1993). *Riding the waves of culture*. London: Brealey.
- Tsai, J., Pole, N., Przymus, D., Levenson, R. & Munoz, R. (1999). Depression alters Latinas' emotional responses to negative and positive film clips. *Psychophysiology, 36*, 115.
- Tsang, H. W. H., Chan, E. P. & Cheung, W. M. (2008). Effects of mindful and non-mindful exercises on people with depression: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology, 47* (3), 303–322. doi: 10.1348/014466508X279260
- Uleman, J. S., Rhee, E., Bardoliwalla, N., Semin, G. & Toyama, M. (2000). The relational self: Closeness to ingroups depends on who they are, culture, and the type of closeness. *Asian Journal of Social Psychology, 3* (1), 1–17. doi: 10.1111/1467-839X.00052
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry, 184* (5), 386–392. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
- van de Vijver, F. & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1* (2), 89–99. doi: 10.1027/1016-9040.1.2.89

- Van de Vijver, F., Ploubidis, G. & Van Hemert, D. (2004). *Toward an understanding of cross-cultural differences in acquiescence and extremity scoring*. Urbana, IL. (Paper presented at the Sheth/Sudman Symposium on Cross-Cultural Survey Research Methodology)
- van de Vijver, F. J. R., Chasiotis, A. & Breugelmans, S. M. (Hrsg.). (2011). *Fundamental questions of cross-cultural psychology*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- van de Vijver, F. J. R. & Leung, K. (2011). Equivalence and bias: A review of concepts, models, and data analytic procedures. In D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Hrsg.), *Cross-cultural research methods in psychology*. (S. 17–45). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- van de Vijver, F. J. R. & Matsumoto, D. (2011). Introduction to the methodological issues associated with cross-cultural research. In D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Hrsg.), *Cross-cultural research methods in psychology*. (S. 1–14). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Van Hemert, D. A., Van de Vijver, F. J. R. & Poortinga, Y. H. (2002). The Beck Depression Inventory as a measure of subjective well-being: A cross-national study. *Journal of Happiness Studies*, 3 (3), 257–286. doi: 10.1023/A:1020601806080
- Vega-Dienstmaier, J., Coronado-Molina, O. & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 77 (2), 95.
- Villa, P.-I. (2007). Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst*, 9–18.
- Von Korff, M. & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *The British Journal of Psychiatry. Supplement* (30), 101–108.
- Walker, C. (2007). The Stigma of Depression: History and Context. In *Depression and Globalization: The Politics of Mental Health in the 21st Century*. New York: Springer Science & Business Media.
- Wallbott, H. G. & Scherer, K. R. (1988). How universal and specific is emotional experience? : Evidence from 27 countries on five continents. In K. R. Scherer (Hrsg.), *Facets of emotion. Recent research* (S. 31–56). Hillsdale: Erlbaum.
- Wang, X., Li, H., Peng, Y. & Peng, S. (2015). How Depression Stigma Affects Attitude Toward Help Seeking: The Mediating Effect of Depression Somatization. *Social Behavior &*

- Personality: an international journal*, 43 (6), 945–953. doi: 10.2224/sbp.2015.43.6.945
- Warnecke, R. B., Johnson, T. P., Chávez, N., Sudman, S., O'Rourke, D. P., Lacey, L. & Horm, J. (1997). Improving question wording in surveys of culturally diverse populations. *Annals of Epidemiology*, 7 (5), 334–342. doi: 10.1016/S1047-2797(97)00030-6
- Watkins, D., Adair, J., Akande, A., Gerong, A., McInerney, D., Sunar, D., ... Wondimu, H. (1998). Individualism-collectivism, gender and the self-concept: A nine culture investigation. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 41 (4), 259–271.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N. & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (3), 279–288. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.010
- Webster, J. & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, 164 (2), 241–252. doi: 10.1080/00221320309597980
- Wedgwood, N. (2004). Kicking Like a Boy. *Sociology of Sport Journal*, 21 (2), 140–162.
- Weijters, B., Schillewaert, N. & Geuens, M. (2008). Assessing response styles across modes of data collection. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (3), 409–422.
- Weller, S. C., Baer, R. D., Garcia de Alba Garcia, J. & Salcedo Rocha, A. L. (2008). Susto and Nervios: Expressions for Stress and Depression. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32 (3), 406–420. doi: 10.1007/s11013-008-9101-7
- Whiting, B. B. (1976). The problem of the packaged variable. In K. Riegel & J. Meacham (Hrsg.), *The developing individual in a changing world* (S. 303–309). The Hague, NL: Mouton.
- Widdowson, M. (2011). Depression: A literature review on diagnosis, subtypes, patterns of recovery, and psychotherapeutic models. *Transactional Analysis Journal*, 41 (4), 351–364. doi: 10.1177/036215371104100411
- Wing, J. K., Sartorius, N. & Üstün, T. B. (1998). *Diagnosis and Clinical Measurement in Psychiatry: A Reference Manual for SCAN*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The family and individual development*. Oxford, England: Basic Books.
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K. & Bittner, A. (2003). Depression - an underdiagnosed disease. *Medicographia*, 25 (1), 9–18.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: SKID; eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion*

- des SCID*. Göttingen [u.a.] :: Hogrefe.
- World Health Organisation. (2012). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ICD-10 Version 2013*. Genf: WHO.
- Wright, J. & Dewar, A. (1997). On pleasure and pain: women speak out about physical activity. In G. Clarke & B. Humberstone (Hrsg.), *Researching women and sport* (S. 80-95). London: Macmillan Press.
- Wu, D. Y. H. (1982). Psychotherapy and Emotion in Traditional Chinese Medicine. In A. J. Marsella & G. M. White (Hrsg.), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy* (S. 285–301). Berlin: Springer.
- Youngren, M. A. & Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (3), 333–341. doi: 10.1037/0021-843X.89.3.333
- Zimmermann, J. (2010). *Cultural differences between germany and chile: Empirical findings based on the world values survey (wvs) database 2006*. Heidelberg. (Präsentation auf dem Interkulturellen Kolloquium)
- Zimmermann, J. (2011). *Depression und dysfunktionales Beziehungserleben: Eine kulturpsychologische Untersuchung in Deutschland und Chile*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Tabellenverzeichnis

1	Systematik der terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens	19
2	Ein-und Ausschlusskriterien	73
3	Übersicht der Instrumente	76
4	Subskalen des Portrait Value Questionnaire - Kulturelle Werte nach Schwartz (1992)	81
5	Deskriptive Beschreibung der non-depressiven Teilstichproben nach dem Matching	101
6	Deskriptive Beschreibung der depressiven Teilstichproben nach dem Matching	105
7	Deskriptive Beschreibung der Gesamtstichprobe nach dem Matching	108
8	Formeln zum Berechnen der Indikatoren für Antworttendenzen	109
9	Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Non-depressive Stichproben)	112
10	Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Depressive Stichproben)	113
11	Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Gesamtstichprobe)	114
12	Mediantest IOS-Scale	117
13	Mediantest PVQ Subskala Benevolence	118
14	Ergebnisse der Korrelationsanalyse zur Emotionale Expressivität und Körpererleben	121
15	Ergebnisse der Korrelationsanalyse zur Alexithymie und Körpererleben	122
16	Kulturvergleichende Studien zur Somatisierung mit Einbezug lateinamerikanischer oder deutscher Stichproben	153
17	Übersicht der Instrumente - Studie B	162

18	Deskriptive Beschreibung der klinisch-depressiven Teilstichproben nach dem Matching	172
19	Kennwerte zur Prüfung der Normalverteilung der Skalen (Klinisch depressive Teilstichproben)	174
20	Unterschiede im Stigmaerleben zwischen Deutschen und Chilenischen Patienten	178
21	Unterschiede im Portrait Value Questionnaire zwischen Deutschen und Chilenischen Patienten	182

Abbildungsverzeichnis

1	Allgemeines Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Nation und Körpererleben	40
2	Untersuchungsmodell zu den Forschungsfragen A1 und A2	47
3	Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der non-depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	98
4	Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der non-depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	99
5	Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der non-depressiven Teilstichprobe	100
6	Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	102
7	Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven chilenischen („Treated“) und deutschen Gruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	103
8	Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der depressiven Teilstichprobe	103
9	Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven („Treated“) und non-depressiven Gesamtgruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	106
10	Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der depressiven („Treated“) und non-depressiven Gesamtgruppe ("Control“) vor und nach dem Matching	107
11	Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der Gesamtstichprobe	107

