

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

## **Motivationale Ziele und Depression**

**Untersuchungen zum Zusammenhang  
von motivationalen Zielen  
und Depression  
in Chile und Deutschland**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor philosophiae (Dr. phil.)

Vorgelegt von  
Dipl.-Psych.  
Folke Boysen

1. Gutachterin: Prof. Dr. Annette Kämmerer
2. Gutachterin: Prof. Dr. Mariane Krause

Tag der Disputation: 12. Juli 2011



## **Zusammenfassung**

*Theorie:* Das Erreichen individueller motivationaler Annäherungs- und Vermeidungsziele dient der Befriedigung universeller psychologischer Grundbedürfnisse. Die Bedeutsamkeit motivationaler Ziele für das Individuum hängt vom kulturellen Rahmen ab. Die in dieser Arbeit vorgenommene Betrachtung von Annäherungs- und Vermeidungszielen in Deutschland und Chile soll Erkenntnisse über deren kulturspezifische Beschaffenheit erbringen.

Inkongruenz entsteht durch das gefühlte Nicht-Erreichen motivationaler Annäherungs- und Vermeidungsziele und kann Depressionen auslösen und aufrechterhalten (Grawe, 1998). Es besteht ein Zusammenhang von bindungsbezogener Angst und Depression, sowie von Schamerleben und Depression. In dieser Arbeit soll der Zusammenhang von bindungsbezogener Angst und Depressionen über Inkongruenzerleben und Schamgefühle erklärt werden. Bindungsbezogene Angst bezieht sich auf das grundlegende Verhaltensmuster in engen Beziehungen und beinhaltet die Grundüberzeugungen, dass Partner nicht verlässlich sind, sowie dass die Personen selbst es nicht wert sind, Liebe und Unterstützung zu erhalten (Bowlby, 1983; Simpson & Rholes, 2004). Simpson und Rholes (2004) führen ein Modell ein, das den Zusammenhang zwischen Bindungsangst und Depression über die Konzepte der Beziehungsdeprivation und der dysfunktionalen Beziehungseinstellungen erklärt. Diese Konzepte könnten zu Inkongruenzerleben und Schamgefühlen führen. In dieser Studie wurde daher an einer klinischen und an einer Kontrollstichprobe der Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression untersucht, indem der Einfluss von Inkongruenzerleben und Scham als Mediatorvariablen betrachtet wurde.

*Methode:* Der Bindungsstil wurde mithilfe des ECR-RD (Ehrenthal, Dinger, Lamla, Funken & Schauenburg, 2008) erfasst, Schamgefühle mit dem HFS (Kämmerer, Rosenkranz, Parzer & Resch, 2003). Zur Erfassung der subjektiven Bedeutsamkeit spezifischer Ziele wurde der FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) eingesetzt. Mithilfe des INK (Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004) wurde der Grad der Umsetzung motivationaler Ziele erhoben. FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) und INK (Grosse Holtforth et al., 2004) wurden erstmals ins Spanische übersetzt. In beiden Ländern wurden Kontrollpersonen und depressiv Erkrankte in die Erhebung einbezogen. Weitere eingesetzte Instrumente waren das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006; Sanz, Perdigón

& Vázquez, 2003) sowie die Heidelberger Kulturfragebogenbatterie (Freund et al., im Druck; Olhaberry et al., im Druck).

*Ergebnisse:* Überwiegend befriedigende bis sehr gute Reliabilitäten können als Beleg für die Güte der spanischen Versionen des INK (Grosse Holtforth et al., 2004) und des FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) gelten. Weiterhin zeigten sich im Einklang mit den Annahmen der Konsistenztheorie (Grawe, 1999) hohe Korrelationen mit dem BDI-II (Sanz et al., 2003).

Der Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität wird über Inkongruenzerleben und Schamgefühle vermittelt. Es ergab sich ein Interaktionseffekt von Nationalität und Depression bezüglich des Inkongruenzerlebens: Die deutschen Kontrollpersonen zeichnen sich durch höheres Inkongruenzerleben aus als die chilenischen Kontrollpersonen, während sich die klinischen Stichproben nicht voneinander unterscheiden. Weiterhin konnten kulturspezifische Unterschiede in der Bedeutsamkeit von Annäherungs- und Vermeidungszielen festgestellt und über kulturvermittelnde Variablen erklärt werden.

*Diskussion:* Inkongruenz und Scham konnten als Mediatorvariablen eingesetzt und Inkongruenzerleben konnte als Diskrepanz zwischen Selbstbildern operationalisiert werden. Das Modell von Simpson und Rholes (2004) kann damit um Inkongruenzerleben und Scham erweitert werden. Durch diese Erweiterung kann genauer erklärt werden, wie es durch einen ängstlichen Bindungsstil als Vulnerabilitätsfaktor zum Entstehen von Depressionen kommt.

Die kulturspezifische Ausprägung motivationaler Ziele konnte bestätigt und über kulturvermittelnde Variablen erklärt werden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war die Validierung der Fragebögen nur eingeschränkt möglich und ist für die Zukunft wünschenswert. Nichtsdestotrotz ist mit deren sorgfältiger Übersetzung und erstem Einsetzen ein wichtiger Schritt bereits getan.

## **Inhalt**

<b>1. Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen und Forschungsstand</b>	<b>11</b>
2.1 Motivationale Ziele und Inkongruenz.....	11
2.1.1 Ziele und Motivation in der Psychologie .....	11
2.1.2 Motivationale Ziele und Inkongruenz im Rahmen der Konsistenztheorie.....	13
2.1.3 Konsistenztheorie und Depression .....	20
2.2 Scham.....	22
2.2.1 Theoretische Grundlagen .....	23
2.2.1.1 Ansätze der Emotionspsychologie.....	23
2.2.1.2 Zur Ontogenese von Schamgefühlen.....	25
2.2.1.3 Situative Aktivierung von Schamgefühlen.....	26
2.2.2 Scham und Depression .....	29
2.3 Bindungstheorie .....	32
2.3.1 Bindungstheorie .....	32
2.3.1.1 Historisches und Grundlegendes .....	32
2.3.1.2 Bindung als inneres Arbeitsmodell.....	35
2.3.1.3 Kognitive Schemata bei bindungsbezogener Angst.....	38
2.3.2 Ängstlicher Bindungsstil und Depressionen .....	41
2.4 Depression.....	43
2.4.1 Pathologie von Depression.....	43
2.4.2 Epidemiologie unipolarer Depression .....	45
2.4.3 Erklärungsmodelle .....	48
2.5 Schlussfolgerungen für die eigene Arbeit.....	52
2.5.1 Interpersonelles Modell der Bindungsambivalenz und Depression.....	52
2.5.2 Erweitertes Modell .....	54
2.5.2.1 Modell erweitert um Inkongruenz .....	54
2.5.2.2 Modell erweitert um Scham .....	56

2.6	Motivationale Ziele im interkulturellen Vergleich .....	58
2.6.1	Psychologie und Kulturbegriff .....	58
2.6.2	Kulturvermittelnde Variablen .....	61
2.6.3	Kulturvermittelnde Variablen in Deutschland und Chile .....	64
2.6.4	Einfluss kultureller Faktoren auf motivationale Ziele .....	65
<b>3.</b>	<b>Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>71</b>
<b>4.</b>	<b>Methoden</b>	<b>81</b>
4.1	Rekrutierung .....	81
4.2	Instrumente .....	84
4.2.1	Munich-Composite International Diagnostic Interview .....	85
4.2.2	Beck-Depressions-Inventar II .....	85
4.2.3	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata .....	86
4.2.4	Inkongruenzfragebogen .....	87
4.2.5	Heidelberger Kulturfragebogenbatterie .....	88
4.2.6	Experiences in Close Relationships – Revised .....	91
4.2.7	Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen .....	91
4.3	Zur Methodik bei der Übersetzung der Instrumente .....	92
4.4	Auswertungsmethoden .....	93
4.4.1	Kolmogorov-Smirnov-Test .....	94
4.4.2	Gütekriterien .....	94
4.4.3	Verfahren zur Beschreibung der Stichproben .....	95
4.4.4	Korrelationen .....	97
4.4.5	Hypothesentestung .....	97
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>103</b>
5.1	Voruntersuchungen .....	103
5.1.1	Überprüfung der Verteilungsform .....	103
5.1.2	Gütekriterien .....	107
5.1.2.1	Gütekriterien von INC und CAEMO .....	107
5.1.2.2	Interne Konsistenz .....	121

5.1.3 Soziodemographische und klinische Daten.....	123
5.1.4 Korrelationen.....	130
5.2 Einfluss von Inkongruenz und Schamerleben.....	132
5.2.1 Inkongruenz als Mediator zwischen Bindungsangst und Depression.....	133
5.2.2 Welchen Einfluss hat Schamerleben als emotionale Komponente? .....	140
5.3 Kulturvergleichende Untersuchungen.....	145
5.3.1 Inkongruenz in Deutschland und Chile.....	145
5.3.2 Motivationale Ziele im interkulturellen Vergleich.....	158
<b>6. Diskussion</b>	<b>185</b>
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	185
6.1.1 Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression? .....	185
6.1.2 Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz? .....	185
6.1.3 Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile finden?.....	186
6.1.4 Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit in Chile und Deutschland? .....	187
6.2 Einordnung in den Forschungsstand.....	191
6.2.1 Inkongruenz als Mediator zwischen Bindungsangst und Depression.....	191
6.2.2 Einfluss von Schamerleben .....	193
6.2.3 Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile .....	195
6.2.4 Unterschiede der motivationalen Ziele in Deutschland und Chile.....	196
6.3 Einschränkungen der Generalisierbarkeit .....	200
6.4 Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick .....	202
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>205</b>
<b>Abbildungen</b>	<b>234</b>
<b>Tabellen</b>	<b>235</b>





## 1. Einleitung

In dieser Arbeit wird der Einfluss von bindungsbezogener Angst, motivationalen Zielen Inkongruenzerleben und Scham auf depressive Erkrankungen untersucht. Folgende Fragen sollen beantwortet werden: *Wie interagieren Inkongruenzerleben, Scham und bindungsbezogene Angst im Rahmen depressiver Erkrankungen? Lässt sich das Konzept der Inkongruenz nach Chile übertragen? Gibt es Unterschiede in der Bedeutsamkeit motivationaler Ziele zwischen depressiven und nicht depressiven Chilenen und Deutschen?*

Bei Depressionen handelt es sich um eine der häufigsten psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen (Bramsfeld & Stoppe, 2006). Daraus ergeben sich die große Bedeutung der „Volkskrankheit Depression“ für das Gesundheitssystem und die Notwendigkeit, die Ursachen dieser Störung genau zu erforschen. Eine Berücksichtigung genetischer, emotionaler, kognitiver und interpersoneller Komponenten auf die Entstehung von Depressionen ist im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes in den Fokus der Ätiologieforschung gerückt (Lemke, 2004).

Eine sichere Basis – so umschreiben Mary Ainsworth und John Bowlby (1991) die Funktion von Bindungspersonen. Unterstützung, Rückversicherung und Schutz sind bei dieser Person gewährleistet, von dieser sicheren Basis aus kann die Welt entdeckt (vgl. Bowlby, 1983), und Ziele können erreicht werden. Wird dieses Fundament erschüttert, kann das weitreichende Folgen für das Individuum haben. Wenn das Wissen um Zuwendung und Schutz nicht gesichert ist, kann sich ein ängstliches Bindungsmuster entwickeln, und das Erreichen persönlicher Ziele kann erschwert oder verhindert werden. Das Nicht-Erreichen von Zielen kann wiederum Schamgefühle und Inkongruenzerleben auslösen. Durch das Erleben von Inkongruenz kann es im Weiteren zum Empfinden von chronischem Stress und Leid kommen und schließlich zu einer höheren Vulnerabilität für affektive Störungen führen (Simpson & Rholes, 2004). Ziel dieser Arbeit ist daher die Untersuchung von Inkongruenz als Mediatorvariable zwischen bindungsbezogener Angst und Depressionen. Der Nachweis eines mediiierenden Einflusses von Inkongruenz bietet direkte Ansätze für die weitere Erforschung der Entstehungsbedingungen von Depressionen.

In dieser Studie soll des Weiteren untersucht werden, inwieweit Inkongruenzerleben bei Depressiven mit dem Erleben von Scham einhergeht. Scham ist definiert als Zielinkongruente Emotion (Lazarus, 1991). Die Selbstdiskrepanztheorie (Higgins, 1987) beschreibt das Entstehen von Schamerleben im Rahmen nicht-erreichter Selbststandards. Laut Fries und Grawe (2006) kann „die Diskrepanz zwischen dem realen Selbst und dem idealen oder dem Soll-Selbst (...) als Form der Inkongruenz betrachtet werden“, sodass von einem engen Zusammenhang von Inkongruenz und Schamgefühlen auszugehen ist. Weiterhin soll Scham in Abhängigkeit von bindungsbezogener Angst untersucht werden. Schamgefühle stehen mit einem niedrigen Selbstwert in Zusammenhang, der wiederum aus unsicheren Bindungserfahrungen entsteht (Lewis, 1971, 1987).

Weiteres zentrales Thema dieser Arbeit ist die kulturvergleichende Untersuchung von Inkongruenz und motivationalen Zielen (vgl. Grawe, 1999). In der Ätiologieforschung bringt ein interkultureller Ansatz Aufschluss über soziokulturelle Einflussfaktoren auf psychische Erkrankungen. In dieser Untersuchung soll durch die Betrachtung der Annäherungs- und Vermeidungsziele an chilenischen und deutschen (jeweils klinischen und nicht-klinischen) Stichproben Einblick in die kulturspezifische Bedeutsamkeit einzelner motivationaler Ziele gewährt werden. Dies geschieht unter der Berücksichtigung kulturvermittelnder Variablen als Mediatoren. Die Untersuchung des Inkongruenzerlebens in Deutschland und Chile soll Erkenntnisse über die Bedeutung der Zielerreichung bei Depressionen erbringen.

## **2. Theoretische Grundlagen und Forschungsstand**

### **2.1 Motivationale Ziele und Inkongruenz**

Ziele stellen einen grundlegenden Motor für die Entwicklung des Individuums dar. Konflikte zwischen Zielen, das Nicht-Erreichen von Zielen oder eine vermeidungsmotivierte (Ziel-) Orientierung können der individuellen Entwicklung entgegenstehen und psychische Krankheiten auslösen. Grosse Holtforth, Grawe und Tamcan (2004) monieren die lange vernachlässigte beziehungsweise sehr zurückhaltende Berücksichtigung von motivationalen Zielen in der klinischen Psychologie. Traditionelle Theorien aus der Motivationspsychologie (vgl. Rheinberg, 2008) haben nach Meinung der Autoren nicht in ausreichendem Maße Eingang in die klinische Arbeit und Forschung gefunden. Aus diesem Grunde führte Grawe (1998) die Konsistenztheorie ein. In der Konsistenztheorie werden motivationale Annäherungs- und Vermeidungsziele als das psychische Geschehen bestimmend betrachtet, und es wird erläutert, wie es durch mangelhafte Zielerreichung und Zielkonflikte zum Entstehen psychischer Störungen und Depressionen kommt.

Im Folgenden wird zunächst auf die Bedeutung von Zielen in der Psychologie (2.1.1) eingegangen, da motivationale Ziele als Teil dieses Konstrukts betrachtet werden können. Anschließend erfolgt die spezifische Betrachtung von motivationalen Zielen und Inkongruenz im Rahmen der Konsistenztheorie (2.1.2). Auf deren respektive Bedeutsamkeit für die Ziele dieser Untersuchung im Zusammenhang mit Depressionen wird in Kapitel 2.1.3 eingegangen.

#### **2.1.1 Ziele und Motivation in der Psychologie**

Austin und Vancouver (1996) weisen in ihrer Überblicksarbeit auf die enorme Vielfalt an Forschung und Theorien zu Zielen in der Psychologie hin. Diese Fülle ist nicht zuletzt der Annahme geschuldet, dass menschliche Gefühle, Verhalten und Gedanken zu einem großen Teil mit dem Verfolgen und Erreichen persönlicher Ziele verknüpft sind. Das Konzept der Ziele ist eng verbunden mit Motivation und spielt sowohl im Allgemeinen (persönliche Ziele) als auch in der Psychotherapie eine bedeutende Rolle (Michalak & Grosse Holtforth, 2006). Grosse Holtforth und Grawe (2002, S. 9) bieten eine Zusammenfassung verschiedener relevanter Definitionen von Zielen:

*„Ziele sind mentale Repräsentationen von etwas Erwünschtem oder Unerwünschtem, das in der Zukunft liegt, auf das das Handeln ausgerichtet ist und das mit Affekt verbunden ist. Das Erwünschte oder Unerwünschte kann ein Ereignis, Ergebnis oder Prozess sein. Das Handeln kann entweder im Anstreben, Beibehalten oder Vermeiden bestehen.“*

Die Definition der motivationalen Ziele von Grosse Holtforth und Grawe (2002) orientiert sich an der Einteilung und an den Grundannahmen verschiedener Zieltheorien von Austin und Vancouver (1996), von Emmons (1996) und von Carver und Scheier (1998). Austin und Vancouver (1996) beschreiben Ziele anhand struktureller, inhaltlicher und prozesshafter Aspekte. Emmons (1996) fasst die Grundannahmen verschiedener Zieltheorien zusammen: Das Erreichen oder Vermeiden bestimmter Ziele ist charakteristisch für das menschliche Verhalten. Ziele beeinflussen nicht nur das Verhalten, sondern auch Gedanken und Gefühle. Ziele sind hierarchisch organisiert und die Unterebenen beeinflussen einander. Ziele sind bewusstseinsfähig. Führt man die Ansätze von Emmons (1996) sowie Austin und Vancouvers (1996) zusammen, ergibt sich folgendes Bild, das Grawe und Grosse Holtforth übernehmen: Prozesshaft sind das Zielgerichtete im Verhalten und der formende Einfluss der Ziele auf Denken und Fühlen. Inhalt der Ziele ist das, was vermieden oder erreicht werden soll, wobei dies auf unterschiedlichem Abstraktionsgrad erfolgen kann. Nach etwas zu greifen fällt ebenso unter die Definition, wie das Planen eines Forschungsprojektes. Zu den strukturellen Aspekten von Zielen gehören Bewusstseinsfähigkeit, hierarchische Organisation und die in der Konsistenztheorie (Grawe, 1998) bedeutsame Unterscheidung in Annäherungs- und Vermeidungsziele. Grawe und Grosse Holtforth orientieren sich in dieser Unterscheidung an Carver and Scheier (1998; s. a. Carver, 2006; s. a. Kap. 2.2). Die Autoren gehen in ihrer Selbstregulationstheorie von zwei Arten von Feedbackschleifen als motivierend für das Verhalten aus. Zum einen beschreiben sie Verhalten, das der Verringerung von Diskrepanzen dient. Dieses bezieht sich auf Ziele, deren Erreichen angestrebt wird. Zum anderen gehen Carver und Scheier (1998) auf Diskrepanz vergrößerndes Verhalten ein. Dies betrifft sogenannte Anti-Ziele, deren Erreichen das Individuum vermeiden möchte. Weitere Überlegungen bestehen darin, dass bei einigen Personen Vermeidungsziele stärker im Vordergrund stehen, während bei anderen Annäherungsziele von größerer Bedeutsamkeit sind. Elliot, Sheldon und Church (1997) untersuchten diesen Aspekt. Vermeidungsorientierte Individuen erwarten eher negative Konsequenzen ihres Verhaltens. Diese negative Erwartungshaltung geht einher mit geringerem subjektivem Wohlbefinden im Vergleich zu annäherungsorientierten Individuen. Weiterhin weisen die-

se Personen höhere Neurotizismuswerte auf. In einer weiteren Untersuchung der Autoren (Elliot et al., 1997) wurden lebenspraktische Fertigkeiten erhoben. Je schlechter Teilnehmer sich diesbezüglich einschätzten, desto mehr vermeidungsorientierte Ziele nannten sie. Auf den Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Zielen geht auch Grawe (1998) mit der Konsistenztheorie ein. Diese bietet ein Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Erkrankungen, und bringt mit der Allgemeinen Psychotherapie (s. Exkurs) auch Möglichkeiten zu deren Behandlung vor.

### **2.1.2 Motivationale Ziele und Inkongruenz im Rahmen der Konsistenztheorie**

Eine an Epsteins Cognitive-Experiential Self-Theory (1990) angelehnte grundlegende Annahme in der Konsistenztheorie (Grawe, 1999a, b) ist die Existenz universeller Grundbedürfnisse, nach deren Befriedigung der Mensch strebt. Bei den vier Grundbedürfnissen handelt es sich um Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz sowie um Bindung und Anschluss. Diese können als den Annäherungs- und Vermeidungszielen übergeordnet betrachtet werden.

Bei *Lustgewinn und Unlustvermeidung* handelt es sich um das Streben nach positiven Erfahrungen und das Vermeiden negativer Erlebnisse. Dieses Grundbedürfnis ist den anderen übergeordnet und beeinflusst das Verhalten maßgeblich (Grawe, 2004).

Das Bedürfnis nach *Orientierung und Kontrolle* steht in engem Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitserwartungen. Jedes Individuum entwickelt zur Orientierung ein Modell der Realität, dem es seine Erfahrungen unterordnet und das aufgrund Modellinkongruenter Erlebnisse verändert werden kann. Innerhalb dieses Modells spielen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1977) eine besondere Rolle für das subjektive Wohlbefinden (vgl. Elliot et al., 1997; vgl. Kap. 2.1.1). Erlebt das Individuum ein Gefühl der Kontrolle bzw. der Zielerreichung, steigt die Selbstwirksamkeitserwartung und wird Teil des Realitätsmodells (Grawe, 2004).

Das Bedürfnis nach *Selbstwerterhöhung* entwickelt sich später als die anderen Grundbedürfnisse, da das Vorhandensein eines Selbstkonzepts und die Fähigkeit zu reflexivem Denken eine Voraussetzung für dessen Entwicklung darstellen. Ein erhöhter Selbstwert

steht mit positiveren Gefühlen und mit psychischem Wohlbefinden in Zusammenhang (Sheldon & Niemiec, 2006).

*Bindung und Anschluss* beinhaltet das Bedürfnis des Menschen nach Bezogenheit zu anderen (Grawe, 2004). Die Ausprägung dieses Bedürfnisses hängt unter anderem von dem in der Kindheit entwickelten Bindungsstil ab (Bowlby, 1975). Im weiteren Verlauf wird auf die vielfältigen Bezüge zwischen den Konzepten Grawes und Bowlbys noch eingegangen werden (vgl. Kap. 2.3).

Um die vier Grundbedürfnisse zu befriedigen, entwickelt der Mensch individuelle *Ziele* sowie *Mittel der Zielerreichung*. Diese Ziele und Mittel werden in der Konsistenztheorie als *motivationale Schemata bezeichnet* und sind in Abhängigkeit von genetischen, gesellschaftlichen, sozialen, kulturellen und individuellen Bedingungen unterschiedlich in ihrer Bedeutung für das Individuum (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Einem Aspekt dieser Unterschiedlichkeit wird explizit im kulturvergleichenden Teil der Untersuchung Rechnung getragen (vgl. Kap. 2.6 & 5.3).

Motivationale Schemata bilden sich neurologisch als aktivierte Neuronenverbände ab. Den Grundbedürfnissen übergeordnetes, oberstes Prinzip des Organismus ist das Streben nach *Konsistenz*, das Streben nach der Vereinbarkeit und Abstimmung gleichzeitig ablaufender motivationaler, neuronaler und kognitiver Prozesse, also gleichzeitig aktivierter motivationaler Schemata. Je besser dies gelingt, desto erfolgreicher ist das Individuum in der Anpassung und Auseinandersetzung mit seiner Umgebung. Das bedeutet dann auch, dass die Befriedigung der Grundbedürfnisse in gutem Maße gewährleistet ist (Grosse Holtforth & Grawe, 2004).

Bleiben die Grundbedürfnisse unbefriedigt, oder werden diese im Gegenteil sogar verletzt, bilden sich sogenannte Vermeidungsziele heraus, mit deren Hilfe der Organismus sich vor neuerlichen Verletzungen schützt. Dementsprechend entstehen sowohl Annäherungs- als auch Vermeidungsschemata. Diese sind nicht als Gegensatzpaar zu betrachten, sondern dienen der maximalen Bedürfnisbefriedigung durch Erreichen der Annäherungsziele, bei minimaler Bedürfnisverletzung durch Erreichen der Vermeidungsziele. In einem funktionierenden System besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den motivationalen Zie-

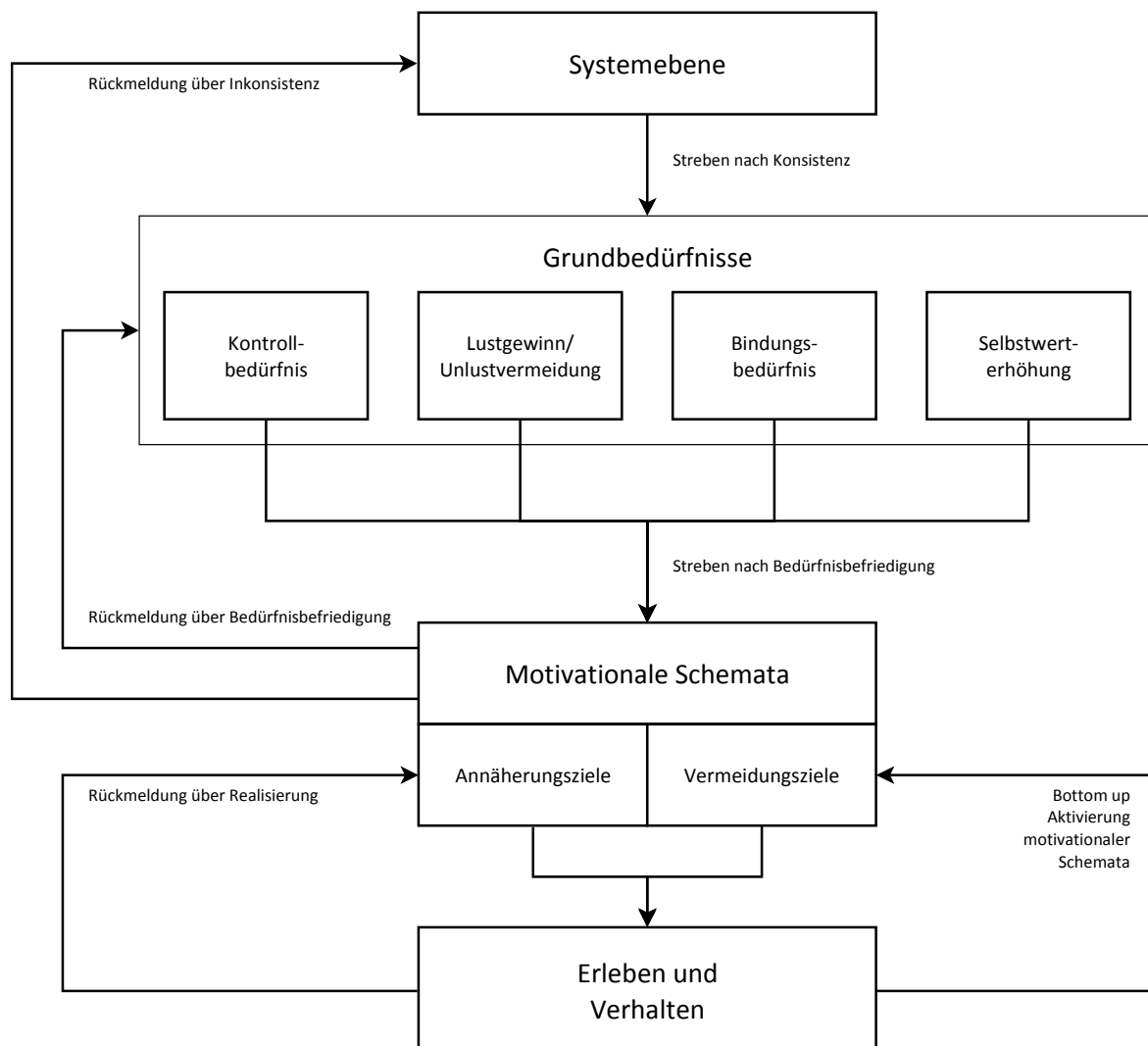
len (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Bei diesen Zielen handelt es sich nicht um Ergebnis- sondern viel mehr um Prozessziele, da diese nicht endgültig erreicht werden können, sondern für einen kontinuierlichen Annäherungs- bzw. Vermeidungsprozess stehen (Grosse Holtforth & Grawe, 2000). Annäherungsziele können aber zumindest momentan erreicht werden, während Vermeidungsziele von prozesshafterem Charakter sind. Das Vermeiden bestimmter Situationen, Personen oder Gedanken bedarf der ständigen Aufmerksamkeit und Reaktion auf unerwünschte Ereignisse. Vermeidungsziele sind besonders bedeutsam für das subjektive Wohlbefinden, da sie, wenn sie stark im Vordergrund stehen, den Erfahrungsraum des Individuums und damit die Befriedigung positiver Ziele und die Entwicklung neuer positiver motivationaler Schemata einschränken.

Gewinnen Vermeidungsziele aufgrund zu vieler verletzender Erlebnisse übermäßig an Bedeutung, können Annäherungsziele nur noch bei gleichzeitiger Verletzung der Vermeidungsziele erreicht werden. Die motivationalen Tendenzen gelten dann als miteinander unvereinbar. Diese Unvereinbarkeit gleichzeitig aktivierter motivationaler Prozesse wird als *Inkonsistenz* bezeichnet. Wenn die *Inkonsistenz* sehr stark ausgeprägt ist, können die psychologischen Grundbedürfnisse nicht mehr befriedigt werden. Es gibt zwei Arten von *Inkonsistenz*, *Diskordanz* und *Inkongruenz*. *Diskordanz* bezeichnet motivationale Konflikte zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen. Diese interferieren miteinander und blockieren sich, sodass kein Ziel mehr erreicht werden kann oder zumindest nicht mehr in ausreichendem Maße. Das bedeutet auch, dass die psychische Aktivität des Organismus einzig auf das Vermeiden weiterer Verletzungen ausgerichtet wird, während die *Grundbedürfnisse* unbefriedigt bleiben. Die gleichzeitige Aktivierung miteinander unvereinbarer Annäherungs- und Vermeidungsschemata wird in der Konsistenztheorie als *Konfliktschema* bezeichnet. Des Weiteren werden durch die andauernde Aktivierung der Vermeidungsschemata die Kognitionen beeinflusst, indem die Vermeidungsschemata durch eine kurzfristige Reduktion der Spannung gegenüber anderen (Annäherungs-) Schemata stärker gebahnt und damit verstärkt werden.

Die in dieser Arbeit zu untersuchende Folge der *Inkonsistenz* ist die *Inkongruenz*. Diese Begrifflichkeit entstammt der Kontrolltheorie von Powers (1973) und bezeichnet das Gefühl, dass die wahrgenommene Zielerreichung nicht mit den aktivierten Zielen übereinstimmt. Bestimmte Ziele werden also in der individuellen Wahrnehmung nicht oder nicht

ausreichend befriedigt. Unbefriedigende Beziehungen, wie sie bei Menschen mit ausgeprägter bindungsbezogener Angst erlebt werden (s. Kap. 2.3) stellen eine mögliche Quelle der *Inkongruenz* dar. Zu stark ausgeprägte Vermeidungsziele führen zu Inkonsistenz, damit zu Stress, sind eine wesentliche Ursache für das Erleben von *Inkongruenz* und damit für die Bildung und Aufrechterhaltung psychopathologischer Symptome. Inkongruenzerleben korreliert positiv mit Depressivität (s. Kap. 2.1.3).

Eine Veranschaulichung der Konsistenztheorie erfolgt im „Funktionsmodell des psychischen Geschehens“ (Grawe, 2004, s. Abb.1). Hier wird auch die hierarchische Anordnung der einzelnen Konstrukte deutlich.



**Abb. 1:** Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (Grawe, 2004, S. 189)



Das Erleben von Inkonsistenz stellt zwar eine Form von Stress dar, führt aber nicht grundsätzlich zum Entstehen einer psychischen Erkrankung. Inkonsistenzspannung gilt auch als Motor der individuellen Entwicklung: Sie motiviert das Individuum dazu, die Spannung aufzulösen. Stehen dem Individuum funktionale Bewältigungsstrategien zur Verfügung, kommt es zu einer adäquaten Reduktion von Konfliktspannung und Inkonsistenz dergestalt, dass Ziele wieder miteinander vereinbar und erreichbar werden. Werden jedoch dysfunktionale Strategien eingesetzt, kommt es ebenfalls zu einer Reduktion der Konfliktspannung, die aber nicht der langfristigen Zielerreichung dient und sogar zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung führen kann. Das Vermeiden bestimmter Emotionen, Situationen oder befürchteter Konsequenzen können solche dysfunktionalen Strategien sein, die bei psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen. Auch ein hyperaktiviertes Bindungsverhalten, wie es bei bindungsbezogener Angst im Vordergrund steht, ist eine solche dysfunktionale Strategie. Langfristig verfestigen sich diese Verhaltensweisen und sorgen für Bahnung und Verstärkung und damit für eine Stabilisierung des dysfunktionalen Musters.

Nach Hayes, Wilson, Gifford, Follette und Strosahl (1996) können psychische Erkrankungen (insbesondere Angststörungen und Depressionen) als ungesunde Methoden der Vermeidung von Gefühlen, Gedanken und Erinnerungen betrachtet werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Bestimmung der Funktionalität der Vermeidung als diagnostisches Kriterium dienlich ist und dass Vermeidung nicht zuletzt aus diesem Grunde eine bedeutende Rolle in unterschiedlichen Therapieansätzen, unter anderem in der Psychoanalyse und in der kognitiven Verhaltenstherapie, spielt (Hayes et al., 1996). Aus diesem Grunde geht es in der *Allgemeinen Psychotherapie* (s. Exkurs, S. 18ff) darum, solche dysfunktionalen Strategien zu identifizieren und alternative Möglichkeiten der Spannungsreduktion und Zielerreichung aufzubauen. Über eine Reduktion der *Inkongruenz* soll so den Patienten zu einer besseren Bedürfnisbefriedigung verholfen werden (Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

Dank der umfassenden Bemühungen Grawes und seiner Mitarbeiter bietet sich mit der Konsistenztheorie nicht nur ein Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Krankheiten und die Möglichkeit der praktischen Umsetzung des Ansatzes (s. Exkurs *Allgemeine Psychotherapie*), sondern Grawe entwickelte auch die entsprechenden Instrumente. Der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe,

2002; s. Kap. 4.1.3) dient der Erfassung der Annäherungs- und Vermeidungsziele. Je weniger vermeidungsorientiert ein Individuum ist, desto besser, so die Annahme in der Konsistenztheorie, sollte es in der Lage sein, seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und desto ausgeprägter sollte sein psychisches Wohlbefinden sein. Tatsächlich ließ sich diese Annahme auch in Untersuchungen (Grosse Holtforth & Grawe, 2002, s. Kap. 2.1.3) bestätigen. Mithilfe des Inkongruenzfragebogens (s. Kap. 4.1.4) kann das Ausmaß des Inkongruenzerlebens als Indikator für Inkonsistenz erhoben werden. Inkongruenz steht als wichtigste Form der Inkonsistenz für eine unzureichende Bedürfnisbefriedigung und hängt daher mit psychischer Belastung zusammen, wie sich auch in empirischen Untersuchungen bestätigen lässt (s. Kap. 2.1.3). Im folgenden Abschnitt soll die Konsistenztheorie auf depressive Erkrankungen bezogen werden und Forschungsergebnisse, mit deren Hilfe der theoretische Zusammenhang zwischen *Inkongruenz* und depressiver Symptomatik belegt wird, werden berichtet.

### **Exkurs Allgemeine Psychotherapie**

Die *Allgemeine Psychotherapie* ist als Leitbild für empiriegeleitete Therapeuten, nicht als neue Therapieform zu verstehen (Grawe, 1999a). Das Ideal der *Allgemeinen Psychotherapie* ist es „Therapeutische Vorgehensweisen aus einem Verständnis ihrer Wirkungsweise heraus differentiell so zum Einsatz zu bringen, dass für den Patienten der größtmögliche Nutzen resultiert“ (Grawe, 1999b, S. 120). Das heißt, dass jede im Sinne der evidenzbasierten Forschung wirksame Therapiemethode unabhängig von der theoretischen Orientierung des Therapeuten eingesetzt wird, wenn diese indiziert ist (Grawe, 1999a). Zentrales Anliegen soll es sein, nicht nur das Störungsbild, sondern auch die Fähigkeiten, die Motivation und die Beziehungen des Patienten zu berücksichtigen. Die therapeutischen Mittel sollen dabei fallspezifisch kombiniert und eingesetzt werden.

Das Entstehen psychischer Störungen wird in der *Allgemeinen Psychotherapie* folgendermaßen erklärt: Es besteht eine neuronale Erregungsbereitschaft für unwillkürliche Reaktionen; einmal aktiviert, werden diese Reaktionen im impliziten Gedächtnis gespeichert und gegebenenfalls reaktiviert. Dies geschieht durch situative Auslöser oder durch implizite Prozesse. Kommt es zu einer motivationalen Konstellation, die zu *Inkonsistenz* führt, kann eine psychische Störung entstehen. Dabei fungiert die *Inkonsistenz* als auslösender Stressor, beeinflusst aber nicht die Art der Erkrankung. Diese wird durch genetische und

epigenetische Faktoren sowie durch situative Bedingungen bestimmt (Grawe, 1999b). Befindet sich der Organismus in einem Zustand höchster Inkonsistenzspannung, entwickelt er zu deren Reduktion einen Störungsattraktor, also einen neuen Ordnungszustand. Dieser wird durch die positive Erfahrung der Reduktion der Inkonsistenzspannung gebahnt und soweit verstärkt, dass er schließlich Teil eines neuronalen Netzwerkes und über dieses auch unabhängig von bestehender *Inkonsistenz* aktivierbar wird. Damit verselbständigt sich das psychische Krankheitsbild. So können sich beispielsweise bestimmte dysfunktionale Gedanken im Verlauf einer Depression verfestigen und unabhängig von einem konkreten externen Auslöser die Kognitionen bestimmen. Demnach werden stark ausgeprägte Vermeidungsschemata in der Konsistenztheorie als Quelle der Inkonsistenz und als Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen.

Psychotherapie sollte also einerseits an störungsspezifischen Parametern ansetzen, das heißt, die einzelnen Teile der Störungsattraktoren sollten verändert oder gehemmt werden. Andererseits sollte die Behandlung der Inkonsistenz auslösenden motivationalen Einflussfaktoren im Fokus stehen. Dies ist dann von Bedeutung, wenn die ursprünglich störungsauslösende Inkonsistenzspannung weiterhin bestehen bleibt. Dann ist nicht nur eine störungsspezifische, sondern auch eine *bewältigungsorientierte* Behandlung indiziert. Ziel des *bewältigungsorientierten* Vorgehens ist die Reduktion von Inkongruenz durch eine bessere Befriedigung der Grundbedürfnisse. Diese wird durch die Hemmung vermeidender und die Förderung intentionaler Komponenten des Konfliktschemas (s.o.) erreicht. Therapeutisches Mittel, durch das die Vermeidungstendenzen ins Bewusstsein gerückt werden, ist die *Klärung*. Anschließend werden über bewältigungsorientierte Maßnahmen die vermeidenden Tendenzen verringert und im Gegenzug die Annäherungstendenzen verstärkt.

Aus den obenstehenden Ausführungen ergibt sich, dass bei Patienten mit hohem Inkongruenzniveau eine Kombination aus *bewältigungs-* und *störungsspezifischem* Vorgehen indiziert ist, während bei Erkrankten mit niedrigem Inkongruenzniveau eine störungsspezifisch ausgerichtete Behandlung ausreichen sollte. In einer Studie zum Vergleich von Allgemeiner Psychotherapie und störungsspezifisch bewältigungsorientierter Psychotherapie zeigte sich die Allgemeine Psychotherapie mit einem kombiniert klärungs- und bewältigungsorientierten Vorgehen bei einem hohen Ausmaß an Inkongruenz allerdings nur für

die Behandlung interpersoneller Probleme als überlegen (Grosse Holtforth, Grawe, Fries & Znoj, 2008).

Weitere Wirkfaktoren der Allgemeinen Psychotherapie neben dem störungsspezifischen Vorgehen sind Ressourcenaktivierung und Konfliktbearbeitung. Die Ressourcenaktivierung dient der Aktivierung motivationaler Schemata. Dadurch macht der Patient mehr bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und sein Wohlbefinden wird gesteigert (Grawe, 1999b). Im Rahmen der Konfliktbearbeitung wird der Einfluss der Konfliktschemata durch Klärung und Bewältigung abgeschwächt. Diese Wirkfaktoren interagieren: je stärker die motivationalen Schemata aktiviert werden, desto mehr verlieren die Konfliktschemata an Einfluss.

### **2.1.3 Konsistenztheorie und Depression**

In diesem Teilkapitel sollen depressive Erkrankungen im Rahmen der Konsistenztheorie betrachtet und relevante Forschungsergebnisse hinsichtlich Inkongruenz und Depressionen dargestellt werden. Aus den Erläuterungen zur Entstehung von psychischen Erkrankungen im Rahmen der Konsistenztheorie sollte hervorgegangen sein, dass psychische Krankheiten aus dysfunktionalen Schutzmechanismen entstehen, die sich verselbständigen und zu Krankheitssymptomen werden. Bei Depressionen werden so spezifische vermeidende Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug oder bestimmte Kognitionen (negatives Selbstbild), die in einzelnen Situationen durchaus sinnvoll sein können, gebahnt und beeinflussen das gesamte Verhalten und Erleben. Aufgrund solcher dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen werden dann Erfahrungen vermieden. Vermeidungsschemata treten in den Vordergrund, konkurrieren mit Annäherungsschemata und führen zu Inkonsistenz und Inkongruenzerleben. So lösen die ursprünglichen Schutzmechanismen Depressionen nicht nur aus, sondern erhalten sie auch aufrecht. Der depressiv Erkrankte hat nicht mehr die Möglichkeit, Annäherungsziele zu erreichen und Schema-inkongruente, positive Erfahrungen zu machen. Im Folgenden sollen Forschungsbefunde angeführt werden, die belegen, dass Depressionen mit erhöhter Vermeidungsmotivation und erhöhtem Inkongruenzerleben einhergehen.

Holahan, Moos, Holahan, Brennan und Schutte (2005) gelang es, anhand vermeidender Copingstrategien bei Stress depressive Symptome zehn Jahre später vorherzusagen. Dieser

Zusammenhang ließ sich durch eine höhere Gesamtzahl an Stressoren erklären. Das heißt, vermeidendes Coping ist nicht nur weniger hilfreich, sondern sorgt im Gegenteil für eine größere Belastung durch Stressoren, die letztendlich in eine depressive Erkrankung münden kann. Weitere grundlegende Untersuchungen wurden im Rahmen der Validierung des FAMOS von Grosse Holtforth and Grawe (2002) und des INK (Grosse Holtforth et al., 2004) durchgeführt. Bei Depressiven fanden sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen Annäherungs-, Vermeidungs-, und Gesamtkongruenz mit Depressivität, ebenso wie zwischen Vermeidungsmotivation im FAMOS mit Depressivität. Je höher diese Vermeidungsmotivation ausfällt, desto niedriger ist die erlebte Befriedigung von Annäherungs- und Vermeidungszielen. Dickson und MacLeod (2004) fanden bei depressiven Patienten weniger Annäherungsziele, weniger Pläne zu deren Erreichung, mehr Pläne zum Erreichen von Vermeidungszielen, aber nicht mehr Vermeidungsziele an sich. Coats, Janoff-Bulman & Alpert (1996) untersuchten das subjektive Wohlbefinden in Abhängigkeit von der Anzahl an Annäherungs- und Vermeidungszielen. Je größer die Anzahl berichteter Vermeidungsziele, desto ausgeprägter war die negative globale Selbstbewertung der befragten Personen. Insbesondere zeichneten sich die Probanden durch eine höhere Depressivität, geringere Selbstachtung und weniger Optimismus aus. Je höher dagegen die Anzahl der berichteten Annäherungsziele ausfiel, desto geringer war die Depressivität ausgeprägt.

Eine sehr aktuelle deutsche Studie beschäftigt sich ebenfalls mit der Bedeutung von Annäherungs- und Vermeidungszielen für das Therapieergebnis bei 657 stationären depressiven Patienten (Wollburg & Braukhaus, 2010). Die Autoren konnten zeigen, dass Patienten, die ausschließlich Annäherungsziele formulierten, deutlich besser von der Behandlung profitierten, als Patienten, die auch Vermeidungsziele nannten, obwohl beide Patientengruppen etwa 50% der genannten Ziele erreichen konnten. Auch die Arbeitsgruppe um Grawe (Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005) konnte zeigen, dass depressive Patienten mehr Vermeidungsmotivation aufweisen als Gesunde, dass hohe Ausprägungen von Vermeidung bei der Behandlung von Depressiven mit weniger Therapiefortschritt einhergehen und dass eine erfolgreiche Depressionstherapie mit einer Reduktion der Vermeidungsmotivation zusammenhängt.

Auch in einer weiteren Untersuchung (Berking, Grosse Holtforth & Jacobi, 2003a) wirkte sich kognitive Verhaltenstherapie normalisierend auf die klinisch relevanten Ziele von

Depressiven aus. Therapieerfolg und Reduktion der Bedeutsamkeit von Vermeidungszielen korrelierten positiv miteinander. Berking, Grosse Holtforth und Jacobi (2003b) betrachteten das Inkongruenzniveau von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen (u.a. Depressionen) in verhaltenstherapeutischer Behandlung vor und nach der Therapie. Dabei ergab sich eine deutliche Reduktion des Inkongruenzniveaus bei den Patienten, die sehr gut von der Therapie profitiert hatten. Dieses sank bis auf klinisch nicht relevante Werte ab. In einer weiteren Studie wurde betrachtet, welche Veränderungsprozesse in der Psychotherapie sich auf die Vermeidungsmotivation auswirken. Klärung und Bewältigung erwiesen sich unter anderem bei depressiven Studienteilnehmern als prädiktiv für eine Reduktion der Vermeidungsmotivation (Grosse Holtforth, Grawe & Castonguay, 2006).

Aus den berichteten Forschungsbefunden wird deutlich, dass bei Depressiven Vermeidungsziele deutlich im Vordergrund stehen und dass Depressionen mit erhöhtem Inkongruenzerleben einhergehen. Mit einer erfolgreichen Behandlung sinken Vermeidungsmotivation, Inkongruenzerleben und Depressivitätswerte.

## 2.2 Scham

So wie die im vorherigen Kapitel dargestellten Ziele als motivationaler Aspekt, spielen auch Emotionen<sup>1</sup> eine entscheidende Rolle in der Entstehung, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen (Gross & Munoz, 1995). Das Erwerben von Strategien zur verbesserten Wahrnehmung oder Regulation von Gefühlen spielt in allen Therapien eine bedeutende Rolle. Je nach Störung stehen spezifische Gefühle im Vordergrund: Angst bei Panikstörungen oder Scham und Schuld bei affektiven Erkrankungen. Andere Aspekte emotionalen Erlebens gehen während der Erkrankung verloren. Beispielhaft soll hier der psychoanalytische Ansatz zur Erklärung von Depressionen genannt werden. Die Psychodynamik der depressiven Neurose zeigt sich als nach innen gerichtete Aggressivität; Ausdruck finden Scham- und Schuldgefühle (vgl. z. B. Hoffmann & Hochapfel, 1999). Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen Schamerleben und Depressivität im Fokus stehen.

---

<sup>1</sup> Für einen umfassenden Überblick über die Emotionstheorien, siehe Turner, J. H. & Stets, J. E. (2005). *The Sociology of Emotions*. Cambridge: University Press.

## 2.2.1 Theoretische Grundlagen

### 2.2.1.1 Ansätze der Emotionspsychologie

Drei theoretische Ansätze prägen die Emotionspsychologie: *evolutionäre Theorien*, *kognitive Bewertungstheorien* und *sozialkonstruktivistische Theorien* (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). *Evolutionäre Theorien* betrachten Emotionen als Mechanismen der biologischen Anpassung. Ein Beispiel ist die James-Lange-Theorie (z.B. James, 1884, zit. nach Brennan, 1998), in der physiologische Prozesse als Auslöser von Gefühlen betrachtet werden. Emotionen sind genetisch kodierte Programme, die durch bestimmte Schlüsselsituationen, -reize oder -objekte gestartet werden. Gefühle sind also im Sinne einer Reiz-Reaktionskette eng verbunden mit Problemstellungen, die wichtig für die Anpassung des Individuums sind. Einmal ausgelöst, koordinieren die Gefühle als Programm die zur Problemlösung nötigen Körperfunktionen (Solomon et al., 2000). Problemlöseverhalten dient der Reproduktion, entweder deren Förderung oder dem Ausräumen von Aspekten, die diese behindern.