12	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperbewusstsein	123
13	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperdissoziation	124
14	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und Körperverbundenheit	125
15	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperverbundenheit vermittelt über Positive Expressivität.	127
16	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über Positive Expressivität.	128
17	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperverbundenheit vermittelt über TAS-DescFeel.	129
18	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über TAS-DescFeel.	130
19	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Depressivität und Körperdissoziation vermittelt über TAS-IdentFeel.	130
20	Formen der Informationsverarbeitung in der Multiple Code Theory	143
21	Dotplot zur Verteilung der Propensity Scores in der chilenischen („Treated“) und deutschen („Control“) klinischen Stichprobe vor und nach dem Matching	169
22	Histogramm zur Verteilung der Propensity Scores in der chilenischen („Treated“) und deutschen („Control“) klinischen Stichprobe vor und nach dem Matching	169
23	Standardisierte Mittelwertsdifferenzen vor und nach dem Matching in der klinischen Stichprobe	170
24	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und körperlichem Symptomausdruck im Interview	179
25	Mediationsmodell zum Zusammenhang zwischen Länderzugehörigkeit und körperlichem Symptomausdruck im Fragebogen	179

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
APAL	Asociación Psiquiátrica de América Latina
AV	abhängige Variable
bzw.	beziehungsweise
DSM-5	Fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GLADP	Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 2013
n.s.	nicht signifikant
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
UV	unabhängige Variable
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Anhang A

Fragebogenpaket Teilstudie A



RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG



Universidad de Chile



*Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Prof. Dr. A. Kämmerer, Prof. Dr. M. Cierpka),
Universidad de Chile (Prof. Dr. J.P. Jiménez de la Jara),
Pontificia Universidad Católica de Chile (Prof. Dr. M. Krause)*

Fragebogen zur Studie: Körpererleben in der Depression

Kontakt:

*Dipl.-Psych. Jennifer Gradt
Jennifer.Gradt@psychologie.uni-heidelberg.de
Institut für Psychologie
Hauptstraße 47-51
69117 Heidelberg*



RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG

Anleitung

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

Ziel dieser Studie ist es, mehr über Unterschiede im Körpererleben zu erfahren. Dazu werden Ihnen im Folgenden Fragen zu Ihrem Erleben und Verhalten sowie zu Ihren Ansichten gestellt. Da die Untersuchung auch in anderen Ländern durchgeführt wird, finden sich auch einige Fragen zu Ihrer Nationalität und Herkunft.

Die Fragen sind in mehrere Teilfragebögen gruppiert. Am Anfang der einzelnen Teilfragebögen steht jeweils eine kurze Anleitung zur Beantwortung der Fragen. Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch und markieren Sie die zutreffende Antwort oder geben Sie genauere Informationen, falls dies nötig ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Bearbeitung dauert ca. 40 Minuten. Für die sinnvolle Nutzung der Fragebogendaten ist es wichtig, den Fragebogen bis zum Ende auszufüllen und nicht vorzeitig abubrechen. Zum Ende erhalten Sie die Möglichkeit, an der Verlosung teilzunehmen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Persönliche Angaben

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person gestellt. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an oder geben Sie genauere Informationen, falls dies nötig ist.

1. Geschlecht	
1 <input type="checkbox"/> männlich	2 <input type="checkbox"/> weiblich

2. Alter
_____ Jahre

3. Familienstand	
1 <input type="checkbox"/> ledig, alleinstehend	4 <input type="checkbox"/> getrennt lebend
2 <input type="checkbox"/> in Partnerschaft	5 <input type="checkbox"/> geschieden
3 <input type="checkbox"/> verheiratet	6 <input type="checkbox"/> verwitwet

4. Haben Sie Kinder?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte geben Sie an, wie viele: _____ Kinder	

5. Höchster Schulabschluss	
1 <input type="checkbox"/> noch in der Schule	4 <input type="checkbox"/> Realschulabschluss
2 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	5 <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
3 <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	6 <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss

6. Welche Haupttätigkeit üben Sie derzeit aus?	
1 <input type="checkbox"/> berufstätig (Vollzeit)	6 <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Umschulung
2 <input type="checkbox"/> berufstätig (Teilzeit)	7 <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienst/FSJ
3 <input type="checkbox"/> berufstätig (gelegentlich)	8 <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet
4 <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (nicht berufstätig)	9 <input type="checkbox"/> in Rente
5 <input type="checkbox"/> Studium	10 <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

7. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (inklusive Ihrer eigenen Person)?
_____ Personen

Sozioökonomischer Status

8. Wie hoch ist das Nettoeinkommen aller Personen in Ihrem Haushalt insgesamt?			
1	<input type="checkbox"/>	weniger als 750€	5 <input type="checkbox"/> 3000€ - 4500€
2	<input type="checkbox"/>	750€ - 1500€	6 <input type="checkbox"/> 4500€ - 6500€
3	<input type="checkbox"/>	1500€ - 2250€	7 <input type="checkbox"/> mehr als 6500€
4	<input type="checkbox"/>	2250€ - 3000€	

Region

9a. Wie groß ist der Ort, in dem Sie <u>hauptsächlich</u> aufgewachsen sind?	Wie viele Jahre lebten Sie in diesem Ort?
1 <input type="checkbox"/> < 5.000 Einwohner (Landstadt)	_____ Jahre
2 <input type="checkbox"/> 5.000 – 20.000 Einwohner (Kleinstadt)	
3 <input type="checkbox"/> 20.000 – 100.000 Einwohner (Mittelstadt)	_____ Monate
4 <input type="checkbox"/> > 100.000 Einwohner (Großstadt)	
5 <input type="checkbox"/> > 1.000.000 Einwohner (Metropole)	
6 <input type="checkbox"/> > 5.000.000 Einwohner (Megastadt)	

9b. Wie groß ist der Ort, in dem Sie <u>heute</u> leben?	Seit wie vielen Jahren leben Sie in diesem Ort?
1 <input type="checkbox"/> < 5.000 Einwohner (Landstadt)	_____ Jahre
2 <input type="checkbox"/> 5.000 – 20.000 Einwohner (Kleinstadt)	
3 <input type="checkbox"/> 20.000 – 100.000 Einwohner (Mittelstadt)	_____ Monate
4 <input type="checkbox"/> > 100.000 Einwohner (Großstadt)	
5 <input type="checkbox"/> > 1.000.000 Einwohner (Metropole)	
6 <input type="checkbox"/> > 5.000.000 Einwohner (Megastadt)	

Kultureller Hintergrund

10. In welchem Land sind Sie geboren?

- Deutschland
- in einem anderen Land: _____

10a. Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, seit wann leben Sie hier?

Seit _____ Jahren

11. Aus welchem Land kommt Ihre Mutter?

- Deutschland
- aus einem anderen Land: _____

12. Aus welchem Land kommt Ihr Vater?

- Deutschland
- aus einem anderen Land: _____

13. Mit welcher Sprache sind Sie aufgewachsen?

- deutsch
- eine andere Sprache: _____
- deutsch und die andere Sprache

14. Welcher Nationalität gehören Sie laut Ihrem Personalausweis an?

- deutsch
- einer anderen Nationalität: _____

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten Woche...		selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage)	öfters (3 - 4 Tage)	meistens, die ganze Zeit (5 - 7 Tage)
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts machen	0	1	2	3
2.	hatte ich kaum Appetit	0	1	2	3
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern	0	1	2	3
4.	kam ich mir genauso gut vor wie andere	0	1	2	3
5.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
6.	war ich deprimiert/niedergeschlagen	0	1	2	3
7.	war alles anstrengend für mich	0	1	2	3
8.	dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	0	1	2	3
9.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	0	1	2	3
10.	hatte ich oft Angst	0	1	2	3
11.	habe ich schlecht geschlafen	0	1	2	3
12.	war ich fröhlich gestimmt	0	1	2	3
13.	habe ich weniger als sonst geredet	0	1	2	3
14.	fühlte ich mich einsam	0	1	2	3
15.	waren die Leute unfreundlich zu mir	0	1	2	3
16.	habe ich das Leben genossen	0	1	2	3
17.	musste ich weinen	0	1	2	3
18.	war ich traurig	0	1	2	3
19.	hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können	0	1	2	3
20.	konnte ich mich zu nichts aufraffen	0	1	2	3