Die *kognitiven Bewertungstheorien* wurden aus der Erkenntnis der Unzulänglichkeit der evolutionären Ansätze heraus entwickelt. Die Vertreter der evolutionären Ansätze übersahen, dass die gleiche Situation bei verschiedenen Personen oder zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Gefühle auslösen kann. Auf eine mangelhafte Prüfungsleistung kann beispielsweise mit Scham, Wut oder Trauer reagiert werden, was gegen eine reine Reiz-Reaktionskette als gefühlsauslösendes Moment spricht. Die kognitiven Bewertungstheorien verbinden Emotionen mit Denkprozessen. Die subjektive Bedeutung einer Situation wird ebenso berücksichtigt wie Kausalattributionen. Schachter und Singer (1962) gelten als Vertreter der kognitiven Bewertungstheorien. Sie gehen davon aus, dass einer physiologischen Erregung anschließend in einem kognitiven Bewertungsprozess eine emotionale Qualität zugeschrieben wird. Moderne Theorien präzisieren diese Idee, indem sie den Bewertungsprozess genauer beschreiben und Bewertungsdimensionen bestimmen. Handelt es sich um ein positives oder negatives Ereignis, ist es Ziel fördernd oder hindernd, konsistent zum Bild vom eigenen Selbst und moralischen Werten, erwartet oder unerwartet, überwältigend oder zu bewältigen? Erst nach einem derartigen umfassenden Bewertungsprozess entsteht die Emotion (z. B.: Scherer, 1997; Arnold, 1960).

*Sozialkonstruktivistische Theorien* erweitern die kognitiven Bewertungstheorien um eine gesellschaftliche Dimension. Sie beschreiben Emotionen als kulturabhängige, gelernte emotionale Syndrome, die die Normen und Werte einer gesellschaftlichen Gruppierung widerspiegeln (Averill, 1980a, b). Man kann diese also als rahmengebend für kognitive Prozesse betrachten. Dieser Ansatz lässt sich gut mit Überlegungen zu Scham vereinbaren, da dieses Gefühl, wie im Folgenden noch beschrieben werden wird, als Folge von moralisch-gesellschaftlichen Normabweichungen auftritt.

Emotionen werden in primäre und sekundäre Emotionen unterteilt (z. B. Kemper, 1987). *Primäre* Emotionen sind nicht von einem Bewusstsein vom eigenen Selbst abhängig und somit sehr früh im Leben wahrnehmbar. *Sekundäre Emotionen* sind komplexer und können erst ab einem gewissen kognitiven Entwicklungsstand empfunden werden. Zu den *primären kognitions-unabhängigen* (z.B. Kemper, 1987) *Emotionen* gehören Glück, Traurigkeit, Wut und Ekel, während Scham, Schuld und Stolz zu den *sekundären* beziehungsweise *selbstreflexiven* oder *selbstbewertenden Emotionen* zählen (Lewis, 1992). Tracy und Robins (2007) nennen fünf charakteristische Merkmale selbstreflexiver oder selbstbewertender Emotionen. Zunächst treten diese erst *ab dem zweiten bis dritten Lebensjahr* auf, da für ihr Erleben bestimmte kognitive Fähigkeiten nötig sind. Selbstreflexiven Emotionen kann im Gegensatz zu primären Emotionen *kein spezifischer Gesichtsausdruck* zugeordnet werden. Ein *Selbstkonzept* oder Bewusstsein vom eigenen Selbst (Tangney & Fisher, 1995) muss ausgebildet worden sein, grundlegend dafür ist die Fähigkeit, sich selbst als von anderen getrennte Einheit wahrzunehmen (Niedenthal et al., 2006). Weitere notwendige kognitive Bedingungen für das Erleben sekundärer Emotionen sind das *Verstehen und die Internalisierung elterlicher und sozialer Normen* (Lewis, 2000) sowie das Bewusstsein, bestimmte eigene Standards oder die Erwartungen anderer verletzt zu haben (Schmidt-Atzert, 1996). Dazu gehört auch das Wissen, dass andere einen anhand geltender sozialer Normen beurteilen (Lewis, 2000). Diese Ansicht spielt auch in der Psychoanalyse eine bedeutende Rolle, wo Scham als Reaktion auf eine Verfehlung gegenüber dem Über-Ich betrachtet wird (Lewis, 1971, 1987). Mit der Norm-Internalisierung einhergehend ist die *Fähigkeit zur Selbstbewertung*. Dazu gehört eine ideale Vorstellung vom Selbst (Niedenthal et al., 2006). Ein für diese Arbeit relevantes Beispiel für das Selbstkonzept ist die Einschätzung, die wir von uns in Beziehungen mit anderen haben, beispielsweise in einer



Paarbeziehung. Wie sieht sich eine Person als Partner, wie sollte sie sein oder wie wäre sie im idealen Fall (Higgins, 1987)?

Nur dann, wenn Selbstkonzepte involviert sind, kommt es demzufolge auch zum Erleben selbstbewertender Emotionen (Tracy & Robins, 2004a). Selbstbewertende Gefühle dienen der Selbstwerterhöhung und dem Erreichen komplexer sozialer Ziele, während primäre Emotionen nach Tracy und Robins (2007) sowohl evolutionären als auch sozialen Zielen dienen können. Soziale Ziele dienen dem Erhalten oder Erhöhen des Status, oder dazu, den Ausschluss aus der Gruppe zu verhindern (Keltner, Young & Buswell, 1997; Tracy & Robins 2004b). Oberste Ziele sind immer das Überleben und die Reproduktion, bei primären Emotionen unmittelbar, bei sekundären mittelbar (Tracy & Robins, 2004a). Scham- und Verlegenheitsgefühle dienen beispielsweise der Beschwichtigung und dem Auslösen von Nachsicht im Gegenüber nach einem Verstoß gegen soziale Normen (Keltner et al., 1997; Tangney & Dearing, 2002).

### **2.2.1.2 Zur Ontogenese von Schamgefühlen**

Erfahrungen mit primären Bezugspersonen spielen eine entscheidende Rolle für die Entwicklung von Emotionen. Schamempfinden wird im Rahmen bestimmter Situationen erlernt und entsteht, wenn es einem Kind nicht gelingt, die Standards der Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen zu erfüllen. Im Erwachsenenalter tritt in den Situationen Scham auf, in denen eine Person an den eigenen Standards scheitert, die aus den internalisierten elterlichen – beziehungsweise tradierten gesellschaftlichen und moralischen – Normen entstanden sind. Grundlage für dieses Gefühl ist der enge Zusammenhang von Scham zur angenommenen negativen Bewertung durch andere. Adäquates Schamempfinden dient also der Regulierung von Verhalten, da es als Strafe für das Überschreiten allgemeingültiger Normen empfunden wird und dient damit durchaus adaptiven Zwecken (Kämmerer, Rosenkranz, Parzer & Resch, 2003).

Der Bezug zur Bindungstheorie ist naheliegend und wurde auch durch die Forschung bestätigt (z.B. Sherry, 2007; s. Kap. 2.5). Gilbert (2007) betont, dass Scham mit dem empfundenen Verlust positiver Gefühle (Akzeptanz und Wertschätzung) durch andere zusammenhängt. Damit geht die Gefahr einher, ausgeschlossen oder zurückgewiesen zu werden. Die ersten „Anderen“ sind die Eltern. Sie stehen für Sicherheit, Entspannung, Hilfe und

Trost sowie Unterstützung im Bilden sozialer Rollen und bei gemeinschaftlichen Aktivitäten. Scham dient als Warnmechanismus, wenn diese erste überlebensnotwendige Beziehung und grundlegende Erfahrung von Sicherheit gefährdet ist. Zurückweisung oder Kritik führt zunächst zu defensivem Verhalten, im zweiten Schritt aber zu einem Abgleich mit dem Bild vom eigenen Selbst und zu Schamentwicklung. Diese adaptiven Mechanismen lassen sich im Rahmen der sicheren Bindung an die Bezugspersonen erlernen, die für gewöhnlich ein Gefühl des Geschütztseins vermitteln und im Kind Fähigkeiten der Selbstberuhigung und Emotionsregulation entwickeln.

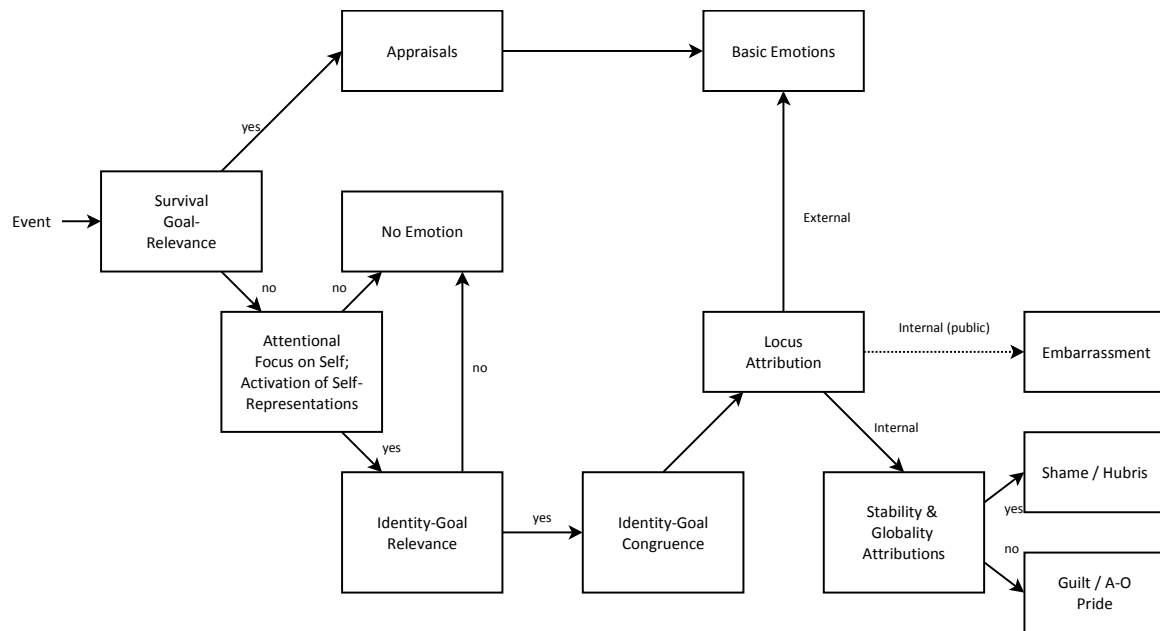
Bei unsicher gebundenen Kindern tritt Scham genau wie bei anderen auf, wenn diese einen Fehler oder eine Normabweichung begangen haben und sich dadurch unzulänglich, unattraktiv und unerwünscht fühlen (Lewis, 1992; Tangney & Dearing, 2002). Dieses temporäre Selbstbild von Unzulänglichkeit und Angst vor Zurückweisung ähnelt dem des ängstlichen Bindungsstils (s. Kap. 2.5). Auch Gilbert (2007) äußert sich diesbezüglich, indem er das Auftreten von Scham nach dem Ende einer Beziehung als Reaktion auf die Zurückweisung und das Gefühl, für andere nicht attraktiv zu sein, deutet. Lewis (1987) sieht Schamerleben in Zusammenhang mit Feldabhängigkeit. Sie meint damit die gegenüber anderen stärkere Bezogenheit eines Menschen zu seinem Umfeld und dessen Bewertung. Lewis betont damit die Verbindung von Schamgefühl und Bindungstheorie und verdeutlicht, dass eine Bedrohung von Bindung, beispielsweise ein Liebesverlust, Schamgefühle hervorruft. Daraus lässt sich auf ein häufiges Erleben von Scham unter Personen mit erhöhter bindungsbezogener Angst schließen, die sich durch überhöhte Erwartungen an ihre Partner und sich selbst in Beziehungen und mit hoher Angst vor Zurückweisung auszeichnen.

Scham wird also erlernt durch Bindungserfahrungen, steht in Zusammenhang mit dem Nicht-Einhalten sozialer Normen beziehungsweise dem Nicht-Erreichen bestimmter Selbststandards und tritt bei Personen mit bindungsbezogener Angst möglicherweise häufiger auf. Wie kommt es nun zu einer Anwendung des Gelernten, nach welchem Mechanismus entstehen Schamgefühle?

### **2.2.1.3 Situative Aktivierung von Schamgefühlen**

Die Entstehung von Schamgefühlen in einer Situation kann anhand des Modells zu selbstbewertenden Emotionen (s. Abb. 2; vgl. Tracy & Robins, 2004a, b) beschrieben werden:

Zunächst wird eingeschätzt, ob ein eintretendes Ereignis unmittelbar überlebenswichtig ist. Trifft dies zu, wird nach einem kognitiven Bewertungsprozess (vgl. Schachter & Singer, 1962) eine primäre Emotion ausgelöst. Handelt es sich nicht um ein überlebenswichtiges Ereignis, wird auf das Selbst gerichtete Aufmerksamkeit (Carver & Scheier, 1998) und damit das Bild vom eigenen Selbst aktiviert. Es wird bewertet, ob das Ereignis relevant für die Identitätsziele ist (Tracy & Robins, 2004a). Hängt ein Ereignis mit den Identitätszielen



**Abb. 2: Process model of self-conscious emotions** (Tracy & Robins, 2004a, S. 110)

oder Selbstrepräsentationen zusammen, wird überprüft, ob es zu ihnen in Kongruenz steht (Lazarus, 1991; Tracy & Robins, 2004a). Wie bereits beschrieben (s. Kap. 1 & 2.2.1.1) wird in Soll- und Ideal-Repräsentationen unterschieden (Higgins, 1987)<sup>2</sup>. Diese Bilder sind weiterhin unterteilt in Selbst- und Fremdbild. Wie eine Person idealerweise gerne wäre, ist im Selbstbild umschrieben; wie eine Person glaubt, dass sie in den Augen anderer ideal ist, im Fremdbild. Selbstbewertende Emotionen entstehen, wenn die Identität bedroht oder gestärkt wird. Dabei führt die Annäherung an ein Selbstregulations-Ziel zu positivem Affekt. Das sich Entfernen führt zu negativen Empfindungen (Carver & Scheier, 1998).

<sup>2</sup> Tangney, Niedenthal, Covert und Barlow (1998) konnten in einer Studie zur Testung von Higgins' (1987) Hypothesen sowohl für Diskrepanzen zwischen aktuellem und Soll-Selbst als auch für Diskrepanzen zwischen aktuellem und idealem Selbst nur eine Neigung zu Scham, nicht aber zu Schuld nachweisen, während Higgins für aktuell-ideal-Diskrepanzen Scham vorhersagte und für aktuell-Soll-Diskrepanzen Schuld.

Scham entsteht, wenn man sich selbst die Verantwortung für das Nicht-Erfüllen der Selbst-Standards zuschreibt (Lazarus, 1991). Das entspricht einer internalen, stabilen, globalen und negativen Kausalattribution (Weiner, 1986). Scham entsteht also, weil das ganze Selbst negativ bewertet wird. Bei externaler Kausalattribution wird kein selbstreflexiver Prozess aktiviert, sodass primäre Emotionen wie Glück, Ekel oder Traurigkeit entstehen. Weiterhin ist es möglich, dass Überlebensziele (sich selbst vor dem Bären retten) mit Identitätszielen (als Beschützer auftreten) interferieren, sodass es zu Inkonsistenzerleben kommen kann (Tracy & Robins, 2004a, Grawe, 1999). Bei psychischen Erkrankungen können Identitätsziele nicht mehr erreicht werden, wenn andere Verhaltensweisen im Vordergrund stehen. Ein Beispiel wäre das Vermeidungsverhalten bei Angststörungen.

Tracy und Robins (2006) testeten die Annahmen ihres Modells zu Selbst-bewertenden Emotionen und konnten folgende Aspekte bestätigen: Probanden mit internalen Kausalattributionen empfinden mehr Scham und Schuld. Genauer gesagt waren internale, stabile und globale Kausalattributionen modellkonform mit Scham verbunden; internale, unstabile, aber kontrollierbare Attributionen mit Schuld. Tangney, Miller, Flicker und Barlow (1996) fanden mehr vermeidende Verhaltensweisen (Wunsch sich zu verstecken; Ungehehen machen; nicht zugeben, was passiert war) als Antwort auf Schamgefühle im Vergleich mit Schuld. Sheikh und Janoff-Bulman (2009, 2010) konnten Scham Probanden mit höherer Vermeidungsmotivation und Schuld Probanden mit höherer Annäherungsmotivation zuordnen. Sie unterscheiden im Sinne Carver und Scheiers (1998) zwischen Selbst-Regulation, die auf der Vermeidung negativer Empfindungen und was man nicht tun sollte (unmoralisch) basiert und zwischen Selbst-Regulation, die positive Ergebnisse, Annäherung, was man tun sollte (moralisch verpflichtend) fokussiert. Wurde Vermeidung („Ich sollte nicht...“) geprimt, erhöhten sich Schamgefühle, wurde Annäherung („Ich sollte...“) geprimt, erhöhten sich Schuldgefühle bei Nicht-Erreichen des Ziels. Schmader und Lickel (2006) untersuchen ebenfalls den Zusammenhang zwischen Scham und Schuld mit Annäherungs- und Vermeidungsmotivation in Abhängigkeit von Selbst- und Fremdbild in der Annahme, dass Schuld generell stärker mit Annäherung, Scham generell stärker mit Vermeidungstendenzen assoziiert ist<sup>3</sup>. Die Autoren konnten bezüglich des angenommenen

---

<sup>3</sup> Zur weiteren Abgrenzung und Diskussion von Scham und Schuld wird auf entsprechende Literatur verwiesen (s. z. B. Elison, 2005; Tangney, 1991; Tangney, Miller, Flicker & Barlow, 1996). Diese ist von größerer Bedeutung bei Untersuchungen zum Thema Schuld, da es sich nach Elison (2005) hierbei um einen „emotio-

Fremdbildes ihre Hypothesen bestätigen, bezüglich Empfinden zu Scham oder Schuld im Selbstbild ergab sich hingegen kein eindeutiges Muster. Diese Ergebnisse bestätigen die Bedeutsamkeit des Modells von Tracy und Robins (2004a, b). Weiterhin weisen sie auf eine Verbindung mit der Konsistenztheorie (Grawe, 1999b) hin. Es kann also von einem hypothetischen Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Schamgefühlen ausgegangen werden.

### 2.2.2 Scham und Depression

Wie bereits deutlich geworden sein sollte, bestehen vielfältige theoretische Bezüge zwischen Schamgefühlen und Depressionen. In diesem Abschnitt sollen empirische Belege für diese Bezüge zitiert werden. Kim, Thibodeau und Jorgensen (2011) bieten ein aktuelles Review zur Abgrenzung von Schuld und Scham bei Depressionen. Darin stellen die Autoren entscheidende Gemeinsamkeiten zwischen Scham und Depressionen heraus, die in diesem Kapitel als Orientierung dienen sollen. *Allgemein* zeigten sich in 108 der untersuchten Studien signifikant stärkere Zusammenhänge zwischen Scham und Depressionen als zwischen Schuld und Depressionen. Harder, Cutler & Rockart (1992) konnten an einer nicht-klinischen Stichprobe Depressivität in gleichem Maße mit Scham und Schuld in Zusammenhang bringen. Dieses Bild änderte sich, wenn der jeweils andere Affekt herausparialisiert wurde. Dann zeigte sich ein klarer Zusammenhang mit Depressivität nur bei Scham. In einer Untersuchung zu Scham, Schuld und Depression korrelierte die Neigung zu Schamempfinden stark positiv mit psychologischer Fehlanpassung (Tangney, Wagner & Gramzow, 1992). Die Forschungsergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Schweregrad der depressiven Symptomatik und Schamerleben sind allerdings inkonsistent. Während die Mehrheit der Studien einen Zusammenhang feststellen konnte, gelang dies in einzelnen Studien nicht (Alexander, Brewin, Vearnals, Wolff & Leff, 1999). Alexander et al. (1999) vermuten, dass Scham eher eine Rolle in der Entstehung depressiver Symptomatik als in deren Verlauf spielen könnte. Andrews, Qian und Valentine (2002) untersuchten den Beitrag von Körperscham, Charakterscham und Verhaltensscham zur depressiven Symptomatik. Sie fanden heraus, dass Scham als dispositionaler Faktor zur Entwicklung einer Depression beiträgt. Kämmerer (2010) trägt mit ihrer Untersuchung zu einer Untermaue-

---

nen Sonderfall“, einen kognitiv-affektiven Hybriden handelt, während er bei Scham von einer „reinen“ Emotion ausgeht.

rung dieser Interpretation von erhöhtem Schamempfinden als Vulnerabilitätsfaktor bei. In einer groß angelegten Untersuchung, in der Patienten unterschiedlicher Diagnosen und Therapieformen bezüglich ihres Schamerlebens mit einer Normstichprobe verglichen wurden, zeigten die depressiv oder rezidivierend depressiv Erkrankten signifikant höhere Körperschamwerte. Weiterhin wiesen die Patienten mit einer depressiven Episode, aber nicht diejenigen mit einer rezidivierenden depressiven Störung signifikant höhere Werte auch auf dem Gebiet der Leistungs- und sozialen Scham auf. Die Skalen des HFS (Kämmerer et al., 2003) korrelieren positiv mit bestimmten Persönlichkeitsstilen (erwarten eher Bestrafung als Belohnung; Grübelneigung; Wunsch, die Erwartungen anderer zu erfüllen; Perfektionismus; Angst, verlassen zu werden). Daraus lässt sich schließen, dass Schamgefühle eine bedeutende Rolle in der Entwicklung dieser Personen gespielt haben und als Vulnerabilitätsfaktor für affektive Erkrankungen wirken. Diese Ausführungen zeigen den Zusammenhang zwischen Scham und Depressivität auf und beleuchten die Annahmen von Schamerleben als Vulnerabilitätsfaktor für Depressionen. Im Weiteren soll anhand der von Kim et al. (2011) berichteten Ergebnisse auf die spezifischen Gemeinsamkeiten zwischen Scham und Depressionen eingegangen werden. Zunächst stehen Scham und Depressionen in Zusammenhang mit einem *negativen Selbstbild und Rumination* (Kim et al., 2011). Orth, Berking und Burkhard (2006) konnten diesen Zusammenhang zwischen Scham und Depression mit Rumination als Mediatorvariable nachweisen. Des Weiteren stellte sich heraus, dass die Neigung zu Schamempfinden mit einem *internalen, globalen und stabil negativen Attributionsstil* zusammenhängt (Kim et al., 2011; vgl. auch Tangney et al., 1992), der dem Stil depressiv Erkrankter entspricht (Weiner, 1989; Lewis, 1992). Janoff-Bulman (1979) zeigte, dass depressive Studentinnen zu Selbstbeschuldigungen neigen, die den ganzen Charakter betreffen, während die Selbstbeschuldigungen nicht depressiver Studentinnen sich eher auf spezifische Verhaltensweisen bezogen. Diese Art der globalen Attribution wird ebenso mit Schamempfinden in Zusammenhang gebracht (z. B. Tracy & Robins, 2004a, b). Negative Selbstattributionen gehen mit *Gefühlen der Wertlosigkeit* einher, wie sie auch für depressive Erkrankungen charakteristisch sind (Kim et al., 2011; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, s. Kap. 2.4.1). Lewis (1971, 1987) erklärt deren Entstehung durch eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit und -beobachtung in Scham auslösenden Situationen. Lewis führt weiterhin aus, dass Schamgefühle mit niedrigem Selbstwert in Zusammenhang stehen, der wiederum aus unsicheren Bindungserfahrungen entsteht. Die Selbstdiskrepanztheorie (Higgins, 1987), wie sie im vorherigen Abschnitt bereits zur Erklärung

der Entstehung von Schamgefühlen zitiert wurde, stellt einen weiteren theoretischen Brückenschlag zwischen Schamerleben und Depression dar. Aus nichtauflösbaren Diskrepanzen zwischen dem wahrgenommenen und dem Ideal- oder Soll-Selbst- und Fremdbild entstehende Emotionen wie Scham (Tangney, Burggraf & Wagner, 1995) können ein Auslöser für affektive Störungen sein. Allan, Gilbert und Goss (1994) fanden Zusammenhänge zwischen Depressivität und Scham bezüglich des angenommenen negativen Fremdbildes der Befragten. Kim et al. (2011) berichten weitere empirische Befunde *zum negativen Fremdbild*: Scham, die aus der Annahme einer Person entsteht, dass andere ein negatives Bild von ihr haben, hat hierbei einen deutlich stärkeren Einfluss auf Depressionen, als Scham, die auf einem negativen Bild vom eigenen Selbst beruht. Des Weiteren können nichtauflösbare Diskrepanzen zwischen den Selbstbildern als Form der Inkongruenz betrachtet werden (Fries & Grawe, 2006; vgl. Kap. 2.5). Das Wahrnehmen solcher Diskrepanzen kann chronisch und in bestimmten Situationen immer wieder aktiviert werden (Higgins, Bond, Klein & Strauman, 2003). Es erscheint plausibel, dass wahrgenommene Selbstdiskrepanzen und ein negatives Selbstbild mit *vermeidungsorientierten Handlungstendenzen* einhergehen. Diese stehen ebenfalls mit Scham in Zusammenhang und können durch den daraus entstehenden *Verstärkerverlust* (Lewinsohn, 1974, zit. nach Beesko & Wittchen, 2006) zu Depressionen führen (Kim et al., 2011). Scham und Depressionen dienen als kurzfristig hilfreicher, langfristig jedoch maladaptiver Mechanismus der *Unterbrechung des Verfolgens von unangemessenen oder konflikthaftern und damit nicht erreichbaren Zielen* (Nesse, 2000, zit. n. Kim et al., 2011). Zu guter Letzt betonen Kim et al. (2011), dass Scham und Depressionen *mit einer Bedrohung des sozialen Status, mit Zurückweisung und sozialen Konflikten* einhergehen (Gruenewald, Dickerson & Kemeny, 2007).