<i>Während der letzten Woche habe ich unter folgenden Beschwerden gelitten:</i>		selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage)	öfters (3 - 4 Tage)	meistens, die ganze Zeit (5 - 7 Tage)
1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3
2.	Engegefühle in der Brust	0	1	2	3
3.	Muskelverspannungen	0	1	2	3
4.	Rückenschmerzen	0	1	2	3
5.	Schwindelgefühlen	0	1	2	3
6.	Nacken- oder Schulterschmerzen	0	1	2	3
7.	Kurzatmigkeit oder Atembeschwerden	0	1	2	3
8.	Nervosität	0	1	2	3
9.	Muskelschmerzen	0	1	2	3
10.	Herzrasen	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden 20 Aussagen auf Sie zutreffen. Sie können den Grad Ihrer Zustimmung oder Ablehnung anhand einer 5-Punkte-Skala einschätzen:

- 1 = trifft überhaupt nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft teilweise zu, teilweise auch nicht
 4 = trifft oft zu
 5 = trifft immer zu

		trifft überhaupt nicht zu	trifft selten zu	trifft teilweise zu, teilweise auch nicht	trifft oft zu	trifft immer zu
1.	Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	1	2	3	4	5
2.	Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
3.	Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
4.	Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
5.	Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	1	2	3	4	5
6.	Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5
7.	Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	1	2	3	4	5
8.	Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie grade so passiert sind.	1	2	3	4	5
9.	Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen.	1	2	3	4	5
10.	Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
11.	Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	1	2	3	4	5
12.	Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13.	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
14.	Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	1	2	3	4	5
15.	Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen	1	2	3	4	5
16.	Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an.	1	2	3	4	5
17.	Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	1	2	3	4	5
18.	Ich kann mich jemanden sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	1	2	3	4	5
19.	Ich finde, dass das Mir-Klarwerden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	1	2	3	4	5
20.	Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken.	1	2	3	4	5

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen durch und geben Sie an, inwiefern Sie ihnen zustimmen bzw. sie ablehnen. Bitte tragen Sie vor jeder Aussage die entsprechende Zahl der folgenden Alternativen ein:

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht einverstanden			neutral			absolut einverstanden

1. ____ Immer wenn ich mich gut fühle, können andere leicht erkennen, wie es mir geht.

2. ____ Während trauriger Filme weine ich manchmal.

3. ____ Die Leute wissen oft nicht, was ich fühle.

4. ____ Wenn mir jemand einen lustigen Witz erzählt, muss ich laut lachen.

5. ____ Mir fällt es schwer, meine Angst zu verbergen.

6. ____ Wenn ich mich glücklich fühle, dann zeige ich es auch.

7. ____ Mein Körper reagiert stark auf emotionale Ereignisse.

8. ____ Ich habe gelernt, dass es besser ist, meinen Ärger zu unterdrücken.

9. ____ Egal wie aufgeregt oder nervös ich bin, mache ich immer einen ruhigen Eindruck.

10. ____ Ich bin ein emotional ausdrucksstarker Mensch.

11. ____ Ich habe starke Gefühle.

12. ____ Manchmal bin ich nicht in der Lage, meine Gefühle zu verbergen, auch wenn ich es möchte.

13. ____ Immer wenn ich mich schlecht fühle, können andere das leicht erkennen.

14. ____ Es gab Zeiten, in denen ich nicht in der Lage war, mit Weinen aufzuhören, obwohl ich es wollte.

15. ____ Ich erlebe meine Gefühle sehr stark.

16. ____ Was ich fühle, steht mir ins Gesicht geschrieben

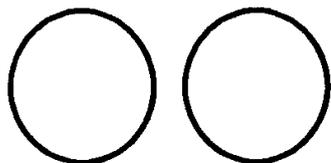
Im Folgenden finden Sie zwei Aussagen, die sich auf den Umgang mit Gefühlen beziehen. Bitte wählen Sie die Aussage aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Sollte keine der Aussagen vollständig auf Sie zutreffen, entscheiden Sie sich bitte für diejenige, die am ehesten zu Ihnen passt. Vielleicht treffen auch beide Beschreibungen auf Sie zu. Bitte wählen Sie dann diejenige aus, die Sie besser beschreibt.

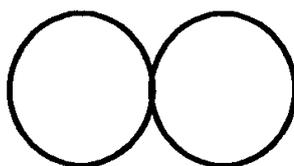
Ich zeige meine Gefühle meistens offen, so dass andere erkennen, ob ich glücklich oder traurig bin. Meine Gefühle sind manchmal so stark, dass ich sie nicht verbergen kann. Insgesamt bin ich ein ausdrucksstarker Mensch.	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Ich kann meine Gefühle meistens gut kontrollieren, so dass andere nicht sofort wissen, wie es mir geht. Das gelingt mir auch, wenn ich ärgerlich oder sehr nervös bin. Insgesamt zeige ich meine Gefühle nicht immer sofort.
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

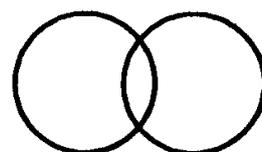
Bitte kreuzen Sie die Abbildung an, die am ehesten die Beziehung zu der Person beschreibt, die Ihnen am nächsten steht (z.B. ein Familienmitglied, Freund, Ihr/e Partner/in). Wenn keiner der Abbildungen Ihre Situation beschreiben kann, zeichnen Sie bitte ein eigenes Bild. Beachten Sie, dass jedes Bild eine Beziehung zwischen 2 Personen beschreibt. Ein Kreis steht für Sie selbst während der andere Kreis, diejenige Person darstellt, die Ihnen am nächsten ist.



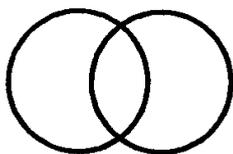
(1)



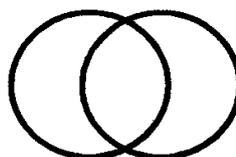
(2)



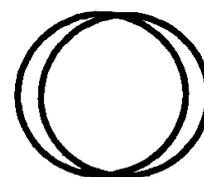
(3)



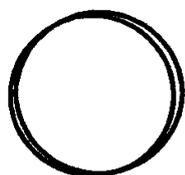
(4)



(5)

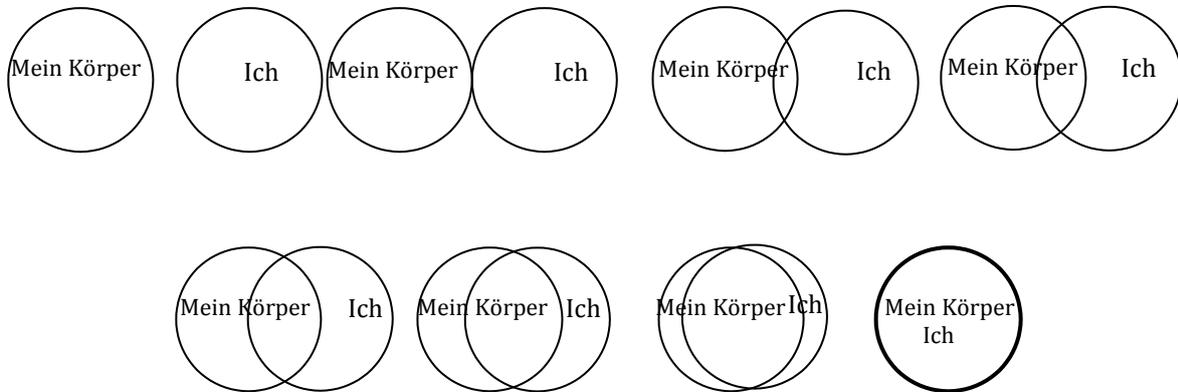


(6)



(7)

Menschen unterscheiden sich darin, welchen Bezug Sie zu Ihrem Körper haben. Die Abbildungen unten stellen verschiedene Formen der Verbindung/Beziehung dar, die Menschen zu Ihrem Körper haben können. Bitte kreisen Sie diejenige Abbildung ein, die am besten darstellt, in welcher Beziehung Sie selbst zu Ihrem eigenen Körper stehen.



Warum haben Sie sich für diese Abbildung entschieden? Bitte erklären Sie Ihre Auswahl so gut wie möglich:

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit Ihrem Körperbewusstsein und Ihren Reaktionen auf die Wahrnehmung Ihres Körpers. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das am besten beantwortet, wie Sie sich für gewöhnlich fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – bitte antworten Sie einfach so ehrlich wie möglich.