Aus den zitierten Untersuchungsergebnissen wird deutlich, dass sich vielfältige Gemeinsamkeiten zwischen Schamempfinden und depressiver Symptomatik finden lassen. Das Modell von Tracy und Robins (2004a, s. Kap. 2.2.1.3) bietet vielversprechende Anregungen zum Zusammenhang von Scham, Zielerreichung und Depressivität. Weiterhin soll bindungsbezogene Angst in dieser Arbeit eine Rolle spielen. Daher folgt im Anschluss eine Einführung der Bindungstheorie.

## 2.3 Bindungstheorie

Die Einsicht, dass Bindungserfahrungen von großer Bedeutung für das Individuum sind, gilt als eine der wichtigen Erkenntnisse in der Psychologie. Der Verlust von Bindungen und wichtiger Bezugspersonen gilt als psychologischer Einflussfaktor auf die Entstehung psychischer Störungen. Ein möglicherweise aus einem solchen Verlust resultierender unsicherer oder vermeidender Bindungsstil kann psychische Krankheiten auslösen und aufrechterhalten. Obwohl es sich hierbei um eine weithin anerkannte Feststellung handelt, sah sich Klaus Grawe (2004) zu folgender Bemerkung veranlasst:

*„Noch immer spielt [...] [das Bindungsbedürfnis] in den vorherrschenden Theorien über die Entstehung psychischer Störungen bei Weitem nicht die Rolle, die ihm auf Grund der Faktenlage zukommt.“ (Grawe, 2004, S.192).*

In dieser Arbeit soll der Anmerkung von Grawe Rechnung getragen werden, indem bindungsbezogene Angst zusammen mit seinem Konzept der Inkongruenz und mit Scham als Einflussfaktor auf depressive Erkrankungen untersucht wird. Dieses Kapitel dient der Darstellung der von John Bowlby eingeführten Bindungstheorie. Zunächst wird auf die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschungsergebnisse, die diese stützen, eingegangen (s. Kap. 2.3.1). Anschließend wird der Zusammenhang von Bindungsstil und Depression erläutert (2.3.2).

### 2.3.1 Bindungstheorie

#### 2.3.1.1 Historisches und Grundlegendes

Bowlby (1975), als einer der Protagonisten der Bindungsforschung, geht von einem universellen menschlichen Bedürfnis nach Nähe zu anderen Personen aus. Weiterhin postuliert Bowlby, dass alle Babies und Kinder eine Prädisposition für Bindungsverhalten haben, die deren psychologisches und physiologisches Überleben sichert. Demnach wenden sich Kinder ihren Eltern zu, wenn sie auf Reize oder Umgebungen stoßen, in denen bestimmte Gefühle ausgelöst werden. Das kann passieren, wenn Kinder in Gefahr geraten, Angst oder Hunger verspüren. Bei ihren Bindungsfiguren erfahren sie Schutz, Beruhigung und Zuwendung. Das Bindungsverhalten hat also zwei Funktionen: es dient dem unmittelbaren Schutz vor Bedrohung und der Affektregulation nachdem die Bedrohung vorüber ist.



Fühlt das Kind sich wieder sicher, beendet es das Bindung suchende Verhalten wie Schreien, zu den Eltern laufen oder Anklammern und explorierendes Verhalten setzt ein.

Aufbauend auf der Theorie von Bowlby, gelang es Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978), in einem klassischen Experiment drei Bindungsstile bei Kindern zu identifizieren. Im Paradigma der „Fremden Situation“ wird das Verhalten von Kleinkindern (12-18 Monate) beobachtet, die zunächst mit einer ihnen unbekannt Person und anschließend vollkommen alleine in einem Raum gelassen werden. Dabei lassen sich anhand des Verhaltens der Kinder bei Rückkehr der Mutter drei unterschiedliche Bindungsmuster feststellen: sicher, vermeidend und ängstlich-ambivalent.

#### *Sicherer Bindungsstil*

Sicher gebundene Kinder weinen bei Trennung von der Mutter, lassen sich aber auch von einer fremden Person beruhigen. Bei Rückkehr der Mutter zeigen diese Kinder Freude, suchen Kontakt und wenden sich schnell wieder ihrem Spiel zu (Rauh, 2008). Ein solcher Bindungsstil entwickelt sich, wenn die Mutter die Signale des Kindes erkennt und angemessen auf diese eingeht.

#### *Vermeidender Bindungsstil*

Das Verhalten vermeidend gebundener Kleinkinder zeigt sich im Ausbleiben einer Reaktion sowohl wenn die Mutter den Raum verlässt, als auch bei deren Rückkehr (Rauh, 2008). Ainsworth et al. (1978) führen dies auf ein unangemessenes Fürsorgeverhalten der Bezugspersonen zurück, die wenig oder gar nicht auf die Emotionen ihrer Kinder reagieren. In der „Fremden Situation“ zeigen diese Kinder wenig Interesse an ihrer Umgebung, sind gleichzeitig übermäßig gestresst und richten Ihre Aufmerksamkeit noch lange auf die Mutter ohne den Kontakt zu suchen (Main, 2001).

#### *Ängstlich-ambivalenter Bindungsstil*

Ängstlich-ambivalent gebundene Kleinkinder wechseln nach Rückkehr der Mutter in den Raum zwischen aufsuchendem Verhalten und Wegstoßen der Mutter. Ein solches Muster zeigt sich bei Kindern, deren Bezugspersonen unangemessen und unvorhersehbar auf ihre Bindungssignale reagieren. Daher neigen diese Kinder zu einem ständig aktivierten, übertriebenen Bindungsverhalten, um sich der Aufmerksamkeit ihrer Mutter zu versichern.

Gleichzeitig entwickeln sie aber auch Ärger über die ausbleibende Reaktion der Bezugsperson (Rauh, 2008). Im Lauf der Entwicklung entsteht ein unsicheres kognitives Schema. Im Rahmen des Selbstbildes beinhaltet dieses kognitive Schema das Gefühl, Liebe und Unterstützung nicht wert zu sein. Im Rahmen des Fremdbildes<sup>4</sup> erleben diese Kinder, dass enge Bezugspersonen grundlegende emotionale Bedürfnisse nicht erfüllen (Bowlby, 1983).

Das kategoriale System von Ainsworth et al. (1978) wurde später auf ein dimensionales System mit den beiden Achsen ängstlich und vermeidend übertragen (Bartholomew & Horowitz, 1991), das auch heute noch aktuell ist. Auf der Dimension bindungsbezogene Angst bildet sich das Selbstbild ab, auf der Dimension bindungsbezogene Vermeidung das Fremdbild. Selbst- und Fremdbild können jeweils positiv oder negativ ausgeprägt sein. Auf der Dimension Vermeidung wird angegeben, wie stark Personen sich Nähe zu ihren Partnern wünschen. Die Dimension Ängstlichkeit beinhaltet, inwieweit Personen glauben, dass sie Liebe und Unterstützung nicht wert sind, beziehungsweise, dass von Partnern keine Unterstützung und Liebe zu erwarten ist (Simpson & Rholes, 2004). Aus der Kombination der zwei Dimensionen mit jeweils zwei Polen ergeben sich folglich vier Bindungsmuster: Wenig vermeidende, wenig ängstliche Personen haben ein positives Selbst- und Fremdbild, fühlen sich wohl im Umgang mit Nähe und sind sicher gebunden. Wenig vermeidende und hoch ängstliche Personen werden als besitzergreifend bezeichnet, brauchen viel Nähe und haben große Angst, verlassen zu werden. Gleichzeitig hoch vermeidende und hoch ängstliche Personen gelten als ängstlich-vermeidend, sie fürchten sich vor Nähe, die sie sich gleichzeitig wünschen. Hoch vermeidende und wenig ängstliche Personen werden als abweisend charakterisiert, verlassen sich übermäßig auf sich selbst und fühlen sich unwohl, wenn Nähe entsteht (Schneewind, 1999). Diese vier Muster gelten in ihren Extremen als Prototypen, da es sich aber um kontinuierliche Dimensionen handelt, sind alle Kombinationen der Ausprägung möglich (Griffin & Bartholomew, 1994; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Aus Bowlbys Theorie wurden also drei Bindungsstile beziehungsweise zwei Dimensionen abgeleitet. Hinter dem Bindungsstil verbergen sich spezifische innere Arbeitsmodelle. Die-

---

<sup>4</sup> Im Gegensatz zum Begriff des Fremdbildes bei Higgins (1987), bei dem es sich um die von einer Person angenommenen Erwartungen anderer an diese Person selbst handelt, sind hier unter Fremdbild die Erwartungen einer Person, die diese an andere hat, zu verstehen.

se gehen mit kognitiven Schemata zu Beziehungen einher und lenken Gefühle, Verhalten, Aufmerksamkeit und Gedächtnis (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Im Folgenden soll auf die Inhalte dieser Arbeitsmodelle, auf die Übertragung des Bindungsstils von der Kindheit aufs Erwachsenenalter sowie auf Überlegungen zu dessen Stabilität und Veränderbarkeit eingegangen werden.

### 2.3.1.2 Bindung als inneres Arbeitsmodell

*Each individual builds working models of the world and of himself in it, with the aid of which he perceives events, forecasts the future, and constructs his plans. In the working models of the world that anyone builds a key feature is his notion of who his attachment figures are, where they may be found, and how they may be expected to respond. Similarly, in the working model of the self that anyone builds a key feature is his notion of how acceptable or unacceptable he himself is in the eyes of his attachment figures. (Bowlby, 1973, p. 203)*

Wie das Zitat zeigt, geht Bowlby davon aus, dass mit den Bindungsstilen bestimmte „inner working models“, innere Arbeitsmodelle, eng verknüpft sind. Diese setzen sich aus beziehungsrelevanten kognitiven Schemata zusammen (Main et al., 1985) und entwickeln sich aufgrund der ersten – prototypischen – Beziehungserfahrungen. Zunächst wird allgemein erläutert, worum es sich bei einem kognitiven Schema handelt, anschließend wird Bindung als kognitives Schema expliziert.

#### *Kognitive Schemata*

Kognitive Schemata sind große, zusammenhängende Wissenseinheiten zu einem bestimmten Thema (Schermer, 2002), wie zum Beispiel Bindung oder Beziehungen. Kognitive Schemata beinhalten Informationen und Annahmen darüber, wie diese Informationen zusammenhängen. Weiterhin umfassen Schemata Einstellungen und Erwartungen zu einem bestimmten Erfahrungsbereich. Schemata integrieren vorhandenes Wissen und neue Erfahrungen und dienen so der Anpassung an die Umwelt. Zwei Mechanismen ermöglichen die Adaptation: Assimilation und Akkomodation. In bestimmten Situationen wird bereits erworbenes Wissen aktiviert, auf dessen Grundlage neue Informationen interpretiert und verarbeitet werden. Dieser Effekt wird Assimilation genannt. Unter Akkomodation versteht man die Veränderung von gespeicherten Informationen und Verhalten, wenn vorhandenes Wissen nicht ausreicht, um neue Erfahrungen einzuordnen (Lefrançois, 2006). Zu einem Schema können bestimmte Prototypen gehören, die die Person für sich als typisch für dieses Schema definiert. In der Bindungstheorie ist dies die erste Bindungsfigur. Schon

Freud betrachtete die Mutter-Kind-Beziehung als prototypisch für spätere Beziehungen (Freud, 1940, zit. n. Owens, Crowell, Pan & Treboux, 1995). Weitere Beispiele einer Kategorie werden anhand des Prototypen beurteilt. Ein anderer Ansatz vertritt die Meinung, dass nicht ein Prototyp sondern verschiedene Beispiele gespeichert werden und neu auftretende Information anhand ihrer Ähnlichkeit mit dem Mittel aus diesen Beispielen verglichen werden (Anderson, 2007). Schemata gehören innerhalb des Langzeitgedächtnisses zum impliziten Gedächtnis und tragen zum Verstehen und zur Einordnung neuer Informationen bei. Dabei können sie auch neue Informationen oder Gedächtnisinhalte generieren. Das geschieht dann, wenn Gedächtnisinhalte abgerufen und aus dem vorhandenen Wissen ergänzt werden. Weiterhin beeinflussen Schemata auch die Wahrnehmung. Die Wahrnehmung kann explizit auf schemakonsistente oder -inkonsistente Informationen gerichtet werden. Diese Beeinflussung von Wahrnehmung und Informationsverarbeitung spielt auch bei bindungsspezifischen kognitiven Schemata eine bedeutende Rolle (s. Kap. 2.3.1.3). Kognitive Schemata sind unterschiedlich leicht abrufbar. Je häufiger ein Schema benutzt wird, desto eher wird es in bestimmten Situationen aktiviert und zur Informationsverarbeitung eingesetzt. Dabei kann es auch das eigene Verhalten beeinflussen, das sich am gespeicherten Wissen orientiert. Das schemakonforme Verhalten einer Person, beeinflusst wiederum die Umwelt, die im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung schemakonsistent antwortet (vgl. Simpson & Rholes, 2004).

### *Prototyp-Hypothese*

Nach der Einführung des Begriffs kognitives Schema und soll nun das kognitive Schema Bindungsstil betrachtet werden. Bowlby geht davon aus, dass sich aufgrund früher Bindungserfahrungen kognitive Schemata entwickeln, die Gedanken, Affekte und Verhalten in späteren Beziehungen beeinflussen. Die ersten Bezugspersonen dienen als Prototypen für die Beziehungsgestaltung. Die kognitiven Schemata oder *Inneren Arbeitsmodelle* beinhalten ein beziehungsspezifisches Selbst- und Fremdbild (s. a. Kap. 2.3.1.1; Bartholomew & Horowitz, 1991), episodisches Wissen zu interpersonellen Erfahrungen und den damit verbundenen Affekt (Bretherton, 1985, 1990; Main et al., 1985). Weiterhin umfasst das *Innere Arbeitsmodell* Ansichten über Bezugspersonen, Einstellungen zu Bindung, bindungsbezogene Verhaltensrichtlinien und Ziele sowie prozedurales Wissen über Zielerreichung und Coping-Strategien. Coping-Strategien kommen zum Einsatz, wenn in einem Beziehungskontext bestimmte gefühlsauslösende Reize oder Geschehnisse auftreten (Simpson & Rho-

les, 2010). Innere Arbeitsmodelle enthalten unbewusst ablaufende Prozesse, die Aufmerksamkeit und Verhalten lenken. Die Prozesse beeinflussen, welche Informationen verarbeitet und welche Informationen abgerufen werden. Weiterhin hängt die Interpretation bestimmter Ereignisse von diesen Prozessen ab (Bretherton, 1985, 1990; Main et al., 1985). Auf diese Weise wird normalerweise nur Information verarbeitet, die in Kongruenz zum inneren Arbeitsmodell steht. So kann das Individuum seine Umwelt besser verstehen und ein Gefühl innerer Sicherheit etablieren.<sup>5</sup>

Bindungsstil wird als inneres Arbeitsmodell betrachtet. Das bedeutet, dass dieser sich stetig weiterentwickelt und ins Erwachsenenalter und auf romantische Beziehungen übertragen wird. Diese Übertragung wurde von Hazan und Shaver (1987) vorgenommen. Das Arbeitsmodell entwickelt sich durch neue Beziehungserfahrungen weiter, steht aber immer unter dem Einfluss der ersten Beziehungen, der früh angelegten kognitiven Schemata (Collins & Read, 1990). Sicher gebundene Erwachsene sind diejenigen, die gut mit Nähe umgehen können und sich nicht über eine mögliche Ablehnung durch andere sorgen. Vermeidende Erwachsene haben Schwierigkeiten mit Nähe und damit, von anderen abhängig zu sein. Ängstlich-ambivalente und besitzergreifende Erwachsene suchen übermäßig stark nach Nähe und haben Angst vor Zurückweisung oder gehen von dieser aus.

Es lassen sich zahlreiche empirische Belege für die Stabilität des Bindungsstils anführen (z. B. Hamilton, 2000; Roisman, Collins, Sroufe & Egeland, 2005). Dennoch besitzt die Annahme von der Stabilität des Bindungsstils keine uneingeschränkte Gültigkeit. Schon Bowlby (1975) ging von einer *relativen* Stabilität des erworbenen Bindungsstils aus. Dieser kann im späteren Alter aufgrund kritischer Lebensereignisse oder in Abhängigkeit von erlebten Beziehungen verändert werden wie Waters, Merrick, Treboux, Crowell und Albersheim (2000) und Hamilton (2000) belegen: Ein Viertel der in beiden Langzeitstudien untersuchten Personen konnte nicht mehr auf die gleiche Weise klassifiziert werden, wie im Kindesalter. Bei Waters et al. (2000) konnte ein Zusammenhang zwischen negativen

---

<sup>5</sup> Einige Forscher schlagen eine hierarchische Organisation mehrerer Arbeitsmodelle vor, von generellen zu spezifischen Modellen (Bretherton, 1985, 1990; Collins & Read, 1990; Main et al., 1985). Auf einer höheren Ebene angelegte Arbeitsmodelle umfassen abstrakte Regeln und Ansichten bezüglich Beziehungen im Allgemeinen. Spezifische Arbeitsmodelle umfassen konkrete Annahmen für jede einzelne Beziehung.

Lebensereignissen mit einer Änderung des Bindungsstils von sicher zu unsicher nachgewiesen werden. Fraley (2002) findet in seiner Metanalyse eine moderate Stabilität der Bindung. Weitere Studien zeigen, dass der Einfluss früher Bindungserfahrungen einen dynamischen Charakter hat: Frühe Bindungen prägen die ersten Bindungsschemata. Im Laufe des Lebens gewinnen Erfahrungen aus Paarbeziehungen und Freundschaften einen zunehmend höheren – durch frühe Erfahrungen geformten – Einfluss (z. B. Dinero, Conger, Shaver, Widaman & Larsen-Rife, 2008; Simpson, Collins, Tran & Haydon, 2007).

Beim Bindungsstil handelt es sich also um ein kognitives Schema, das Erfahrungen und Erwartungen bezüglich enger Beziehungen beinhaltet, die sich aufgrund des Beziehungsprototyps mit den ersten Bezugspersonen entwickeln. Weiterhin wird der Bindungsstil als kognitives Schema soweit wie möglich aufrechterhalten und entwickelt sich mit dem Individuum weiter. Weitere Studien und Erkenntnisse zur Prototyphypothese, die die Annahme einer Interaktion zwischen Entwicklung und aktuellem Erleben stützen, finden sich bei Waters, Hamilton und Weinfield (2000) sowie bei Waters, Weinfield und Hamilton (2000).

Ausgehend von den Ausführungen zu den Eigenschaften kognitiver Schemata im Allgemeinen und zu Stabilität und Veränderbarkeit des Bindungsstils im Besonderen, kann man sich vorstellen, dass der unsichere kindliche Bindungsstil mit seinem Selbst- und Fremdbild und negativen Erwartungen bezüglich anderer einen Vulnerabilitätsfaktor für spätere psychische Erkrankungen darstellt. Im Weiteren sollen die Inhalte kognitiver Schemata bei Personen mit ausgeprägter bindungsbezogener Angst dargestellt werden.

### **2.3.1.3 Kognitive Schemata bei bindungsbezogener Angst**

Welche kognitiven Schemata zeichnen Menschen mit bindungsbezogener Angst aus (für ein Review s. Pietromonaco & Barrett, 2000)? Allgemein wurde bereits berichtet, dass unsicher Gebundene sich selbst als unakzeptabel und die Liebe und Unterstützung anderer nicht wert seiend betrachten, während sie von anderen ein Bild haben, dass diese nie die Erwartungen an Liebe und Unterstützung befriedigen. Die Annahme eines negativen Bildes vom eigenen Selbst bei hoch ängstlich Gebundenen konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan & Morris, 1997; Bylsma, Cozzarelli, & Sumer, 1997; Griffin & Bartholomew, 1994; Pietromonaco & Barrett, 1997). Untersuchungen zum positiven Fremdbild besitzergreifend Gebundener ergaben nur teil-

weise theoriekonforme Resultate: Einerseits scheinen besitzergreifend ebenso wie sicher gebundene Studienteilnehmer andere tatsächlich positiver einzuschätzen als ängstlich-vermeidende und vermeidende Individuen (Bartholomew & Horowitz, 1991). Im Widerspruch zu den theoretischen Annahmen finden sich in anderen Untersuchungen aber negative Fremdbilder bei besitzergreifenden und vermeidenden Personen (Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987). Bei einer differenzierteren Betrachtung der Fremdbilder besitzergreifender Individuen zeigen sich dennoch Unterschiede zu anderen Bindungsstilen. Pietromonaco und Barrett (1997) konnten zeigen, dass besitzergreifende Personen Konfliktsituationen ebenso wie konfliktreiche Beziehungen positiver einschätzen als sichere oder vermeidende Personen. Weitere Untersuchungen zeigen, dass besitzergreifende Personen in Konfliktsituationen mehr Intimität und mehr positive Gefühle empfinden und eine positivere Sicht auf den Partner haben, je mehr die Interaktion zwischen beiden ansteigt (Pietromonaco & Barrett, 1997; Fishtein, Pietromonaco & Barrett, 1999). Die Autoren vermuten, dass hochhängstlich gebundene Personen in solchen Situationen Nähe empfinden und das Gefühl haben, dass der Partner auf sie eingeht. Die Ergebnisse können aber auch für ein Ausblenden negativer Aspekte in Konfliktsituationen sprechen. Beides sind Strategien, die dem Vermeiden von Angstgefühlen dienen. Auch für die negative Bewertung von Paarkonflikten konnten Belege gefunden werden (Campbell, Simpson, Boldry & Kashy, 2005). In einer Studie zur Wahrnehmung von Konflikten und Unterstützung in Paarbeziehungen stellte sich heraus, dass ängstlich Gebundene in der Beziehung erlebte Konflikte als schlimmer einschätzten und auch negativer auf diese reagierten als sicher Gebundene. Die Daten lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass besitzergreifende Personen von höherer Emotionalität in Konfliktsituationen geprägt sind, da kognitive Schemata und damit unterschiedliche Bindungsstile die Affektintensität, die emotionale Reaktivität und die Reaktion auf bestimmte Gefühle beeinflussen (Bartholomew & Horowitz, 1991; Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994; Hazan & Shaver, 1987; Pietromonaco & Barrett, 1997; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992). Für besitzergreifende, also hoch ängstliche und niedrig vermeidende Individuen konnte tatsächlich gezeigt werden, dass diese von häufigen sehr intensiven Gefühlen berichten (Collins & Read, 1990; Pietromonaco & Carnelley, 1994; Pietromonaco & Barrett, 1997), von häufigen Gefühlsschwankungen (Hazan & Shaver, 1987), hoher emotionaler Expressivität (Bartholomew & Horowitz, 1991), sowie von hoher Ängstlichkeit und Impulsivität (Shaver & Brennan, 1992). Wei, Vogel, Ku und Zakalik (2005) stellten einen Zusammenhang zwischen bindungsbe-

zogener Angst und negativer Stimmung über erhöhte emotionale Reaktivität her. Wie entsteht dieser Zusammenhang? Sicher Gebundene erkennen Situationen, die mit emotionaler Anspannung einhergehen und fordern Unterstützung ein. Hoch bindungsängstliche bewerten anhand ihres Schemas solche Situationen oder Gefühle übermäßig häufig und stark als „Notfall“ und fordern in ebensolcher Weise Unterstützung ein. Damit wirken ängstlich Gebundene aus ihrem inneren Arbeitsmodell heraus der Entwicklung von Selbständigkeit und Selbstbewusstsein entgegen (Kobak & Sceery, 1988). Im Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984, 1985, 1996) beschrieben hoch bindungsängstliche Personen ihre Eltern als liebevoll, aber die Eltern-Kind-Rollen vertauschend. Die permanenten Anstrengungen ängstlich Gebundener, Unterstützung zu bekommen und die Bindungsfigur in der Nähe zu halten, dienen der Affektregulation. Sie haben gelernt, dass übermäßige Anstrengungen nötig sind, damit jemand auf ihre Nöte und Bedürfnisse eingeht (Kobak & Sceery, 1988). Tatsächlich konnte bei besitzergreifenden Personen in vielen Untersuchungen eine übersteigerte Äußerung negativer Gefühle festgestellt werden (Kobak, Holland, Ferenz-Gillies, Fleming, & Gamble, 1993). Ein solch übersteigertes Verhalten, das sich aus der geringen Verfügbarkeit der primären Bezugsperson entwickelt und im inneren Arbeitsmodell verfestigt hat, kann in späteren Beziehungen maladaptiv sein und den gegenteiligen Effekt, nämlich den Rückzug der Bezugsperson bewirken (Cassidy & Kobak, 1988; s. a. Kap. 2.5). Pereg and Mikulincer (2004) zeigen, wie sich diese emotionalen Erfahrungen auf kognitiver Ebenen niederschlagen. In ihrer Untersuchung erinnerten sich sicher Gebundene mehr positive Informationen, wenn sie sich in einem negativen Gefühlszustand befanden, als Unsichere. Sicher Gebundene verfügen somit über Mittel, ihre Stimmung durch selektive Erinnerung positiv zu beeinflussen, während unsicher Gebundene ihre schlechte Stimmung aufrechterhalten, indem sie dazu neigen negative Information abzurufen und aufzunehmen. Die Nähe zu einem depressiven Denkmuster ist augenfällig. Vielfältige weitere Belege lassen sich für schemakongruente Verzerrungen, Wahrnehmungen und Attributionen anführen. Rholes, Simpson, Tran, Martin und Friedman (2007) untersuchten die Informationsverarbeitung bei Erwachsenen bezüglich ihres Verhaltens in Beziehungen. Tatsächlich konzentrierten sich die hoch Ängstlichen mehr auf negative Informationen über ihr eigenes Verhalten, ihre Eigenschaften und die des Partners. Bindungsunsicherheit wurde weiterhin mit der Wahrnehmung anderer als weniger vertrauenswürdig in Verbindung gebracht (Larose & Bernier, 2001). Neben der Informationsverarbeitung scheinen auch Erinnerungen bezüglich Bindungsfiguren negativ verzerrt zu sein.



Bindungsunsicherheit konnte mit weniger positiven und weniger genauen Erinnerungen an andere Erwachsene in Zusammenhang gebracht werden (Mikulincer, 1998b; Mikulincer & Horesh, 1999; Rom & Mikulincer, 2003). Dies gilt auch für Erinnerungen an Partner (Mikulincer & Arad, 1999). Unsicher Gebundene sehen ihre Partner seltener als emotional und unterstützend an (Florian, Mikulincer, & Bucholtz, 1995). Weiterhin bewerten sie ihre Beziehung und Partner seltener als positiv (Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990), glauben seltener, dass andere Hilfe verdient haben, dass andere die Bedürfnisse dritter wahrnehmen können und dass sie selbst anderen gut helfen können (Reizer & Mikulincer, 2007). Weiterhin haben sie weniger positive Erwartungen bezüglich gegenseitiger Nähe, Abhängigkeit und Vertrauen (e.g., Baldwin, Fehr, Keedian & Seidel, 1993; Rowe & Carnelley, 2003) und attribuieren das Verhalten anderer als feindseliger (Mikulincer, 1998a; Pereg & Mikulincer, 2004). In einer erst kürzlich veröffentlichten Untersuchung wurde die Einschätzung des aktuellen Partners in Abhängigkeit vom Partnerschema betrachtet. Es zeigte sich, dass bei unsicher Gebundenen die impliziten und expliziten Ansichten über Partner im Allgemeinen positive Einschätzungen des aktuellen Partners abschwächten (Mikulincer, Shaver, Bar-On, & Ein-Dor, 2010). Für weitere Studien zu Informationsverarbeitung in Abhängigkeit vom Bindungsstil sei auf das aktuelle Review von Dykas und Cassidy (2011) verwiesen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass ängstlich Gebundene Informationen auf zwei Arten verarbeiten: entweder negativ verzerrt, kongruent zu ihrem Bindungsstil oder diese ausblendend, wenn die Information psychisches Leid auslösen könnte. Folgt man der Datenlage, scheint eine negative Verarbeitung deutlich im Vordergrund zu stehen. Die weitreichenden Studien und Gedanken zum Inneren Arbeitsmodell oder kognitiven Schemata bei bindungsbezogener Angst legen einen Bezug zu depressiven Erkrankungen nahe, der im Folgenden expliziert werden soll.

### 2.3.2 Ängstlicher Bindungsstil und Depressionen

*“Many of the most intense emotions arise during the formation, the maintenance, the disruption, and the renewal of attachment relationships. The formation of a bond is described as falling in love, maintaining a bond as loving someone, and losing a partner as grieving over someone. Similarly, threat of loss arouses anxiety, and actual loss gives rise to sorrow, while each of these situations is likely to arouse anger. The unchallenged maintenance of a bond is experienced as a source of security, and the renewal of a bond as a source of joy. Because such emotions are usually a reflection of the state of a person’s*

*affectional bonds, the psychology and psychopathology of emotion is found to be in large part the psychology and psychopathology of affectional bonds.*” (Bowlby, 1980, S. 40.)

Wie dem Zitat zu entnehmen ist, führt Bowlby die Entstehung affektiver Erkrankungen auf Störungen in Bindungen zurück, da intensive Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen entstünden. Unsichere Bindung stellt aber keinen direkten Auslöser für Depressionen dar, sondern kann über dysfunktionale Kognitionen und dysfunktionales Verhalten den Ausbruch einer affektiven Störung wahrscheinlicher machen (vgl. Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). In einer Metaanalyse wurden die Bindungsstile von klinischen und Kontrollstichproben verglichen. In der Patientengruppe waren unsichere Bindungsrepräsentationen (87%) gegenüber sicheren (13%) deutlich stärker vertreten (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Diese Ergebnisse weisen auf unsichere Bindung als Vulnerabilitätsfaktor für psychische Erkrankungen hin. Zahlreiche weitere Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Depressionen zeigen (z. B. Carnelley et al., 1994). Cole-Detke und Kobak (1996) konnten an einer nicht-klinischen Stichprobe einen Zusammenhang zwischen Depressivität und hyperaktiviertem Bindungsverhalten nachweisen, wie es für den ängstlich-ambivalenten Bindungsstil charakteristisch ist. Weiterhin ist aber von Interesse welchen Mechanismen dieser Zusammenhang folgt.

Menschen mit einem ängstlichen Bindungsstil werden durch ihre negativen Erfahrungen mit Bindungsfiguren daran gehindert, ein stabiles und positives Selbstbild zu entwickeln (Mikulincer & Shaver, 2007). Ängstlich Gebundene schreiben sich die Verantwortung für das Scheitern der Bindungsintentionen zu und verstärken dadurch ihr *negatives Selbstbild*. Dieses wird durch einen *dysfunktionalen Denkstil* (s.a. Kap. 2.4) aufrecht erhalten. Dysfunktionale Einstellungen sind rigide und beinhalten negative Ansichten über sich selbst und die Welt (Beck, 1999), die die Vulnerabilität für Depressionen erhöhen können. Beispiele für solche Einstellungen mit interpersonellem Bezug sind “Es ist schrecklich, wenn Menschen die mir wichtig sind, mich zurückweisen” oder “Ich bin nichts wert, wenn meine Liebe nicht erwidert wird“. Durch das Scheitern ist bei diesen Personen das Bindungsverhalten ständig aktiviert, sodass ängstlich Gebundene sich in einem sich selbst verstärkenden Kreis aus hyperaktiviertem Bindungssystem und *mangelnder Selbstachtung* befinden. Diese Grundeinstellung verhindert explorierendes Verhalten und Zielerreichung, sodass auch ein Zusammenhang mit Inkongruenzerleben auf der Hand liegt (s. Kap. 2.1, 2.5; Simpson & Rholes, 2004). Viele Untersuchungen belegen eine Verbindung zwischen Bin-

dungsangst und depressiogenem dysfunktionalem Denkstil (z.B. Roberts, Gotlib & Kassel, 1996; Gamble & Roberts, 2005; Hankin, Kassel & Abela; 2005; McGinn, Cukor & Sanderson; 2005). Wei, Heppner und Mallinckrodt (2003) zeigen an einer studentischen Stichprobe, dass wahrgenommene Coping-Fähigkeiten den Zusammenhang zwischen ängstlicher Bindung und psychischem Stress (u.a. Depression) mediierten. Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen Depressionen, unsicherer Bindung und niedriger wahrgenommener Unterstützung in Beziehungen nachgewiesen werden (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002). Auch das Suchen nach Rückversicherung scheint in Bezug auf Depressionen und ängstliche Bindung von Bedeutung zu sein (vgl. Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005; Wei, Mallinckrodt, Larson & Zakalik, 2005). Ein ängstlicher Bindungsstil führt über mangelnde – empfundene – Unterstützung zu einem verminderten Sicherheitsempfinden und kann affektive Störungen auslösen.

Nachdem hier über zahlreiche Verknüpfungen die Bezüge von bindungsbezogener Angst zum Krankheitsbild der Depression und von Bowlbys bindungsspezifischen Arbeitsmodellen (Bowlby, 1975) zu Becks kognitiver Theorie der Depression (1999) hergestellt wurden, lohnt es sich, im Folgenden einen genaueren Blick auf das Störungsbild zu werfen. Es werden neben Beck weitere Erklärungsmodelle zur Entstehung affektiver Störungen dargestellt, sofern sie mit dieser Untersuchung in Verbindung stehen.

## **2.4 Depression**

Im Folgenden wird zunächst auf die Pathologie (2.4.1) und Epidemiologie (s. 2.4.2) depressiver Störungen eingegangen. Es folgt ein kurzer Überblick über Erklärungsmodelle der Erkrankung, die mit den Konzepten Bindungsstil, Inkongruenz und Scham in Verbindung stehen.

### **2.4.1 Pathologie von Depression**

Die Bedeutung des Wortes Depression geht zurück auf „*Vertiefung*‘(18 Jh.), dann *Senkung*‘ (...), *Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung*‘ sowie *Krisenzustand*‘, (...) *aus lat. deprēssio (Gen. depressiōnis) 'das Niederdrücken, -senken'*“ (Pfeifer, 1993). Die Herkunft des Wortes deutet auf die Leitsymptome der Depression hin, wie mit der folgenden Definition verdeutlicht werden soll. „Depressionen sind psychische Störungen, bei denen die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale

Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden wesentliche Merkmale sind“ (Hautzinger, 2005, S. 450). Zur Gruppe der unipolaren affektiven Störungen zählen nach DSM-IV (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) die Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, die dysthyme Störung und die Major Depression. Letztere ist die schwerste Form einer unipolaren Depression. Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten einer oder mehrerer depressiver Episoden mit depressiver Verstimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit als Hauptsymptomen. In seltenen Fällen kann eine Episode auch psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen umfassen. Bei double Depression handelt es sich um eine akut vorliegende depressive Episode vor dem Hintergrund einer dysthymen Störung (Klein, 2010).

Die unipolare Depression ist sowohl durch Symptome auf der Verhaltensebene als auch durch kognitive, emotionale, motivationale und somatische Symptome gekennzeichnet. Hautzinger (2005) unterteilt die Symptome in folgende sechs Bereiche:

- Auf *kognitiver Ebene* zeigt sich die Depression in einem negativen Selbstbild, Schuldgefühlen, Pessimismus, Selbstvorwürfen, Konzentrationsmangel oder Gedächtnisproblemen und einer negativen Sicht der Zukunft.
- Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Reizbarkeit und Traurigkeit sind *emotionale Anzeichen* einer Depression.
- Das Aktivitätsniveau depressiver Patienten sinkt; wenig Bewegung oder körperliche Unruhe, sozialer Rückzug, eine langsame und monotone Sprechweise sowie Wortkargheit sind mögliche *motorisch-behaviorale Symptome*.
- Auch die *Motivation* eines Erkrankten ist stark beeinträchtigt, geprägt von Interessenverlust und Antriebslosigkeit; spontanes Verhalten ist kaum noch möglich.
- *Vegetativ-somatische Symptome* können Schmerzen, Verstopfung und Appetit- oder Schlafstörungen sowie Energieverlust sein.
- Symptome auf *interaktioneller Ebene* zeigen sich zum Beispiel in konflikthaften Partnerschaften.

Nach DSM-IV (Saß et al., 2003) wird eine Episode einer Major Depression diagnostiziert, wenn während zwei Wochen an fast allen Tagen mindestens fünf der Symptome

„depressive Verstimmung [...] deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten [...] deutlicher Gewichtsverlust [...] oder Gewichtszunahme [...] oder verminderter oder gesteigerter Appetit [...] Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf [...] psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung [...] Müdigkeit oder Energieverlust [...] Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle [...] verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren [...] wiederkehrende Gedanken an den Tod [...] Suizidvorstellungen [...] oder Planung eines Suizids“ (Saß et al., 2003, S.149-150) auftreten. Dabei darf es im Vorfeld keine hypomanen oder manischen Episoden gegeben haben. Die Symptome gehen mit einem klinisch bedeutsamen Leiden oder Beeinträchtigungen einher.

Eine dysthyme Störung wird diagnostiziert, wenn über mindestens zwei Jahre depressive Verstimmung erlebt wird. Dies muss an mindestens der Hälfte aller Tage und die meiste Zeit des Tages so gewesen sein. Zusätzlich liegen mindestens zwei der Symptome „Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschweren, Gefühl der Hoffnungslosigkeit“ vor (Saß et al., 2003). Wiederum darf zuvor keine manische oder hypomane Episode vorgelegen haben, und das Leiden muss klinisch bedeutsam sein. Während des Zeitraums von zwei Jahren darf der Patient nicht länger als zwei Monate in Folge symptomfrei gewesen sein.

In diesem Abschnitt wurde ein kurzer Überblick über die Symptomatik der unipolaren Depression gegeben. Nachfolgend werden epidemiologische Daten aus Deutschland und Chile vorgestellt.

#### **2.4.2 Epidemiologie unipolarer Depression**

Erst seit 1980 werden systematische nationale Erhebungen zu psychischen Erkrankungen durchgeführt (Jacobi et al., 2004). Laut einer Untersuchung an der deutschen Allgemeinbevölkerung (GHS-MHS; General Health Survey – Mental Health Supplement,  $n = 4181$ ) sind Depressionen die zweithäufigste psychische Störung nach Angsterkrankungen. Die 4-Wochen-Prävalenz für unipolare Depression beträgt 5.6%. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 10.7% und die Lebenszeitprävalenz wurde mit 17.1% gemessen (Jacobi et al., 2004).

Major Depression DEUTSCHLAND	MDE (%)	(SD)
<b>Lebenszeitprävalenz</b>		
gesamt	17.1	(0.6)
Frauen	23.3	(0.9)
Männer	11.1	(0.8)
<b>12-Monatsprävalenz</b>		
gesamt	10.7	(0.5)
Frauen	14	(0.8)
Männer	7.5	(0.6)
<b>4-Wochenprävalenz</b>		
gesamt	5.6	(0.4)
Frauen	6.9	(0.6)
Männer	4.2	(0.5)

**Tab. 1 Epidemiologie unipolarer Depression in Deutschland:** MDE = Major depressive Episode; SD = Standardabweichung.

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, sind Frauen etwa doppelt so häufig von Depressionen betroffen wie Männer (Wittchen & Jacobi, 2006; Bramesfeld, Grobe & Schwartz, 2010). Der Median für das Ersterkrankungsalter liegt bei 31 Jahren. In etwa 60% der Fälle treten ein bis drei komorbide Störungen auf, am häufigsten Angsterkrankungen (19%), somatoforme Erkrankungen (8%) oder beide (11%). Geschiedene, getrennte, verwitwete oder ledige Personen haben ein erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken. Ein weiterer Einflussfaktor ist die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht, errechnet aus Einkommen, Bildung und Beschäftigungsstatus.

Bramesfeld et al. (2010) nahmen eine differenzierte Betrachtung der Prävalenz depressiver Erkrankungen innerhalb Deutschlands anhand von Krankenkassendaten vor. Im untersuchten ersten Quartal 2004 erhielten 5% der Patienten eine Diagnose aus den Bereichen F32 und F33. Das entspricht in etwa der 4-Wochenprävalenz aus der GHS-MHS-Studie (Jacobi et al., 2004). Weiterhin ergaben sich deutliche innerdeutsche Unterschiede, insbesondere zwischen Ost- und Westdeutschland mit erheblich niedrigeren Depressionsraten als erwartet im Osten (23.6% bis 40.8% niedriger als erwartet) im Gegensatz zu Westdeutschland (5.8% niedriger bis 13.6% höher als erwartet). Geographischer und statistischer Ausreißer ist Berlin mit einer Depressionsrate von 29.3% über dem erwarteten Mittel.

In Chile bietet die Betrachtung von Lebenszeit und 12-Monats-Prävalenzen in der Chilean Psychiatric Prevalence Study (CPPS; Vincente et al.; 2006, s. Tab. 2) Einblick in die Häufigkeit affektiver Erkrankungen. Auch diese Untersuchung wurde mit CIDI-Interviews und DSM-Diagnosen durchgeführt ( $n = 2978$ ). Weiterhin wurden in der CPPS Komorbiditäten

und Korrelationen mit soziodemographischen Variablen untersucht. Auch für chilenische Frauen ergaben sich erwartungsgemäß in der untersuchten Stichprobe mehr als doppelt so hohe Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen.

Affektive Störungen CHILE	MDD % (SD)	Dysthymia % (SD)	Affektive Störungen % (SD)
<b>Lebenszeitprävalenz</b>			
gesamt	9.2 (0.7)	8.0 ( 0.8)	15.0 (1.1)
Frauen	11.5 (1.1)	12.1 (1.3)	19.7 (1.6)
Männer	6.8 (0.7)	3.5 (0.7)	9.8 (1.1)
<b>12-Monatsprävalenz</b>			
gesamt	5.7 (0.6)	3.9 (0.7)	9.3 (1.0)
Frauen	7.5 (1.0)	5.9 (1.2)	12.6 (1.5)
Männer	3.7 (0.6 )	1.6 (0.5)	5.7 (0.8)

**Tab. 2 Epidemiologie affektiver Störungen in Chile:** MDD = Major depressive Disorder; SD = Standardabweichung

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, liegen die Werte für MDD in Chile etwas niedriger als in Deutschland, während die Gesamtzahl affektiver Erkrankungen den Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenzen aus der Untersuchung von Jacobi et al. (2004) sehr viel näher kommt.

In einer kulturvergleichenden Studie (Andrade et al., 2003; s. Tab. 3) wurden große repräsentative Stichproben in zehn Ländern auf vier Kontinenten mittels CIDI diagnostiziert. Die Daten der chilenischen Stichprobe entsprechen denen der CPPS (Vincente et al., 2006). Die Lebenszeitprävalenz für eine major depressive Episode lag zwischen 3% in Japan und 16.9% in den USA. In Deutschland betrug sie 11.5% und in Chile 9.0%. Die 12-Monatsprävalenzen lagen zwischen 1.2% und 10% (Japan vs. USA). Die Werte für Deutschland (5.2%) fallen nur geringfügig höher aus als die in Chile (5.6%) erhobenen.

Affektive Störungen CHILE & DEUTSCHLAND	MDE % (SD)
<b>Lebenszeitprävalenz</b>	
Range	3-16.9
Chile (n=2978)	9.0 (0.6)
Deutschland(n=3021)	11.5 (0.7)
<b>12-Monatsprävalenz</b>	
Range	1.2-10
Chile (n=2978)	5.6 (.6)
Deutschland (n=3021)	5.2 (0.5)

**Tab. 3. Epidemiologie affektiver Störungen in Chile und Deutschland:** MDE = Major depressive Episode; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße.

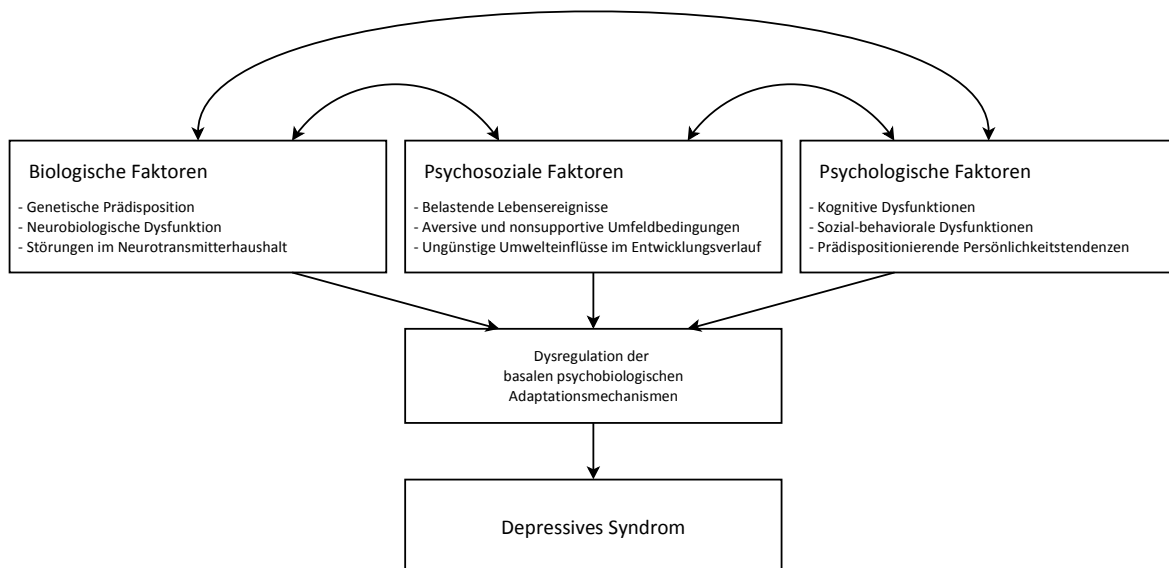
Ein Einfluss der Einkommenshöhe auf die Prävalenz von Depressionen konnte in dieser Untersuchung nicht festgestellt werden. Weibliches Geschlecht und Familienstand standen hingegen erwartungsgemäß in Zusammenhang mit Depressionen. Es wurden höhere Depressionsraten bei unverheirateten Studienteilnehmern festgestellt. Gegenüber den anderen Untersuchungen liegen Chile und Deutschland hier nah aneinander, da die deutschen Daten deutlich niedriger ausfallen als in der Studie von Jacobi et al. (2004).

Die Zusammenschau dieser Studien zeigt, dass die Prävalenzwerte je nach Untersuchung stark variieren. Depressionen treten in beiden Ländern häufig auf, sodass die Bedeutsamkeit dieser Studie durch die Daten untermauert wird. Es gibt vielfältige Theorien zur Entstehung von depressiven Erkrankungen. Diejenigen, die im Rahmen der theoretischen Konzepte Bindung, Inkongruenz und Scham von Bedeutung sind, werden im Folgenden vorgestellt.

### **2.4.3 Erklärungsmodelle**

Bei der Entstehung depressiver Erkrankungen geht man heute von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus, das heißt, dass die Vulnerabilität für Depression sowohl durch genetische als auch durch frühe soziale und umweltbezogene Faktoren erhöht wird. Kommen dann aktuelle Stressoren hinzu, kann eine depressive Episode ausgelöst werden (Beesko & Wittchen, 2006). Die Grundzüge eines solchen Modells sind in Abbildung 3 dargestellt. Biologische, psychologische und psychosoziale Einflussfaktoren stehen danach in Interaktion miteinander und können zu depressiven Symptomen führen (Blöschl, 1998).





**Abb. 3: Grundzüge eines biopsychosozialen Modells der Genese von depressiven Störungen** (modifiziert nach Blöschl, 1998, S. 860).