Der Fragebogen beinhaltet zwei Fragen zur sexuellen Aktivität; bitte berücksichtigen Sie bei der Beantwortung alle Formen von sexueller Aktivität, einschließlich Selbststimulation. Wenn Sie sexuell nicht aktiv sind, lassen Sie diese Fragen bitte unbeantwortet. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten auf die letzten zwei Monate.

	Überhaupt nicht 0	Ein wenig 1	Manchmal 2	Meistens 3	Immer 4
1. Wenn mein Körper angespannt ist, bin ich mir der Anspannung bewusst.					
2. Es fällt mir schwer, meine Gefühle zu identifizieren.					
3. Ich bemerke, dass mein Atem flach wird, wenn ich nervös bin.					
4. Wenn ich liebevoll berührt werde, nehme ich meine emotionale Reaktion darauf wahr.					
5. In unangenehmen Situationen fühlt sich mein Körper wie eingefroren an, als ob er taub wäre.					
6. Wenn ich verärgert bin, bemerke ich, wie mein Körper sich verändert.					
7. Ich fühle mich, als ob ich meinen Körper von außerhalb betrachte.					
8. Während sexueller Aktivität bin ich mir meiner innerkörperlichen Empfindungen bewusst.					
9. Wenn ich tief ausatme, kann ich spüren, wie mein Atem durch meinen Körper fließt.					
10. Ich fühle mich von meinem Körper abgetrennt.					
11. Es fällt mir schwer, bestimmte Gefühle auszudrücken.					
12. Um zu verstehen, wie ich mich fühle, orientiere ich mich an Hinweisen aus meinem Körper.					
13. Wenn ich mich körperlich unwohl fühle, überlege ich, was dieses Unwohlsein hervorgerufen haben könnte.					
14. Ich achte auf Signale, die mein Körper mir über meinen Gefühlszustand gibt.					
15. Wenn ich gestresst bin, bemerke ich den Stress in meinem Körper.					
16. Von Gefühlen körperlichen Unwohlseins lenke ich mich ab.					
17. Wenn ich angespannt bin, nehme ich zur Kenntnis, wo die Anspannung in meinem Körper sitzt.					
18. Nach einem ruhigen, harmonischen Erlebnis bemerke ich, dass mein Körper sich anders anfühlt.					
19. Während sexueller Aktivität fühle ich mich von meinem Körper getrennt.					
20. Es fällt mir schwer, aufmerksam auf meine Gefühle zu achten.					

Größe und Gewicht

Bitte nennen Sie Ihr aktuelles Gewicht sowie Ihre Größe:

Gewicht: _____Kg

Größe: _____m

Körperliche Beeinträchtigung

Ich leide an einer chronischen Krankheit.

ja nein

Als chronische Krankheiten werden lang anhaltende körperliche Beeinträchtigungen bezeichnet. Asthma, Diabetes, Migräne oder Rheuma sind nur einige Beispiele für chronische Erkrankungen.

Wenn ja, welcher Art?

(z.B. chronische Kopfschmerzen, Asthma): _____

Ich leide momentan an einer akuten, körperlichen Erkrankung (z.B. Grippaler Infekt, Magen-Darm Virus Erkrankung).

ja nein

Wenn ja, welcher Form?

(Grippe, akute Nackenschmerzen): _____

Ich habe eine körperliche Behinderung.

ja nein

Wenn ja, welcher Form?:

Messung der Bewegungsaktivität

1	An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?		
Zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Zu Fuß zum Einkaufen gehen	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Fahrradfahren zur Arbeit	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Fahrradfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Hausarbeit (z.B. Putzen, Aufräumen)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Pflegearbeit (z.B. Kinder betreuen, Kranke pflegen)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>

Treppensteigen	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Stockwerke pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
----------------	----------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------

Messung der Sportaktivität

2	Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßige sportliche Aktivität betrieben?
<input type="checkbox"/> ja ⇒ weiter mit Frage 3	<input type="checkbox"/> nein ⇒ weiter mit nächster Seite

3	Um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich dabei?		
A	B	C	
..... (bitte hier eintragen) (bitte hier eintragen) (bitte hier eintragen)	
Aktivität A habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	Aktivität B habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	Aktivität C habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	

Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können. Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben (JA) oder nicht (NEIN). Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder persönlich oder als Zeuge erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Antworten anonym verarbeitet werden. Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion(z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
3. Schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
4. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
5. Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
6.Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
7. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
8. Als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
9. Als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
10. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
11. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
12. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
13. Als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
14. Als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
15. Anderes belastendes Ereignis	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja: persönlich <input type="checkbox"/>	Ja: Zeuge <input type="checkbox"/>
Welches:			

Falls Sie alle obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, überspringen Sie die folgenden Fragen auf dieser Seite. Haben Sie mindestens einmal JA markiert, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen 16-18.

16. Welches war Ihr schlimmstes Erlebnis? :

(Die Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Wenn Sie vorher nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Falls Ihr „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, geben Sie es bitte hier an.)

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

_____ Tage	_____ Wochen	_____ Monate	_____ Jahre
------------	--------------	--------------	-------------

18. Während dieses schlimmsten Erlebnisses...? (bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

A1. Wurden Sie körperlich verletzt....	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A2. Dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A4. Dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war..	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A5. Fühlten Sie sich hilflos.	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A6. Hatten Sie starke Angst	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A7. Waren Sie voller Entsetzen	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
A8. Fühlten Sie sich machtlos	NEIN <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!

Anhang B

Erhebungsinstrumente zur Teilstudie B: Offener Problembereich und Klinisches Interview

Ich möchte mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre derzeitigen und/oder früheren Probleme und Schwierigkeiten verschaffen. Dabei werde ich mir Notizen machen. **Beachten Sie, dass der Explorationsleitfaden nicht länger als 10-15 Min dauern soll!**

Überblick über derzeitige Hauptprobleme/Freier Problembereich

<p>Subjektiv geschilderte Hauptbeschwerden und Beschreibung des derzeitigen Problems</p>	<p>Notizen</p>
<p>Und was führt Sie nun hierher?</p> <p>Was sind in Ihren eigenen Worten eigentlich Ihre Hauptprobleme?</p> <p>Wenn keine genaueren Angaben zum derzeitigen Problem gemacht werden: Erzählen Sie mir mehr darüber. (Was meinen Sie mit...?)</p>	
<p>Hilfesuchverhalten</p> <p>Falls unbekannt: Waren Sie im Verlauf des letzten Monats wegen Ihrer Probleme hier oder bei irgendeinem Arzt, Psychiater oder Psychotherapeuten in Behandlung?</p> <p>Wann wurden Sie hier aufgenommen?</p>	<p>—/—/—</p>

Derzeitige Major Depression Episode

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrer Stimmung stellen.		
<p>Während der letzten 4 Wochen...</p> <p>...gab es da eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig fühlten? (Können Sie das genauer beschreiben?)</p> <p>Wenn ja: Wie lange hielt dies insgesamt an? (2 Wochen lang?)</p>	<p>1) Depressive Verstimmung fast den ganzen Tag lang, fast täglich, entweder nach subjektivem Ermessen (fühlt sich z.B. Traurig oder leer) oder für andere beobachtbar (erscheint z.B. weinerlich).</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>... haben Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?</p> <p>Wenn ja: War dies fast jeden Tag der Fall? Wie lange hielt das an? (2 Wochen lang?)</p>	<p>2) Erheblicher Verlust von Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten nahezu jeden Tag (entweder nach subjektivem Ermessen oder für andere beobachtbar).</p>	<p>0 1 2 3</p>

Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf die schlimmsten 2 Wochen während des vergangenen Monats. (Kodieren Sie 1, wenn es sich eindeutig um einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungskongruente Wahnvorstellungen oder Halluzinationen handelt.)