Biologische Faktoren bilden zwar die physiologische Basis affektiver Vorgänge, und ihr Ungleichgewicht hat großen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen, dennoch stehen in dieser Arbeit psychologische und psychosoziale Modelle im Vordergrund, da sich Bindungsstil, Inkongruenzerleben und Schamerleben hier gut einordnen lassen.<sup>6</sup>

Für das Störungsbild der Depression gibt es Erklärungsmodelle aus vielen verschiedenen psychologischen Perspektiven. So entstanden beispielsweise psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Theorien zur Entstehung affektiver Störungen.

### *Psychoanalytische Theorie*

Die depressive Neurosenlehre in der Psychoanalyse (Hoffmann & Hochapfel, 1999) beschreibt eine „depressive Persönlichkeit“. Diese wird als fordernd und abhängig insbesondere von Zuneigungs- und Liebesbekundungen und als anklammernd in Beziehungen beschrieben. Der *Psychoanalytiker Freud* und seine Anhänger sehen ein Verlusterlebnis als Ursache depressiver Störungen (vgl. Bowlby, 1983). Die Depression entsteht aus dem Versuch, den Verlust zu kompensieren. Eine Kompensationsstrategie ist anklammerndes Verhalten. Daraufhin zieht der Partner sich zurück und ein weiteres Verlusterlebnis tritt ein:

<sup>6</sup> Für eine Einführung in biologische Grundlagen affektiver Störungen siehe zum Beispiel Schandry (2006) oder Birbaumer und Schmidt (2006).

der Verlust des Selbstwertes aufgrund der mangelnden Bestätigung durch den Partner. Dieser Verlust geht mit sozialem Rückzug einher und führt zur Depression.

### *Kognitive Theorien*

Kognitive Theorien verbinden durch die Annahme kognitiver Schemata Bindungsstil und Depressionen. Zu den bekanntesten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Erklärungsmodellen gehören die Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn, 1974, zit. nach Beesko & Wittchen, 2006), die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975), die Attributionstheorie (Weiner, 1986) und das kognitive Modell der Depression (Beck, 1970, zit. nach Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994). Einige dieser Ansätze wurden im Zusammenhang mit dem Entstehen von Schamgefühlen schon angeführt. Die *Verstärker-Verlust-Theorie* besagt, dass die Betroffenen durch die beginnende depressive Symptomatik weniger verstärkende Ereignisse erleben. Gleichzeitig bauen Depressive Aktivitäten ab, sodass ihr Verhalten weniger Anlass zu positiver Rückmeldung gibt. Die daraus entstehenden depressiven Symptome werden durch erhöhte Anteilnahme der Umwelt zunächst positiv verstärkt und durch den so entstehenden sekundären Krankheitsgewinn weiter gefestigt. Anschließend führt der Rückzug der Bezugspersonen zu einer weiteren Abnahme an positiver Verstärkung (Lewinsohn, 1974, zit. nach Beesko & Wittchen, 2006). Dieser Ansatz lässt sich mühelos in die Gedanken zu dysfunktionalem Bindungsstil als Vulnerabilitätsfaktor für Depressionen einfügen, da insbesondere auch dem Einfluss sozialer Verstärker eine hohe Bedeutung zugemessen wird (Lewinsohn, 1974, zit. nach Beesko & Wittchen, 2006). Weiterhin liegt die Vermutung nahe, dass auch Inkongruenzerleben – das Gefühl, Ziele nicht zu erreichen – mit Verstärkerverlust einhergeht.

Seligman (1975) entwickelte die *Theorie der gelernten Hilflosigkeit*, die er als zentral für das Entstehen von Depressionen betrachtete. Demnach werden Menschen depressiv, die keine Kontrolle mehr darüber haben, ob sie Verstärkung bekommen, und demnach kein Gefühl der Selbstwirksamkeit mehr erleben. Später wurde die Theorie der gelernten Hilflosigkeit unter Berücksichtigung der Attributionstheorie revidiert (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Depressiv reagieren Personen, die Hilflosigkeit erleben und sich selbst im Sinne stabiler, negativer und globaler Attributionen, wie sie auch für das Schamerleben bedeutsam sind, dafür verantwortlich machen. Bowlby (1983) bezieht Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit (1975) auf die mangelnde Fähigkeit Bindung herzustellen und

aufrechtzuerhalten. Diese kann nicht entwickelt werden, wenn nie die Erfahrung einer sicheren und stabilen Bindung gemacht wurde, wenn einer Person nie gesagt wurde, dass sie liebenswert sei, und sie ein Verlusterlebnis erlitten hat.

Beck (1999) führt die *Kognitive Theorie depressiver Störungen* ein. Über deren Nähe zur kognitiven Grundlage bindungsbezogener Angst wurde bereits ausführlich an anderer Stelle berichtet (s. Kap. 2.3). Das kognitive Modell der Depression (Beck, 1970, zit. nach Beck et al., 1994) basiert auf drei Grundannahmen: 1. der kognitiven Triade, 2. der Schemata und 3. der kognitiven Fehler. Die Theorie besagt, dass depressive Menschen aufgrund bestimmter Erfahrungen, die sie im Laufe ihrer Kindheit und Jugend mit wichtigen Bezugspersonen machen, negative Schemata ausbilden. Werden diese durch kritische Lebensereignisse aktiviert, wird die negative kognitive Triade aktualisiert. Bei der kognitiven Triade (1.) handelt es sich um das Selbstbild, das Bild der Erfahrungen und der Zukunft Depressiver. Sich selbst hält der Betroffene für wertlos und nicht begehrenswert. Erfahrungen werden negativ interpretiert, das heißt, die Umwelt wird als voller Hindernisse, Niederlagen und Enttäuschungen wahrgenommen. Die Zukunft wird negativ betrachtet – sehr ähnliche Annahmen schreibt Bowlby Personen mit ängstlichem Bindungsstil zu. Aus diesen Gedanken ergeben sich negativer Affekt und eine geringe Motivation. Schemata (2.) sind stabile Muster, die der Verarbeitung kognitiver Reize dienen. Aufgrund bestimmter Schemata werden Erfahrungen gespeichert, geprüft und bewertet. Diese Schemata werden bereits in der Kindheit angelegt. Durch bestimmte Auslöser werden diese aktiviert, und die Wahrnehmung wird anhand der Schemata gefiltert. Bei Depressiven stehen dysfunktionale Schemata im Vordergrund, die die kognitive Triade aufrechterhalten. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass das schemakongruente Verhalten einer Person das Verhalten ihrer Bezugspersonen im Sinne einer sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung (Bandura, 1977) beeinflusst.

Das für diese Arbeit zentrale Modell von Simpson und Rholes (2004) stellt ein Diathese-Stress-Modell für die Entstehung von Depressionen ausgehend von bindungsbezogener Angst dar. Im Folgenden werden die bislang besprochenen theoretischen Konzepte Inkongruenz, Schamerleben, bindungsbezogene Angst und depressive Störungen anhand des Modells von Simpson und Rholes (2004) in einen gemeinsamen theoretischen Rahmen eingefügt.

## 2.5 Schlussfolgerungen für die eigene Arbeit

Die Bezüge zwischen den bislang beschriebenen Ansätzen zu Inkongruenz, Scham und Bindung mit depressiven Störungen sind vielfältig. Das „Interpersonal model of attachment ambivalence and depressive symptoms“ (Simpson & Rholes, 2004) soll helfen, diese Vielfalt zu bündeln und einen theoretischen Rahmen für diese Arbeit bieten. Inkongruenz und Scham werden in das Modell integriert. Forschungsergebnisse und theoretische Überlegungen aus bindungs-, emotions-, depressions- und konsistenztheoretischer Sicht werden herausgearbeitet, die die Annahmen des Modells bestätigen. Der Charakter dieses Kapitels ist ein zusammenfassender, sodass die wichtigsten Gedanken aus den vorangegangenen Abschnitten nochmals wiederholt werden.

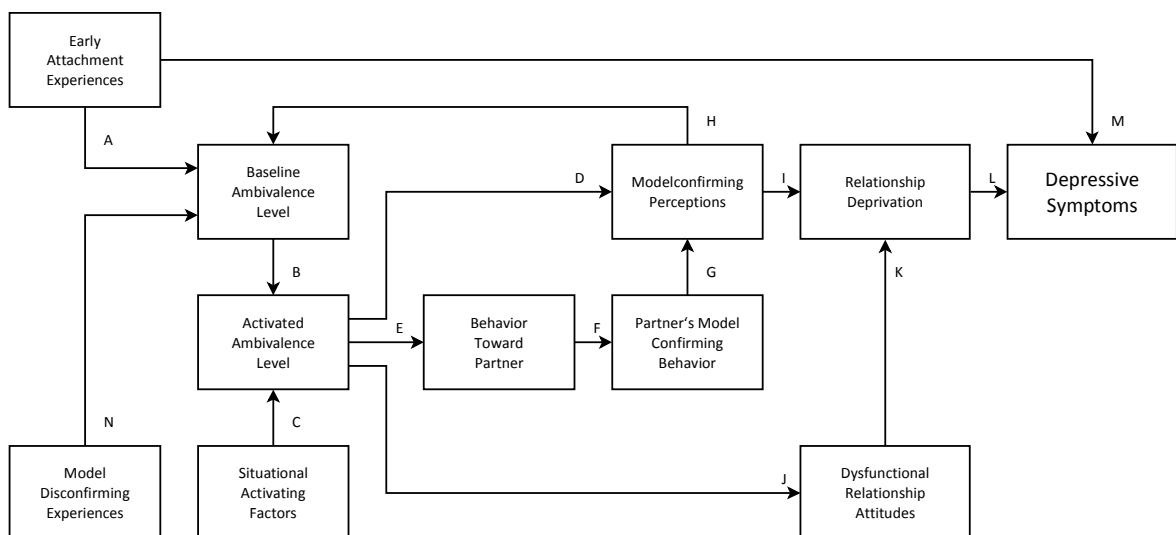
### 2.5.1 Interpersonelles Modell der Bindungsambivalenz und Depression

Im „Interpersonal model of attachment ambivalence and depressive symptoms“ von Simpson und Rholes (2004, S. 416) wird ein Zusammenhang von ängstlich-ambivalentem Bindungsstil und depressiver Symptomatik über die Wahrnehmung von Bezugspersonen und das Verhalten in Beziehungen hergestellt. So stellt dieses Modell einen Beitrag zu den kognitiv-interpersonellen Erklärungsansätzen in der Depressionsforschung dar. Die Autoren verwenden die von Hazan und Shaver (1987; s. Kap. 2.2.1) eingeführte Kategorisierung von Bindungsstilen.

Simpson und Rholes (2004) beschreiben in ihrem Modell, wie sich frühe Bindungserfahrungen in aktuellen Beziehungen im Erwachsenenalter aktualisieren. Ein *ängstlich-ambivalenter Bindungsstil* führt nach Simpson und Rholes (2004) zu *dysfunktionalen Beziehungserwartungen* und dem sich daraus ergebenden Erleben von *Beziehungsdeprivation*. Der Bindungsstil ist geprägt durch innere Arbeitsmodelle, die ein Selbst- und ein Fremdbild enthalten. Diese Arbeitsmodelle umfassen: 1. Überzeugungen und Erwartungen über Partner und Beziehungen; 2. Regeln, die diese Überzeugungen und Erwartungen mit dem Verhalten in Verbindung setzen; 3. habituierte emotionale Reaktionen auf Ereignisse, die mit dem Bindungsstil in Zusammenhang stehen; 4. episodische Erinnerungen an Bindungserfahrungen. Simpson und Rholes (2004) beschreiben die Arbeitsmodelle unsicher Gebundener so, dass diese sich selbst sehen als „nicht wert Liebe und Unterstützung zu erhalten“ (Selbstbild) und ihre Beziehungspartner als „nicht in der Lage, grundlegende emotionale Bedürfnisse zu erfüllen“ (Fremdbild). Aus diesen Überzeugungen resultieren

dann negative Erwartungen hinsichtlich enger Beziehungen, die als Wahrnehmungsfiler fungieren. Daraus ergeben sich unglückliche Beziehungen im Erwachsenenalter. Dies kann laut Simpson und Rholes (2004) ein Risikofaktor für das Entstehen depressiver Symptome sein.

Im Modell wird ein Baseline- von einem aktivierten Ambivalenzniveau unterschieden. Simpson und Rholes folgen damit Wilson, Lindsey und Schooler (2000), die explizite (aktuelle) und implizite (vergangene, modifizierte) Einstellungen unterscheiden. Das aktivierte Ambivalenzniveau beschreibt, inwieweit ängstliche innere Arbeitsmodelle bezüglich aktueller Bezugspersonen gerade zugänglich sind. Dies ist vom Baseline-Niveau (Pfad B) sowie von aktuellen situativen Faktoren (Pfad C) abhängig. Das Baseline-Niveau oder implizite Einstellungen definieren, inwieweit zentrale, grundlegende Aspekte eines ängstlichen inneren Arbeitsmodells ausgeprägt sind. Diese Ausprägung variiert je nach Lerngeschichte der Person und ist unterschiedlich zugänglich (s. Abb. 4, Pfad A). Laut Wilson et al. (2000) greifen Menschen unter Stress oder im Zustand der Dysregulation auf alte, implizite Einstellungen zurück. Aktuelle Einstellungen (wie Arbeitsmodelle der aktuellen Bezugspersonen) beeinflussen Gedanken und Gefühle, wenn eine Person sich in einem stressfreien Zustand befindet.



**Abb. 4: Interpersonal Model of Attachment Ambivalence and Depressive Symptoms** (Simpson & Rholes, 2004, S. 416)

Das aktivierte Bindungsmuster mit hohen Ansprüchen und unangemessenem Verhalten in Beziehungen beeinflusst das Verhalten gegenüber dem Partner (Pfad E), der entsprechend den Erwartungen reagiert (Pfad F) und so die vorhandenen Arbeitsmodelle im Sinne einer

Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung bestätigt (Pfad G). Des Weiteren werden das Selbst- und das Fremdbild durch das aktivierte Ambivalenzniveau bestätigt (Pfad D) und wirken auf das Baseline-Niveau zurück (Pfad H). Das Bindungsverhalten geht mit dysfunktionalen Einstellungen gegenüber Beziehungen einher (Pfad J). Diese zeichnen sich durch sehr hohe und somit unerfüllbare Erwartungen aus. Simpson und Rholes (2004) gehen davon aus, dass dysfunktionale Einstellungen auf zwei Ebenen wirken. Zum einen hängt die *gesamte Lebenszufriedenheit* in zu hohem Maße von der aktuellen Beziehung ab. Zum anderen hängt die *Zufriedenheit mit der Beziehung* von unrealistischen und nur schwer erfüllbaren rigiden Bedingungen ab (Pfad K). Im Modell von Simpson und Rholes (2004) wird diese (Un-) Zufriedenheit als *Beziehungsdeprivation* bezeichnet. Deprivation bedeutet, dass Beziehungen nicht in dem Maße befriedigend sind, wie die Person es erwartet. Das Erleben von Beziehungsdeprivation hängt mit den Selbst- und Fremdbild-bestätigenden Wahrnehmungen zusammen (Pfad I) und kann zum Entstehen depressiver Symptome führen (Pfad L). Außerdem wird in dem Modell ein direkter Zusammenhang zwischen frühen Bindungserfahrungen und depressiver Symptomatik nicht ausgeschlossen (Pfad M). Dem Arbeitsmodell entgegengesetzte Erfahrungen können das Baseline-Niveau der Ambivalenz beeinflussen (Pfad N).

### 2.5.2 Erweitertes Modell

Wie lassen sich nun die Konzepte der Konsistenztheorie und des Schamerlebens in das Modell von Simpson und Rholes (2004) integrieren? Im Folgenden sollen Überlegungen vorgestellt werden, die eine Integration des Konstrukts *Inkongruenz* (Grawe et al., 1994) ermöglichen. Anschließend wird Scham in das Modell eingefügt (s. Kap. 2.5.2.2).

#### 2.5.2.1 Modell erweitert um Inkongruenz

Zunächst soll anhand des *Abhängigkeitsparadoxes* (Feeney & Thrush, 2010) auf den Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Zielerreichung eingegangen werden. Die Autorinnen gehen von Bowlbys Annahme der Bindungsperson als „Ausgangsbasis für Erkundungsausflüge“ aus (Bowlby, 1983). Feeney und Thrush (2010) definieren drei wichtige Eigenschaften die eine Bindungsperson zu einer sicheren Basis (Ainsworth & Bowlby, 1991) machen: Die Person muss *verfügbar* sein. Sie muss *nicht unnötig in das explorierende Verhalten des Partners eingreifen*, da dies mit der individuellen Zielerreichung interferiert. Schließlich muss sie *explorierendes Verhalten akzeptieren und fördern*. Beim Ab-

hängigkeits-Paradox (Feeney, 2007) handelt es sich um die Annahme, dass eine Person umso unabhängiger agieren kann, je stärker der Partner deren Abhängigkeit akzeptiert. Andersherum geht die Fähigkeit, sich auf eine Bezugsperson verlassen zu können und von dieser abhängig zu sein, mit größerer Fähigkeit zu Autonomie einher. Das Wissen um die Verfügbarkeit des Partners gibt die nötige Sicherheit für persönliches Wachstum und Zielerreichung. Dies zeigte sich empirisch auch schon im Paradigma der „Fremden Situation“ (Ainsworth et al., 1978), in der die sicher gebundenen Kinder mehr explorierendes Verhalten zeigten. Weitere Belege für das Abhängigkeitsparadox erbringt Feeney (2007). Die Autorin ließ Paare über wichtige individuelle Ziele diskutieren. Die Akzeptanz der Abhängigkeit wurde operationalisiert durch die Bestätigung auch in Zukunft für den Partner da zu sein, durch das Gewähren von Unterstützung sowie das sensible Eingehen auf die Diskussion über individuelle Ziele. Je stärker diese Akzeptanz bei der Bezugsperson ausgeprägt war, desto größere Autonomie zeigte der Partner. Größere Autonomie ging einher mit mehr unabhängigem Explorationsverhalten, mit größerer wahrgenommener Selbstwirksamkeit und mit größerer wahrgenommener Fähigkeit der Zielerreichung.

Diese Untersuchung (Feeney, 2007) schlägt eine Brücke zwischen Bindungs- und Konsistenztheorie, indem sie sicher Gebundenen eine höhere Fähigkeit der Zielerreichung zuschreibt. Die Ausprägung der Ziele (z. B. Unabhängigkeit, Nähe, Intimität, Selbstschutz; vgl. Pietromonaco & Barrett, 1997) wird vom Bindungsstil beeinflusst. Sicher Gebundenen gelingt eine ausgewogene Balance zwischen Unabhängigkeit und Intimität, während besitzergreifend Gebundene übermäßig nach Intimität streben und vermeidend Gebundene von einem ausgeprägten Drang nach Unabhängigkeit getrieben sind (Fraley, Davis, & Shaver, 1998). Ängstlich-ambivalent Gebundene unterliegen einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt zwischen den Wünschen nach Intimität und nach Unabhängigkeit. Ein solcher Konflikt zwischen motivationalen Schemata wird in der Konsistenztheorie als Diskordanz bezeichnet. Individuen mit hoher bindungsbezogener Angst könnten Inkongruenz bezogen auf bindungsspezifische Ziele erleben, da sie ein sehr stark ausgeprägtes Bedürfnis nach Bindung (hohe Zielintensität) haben, bei gleichzeitig sehr niedriger Bedürfnisbefriedigung (Zielerreichung). Ursächlich für die niedrige Bedürfnisbefriedigung sind zu hohe Ansprüche und unangemessenes Verhalten in Beziehungen. Diese Personen erleben Inkongruenz auch bezogen auf Ziele im Allgemeinen, da man bei ihnen insgesamt von einer geringeren Fähigkeit der Zielerreichung durch niedrige Autonomie, ein geringeres Selbstwirksam-

keitserleben und weniger exploratives Verhalten (vgl. Green & Campbell, 2000; Martin, Paetzold & Rholes, 2009) ausgeht.

Bindungsbezogene Angst verhindert also zum einen durch die dysfunktionalen Beziehungserwartungen das Erreichen bindungsspezifischer Ziele und könnte so über Beziehungsdeprivation zu spezifischem Inkongruenzerleben führen. Zum anderen erschwert bindungsbezogene Angst über das mangelnde Sicherheitsempfinden auch jegliche weitere Exploration und Zielerreichung und könnte so zu generellem Inkongruenzerleben führen. In Anlehnung an Fries und Grawe (2006) soll daher Inkongruenz als Mediator zwischen bindungsbezogener Angst und Depression vorgeschlagen werden.

### 2.5.2.2 Modell erweitert um Scham

Wie lässt sich nun Scham mit Bindungsstil, Depression und Inkongruenzerleben integrieren? Zwei mögliche Verbindungen sollen hier vorgeschlagen werden: Scham könnte einerseits als Folge von Inkongruenzerleben entstehen. Andererseits könnten Gefühle der Scham mit den kognitiven Schemata bei bindungsbezogener Angst zusammenhängen und gemeinsam mit diesen aktiviert werden.

Wie sich Schamerleben und Inkongruenz integrieren lassen wurde bereits an anderer Stelle anhand der Theorie der Selbstdiskrepanz (Higgins, 1987; s. Kap. 2.2) erläutert. Die erlebte Diskrepanz zwischen dem realen Selbst und dem Ideal- oder dem Soll-Selbst führt zu Schamerleben (vgl. Tangney, Niedenthal, Covert & Barlow, 1998) und kann als Form der Inkongruenz betrachtet werden. Fries und Grawe (2006, S. 146) schlagen eine Erweiterung der Konsistenztheorie in dieser Hinsicht vor:

*„Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Theorie mit dem Erscheinen neuerer und spezifischerer Studien verfeinert werden muss. Beispielsweise kann die Inkongruenz in ihrer Wirkung differenziert werden, wenn sie als Diskrepanz zwischen Selbstbildern operationalisiert wird. Nach den Ergebnissen der Forschungsgruppe um Higgins und Strauman sind für unterschiedliche Diskrepanzen unterschiedliche Emotionen zu erwarten.“*

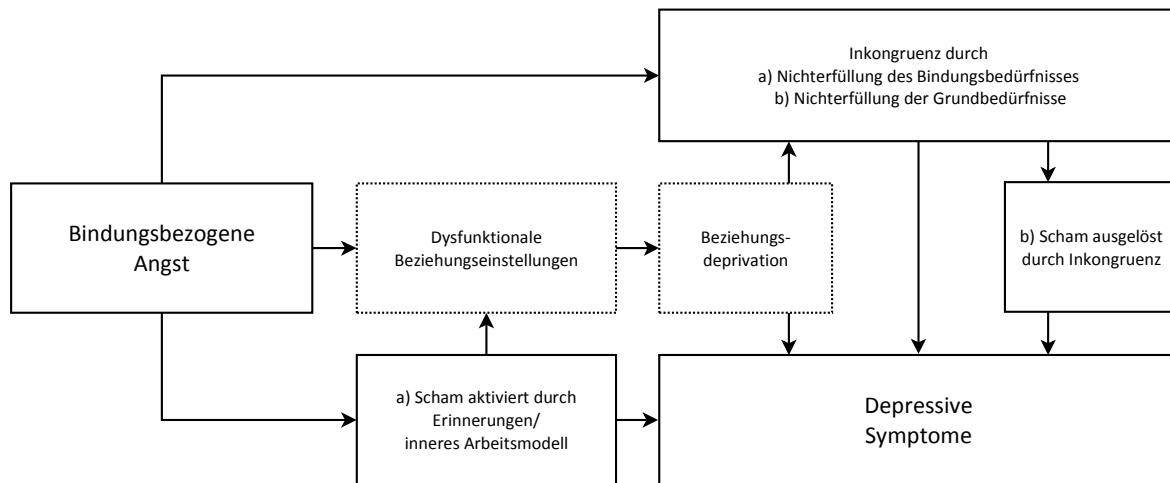
Die Wahrnehmung einer Diskrepanz zum Soll-Selbst soll eher ängstliche Gefühle auslösen, die Wahrnehmung einer Diskrepanz zum Ideal-Selbst eher depressive Gefühle. Bezüglich des Erlebens von Schamgefühlen zeigt die Datenlage aber, dass beide Formen der



Diskrepanz Scham auslösen können (vgl. Kap. 2.2). Es wird also vorgeschlagen, Schamgefühle *als Folge von Inkongruenzerleben* in das erweiterte Modell aufzunehmen.

Der zweite Vorschlag sieht Scham in Verbindung mit den kognitiven Schemata bei bindungsbezogener Angst. Gefühle wie Scham werden in spezifischen Situationen ausgelöst und können als Erfahrungen verbindende Einheit betrachtet werden. Erfahrungen und Informationen, die mit dem gleichen Gefühl, zum Beispiel Scham, einhergehen, werden so in die gleiche Kategorie eingeordnet (Halberstadt & Niedenthal, 1997; Niedenthal, Halberstadt, & Setterlund, 1997). Ein positiver Zusammenhang zwischen Scham und ängstlicher Bindung konnte empirisch bestätigt werden (vgl. z.B. Sherry, 2007). Bindungsspezifische Erfahrungen könnten also bei ängstlich Gebundenen häufig mit Scham einhergehen. Die verarbeitete Information könnte durch Scham verbunden werden, sodass *Scham automatisch auftritt, wenn bindungsspezifische Informationen abgerufen* werden.

In dem angepassten Modell (s. Abb. 5) wird also vorgeschlagen, dass Schamgefühle eng mit dem inneren Arbeitsmodell verknüpft sind und als „emotionaler Klebstoff“ für Erinnerungen dienen. Scham wird also ausgelöst, wenn bindungsbezogene Angst aktiviert wird [Scham (a)]. Weiterhin können Schamgefühle als Folge des Erlebens von Inkongruenz beziehungsweise Selbst-Diskrepanz entstehen [Scham (b)]. Inkongruenz wird ebenfalls auf zwei Arten aktiviert, einmal durch das Nicht-Erreichen von Sicherheit in Beziehungen [Inkongruenz (a)], zum anderen durch das inhibierte Explorationsverhalten und die damit behinderte Zielerreichung [Inkongruenz (b)] insgesamt. Welche Hypothesen sich aus diesen Überlegungen und den dargestellten Forschungsergebnissen ableiten lassen, wird in Kapitel 3 beschrieben. Im Folgenden soll auf die zweite Studie im Rahmen dieser Arbeit zum interkulturellen Vergleich motivationaler Ziele eingegangen werden.



**Abb. 5 Interpersonal Model of Attachment Ambivalence and Depressive Symptoms – erweitert** (Simpson & Rholes, 2004, S. 416)

## 2.6 Motivationale Ziele im interkulturellen Vergleich

Im Rahmen der theoretischen Ausführungen zu motivationalen Zielen wurde bereits auf deren Entwicklung in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Gruppe hingewiesen. Inwieweit sich dies auch empirisch bestätigen lässt, soll in dieser Studie anhand der Fragestellung „Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit zwischen Deutschland und Chile?“ untersucht werden.

In diesem Teilkapitel soll daher eine Einführung in die interkulturelle Psychologie und eine Definition des Kulturbegriffs gegeben werden (2.6.1)<sup>7</sup>. Im Zuge dessen werden auch einige wichtige methodische Aspekte der kulturvergleichenden Psychologie besprochen. Bezogen auf den Inhalt der vorliegenden Untersuchung werden die verwendeten kulturvermittelnden Variablen (s. Kap. 2.6.2) eingeführt und auf Deutschland und Chile bezogen (s. Kap. 2.6.3). Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse aus der interkulturellen Forschung zu motivationalen Zielen (s. 2.6.4) dargestellt.

### 2.6.1 Psychologie und Kulturbegriff

Die Frage nach dem Einfluss von Kultur auf menschliches Erleben und Verhalten hat innerhalb der quantitativ orientierten Psychologie erheblich an Bedeutung gewonnen. Dieses

<sup>7</sup> Kapitel 2.6.1 und 2.6.2 sind auf Grundlage des Artikels Freund et al. (im Druck) geschrieben worden, der als Kooperationsprojekt unter Mitwirkung der Autorin im Rahmen des deutsch-chilenischen Doktorandenkollegs entstanden ist. Einige Teile wurden modifiziert, andere unverändert übernommen.

wachsende Interesse beruht auf den kulturellen Veränderungen, die mit dem Prozess der Globalisierung einhergehen. Mit der kulturvergleichenden Psychologie hat sich eine eigenständige Teildisziplin etabliert, die durch die Gründung von Fachzeitschriften, die Publikation von Lehrbüchern und die Erarbeitung methodischer Standards das Thema Kultur für eine breitere wissenschaftliche Gemeinschaft interessant macht (Segall, Lonner & Berry, 1998; Thomas, 2003). Nicht zuletzt wird das Interesse durch Studien aus unterschiedlichen psychologischen Teildisziplinen beflügelt, die den Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten eindrucksvoll belegen (z.B. Nisbett, 2003; Ryder et al., 2008)

Was unter „Kultur“ zu verstehen ist, wird unter Ethnologen, Anthropologen und Sozialwissenschaftlern bis heute kontrovers diskutiert (Jahoda, 2007). Es gibt eine große Vielfalt an Definitionen von Kultur, angesichts derer Jahoda (1996) zu dem Schluss kommt, dass es sich um einen Begriff handelt, der in Abhängigkeit von Zeit und Ort variiert, sodass es keine endgültige Festlegung auf eine Definition geben kann. Triandis (2007, S. 63f) wagt trotzdem einen Versuch, demgemäß Kultur aus (kollektiv) geteilten Praktiken und Bedeutungen besteht, die sich durch adaptive Interaktion mit der Umwelt herausbilden und über Generationen hinweg vermittelt werden. In der psychologischen Forschungspraxis verwendet man „Kultur“ als Bezeichnung für Gruppen, die sich hinsichtlich kultureller Kontextvariablen unterscheiden (Segall et al., 1998). Methodisch gesehen ist „Kultur“ also eine nominale Variable der Gruppenzugehörigkeit, in der ein komplexes Set an Kontextvariablen „verpackt“ ist (Whiting, 1976). Kulturvergleichende Psychologie beginnt dort, wo man nicht nur psychologische Unterschiede zwischen kulturellen Gruppen feststellt, sondern die Kontextvariablen „entpackt“, die der Gruppenzugehörigkeit zugrunde liegen (Poortinga, van de Vijver, Joe & van de Koppel, 1987; Segall, 1983). Beispiel für eine systematische Suche nach Kontextvariablen sind die aufwändigen internationalen Fragebogenstudien in der Nachfolge Hofstedes (1980): In ihnen werden kulturelle Elemente wie soziale Überzeugungen, Werthaltungen oder Praktiken erfasst und die zwischen Nationen gefundenen Mittelwertsunterschiede auf zentrale „kulturelle Dimensionen“ zurückgeführt (Bond et al., 2004; Inglehart & Baker, 2000; Schwartz, 2004). Damit geben sie dem inhaltlichen Aspekt des Kulturbegriffs eine präzise Bedeutung und tragen zur Beschreibung und Systematisierung kultureller Unterschiede auf Nationenebene bei.

In jüngster Zeit haben verschiedene Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass die gängige Auswahl an kulturellen Gruppen und Kontextvariablen einseitig ist (Cohen, 2009; Fiske, 2002), da hier ein stark vereinfachendes Konzept von Kultur vertreten wird, mit Hilfe dessen man über eine stereotype Betrachtung nicht hinausgehen kann, und die Existenz von Subgruppen und individuellen Unterschieden unterschlagen wird. Beispielhaft für so ein vereinfachtes Konzept ist die weit verbreitete Gleichsetzung von Kultur als Nation<sup>8</sup> (Hofstede & Hofstede, 2006), die zwar forschungspraktisch sinnvoll ist, aber andere Formen der Kultur wie Ethnien, Religionen, Klassen oder Regionen vernachlässigt (Cohen, 2009). In ähnlich einseitiger Weise werden nationale Unterschiede häufig ausschließlich im Licht von individualistischen vs. kollektivistischen Werten interpretiert, was der Komplexität der „verpackten“ Kontextvariablen nicht gerecht wird (Fiske, 2002). Um den Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten nachzuweisen, werden häufig kulturelle Gruppen ausgewählt, die sich auf exemplarische Weise hinsichtlich bestimmter Kontextvariablen unterscheiden. Findet man Unterschiede im Erleben und Verhalten, wird das Ergebnis im Licht der postulierten Kontextvariablen interpretiert. Ein solches Vorgehen ist aus methodischer Sicht unbefriedigend: Da sich die Gruppenzugehörigkeit in kulturvergleichenden Studien nicht randomisieren lässt, bleibt empirisch unklar, welche Kontextvariablen beim Zustandekommen der psychologischen Unterschiede tatsächlich beteiligt waren (Cohen, 2007).

Um die kausalen Geltungsansprüche empirisch zu begründen, schlagen eine Reihe von Autoren vor, die postulierten Kontextvariablen auf die individuelle Ebene zu übertragen und parallel zu den psychologischen Zielvariablen zu erheben (Bond & Tedeschi, 2001; Cohen, 2007; Van de Vijver & Leung, 1997). Diese Strategie wird unter dem Stichwort „unpacking culture at the level of individuals“ (Bond & Tedeschi, 2001, S. 311) diskutiert. Methodisch gesehen entspricht diese Strategie der Prüfung eines Mediatormodells (MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007). Ziel ist es, den psychologischen Effekt der Gruppenzugehörigkeit möglichst vollständig durch interindividuelle Unterschiede in den Kontextvariablen zu erklären. Inwiefern eine Übertragung der Kontextvariablen auf die individuelle Ebene möglich und sinnvoll ist, hängt von der Art der Kontextvariablen ab: Bei kollektiv geteilten Werthaltungen oder Überzeugungen ist die Übertragung unproblematisch, da solche Variablen ursprünglich selbst auf individueller Ebene erhoben werden. So entwi-

---

<sup>8</sup> Kultur als Nation: nach Hofstede und Hofstede (2006, S. 522): „Nationale Kultur: Die kollektive Programmierung des Geistes, die durch das Aufwachsen in einem bestimmten Land erworben wird.“

ckelten Triandis und Kollegen für Individualismus und Kollektivismus bereits Mitte der 80er Jahre analoge Konstrukte aus persönlichkeitspsychologischer Perspektive (Triandis, Leung, Villareal & Clack, 1985).

Daher scheint die hier skizzierte methodische „Psychologisierung von Kultur“ aus mehreren Gründen vielversprechend: Erstens zwingt sie Forscher dazu, den Zusammenhang zwischen kulturellen Kontexten, kulturvermittelnden Mechanismen und psychologischen Zielvariablen genau zu spezifizieren. Zweitens wird sie der häufig vernachlässigten intrakulturellen Varianz gerecht, die durch unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und kulturelle Nischen zustande kommt (Cohen, 2007). Schließlich ermöglicht sie anhand von multiplen Mediatormodellen den kulturvermittelnden Effekt verschiedener Variablen gegeneinander abzuschätzen und damit den Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten auf methodisch anspruchsvolle Weise zu „entpacken“.

### **2.6.2 Kulturvermittelnde Variablen**

Welche Mediatorvariablen in einer kulturvergleichenden Studie zu berücksichtigen sind, hängt in erster Linie von den theoretischen Vorüberlegungen, den involvierten kulturellen Gruppen und den psychologischen Zielvariablen ab. Leider ist es bisher noch nicht in ausreichender Weise gelungen, kulturvermittelnde Variablen aus einem übergeordneten theoretischen Gesamtmodell von Kultur abzuleiten.

Immerhin lassen sich eine Reihe von Anforderungen formulieren, denen eine kulturvermittelnde Variable genügen sollte. Sie sollte theoretisch fundiert sein, d.h. aus etablierten kulturellen Kontextvariablen abgeleitet oder in ein elaboriertes kulturvermittelndes Modell eingebettet sein. Sie sollte sich in verschiedenen kulturellen Gruppen reliabel und valide messen lassen, über kulturelle Gruppen hinweg variieren und sollte mit relevanten psychologischen Zielvariablen korrelieren.

Die Idee der Heidelberger Kultur-Fragebogenbatterie (Freund et al., im Druck) besteht darin, eine Auswahl an kulturvermittelnden Variablen zusammenzustellen, die diese Anforderungen erfüllen. Im Folgenden werden mit dem Selbstbild und der Geschlechtsrollenideologie zwei etablierte kulturvermittelnde Variablen vorgeschlagen. Ergänzt wird die Auswahl durch die Variable der familiären Normgebundenheit.

*Independente und interdependente Selbstrepräsentation*

In ihrem vielzitierten Review entwickeln Markus und Kitayama (1991) die Idee, dass der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten vor allem über das Selbstbild vermittelt wird. Den Autoren zufolge lassen sich zwei prototypische Selbstrepräsentationen herausarbeiten: Beim independenten Selbstbild wird ein einheitliches, stabiles Selbst unterstellt, das relativ unabhängig vom sozialen Kontext existiert. Personen mit einem independenten Selbstbild legen Wert darauf, sich von anderen abzuheben, die eigenen Ziele zu verwirklichen und anderen gegenüber offen und direkt zu sein. Sie erleben sich und andere als unabhängige Akteure, die ihr Verhalten an den eigenen Gefühlen und Gedanken ausrichten. Dagegen wird beim interdependenten Selbstbild ein flexibles, veränderliches Selbst unterstellt, das eng mit dem sozialen Kontext verbunden ist. Personen mit einem interdependenten Selbstbild legen Wert darauf, dazuzugehören, sich in Bezug auf ihre Referenzgruppe angemessen zu verhalten und andere in ihren Zielen zu unterstützen. Sie erleben sich und andere als sozial eingebettete Akteure, die ihr Verhalten vor allem an Rollenanforderungen und den Erwartungen anderer ausrichten. Markus und Kitayama (1991) gehen davon aus, dass independente Selbstrepräsentationen eher in westlichen Kulturen wie den USA und Westeuropa verbreitet sind, während interdependente Selbstrepräsentationen eher in asiatischen Kulturen wie Japan oder China vorkommen. Insofern eignet sich das Konstrukt der Selbstrepräsentationen besonders dafür, Einflüsse auf Personenebene sichtbar zu machen, die durch unterschiedliche Ausprägungen von individualistischen vs. kollektivistischen Werten auf Nationenebene hervorgerufen werden (Gudykunst et al., 1996; Singelis & Brown, 1995).

*Geschlechtsrollenideologie*

In den letzten Jahren haben verschiedene Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten durch Geschlechtsrollenideologien vermittelt wird (Barry & Beitel, 2006; Marshall, 2008). Geschlechtsrollenideologien sind präskriptive Überzeugungen zum Verhältnis von Männern und Frauen. In ihnen kommt zum Ausdruck, welches Rollenverhalten jeweils als wünschenswert und angemessen betrachtet wird. Es lassen sich zwei prototypische Geschlechtsrollenideologien unterscheiden: Innerhalb der traditionellen Geschlechtsrollenideologie werden Frauen als schwach, verletzlich und schutzbedürftig wahrgenommen und auf die Rolle der Hausfrau und Mutter festgelegt. Männer gelten als Autoritätspersonen, die das Geld verdienen, die Familie versorgen und

Entscheidungen treffen. Dagegen wird im Rahmen der „egalitären“ Geschlechtsrollenideologie der Standpunkt vertreten, dass psychologische Geschlechterunterschiede primär sozial konstruiert sind und kein Geschlecht über das andere dominieren sollte (Kalin & Tilby, 1978; Williams & Best, 1990). Auch wenn zur kulturvermittelnden Rolle von Geschlechtsrollenideologien bisher kein elaboriertes Modell vorliegt, ist sowohl ihre kulturelle Einbettung als auch ihre psychologische Wirkung gut belegt. Einerseits geben internationale Fragebogenstudien ein differenziertes Bild von den kulturellen Kontextvariablen, die ihrer Herausbildung zugrunde liegen (Inglehart & Norris, 2003; Williams & Best, 1990): Egalitäre Geschlechtsrollenideologien sind Ausdruck des gesellschaftlichen und ökonomischen „Entwicklungsstands“, der politischen und beruflichen Partizipation von Frauen, der Verbreitung von christlicher (vs. muslimischer) Religion und der Ausprägung von individualistischen Wertvorstellungen. Andererseits fungieren Geschlechtsrollenideologien nach einer Formulierung von Davis und Greenstein (2009) wie eine Linse, durch die Personen ihre soziale Umgebung wahrnehmen und aufgrund der sie ihre Entscheidungen treffen.

#### *Familiäre Normgebundenheit*

In allen menschlichen Gruppen existieren Regeln, die das Zusammenleben ermöglichen und strukturieren. Solche Regeln bringen zum Ausdruck, wie Bedürfnisse und Verhaltensweisen von einer Gruppe bewertet werden (Schwartz & Bilsky, 1987). Die bisherige kulturvergleichende Forschung hat sich vor allem auf diesen inhaltlichen, wertebezogenen Aspekt von Regeln konzentriert (Oerter, 2007). Erst seit kurzem gibt es ein zunehmendes Interesse an Konzepten, die nicht den Inhalt, sondern die Form von Regeln in den Vordergrund stellen (Gelfand, Nishii & Raver, 2006). Eine zentrale Rolle spielt dabei das eindimensionale Konstrukt der Normgebundenheit (tightness) mit den Polen „tight“ vs. „loose“, das auf den Anthropologen Pelto (1968) zurückgeht. Unter Normgebundenheit wird hier das Ausmaß verstanden, mit dem innerhalb von Kulturen Normen auferlegt und bei Überschreitung sanktioniert werden (Gelfand et al., 2006). So existieren in eng normgebundenen Kulturen viele Normen über viele Situationen. Regeln werden klar und eindeutig ausgedrückt und geringfügige Normabweichungen werden streng sanktioniert. Im Kontrast dazu finden sich in lose normgebundenen Kulturen wenige formale Vorschriften. Seit den Arbeiten von Triandis (1996) und Chan, Gelfand, Triandis und Tzeng (1996) gilt Normgebundenheit als wichtige, aber vernachlässigte kulturelle Kontextvariable, die distinkt von anderen Dimensionen wie Individualismus-Kollektivismus, Unsicherheitsvermeidung oder

Machtdistanz zu betrachten ist. Die Untersuchung dieses Konstrukts ist für kulturvergleichende Studien lohnenswert, weil damit nicht nur der „Kultur in den Köpfen“, sondern auch Aspekten der sozialen Umwelt Rechnung getragen wird.

### 2.6.3 Kulturvermittelnde Variablen in Deutschland und Chile

Im Folgenden sollen Forschungsergebnisse zitiert werden, die belegen, dass Deutsche und Chilenen sich tatsächlich bezüglich der kulturvermittelnden Variablen Selbstrepräsentation, Geschlechtsrollenideologie und Normgebundenheit unterscheiden. Dazu wird auf ein Review von Zimmermann<sup>9</sup> (2009) und auf Daten der Forschungsgruppe zurückgegriffen.

#### *Selbstrepräsentation*

Zimmermann (2009) stützt seine Berechnungen zum Selbstbild auf Daten des World Values Survey und auf eine Familienstudie von (Georgas, Berry, van de Vijver, Kağıtçıbaşı & Poortinga, 2006). In beiden Untersuchungen ergibt sich eine signifikant independentere und interdependentere Selbstrepräsentation der Chilenen im Vergleich mit den deutschen Probanden. Die im Rahmen des Doktorandenkollegs durchgeführten Analysen bestätigen diese Ergebnisse mit hochsignifikantem Unterschied zwischen Deutschen und Chilenen auf beiden Variablen.

#### *Geschlechtsrollenideologie*

Glick et al. (2000, zit. n. Zimmermann, 2009) untersuchten sexistische Einstellungen in 19 Ländern, unter anderem Deutschland und Chile. Die Autoren unterscheiden nach feindseligem und wohlwollendem Sexismus. Beide implizieren traditionelle Einstellungen im Sinne der Sex Role Ideology Scale (Cota & Xinaris, 1993) und sind in der chilenischen Stichprobe bei Männern und Frauen stärker ausgeprägt. Auch Georgas et al. (2006, zit. n. Zimmermann, 2009) finden eine traditionelle Rollenverteilung in der chilenischen Stichprobe. Ferner bestätigen die Auswertungen von Zimmermann (2009) aus dem World Values Survey dieses Bild: Chilenen schreiben Männern mehr Begabung und Privilegien in bestimmten Gesellschaftsbereichen zu. Auch die Analysen des Doktorandenkollegs mit der HKFB belegen signifikant traditionellere Vorstellungen der Chilenen.

---

<sup>9</sup> Für eine kritische Diskussion der Methoden und zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse siehe Zimmermann (unveröffentlichtes Forschungsmanuskript, Universität Heidelberg, 2009).



### *Normgebundenheit*

Das World Values Survey weist auf eine höhere Toleranz der Chilenen bezüglich Regelverletzungen im Allgemeinen hin (Zimmermann, 2009). Zur Normgebundenheit auf Familienebene gibt es keine externen Daten, da diese Skala erst im Rahmen des Kollegs entwickelt wurde. Die Analysen der Forschungsgruppe zeigen jedoch in der chilenischen Stichprobe ein stärkeres Ausmaß an Normgebundenheit auf Familienebene, aber nicht auf Nationenebene.

Insgesamt zeigt sich, dass die ausgewählten kulturvermittelnden Variablen nicht nur aus methodischer Sicht sinnvoll sind. Deutsche und Chilenen unterscheiden sich auch tatsächlich auf den entsprechenden Dimensionen systematisch. Chilenen sind laut der vorliegenden Daten independenter, interdependent, traditioneller bezüglich Geschlechterrollen und normgebundener als Deutsche. Studien, die einen Zusammenhang dieser Variablen mit motivationalen Zielen belegen, werden im Folgenden dargestellt.

#### **2.6.4 Einfluss kultureller Faktoren auf motivationale Ziele**

Nach den Ausführungen zu Kulturbegriff und Variablen mittels derer Kultur messbar wird, soll nun darauf eingegangen werden, inwieweit diese Variablen bedeutsam für die kulturvergleichende Untersuchung motivationaler Ziele sind. Es wurde bereits erläutert (s. Kap. 2.1), dass ein Zusammenhang zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen und der Befriedigung universeller Grundbedürfnisse besteht. Weiterhin wurde darauf eingegangen, dass Menschen, um die vier genannten Grundbedürfnisse zu befriedigen, individuelle *Ziele* sowie *Mittel der Zielerreichung* entwickeln, sogenannte *motivationale Schemata*. Diese Schemata oder Ziele unterscheiden sich unter anderem in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Die Konsequenzen aus dem Nicht-Erreichen von Zielen in Form von Inkongruenzerleben und möglichen psychischen Erkrankungen bleiben vom Inhalt der Ziele unbeeinflusst. Auch eine hohe Anzahl von Vermeidungszielen gilt in der Theorie unabhängig von deren Inhalt als Anzeichen für verringertes subjektives Wohlbefinden (Tamcan, 2005). Die Annahmen der Konsistenztheorie konnten in der Validierungsstudie zur türkischen Übersetzung von INK und FAMOS (Tamcan, 2005) bestätigt werden. Tamcan (2005) verglich in seiner Untersuchung die motivationalen Ziele von Türken, Schweizern und türkischen Migranten in der Schweiz. Ergebnis der Studie sind signifikante negative Korrelationen zwischen Inkong-

rueuz und Wohlbefinden sowie Lebenszufriedenheit. Des Weiteren ergab sich eine signifikante positive Korrelation zwischen Inkongruenz und Symptombelastung in allen Gruppen.