<p>Ich würde mich nun gerne auf die schlimmsten zwei Wochen im letzten Monat beziehen. Während dieser Zeit...</p>		
<p>...haben Sie da ab- oder zugenommen? (Wieviel? Haben Sie versucht, abzunehmen?)</p> <p>Wie war Ihr Appetit? (Im Vergleich zu sonst? Mussten Sie sich zum Essen zwingen? Haben Sie mehr oder weniger als sonst gegessen?)</p>	<p>3) Erheblicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts/Monat) oder verminderter/gesteigerter Appetit fast täglich.</p> <p>Kreuzen Sie an</p> <p><input type="checkbox"/> Gewichtsverlust 0 1 2 3</p> <p><input type="checkbox"/> verminderter Appetit 0 1 2 3</p> <p><input type="checkbox"/> Gewichtszunahme 0 1 2 3</p> <p><input type="checkbox"/> gesteigerter Appetit 0 1 2 3</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>...hatten Sie irgendwelche Schlafprobleme?</p> <p>Einschlafprobleme?</p> <p>Durchschlafprobleme?</p> <p>vermehrter Schlaf?</p> <p>häufiges oder zu frühes Erwachen? Wie viele Stunden im Vergleich zu sonst? War dies fast täglich der Fall?</p>	<p>4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf fast täglich</p> <p><input type="checkbox"/> Insomnia</p> <p><input type="checkbox"/> Hypersomnia</p>	<p>0 1 2 3</p>

<p>Ich würde mich nun gerne auf die schlimmsten zwei Wochen im letzten Monat beziehen. Während dieser Zeit...</p>		
<p>...waren Sie so nervös oder unruhig, dass Sie nicht stillsitzen konnten?</p> <p>War es so schlimm, dass andere Personen es bemerkten? Was konnten diese beobachten? (War dies fast jeden Tag der Fall?)</p> <p>Oder traf eher das Gegenteil zu: Sprachen oder bewegten Sie sich langsamer als sonst?</p> <p>War es so schlimm, dass andere Personen es bemerkten? Was konnten diese beobachten? (War dies fast jeden Tag der Fall?)</p>	<p>5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung nahezu jeden Tag (für andere beobachtbar, nicht nur ein subjektives Gefühl von Ruhelosigkeit oder Verlangsamung) Achten Sie auf das Verhalten während des Interviews!</p> <p><input type="checkbox"/> psychomotorische Verlangsamung</p> <p><input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>Haben Sie zu dieser Zeit Ihre Energie verloren, fühlten Sie sich ständig müde und abgeschlagen? (Nahezu täglich?)</p>	<p>6) Erschöpfung oder Energieverlust fast jeden Tag</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>...wie sah es mit Ihrem Selbstwertgefühl aus? (Fühlten Sie sich wertlos? Fast jeden Tag?)</p> <p>Fühlten Sie sich schuldig wegen Dingen, die sie getan oder auch nicht getan haben? (Nahezu täglich?)</p>	<p>7) Gefühl der Wertlosigkeit, übermäßige oder ungerechtfertigte Schuldgefühle (auch wahnhaft), fast täglich (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins)</p> <p><input type="checkbox"/> Wertlosigkeit 0 1 2 3</p> <p><input type="checkbox"/> übermäßige Schuldgefühle 0 1 2 3</p>	<p>0 1 2 3</p>

<p>...Hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken oder Konzentrieren? (In welchen Situationen fiel Ihnen das auf?) (Fast täglich?)</p> <p>Fiel es Ihnen schwer, alltägliche Dinge zu entscheiden? (Fast jeden Tag?)</p>	<p>8) Verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit, fast täglich (entweder nach subjektivem Ermessen oder für andere beobachtbar)</p> <p><input type="checkbox"/> Verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>
<p>...war es so schlimm, dass Sie oft über den Tod nachdachten oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein? Dachten Sie daran, sich etwas anzutun?</p> <p>Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?</p>	<p>9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst zu sterben), wiederholte Selbstmordgedanken, ein Selbstmordversuch oder ein konkreter Selbstmordplan</p> <p>Kodieren Sie 1 für Selbstverletzung ohne Selbstmordabsicht</p>	<p>0 1 2 3</p>
	<p><input type="checkbox"/> Gedanken an den Tod</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstmordplan</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstmordversuch</p>	<p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p> <p>0 1 2 3</p>

...wenn sich etwas Schönes ereignet oder jemand versucht, Sie aufzuheitern, fühlen Sie sich dann wenigstens für eine Weile besser?	10) Mangel an Reaktivität auf alle oder fast alle üblicherweise angenehmen Reize (keine vorübergehende Stimmungsaufhellung bei positiven Ereignissen)	0 1 2 3 Positive Ereignisse haben einen Effekt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen sich Ihre Arme und Beine oft bleischwer an?	11) Bleierne Lähmungsgefühle in Armen und Beinen	0 1 2 3
...wie sah es mit dem sexuellen Interesse aus? Verloren? Stark verringert im Vergleich zu anderen Zeiten?	12) Libidoverlust	0 1 2 3
Fühlten Sie sich hoffnungslos mit Blick auf die Zukunft?	13) Völlige Hoffnungslosigkeit	0 1 2 3
War das eine völlige Hoffnungslosigkeit oder nur Pessimismus in Bezug darauf, wie die Dinge laufen? Waren Sie pessimistisch in Bezug darauf, wie die Dinge laufen?	14) Pessimismus mit Blick auf die Zukunft ohne völlige Hoffnungslosigkeit	0 1 2 3
Haben Sie sich sozial zurückgezogen bzw. soziale Interaktionen gemieden?	15) Sozialer Rückzug	0 1 2 3

<p>Wenn Sie an den letzten Monat denken: Fiel Ihnen da die Arbeit, Hausarbeit oder der Umgang mit anderen Menschen besonders schwer?</p>	<p>16) Die Symptome verursachen klinisch bedeu- tendes Leiden oder eine Beeinträchtigung im sozialen Bereich, bei der Arbeit oder in anderen wichtigen Lebensbereichen</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein # Wochen? _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

„Neurasthenie“/“Nervios“

<p>Während der vergangenen 3 Monate...</p>		
<p>...fühlten Sie sich...</p>		
<p>1)... schnell geistig ermüdet. Hatten Sie schnell einen „müden Kopf“?</p>	<p>1.1 A= Anhaltende und quälende geistige Erschöpfung</p>	<p>0 1 2 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hatten Sie Mühe sich zu konzentrieren? 	<p>B= Konzentrationsschwierigkeiten</p>	<p>0 1 2 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hatten Sie Gedächtnisschwierigkeiten? Schwierigkeiten sich Dinge zu merken bzw. etwas zu erinnern? 	<p>C= Gedächtnisschwierigkeiten</p>	<p>0 1 2 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken? 	<p>D= Verminderte Denkfähigkeit</p>	<p>0 1 2 3</p>
<p>WENN JA: Haben Sie diese Schwierigkeiten bekümmert/bedrückt/ Haben die Schwierigkeiten Ihnen Sorgen bereitet?</p>	<p>E= psychischer Leidensdruck</p>	<p>0 1 2 3</p>

... schnell körperlich ermüdet, auch wenn Sie sich genug ausgeruht haben oder angenehmen Freizeitaktivitäten nachgegangen sind	1.2 Körperliche Erschöpfung	0 1 2 3
WENN 1.1 UND 1.2 ZUTRIFFT: War diese Müdigkeit die meiste Zeit spürbar für mindestens die letzten 3 Monate?	1.3 Langfristiger Verlauf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat diese Müdigkeit es Ihnen schwer gemacht, ... Ihrer Arbeit/ schulischen Verpflichtung nachzugehen? (A) ... Ihren sozialen Beziehungen nachzugehen (sich mit Freunden und Familie auseinandersetzen)? (B) ... Aufgaben im Haushalt nachzugehen oder in anderen Bereichen mit Verantwortung umzugehen? (C)	1.4 Beeinträchtigt in der sozialen Funktion A= Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt B= Sozialleben beeinträchtigt C= andere Bereiche beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2) ...fühlten Sie sich	2.1 Affektive Symptome	0 1 2 3
... verärgert? ... leicht reizbar/gereizt? ... angespannt? ... überfordert im Umgang mit Problemen? ... ängstlich? ... depressiv oder niedergeschlagen?	A= Ärger B= Erhöhte Reizbarkeit C= Anspannung D= Schwierigkeiten im Umgang mit Problemen E= Ängstlichkeit F= Niedergeschlagenheit	

3) Gingen Ihnen manchmal so viele Gedanken gleichzeitig durch den Kopf, dass Sie keinen einzelnen richtig fassen konnten?	3.1 Subjektive Gefühle mentaler Agitiertheit ohne psychomotor. Unruhe	0 1 2 3
	A= Mentale Agitiertheit	
Hatten Sie das Gefühl, sie sprechen schneller als üblich? Haben Sie sich als ruheloser/unruhiger erlebt?	B= psychomotorische Agitiertheit	0 1 2 3
Fühlten Sie sich durcheinander mit ungeordneten Gedanken und Erinnerungen im Kopf? Fanden Sie es schwierig von diesen wirren Gedanken wegzukommen?	C= Unorganisierte Gedanken/Erinnerungen	0 1 2 3
Hatten Sie Schwierigkeiten sich konzentrieren?	D= Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3
WENN JA: Haben Sie diese Schwierigkeiten besorgt/bekümmert?	E= psychischer Leidensdruck	0 1 2 3
Waren Sie besonders licht- oder geräuschempfindlich?	F= Licht-/Geräuschempfindlichkeit	0 1 2 3
4) ...haben Sie unter folgenden Beschwerden gelitten:	4.1 Körperliche Schmerzen	0 1 2 3
Muskelschmerzen ?	A= Muskelschmerzen	0 1 2 3
Kopfschmerzen ? Waren diese Kopfschmerzen hauptsächlich Spannungskopfschmerzen?	B= Spannungskopfschmerz	0 1 2 3

Gliederschmerzen?	C= Gliederschmerzen	0 1 2 3
5) Haben Sie unter Schwindelgefühlen gelitten?	6 Schwindelgefühle	0 1 2 3
6) Haben Sie unter folgenden Beschwerden gelitten...	7. Verschiedene psychische und physiologische Symptome	
...Ohrgeräusche/Tinnitus?	A=Ohrgeräusche	0 1 2 3
... Herzrasen?	B=Herzrasen	0 1 2 3
... Engegefühle in der Brust/Beklemmungsgefühle in der Brust?	C=Beklemmungsgefühl	0 1 2 3
...einem aufgeblähten Bauch?	D=Aufgeblähter Bauch	0 1 2 3
...Verdauungsprobleme?	E= Verdauungsprobleme	0 1 2 3
... häufigem Wasserlassen/erhöhtem Harndrang?	E= Harndrang	0 1 2 3
...übermäßiges Schwitzen?	F= Schwitzen	0 1 2 3

Zusätzliche Symptome Nervios

Litten Sie unter...		
...Übelkeit ?		0 1 2 3
...Zittern ?		0 1 2 3
Fühlten Sie sich...		

...(übertrieben) besorgt?		0 1 2 3
...unsicher ?		0 1 2 3
...hoffnungslos?		0 1 2 3
...gestresst?		0 1 2 3
...nervös?		0 1 2 3
...ausgebrannt bzw. überarbeitet?		0 1 2 3
Würden Sie sagen, dass Sie unter einem Burn-Out leiden?		
Und eine letzte Frage:		
<p>Reagierten Sie besonders empfindlich darauf, wie andere Sie behandeln?</p> <p>(Wenn jemand Sie zurückweist, Sie kritisiert oder kränkt, bedrückt Sie das sehr oder werden Sie ärgerlich? Wie lange hält das an?</p> <p>Reagieren Sie stärker als die meisten anderen Leute?</p> <p>Vermeiden Sie es, bestimmte Dinge zu tun oder mit Leuten zusammen zu sein, weil Sie befürchten, zurückgewiesen oder kritisiert zu werden?)</p>	<p>Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung durch andere (nicht auf Episoden einer affektiven Störung beschränkt), das zu einer bedeutsamen sozialen oder beruflichen Beeinträchtigung führt.</p>	0 1 2 3

Stigmatisierung

<p>Wie offen gehen Sie mit Ihrer depressiven Erkrankung um? Reden Sie mit anderen über ihre Erkrankung (oder versuchen Sie diese eher zu verheimlichen)?</p> <p>WENN JA: Wie reagieren die Leute darauf?</p> <p>WENN NEIN: Was befürchten Sie, wie die Leute darauf reagieren könnten?</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Kodierung

0= Symptom wird verneint

1= Symptom liegt in leichter Ausprägung vor

2= Symptom liegt in durchschnittlicher Ausprägung vor

3= Symptom liegt in schwerem Ausmaß vor (starker Leidensdruck, oder starke Einschränkungen sind durch die Ausprägung gegeben)

Anhang C

Fragebogenpaket Teilstudie B



RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG



Universidad de Chile



*Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Prof. Dr. A. Kämmerer, Prof. Dr. M. Cierpka),
Universidad de Chile (Prof. Dr. J.P. Jiménez de la Jara),
Pontificia Universidad Católica de Chile (Prof. Dr. M. Krause)*

Fragebogen zur Studie: Körpererleben in der Depression

Kontakt:

*Dipl.-Psych. Jennifer Gradt
Jennifer.Gradt@psychologie.uni-heidelberg.de
Institut für Psychologie
Hauptstraße 47-51
69117 Heidelberg*



RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG

Anleitung

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

Ziel dieser Studie ist es, mehr über Unterschiede im Depressionserleben zu erfahren. Dazu werden Ihnen im vorliegenden Untersuchungsheft Fragen zu Ihrem Erleben und Verhalten sowie zu Ihren Ansichten gestellt. Da die Untersuchung auch in anderen Ländern durchgeführt wird, finden sich auch einige Fragen zur Ihrer Nationalität und Herkunft.

Die Fragen sind in mehrere Teilfragebögen gruppiert. Am Anfang der einzelnen Teilfragebögen steht jeweils eine kurze Anleitung zur Beantwortung der Fragen. Lesen Sie diese bitte aufmerksam durch und kreuzen Sie die zutreffende Antwort an oder geben Sie genauere Informationen, falls dies nötig ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Persönliche Angaben

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person gestellt. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an oder geben Sie genauere Informationen, falls dies nötig ist.

1. Geschlecht

1 männlich

2 weiblich

2. Alter

_____ Jahre

3. Familienstand

1 ledig, alleinstehend

4 getrennt lebend

2 in Partnerschaft

5 geschieden

3 verheiratet

6 verwitwet

4. Haben Sie Kinder?

ja

nein

Wenn ja, bitte geben Sie an, wie viele: _____ Kinder

5. Höchster Schulabschluss

1 noch in der Schule

4 Realschulabschluss

2 kein Schulabschluss

5 Abitur/Fachabitur

3 Hauptschulabschluss

6 Hochschulabschluss

6. Welche Haupttätigkeit üben Sie derzeit aus?

1 berufstätig (Vollzeit)

6 in Ausbildung/Umschulung

2 berufstätig (Teilzeit)

7 Wehr-/Zivildienst/FSJ

3 berufstätig (gelegentlich)

8 arbeitslos gemeldet

4 Hausfrau/-mann (nicht berufstätig)

9 in Rente

5 Studium

10 Sonstiges: _____

7. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (inklusive Ihrer eigenen Person)?

_____ Personen

Sozioökonomischer Status

8. Wie hoch ist das Nettoeinkommen aller Personen in Ihrem Haushalt insgesamt?		
1 <input type="checkbox"/>	weniger als 750€	5 <input type="checkbox"/> 3000€ - 4500€
2 <input type="checkbox"/>	750€ - 1500€	6 <input type="checkbox"/> 4500€ - 6500€
3 <input type="checkbox"/>	1500€ - 2250€	7 <input type="checkbox"/> mehr als 6500€
4 <input type="checkbox"/>	2250€ - 3000€	

Region

9a. Wie groß ist der Ort, in dem Sie <u>hauptsächlich</u> aufgewachsen sind?	Wie viele Jahre lebten Sie in diesem Ort?
1 <input type="checkbox"/> < 5.000 Einwohner (Landstadt)	_____ Jahre
2 <input type="checkbox"/> 5.000 – 20.000 Einwohner (Kleinstadt)	_____ Monate
3 <input type="checkbox"/> 20.000 – 100.000 Einwohner (Mittelstadt)	
4 <input type="checkbox"/> > 100.000 Einwohner (Großstadt)	
5 <input type="checkbox"/> > 1.000.000 Einwohner (Metropole)	
6 <input type="checkbox"/> > 5.000.000 Einwohner (Megastadt)	

9b. Wie groß ist der Ort, in dem Sie <u>heute</u> leben?	Seit wie vielen Jahren leben Sie in diesem Ort?
1 <input type="checkbox"/> < 5.000 Einwohner (Landstadt)	_____ Jahre
2 <input type="checkbox"/> 5.000 – 20.000 Einwohner (Kleinstadt)	_____ Monate
3 <input type="checkbox"/> 20.000 – 100.000 Einwohner (Mittelstadt)	
4 <input type="checkbox"/> > 100.000 Einwohner (Großstadt)	
5 <input type="checkbox"/> > 1.000.000 Einwohner (Metropole)	
6 <input type="checkbox"/> > 5.000.000 Einwohner (Megastadt)	

Kultureller Hintergrund

10. In welchem Land sind Sie geboren?

- Deutschland
- in einem anderen Land: _____

10a. Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, seit wann leben Sie hier?

Seit _____ Jahren

11. Aus welchem Land kommt Ihre Mutter?

- Deutschland
- aus einem anderen Land: _____

12. Aus welchem Land kommt Ihr Vater?

- Deutschland
- aus einem anderen Land: _____

13. Mit welcher Sprache sind Sie aufgewachsen?

- deutsch
- eine andere Sprache: _____
- deutsch und die andere Sprache

14. Welcher Nationalität gehören Sie laut Ihrem Personalausweis an?

- deutsch
- einer anderen Nationalität: _____

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten Woche...		selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage)	öfters (3 - 4 Tage)	meistens, die ganze Zeit (5 - 7 Tage)
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts machen	0	1	2	3
2.	hatte ich kaum Appetit	0	1	2	3
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern	0	1	2	3
4.	kam ich mir genauso gut vor wie andere	0	1	2	3
5.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
6.	war ich deprimiert/niedergeschlagen	0	1	2	3
7.	war alles anstrengend für mich	0	1	2	3
8.	dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	0	1	2	3
9.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	0	1	2	3
10.	hatte ich oft Angst	0	1	2	3
11.	habe ich schlecht geschlafen	0	1	2	3
12.	war ich fröhlich gestimmt	0	1	2	3
13.	habe ich weniger als sonst geredet	0	1	2	3
14.	fühlte ich mich einsam	0	1	2	3
15.	waren die Leute unfreundlich zu mir	0	1	2	3
16.	habe ich das Leben genossen	0	1	2	3
17.	musste ich weinen	0	1	2	3
18.	war ich traurig	0	1	2	3
19.	hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können	0	1	2	3
20.	konnte ich mich zu nichts aufraffen	0	1	2	3

<i>Während der letzten Woche habe ich unter folgenden Beschwerden gelitten:</i>		selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage)	öfters (3 - 4 Tage)	meistens, die ganze Zeit (5 - 7 Tage)
1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3
2.	Engegefühle in der Brust	0	1	2	3
3.	Muskelverspannungen	0	1	2	3
4.	Rückenschmerzen	0	1	2	3
5.	Schwindelgefühlen	0	1	2	3
6.	Nacken- oder Schulterschmerzen	0	1	2	3
7.	Kurzatmigkeit oder Atembeschwerden	0	1	2	3
8.	Nervosität	0	1	2	3
9.	Muskelschmerzen	0	1	2	3
10.	Herzrasen	0	1	2	3

BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **IN DIESER WOCHE EINSCHLIEßLICH HEUTE** gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. **Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.**

A	F
0 Ich bin nicht traurig. 1 Ich bin traurig. 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.	0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
B	G
0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.	0 Ich bin nicht von mir enttäuscht. 1 Ich bin von mir enttäuscht. 2 Ich finde mich fürchterlich. 3 Ich hasse mich.
C	H
0 Ich fühle mich nicht als Versager. 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt. 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.	0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen. 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen. 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel. 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
D	I
0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher. 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen. 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.	0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun. 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
E	J
0 Ich habe keine Schuldgefühle. 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. 3 Ich habe immer Schuldgefühle.	0 Ich weine nicht öfter als früher. 1 Ich weine jetzt mehr als früher. 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit. 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K	Q
<p>0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.</p> <p>1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.</p> <p>2 Ich fühle mich dauernd gereizt.</p> <p>3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.</p>	<p>0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.</p> <p>1 Ich ermüde schneller als früher.</p> <p>2 Fast alles ermüdet mich.</p> <p>3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.</p>
L	R
<p>0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.</p> <p>1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.</p> <p>2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.</p> <p>3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.</p>	<p>0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.</p> <p>1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.</p> <p>2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.</p> <p>3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.</p>
M	S
<p>0 Ich bin so entschlossen wie immer.</p> <p>1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.</p> <p>2 Es fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.</p> <p>3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.</p>	<p>0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.</p> <p>1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.</p> <p>2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.</p> <p>3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.</p> <p>Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
N	T
<p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.</p> <p>1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.</p> <p>2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.</p> <p>3 Ich finde mich hässlich.</p>	<p>0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.</p> <p>1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.</p> <p>2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.</p> <p>3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.</p>
O	U
<p>0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.</p> <p>1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.</p> <p>2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.</p> <p>3 Ich bin unfähig zu arbeiten.</p>	<p>0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.</p> <p>1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.</p> <p>2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.</p> <p>3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.</p>
P	
<p>0 Ich schlafe so gut wie sonst.</p> <p>1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.</p> <p>2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.</p> <p>3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.</p>	

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden 20 Aussagen auf Sie zutreffen. Sie können den Grad Ihrer Zustimmung oder Ablehnung anhand einer 5-Punkte-Skala einschätzen:

- 1 = trifft überhaupt nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft teilweise zu, teilweise auch nicht
 4 = trifft oft zu
 5 = trifft immer zu

		trifft überhaupt nicht zu	trifft selten zu	trifft teilweise zu, teilweise auch nicht	trifft oft zu	trifft immer zu
1.	Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	1	2	3	4	5
2.	Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
3.	Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
4.	Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
5.	Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	1	2	3	4	5
6.	Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5
7.	Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	1	2	3	4	5
8.	Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie grade so passiert sind.	1	2	3	4	5
9.	Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen.	1	2	3	4	5
10.	Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
11.	Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	1	2	3	4	5
12.	Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13.	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
14.	Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	1	2	3	4	5
15.	Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen	1	2	3	4	5
16.	Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an.	1	2	3	4	5
17.	Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	1	2	3	4	5
18.	Ich kann mich jemanden sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	1	2	3	4	5
19.	Ich finde, dass das Mir-Klarwerden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	1	2	3	4	5
20.	Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken.	1	2	3	4	5

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen durch und geben Sie an, inwiefern Sie ihnen zustimmen bzw. sie ablehnen. Bitte tragen Sie vor jeder Aussage die entsprechende Zahl der folgenden Alternativen ein:

1	2	3	4	5	6	7
überhaupt nicht einverstanden			neutral			absolut einverstanden

1. _____ Immer wenn ich mich gut fühle, können andere leicht erkennen, wie es mir geht.

2. _____ Während trauriger Filme weine ich manchmal.

3. _____ Die Leute wissen oft nicht, was ich fühle.

4. _____ Wenn mir jemand einen lustigen Witz erzählt, muss ich laut lachen.

5. _____ Mir fällt es schwer, meine Angst zu verbergen.

6. _____ Wenn ich mich glücklich fühle, dann zeige ich es auch.

7. _____ Mein Körper reagiert stark auf emotionale Ereignisse.

8. _____ Ich habe gelernt, dass es besser ist, meinen Ärger zu unterdrücken.

9. _____ Egal wie aufgeregt oder nervös ich bin, mache ich immer einen ruhigen Eindruck.

10. _____ Ich bin ein emotional ausdrucksstarker Mensch.

11. _____ Ich habe starke Gefühle.

12. _____ Manchmal bin ich nicht in der Lage, meine Gefühle zu verbergen, auch wenn ich es möchte.

13. _____ Immer wenn ich mich schlecht fühle, können andere das leicht erkennen.

14. _____ Es gab Zeiten, in denen ich nicht in der Lage war, mit Weinen aufzuhören, obwohl ich es wollte.

15. _____ Ich erlebe meine Gefühle sehr stark.

16. _____ Was ich fühle, steht mir ins Gesicht geschrieben

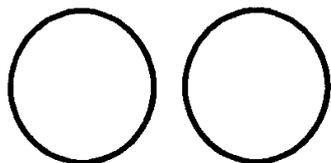
Im Folgenden finden Sie zwei Aussagen, die sich auf den Umgang mit Gefühlen beziehen. Bitte wählen Sie die Aussage aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Sollte keine der Aussagen vollständig auf Sie zutreffen, entscheiden Sie sich bitte für diejenige, die am ehesten zu Ihnen passt. Vielleicht treffen auch beide Beschreibungen auf Sie zu. Bitte wählen Sie dann diejenige aus, die Sie besser beschreibt.

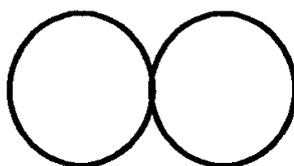
Ich zeige meine Gefühle meistens offen, so dass andere erkennen, ob ich glücklich oder traurig bin. Meine Gefühle sind manchmal so stark, dass ich sie nicht verbergen kann. Insgesamt bin ich ein ausdrucksstarker Mensch.	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Ich kann meine Gefühle meistens gut kontrollieren, so dass andere nicht sofort wissen, wie es mir geht. Das gelingt mir auch, wenn ich ärgerlich oder sehr nervös bin. Insgesamt zeige ich meine Gefühle nicht immer sofort.
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

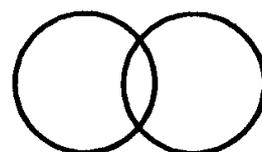
Bitte kreuzen Sie die Abbildung an, die am ehesten die Beziehung zu der Person beschreibt, die Ihnen am nächsten steht (z.B. ein Familienmitglied, Freund, Ihr/e Partner/in). Wenn keiner der Abbildungen Ihre Situation beschreiben kann, zeichnen Sie bitte ein eigenes Bild. Beachten Sie, dass jedes Bild eine Beziehung zwischen 2 Personen beschreibt. Ein Kreis steht für Sie selbst während der andere Kreis, diejenige Person darstellt, die Ihnen am nächsten ist.



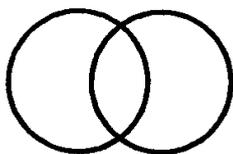
(1)



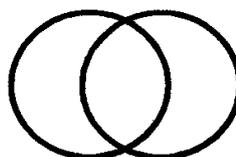
(2)



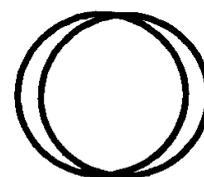
(3)



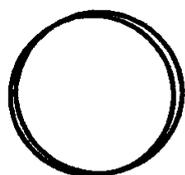
(4)



(5)



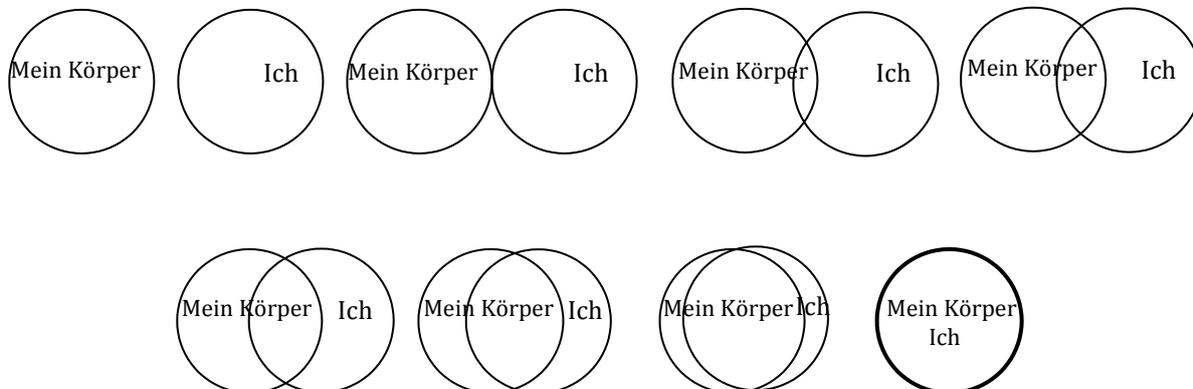
(6)



(7)

Menschen unterscheiden sich darin, welchen Bezug Sie zu Ihrem Körper haben. Die Abbildungen unten stellen verschiedene Formen der Verbindung/Beziehung dar, die Menschen zu Ihrem Körper haben können.

Bitte kreisen Sie diejenige Abbildung ein, die am besten darstellt, in welcher Beziehung Sie selbst zu Ihrem eigenen Körper stehen.



Warum haben Sie sich für diese Abbildung entschieden? Bitte erklären Sie Ihre Auswahl so gut wie möglich:

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit Ihrem Körperbewusstsein und Ihren Reaktionen auf die Wahrnehmung Ihres Körpers. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage das Kästchen an, das am besten beantwortet, wie Sie sich für gewöhnlich fühlen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – bitte antworten Sie einfach so ehrlich wie möglich.

Der Fragebogen beinhaltet zwei Fragen zur sexuellen Aktivität; bitte berücksichtigen Sie bei der Beantwortung alle Formen von sexueller Aktivität, einschließlich Selbststimulation. Wenn Sie sexuell nicht aktiv sind, lassen Sie diese Fragen bitte unbeantwortet. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten auf die letzten zwei Monate.

	Überhaupt nicht 0	Ein wenig 1	Manchmal 2	Meistens 3	Immer 4
1. Wenn mein Körper angespannt ist, bin ich mir der Anspannung bewusst.					
2. Es fällt mir schwer, meine Gefühle zu identifizieren.					
3. Ich bemerke, dass mein Atem flach wird, wenn ich nervös bin.					
4. Wenn ich liebevoll berührt werde, nehme ich meine emotionale Reaktion darauf wahr.					
5. In unangenehmen Situationen fühlt sich mein Körper wie eingefroren an, als ob er taub wäre.					
6. Wenn ich verärgert bin, bemerke ich, wie mein Körper sich verändert.					
7. Ich fühle mich, als ob ich meinen Körper von außerhalb betrachte.					
8. Während sexueller Aktivität bin ich mir meiner innerkörperlichen Empfindungen bewusst.					
9. Wenn ich tief ausatme, kann ich spüren, wie mein Atem durch meinen Körper fließt.					
10. Ich fühle mich von meinem Körper abgetrennt.					
11. Es fällt mir schwer, bestimmte Gefühle auszudrücken.					
12. Um zu verstehen, wie ich mich fühle, orientiere ich mich an Hinweisen aus meinem Körper.					
13. Wenn ich mich körperlich unwohl fühle, überlege ich, was dieses Unwohlsein hervorgerufen haben könnte.					
14. Ich achte auf Signale, die mein Körper mir über meinen Gefühlszustand gibt.					
15. Wenn ich gestresst bin, bemerke ich den Stress in meinem Körper.					
16. Von Gefühlen körperlichen Unwohlseins lenke ich mich ab.					
17. Wenn ich angespannt bin, nehme ich zur Kenntnis, wo die Anspannung in meinem Körper sitzt.					
18. Nach einem ruhigen, harmonischen Erlebnis bemerke ich, dass mein Körper sich anders anfühlt.					
19. Während sexueller Aktivität fühle ich mich von meinem Körper getrennt.					
20. Es fällt mir schwer, aufmerksam auf meine Gefühle zu achten.					

Messung der Bewegungsaktivität

1	An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?		
Zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Zu Fuß zum Einkaufen gehen	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Fahrradfahren zur Arbeit	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Fahrradfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Hausarbeit (z.B. Putzen, Aufräumen)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Pflegearbeit (z.B. Kinder betreuen, Kranke pflegen)	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>

Treppensteigen	an Tagen während der 4 Wochen	ca. Stockwerke pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
----------------	----------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------

Messung der Sportaktivität

2	Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßige sportliche Aktivität betrieben?
<input type="checkbox"/> ja ⇒ weiter mit Frage 3	<input type="checkbox"/> nein ⇒ weiter mit nächster Seite

3	Um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich dabei?		
A	B	C	
..... (bitte hier eintragen) (bitte hier eintragen) (bitte hier eintragen)	
Aktivität A habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	Aktivität B habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	Aktivität C habe ich in den letzten 4 Wochen ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ausgeübt, und zwar bei jedem Mal für ca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten	

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!

Anhang D

**Erklärung gemäß § 8 Abs. (1) c) und d) der Promotionsordnung der Fakultät für
Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

**Erklärung gemäß § 8 Abs. (1) c) und d) der Promotionsordnung
der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische
Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

**Erklärung gemäß § 8 (1) c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

**Erklärung gemäß § 8 (1) d) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Vorname, Nachname

Jennifer Gradt

Datum, Unterschrift

29.12.15 Jennifer Gradt