### *Motivationale Ziele und Selbstrepräsentation*

Grundsätzlich scheint ein Zusammenhang zwischen Selbstrepräsentation, Inhalt der motivationalen Ziele und subjektivem Wohlbefinden zu bestehen. Bei US-Amerikanern europäischer Herkunft erhöhte sich das subjektive Wohlbefinden durch das Verfolgen und Erreichen independenter Ziele, bei US-Amerikanern mit asiatischen Wurzeln durch das Verfolgen interdependenten Ziele (Oishi & Diener, 2001). Bezüglich mittels FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) erhobener motivationaler Ziele zeigte sich bei Tamcan (2005), dass die türkischen Befragten mehr Vermeidungs- als Annäherungsziele benannten, während die Schweizer mehr Annäherungsziele angaben. Außerdem maßen die türkischen Befragten denjenigen Annäherungszielen mehr Bedeutung bei, bei denen andere eine Rolle spielen (anderen helfen, Geselligkeit, Hilfe bekommen). Den Schweizer Probanden waren „individualistische“ Ziele wie Autonomie, Selbstbelohnung und das Leben auskosten wichtiger. Ein bedeutsamer Unterschied zeigte sich in der Bewertung der Vermeidungsziele auf der Skala Alleinsein/Trennung. Diese wurde von den Türken signifikant negativer beurteilt. Des Weiteren war der negative Zusammenhang zwischen Inkongruenz und psychischer Gesundheit in allen Gruppen signifikant. Interessanterweise war dieser jedoch bei den türkischen Probanden geringer ausgeprägt, obwohl diese mehr Vermeidungsziele verfolgten. Die Grawe'sche Betrachtungsweise einer höheren Ausprägung von Vermeidungsmotivation als bedeutsam in der Entstehung von motivationaler Inkonsistenz (z.B. Fries & Grawe, 2006) gibt daher Anlass zu Zweifeln, zumindest in ihrer interkulturellen Übertragbarkeit. Viele Studien belegen einen deutlichen Unterschied in der Motivation ostasiatischer Probanden im Gegensatz zu westlichen: Erstere zeigen eine deutlich ausgeprägte Vermeidungsmotivation auf vielen Gebieten, während letztere sich eher durch positive Annäherungsaspekte motivieren ließen. Theoretisch wird dies vor dem Hintergrund einer höheren Funktionalität des Vermeidens von Beziehungs- oder Gruppenstörungen in kollektivistischen Kulturen, deren Mitglieder sich durch ein interdependentes Selbstbild auszeichnen, erklärt (Heine, Lehman, Markus, & Kitayama, 1999). Elliot, Chirkov, Kim und Sheldon (2001) untersuchten diese Annahme. Zunächst fanden sie einen positiven Zusammenhang zwischen interdependenten Selbstrepräsentation und Vermeidungszielen und ei-

nen negativen mit independenter Selbstrepräsentation. Zudem wiesen sowohl Amerikaner asiatischer Herkunft als auch befragte Russen und Südkoreaner mehr Vermeidungsziele auf als europäische Amerikaner. Vermeidungsziele konnten nur in den USA als negativer Prädiktor für subjektives Wohlbefinden bestätigt werden, in Russland und Südkorea nicht. Heine et al. (2001) untersuchten die Ausdauer von Japanern und Nordamerikanern bezüglich einer Aufgabe in Abhängigkeit von der Rückmeldung (Erfolg vs. Scheitern). Die Nordamerikaner ließen sich besser durch die Rückmeldung eines Erfolgs motivieren, die Japaner durch die Rückmeldung des Scheiterns. Die gleiche Untersuchung wurde an Chilenen repliziert. Diese zeichneten sich durch ein „japanisches Muster“ aus, auch sie ließen sich besser durch negative Rückmeldung zum Beharren auf einer Aufgabe motivieren (Heine & Rainieri, 2009). Bedauerlicherweise wurden die Chilenen pauschal anhand der Klassifikation von Hofstede (1980) den kollektivistischen Ländern zugeordnet. Über die Schwächen einer solchen Einordnung wurde andernorts gesprochen (s. Kap. 2.6.1). Des Weiteren stellt es generell ein Risiko dar, von 30 Jahre alten Daten auszugehen, nicht zu sprechen von den massiven gesellschaftlichen Veränderungen, die Chile seit den 80er Jahren erlebt hat. Da es sich aber um eine der wenigen Untersuchungen an Chilenen handelt, soll sie hier trotzdem nicht unerwähnt bleiben. Lockwood, Marshall und Sadler (2005) konnten bestätigen, dass Personen mit interdependenter Selbstrepräsentation negative Vorbilder motivierender finden, während Personen mit independenter Selbstrepräsentation sich positive Vorbilder suchen. Ersteres traf stärker auf asiatische, letzteres auf europäische Kanadier zu. Es besteht ein enger Zusammenhang zur Selbstregulation (Higgins, 1987), die orientiert ist an Vermeidung oder Erreichen (promotion vs. prevention), beziehungsweise am Soll- oder Ideal-Selbst. Interdependenz geht mit vermeidungsorientiertem, Independenz mit annäherungsorientiertem Selbstregulations-Fokus einher. (Lee, Aaker & Gardner, 2000).

Aus den zitierten Befunden wird deutlich, dass sich die kulturellen Unterschiede motivationaler Ziele sehr gut im Rahmen der Selbstrepräsentation untersuchen lassen und dass insbesondere die Art der Motivation, annäherungs- oder vermeidungsorientiert, in ihrer Bewertung kulturabhängig sein könnte. Inwieweit ein Zusammenhang zwischen motivationalen Zielen und den kulturvermittelnden Variablen Geschlechtsrollenideologie und Normgebundenheit bisher belegt werden konnte, wird im Folgenden geklärt.

*Motivationale Ziele und Geschlechtsrollenideologie*

Untersuchungen beziehen sich hier zumeist nur auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen, jedoch ohne Erhebung der Geschlechterrollenideologie. Roberts und Robins (2000) berichten beispielsweise über unterschiedliche Lebensziele von Männern und Frauen. Letztere legen mehr Wert darauf, anderen zu helfen und auf persönliches Wachstum, während bei Männern ökonomische Ziele im Vordergrund stehen. Laut Pohlmann (2001; zit. nach Evans & Diekman, 2009) sind Männer handlungsorientierter, während bei Frauen eher der Gemeinschaftssinn im Vordergrund steht. Evans und Diekman (2009) fanden heraus, dass die Geschlechtsrollen als Teil des Selbstbildes die Auswahl von Zielen beeinflussen. Ziele werden so gewählt, dass sie in Kongruenz zur Geschlechterrolle stehen. Frauen nennen daher häufiger versorgende Lebensziele, Männer statusbezogene (Schwartz & Rubel, 2005). Dieser Zusammenhang konnte durch geschlechtsrollenspezifische Einstellungen erklärt werden und wirkt sich wiederum auf spezifische berufliche Interessen aus. Zur Geschlechtsrollenideologie und motivationalen Zielen liegen nach Kenntnisstand der Autorin keine Studien vor. Die Ergebnisse zitierten lassen aber den Gedanken zu, dass traditioneller eingestellte Personen auch traditionellere Ziele wählen. Eine weitere nicht-belegbare Vermutung besteht darin, dass traditionell eingestellte Personen eher eine vermeidungsorientierte, gruppenkohärente Motivationsstruktur und eine interdependente Selbstrepräsentation aufweisen.

*Motivationale Ziele und Normgebundenheit*

Es konnten keinerlei Untersuchungen zu spezifischen Zielen gefunden werden. Lediglich lässt sich aus der Theorie von Peltó (1968) die bereits im Rahmen der Selbstrepräsentation erwähnte Vermutung ableiten, dass hohe kulturelle Normgebundenheit und strenge Sanktionierungen mit Vermeidungsmotivation einhergehen, während niedrigere Normgebundenheit eher Annäherungsmotivation fördert. Auch auf Higgins (1987) kann wieder zurückgegriffen werden, in der Annahme, dass Menschen, die Teil einer normgebundenen Gemeinschaft sind, eher nach der Erfüllung des Soll- als des Ideal-Selbst-Streben und somit eher vermeidungsorientiert agieren. Individuen aus losen Gemeinschaften, die sich weniger verpflichtet fühlen, könnten eher annäherungsorientiert handeln. Belege für eine entsprechende Orientierung (prevention vs. promotion) wurden im Rahmen der Selbstrepräsentation angeführt. Daraus lässt sich die explorative Hypothese ableiten, dass höhere Normgebundenheit mit stärkerer Vermeidungsmotivation einhergeht.

Insgesamt zeigt sich, dass die spezifische Betrachtung kulturvermittelnder Variablen auf individueller Ebene in Zusammenhang mit motivationalen Zielen so noch nicht vorgenommen wurde. Die zitierten kulturvergleichenden Theorien und Untersuchungen untermauern aber die Sinnhaftigkeit dieses Vorhabens. Damit schließt die Betrachtung der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstandes. Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Erkenntnisse nochmals zusammengefasst um dann daraus die in dieser Untersuchung zu bearbeitenden Fragestellungen abzuleiten.



### 3. Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen

Aus den Ausführungen zu Theorie und Forschungsstand (s. Kap. 2) wird die Bedeutung der Konstrukte Bindungsstil, motivationale Ziele, Inkongruenzerleben und Scham für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen deutlich. Nach Kenntnisstand der Autorin gibt es nur eine weitere Arbeit, in der die Variablen Bindungsstil, Scham, Depression und Befriedigung der Grundbedürfnisse gemeinsam berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung von Wei, Shaffer, Young und Zakalik (2005) bestätigen die Plausibilität der im Theorieteil dieser Arbeit (s. Kap. 2) angestellten Überlegungen. Die Autoren untersuchten den Einfluss der Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse auf Depression, Scham und ambivalenten Bindungsstil. Befriedigung der Grundbedürfnisse hängt als partielle Mediatorvariable mit ängstlichem und mit ambivalentem Bindungsstil sowie mit Scham, Depression und Einsamkeit negativ zusammen (Wei et al. 2005). Zu bindungsbezogener Angst, Scham, Inkongruenz und Depressivität gibt es nach Wissen der Autorin noch keine Untersuchung. Ein möglicher Zusammenhang lässt sich aber sehr gut aus der Theorie ableiten und kann wertvolle Erkenntnisse erbringen. Anhand des Modells von Simpson und Rholes (2004) sowie mit Hilfe der zitierten Forschungsergebnisse wurden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen mit Depression aufgezeigt (s. Kap. 2.4). Aus den theoretischen Ausführungen ist weiterhin ersichtlich, dass bindungsbezogener Angst eine besondere Bedeutung sowohl in der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Symptomatik, wie auch hinsichtlich eines erhöhten Inkongruenzerlebens zukommt. Außerdem wird der Zusammenhang zwischen Scham- und Inkongruenzerleben sowie zwischen Schamerleben und bindungsbezogener Angst und zwischen dem Empfinden von Scham und Depressionen aufgezeigt. Es geht aus den obenstehend zitierten Untersuchungen hervor, dass es zwar zahlreiche Studien zu einzelnen Aspekten gibt, jedoch noch keine Arbeit, in der Inkongruenzerleben als Mediator zwischen Bindungsstil und Depression untersucht wurde. Fries und Grawe (2006, S. 145-146) plädieren dafür Inkongruenz als Mediatorvariable zu betrachten:

*„Auch ist denkbar, dass die Inkongruenz eine Mediatorfunktion ausübt und zwischen Belastungen und Vulnerabilitäten auf der einen Seite und Beschwerden und Symptomen auf der anderen Seite vermittelt.“*

Auch die weitergehende Berücksichtigung einer emotionalen Komponente, wie sie in diese Studie in Form der Erfassung der Scham einfließen wird, ist bisher noch nicht in Zusammenhang mit Bindungsstil und Inkongruenz erhoben worden, obwohl sich zahlreiche Belege für entsprechenden Verbindungen finden lassen (s. Kap. 2.2 & 2.5). Diese Arbeit soll in zweierlei Hinsicht über die bisherige Forschung hinausgehen. Erstens wird der Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression in Abhängigkeit von Inkongruenzerleben als Mediatorvariable untersucht. Zweitens soll die Rolle von Schamerleben bezüglich Inkongruenz und bindungsbezogener Angst genauer beleuchtet werden. Die Erforschung dieser Beziehungen ist von besonderer Bedeutung, da diese nicht nur von theoretischem Interesse sind, sondern sich auch Implikationen für die Therapie ergeben (s. Kap. 2.1).

Ein weiterer wissenschaftlicher Zugewinn ist durch die erstmalige Anwendung konsistenztheoretischer Konzepte in Chile zu erwarten. Konsistenztheoretische Annahmen wurden bereits auf andere Kulturen übertragen, aber in spanischer Sprache lagen die entsprechenden Instrumente bislang noch nicht vor und wurden demnach auch noch nicht in Chile eingesetzt. Aus den Ausführungen zur interkulturellen Psychologie geht hervor, wie wichtig ein Ansatz ist, der kulturvermittelnde Variablen berücksichtigt um interkulturelle Unterschiede erklären zu können (s. Kap. 2.6). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sich deutsche und chilenische Probanden auf den hier gewählten kulturvermittelnden Variablen unterscheiden. Es wird deutlich, dass sich auch die Annäherungs- und Vermeidungsziele zur Bedürfnisbefriedigung vor dem Hintergrund von Selbstrepräsentation, Normgebundenheit und Geschlechterrollenideologie unterscheiden können. Ein Vergleich motivationaler Ziele unter der Berücksichtigung kulturvermittelnder Variablen wurde bislang nicht vorgenommen. Die kulturvergleichende Betrachtung motivationaler Annäherungs- und Vermeidungsziele zwischen Chile und Deutschland kann relevante Erkenntnisse über den Einfluss soziokultureller Faktoren auf Inhalt und Relevanz spezifischer motivationaler Ziele erbringen. Aus diesem Grunde sollen die motivationalen Ziele neben der deutschen auch an einer chilenischen Stichprobe erhoben und betrachtet werden.

Die in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Fragestellungen sind:



Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression?

Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz?

Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile finden?

Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit in Chile und Deutschland?

### **1. Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression?**

Aufgrund der obengenannten Ausführungen kann davon ausgegangen werden, dass Inkongruenz in positivem Zusammenhang mit bindungsbezogener Angst und Depressivität steht. Des Weiteren ist anzunehmen, dass Bindungsangst mit Depressivität einhergeht und dass Inkongruenz als Mediator zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität fungiert. Dazu werden die folgenden Hypothesen geprüft:

*Hypothese 1: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere bindungsbezogene Angst im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 2: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Depressivitätswerte im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 3: Patienten zeichnen sich durch signifikant stärker ausgeprägtes Inkongruenzerleben im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 3a: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Gesamtingkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 3b: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Vermeidungssinkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 3c: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Annäherungsinkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 4: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität.*

*Hypothese 4a: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Gesamtingkongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 4b: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Vermeidungsinkongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 4c: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Annäherungsinkongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 5: Inkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression.*

*Hypothese 5a: Gesamtingkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression.*

*Hypothese 5b: Vermeidungsinkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression.*

*Hypothese 5c: Annäherungsinkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression.*

In die statistischen Berechnungen zu dieser Fragestellung gehen die deutsche klinische und die deutsche Kontrollstichprobe ein.

## **2. Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz?**

Es soll betrachtet werden, inwieweit Zusammenhänge zwischen der Emotion Scham und den Variablen Bindung, Depressivität, Inkongruenz und motivationale Ziele bestehen. Aufgrund des oben zitierten Forschungsstandes ist höheres Schamerleben bei erhöhter

Depressivität zu erwarten. Weiterhin soll überprüft werden, ob Schamerleben als Mediator zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität sowie im Zusammenhang mit bindungsbezogener Angst und Depressivität gelten kann. Damit gehen folgende Forschungsfragen einher:

2a) *Mediiert Schamerleben den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depressivität?*

2b) *Mediiert Schamerleben den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität?*

Zu Forschungsfrage 2a werden folgende Hypothesen geprüft:

*Hypothese 6: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Schamwerte im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 6a: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der HFS-Skala Leistungsscham im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 6b: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der HFS-Skala Körperscham im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Hypothese 7: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Scham und Depressivität.*

*Hypothese 7a: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Leistungsscham und Depressivität.*

*Hypothese 7b: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Körperscham und Depressivität.*

*Hypothese 8: Scham mediiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 8a: Leistungs- und Körperscham mediierten den Zusammenhang zwischen Annäherungsin kongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 8b: Leistungs- und Körperscham mediierten den Zusammenhang zwischen Vermeidungsin kongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 8c: Leistungs- und Körperscham mediierten den Zusammenhang zwischen Gesamtingruenz und Depressivität.*

Zu Forschungsfrage 2b wurden folgende Hypothesen geprüft:

*Hypothese 9: Scham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

*Hypothese 9a: Leistungsscham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

*Hypothese 9b: Körperscham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

In den statistischen Berechnungen zu dieser Fragestellung wurden die deutsche klinische und die deutsche Kontrollstichprobe berücksichtigt.

### **3. Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile finden?**

Bezüglich des Empfindens von Inkongruenz sollten sich keine interkulturellen Unterschiede ergeben. Dieses sollte bei psychisch Kranken generell höher ausgeprägt sein. Inkongruenz sollte in positivem Zusammenhang mit Depressivität stehen.

*Hypothese 10: Depressive Chilenen und Deutsche zeichnen sich durch ein signifikant stärker ausgeprägtes Inkongruenzerleben aus als nicht-depressive Chilenen und Deutsche.*

In die statistischen Berechnungen zu dieser Fragestellung gehen die deutsche und die chilenische klinische sowie die deutsche und die chilenische Kontrollstichprobe ein.

### **4. Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit zwischen Chile und Deutschland?**

Bisherige Studien zeigen, dass es kulturabhängige Unterschiede in der Bedeutsamkeit spezifischer motivationaler Ziele gibt (s. Kap. 2.6). Hier soll untersucht werden, inwieweit sich diese bei Chilenen und Deutschen sowie unter Berücksichtigung kulturvermittelnder Variablen voneinander unterscheiden. Weiterhin wird untersucht, ob Depression einen Einfluss auf die motivationalen Ziele hat. Es wird erwartet, dass in der deutschen klinischen Stichprobe die Vermeidungsziele stärker im Vordergrund stehen. Ob dies in der chi-

lenischen Stichprobe auch zutrifft, und wie sich die Stichproben bezüglich der Ausprägung der Annäherungsziele unterscheiden, soll explorativ betrachtet werden. Weiterhin werden die Interaktionseffekte zwischen Nationalität und Depressivität auf die motivationalen Ziele analysiert.

Jede der im Folgenden aufgeführten übergreifenden Hypothesen wird einzeln für die zusammenfassenden sowie für die 23 Unterskalen des FAMOS getestet. Es werden höhere Ausprägungen für Annäherungsmotivation in Zusammenhang mit independentem Selbstbild, niedrigerer Normgebundenheit und egalitäreren Geschlechtsrollen erwartet. Höhere Ausprägungen für Vermeidungsmotivation werden für interdependenteres Selbstbild, hohe Normgebundenheit und traditionelle Einstellung bezüglich Geschlechterrollen erwartet. Weiterhin wird ein mediierender Einfluss der HKFB-Variablen bezüglich Nationalität und motivationaler Ziele erwartet.

*Hypothese 11: Es bestehen signifikante Haupteffekte von Nationalität und Depressivität auf die motivationalen Ziele.*

*Hypothese 11a: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSIntimität.*

[...]

*Hypothese 11w: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf die FAMOSVersagen.*

*Hypothese 11x: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSAnnäherung.*

*Hypothese 11y: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSVermeidung.*

Aufgrund der großen Anzahl an FAMOS-Skalen werden die Hypothesen hier nicht im Einzelnen angeführt. Die statistische Überprüfung erfolgt für jede der 23 Unterskalen und für die zusammenfassenden Skalen des FAMOS/CAEMO.

*Hypothese 12: Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Ausprägung der HKFB-Variablen.*

*12a) Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SRIS.*

- 12b) *Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-N.*
- 12c) *Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-FV.*
- 12d) *Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-FK.*
- 12e) *Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SCSind.*
- 12f) *Es besteht signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SCSint.*

*Hypothese 13: Es bestehen systematische korrelative Zusammenhänge zwischen den Variablen der HKFB und den motivationalen Zielen.*

- 13a) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen independentem Selbstbild und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*
- 13b) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen interdependentem Selbstbild und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*
- 13c) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen Geschlechterrollenideologie und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*
- 13d) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen hoher Normgebundenheit auf Nationenebene und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*
- 13e) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen der Skala der TLS Vorhandensein familiärer Normen und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*
- 13f) *Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen der Skala der TLS Konsens bezüglich familiärer Normen und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Auch hier wird die Vielzahl der Hypothesen nicht im Einzelnen angeführt. Es werden Korrelationen für jede der 23 Unterskalen und für die zusammenfassenden Skalen des FAMOS/CAEMO mit den Skalen der HKFB berechnet.

*Hypothese 14: Die Variablen der HKFB (SCS, SRIS, TLS) medieren den Zusammenhang zwischen Nationalität und motivationalen Annäherungs- und Vermeidungszielen.*

In die statistischen Berechnungen zu dieser Fragestellung gehen die deutsche und die chilenische klinische sowie die deutsche und die chilenische Kontrollstichprobe ein.

Die Überprüfung der formulierten Hypothesen erfolgt mithilfe des im folgenden Kapitel beschriebenen Vorgehens.





## 4. Methoden

Im Folgenden werden zunächst die in dieser Untersuchung angewendeten Methoden dargestellt. Es wird auf das Vorgehen bei der Rekrutierung (4.1) eingegangen. Es folgt die Beschreibung der in dieser Untersuchung eingesetzten Instrumente (s. 4.2). Anschließend wird auf das Vorgehen bei der Übersetzung der Instrumente INK, FAMOS und HKFB eingegangen (s. 4.3). Abschließend werden die statistischen Auswertungsverfahren eingeführt (4.4).

### 4.1 Rekrutierung

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine offene, kontrollierte, quasiexperimentelle Querschnittstudie. Es wurden 101 Kontrollpersonen sowie 64 depressive Patienten aus Chile und Deutschland in die Fragebogenstudie eingeschlossen. Die Datenerhebung erfolgte mittels verschiedener Instrumente (s. Kap. 4.2.2 bis 4.2.7). In der klinischen Stichprobe in Deutschland erfolgte weiterhin ein Screening mittels CIDI Dia-X-Interview zur Absicherung der Diagnose (s. Kap. 4.2.1).

#### *Einschlusskriterien*

Patient/innen zwischen 18 und 75 Jahren, die die ICD-10 Kriterien (Weltgesundheitsorganisation, 2008) folgender Störungsbilder erfüllten, wurden in die Untersuchung eingeschlossen:

*Depressive Episode:* F32.0 – leichte depressive Episode, F32.1 – mittelgradige depressive Episode, F32.2 – schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, F32.8 – sonstige depressive Episoden, F32.9 – depressive Episode – nicht näher bezeichnet.

*Rezidivierende depressive Störung:* F33.0 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, F33.1 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, F33.2 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, F33.8 – sonstige rezidivierende depressive Störungen, F33.9 Rezidivierende depressive Störung – nicht näher bezeichnet.

*Anhaltende affektive Störungen:* F 34. 1 – Dysthymia, F34.8 – Sonstige anhaltende affektive Störungen, F34.9 – Anhaltende affektive Störung – nicht näher bezeichnet.

Weitere Voraussetzung war die Einwilligungsfähigkeit der Patient/innen.

#### *Ausschlusskriterien*

Patient/innen wurden nicht in die Untersuchung eingeschlossen, wenn keine der genannten affektiven Störungen vorlag. Weitere Ausschlusskriterien waren schwere komorbide Erkrankungen, wie zerebrale Schäden oder Demenzen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit. Manisch-depressive Patient/innen wurden ebenso ausgeschlossen wie Patient/innen, die an einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen oder an einer Psychose erkrankt waren. Weitere Ausschlusskriterien waren Anorexia nervosa mit einem Body-Mass-Index unter 14, sowie emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom impulsiven und vom Borderline-Typ. Weiterhin wurden Patient/innen mit schweren somatischen Erkrankungen, die eine kontrollierte Evaluation der psychischen Erkrankung unmöglich machten, ausgeschlossen. Selbstverständlich wurden auch Patient/innen von der Untersuchung ausgeschlossen, deren Kenntnisse der deutschen bzw. spanischen Sprache für ein Bearbeiten der Fragebögen nicht ausreichten oder die ihr Einverständnis zurückzogen. Um einen Zusammenhang zwischen den abhängigen Variablen und Depressivität nachweisen zu können, wurde eine Kontrollgruppe in die Untersuchung einbezogen.

#### *Ein- und Ausschlusskriterien Kontrollgruppe*

Proband/innen konnten in die Studie eingeschlossen werden, sofern sie zwischen 18 und 75 Jahre alt waren und ausreichende Deutsch- bzw. Spanischkenntnisse aufwiesen. Des Weiteren wurde die Einwilligungsfähigkeit vorausgesetzt. Ausschlusskriterien waren zum einen akute psychische Erkrankungen und zum anderen schwere somatische Erkrankungen, die eine Teilnahme an einer Fragebogenstudie unmöglich machen.

#### *Rekrutierung und Studienablauf*

##### *Deutschland*

Die Patient/innen wurden in Deutschland in einer psychiatrischen Klinik (Asklepios Klinik für Psychische Gesundheit, Langen) und in einer psychotherapeutischen Ambulanz (Zentrum für Psychologische Psychotherapie, Heidelberg) rekrutiert. Der Erhebungszeitraum lag

zwischen September 2009 und August 2010. In der Psychiatrie wurden die Patient/innen nach Rücksprache mit dem betreffenden Oberarzt oder der betreffenden Oberärztin auf ihrer Station oder in der Tagesklinik aufgesucht und mündlich sowie mittels einer schriftlichen Information über die Untersuchung aufgeklärt. Das Einverständnis der Patient/innen wurde durch Unterschrift dokumentiert. Anschließend wurde ein diagnostisches Interview mit den Teilnehmer/innen durchgeführt, die Fragebögen wurden ausgehändigt und eine Woche später wieder abgeholt. Sofern die Patienten/innen dies wünschten, wurden die Ergebnisse der Erhebung mit ihnen und dem behandelnden Arzt beziehungsweise mit der behandelnden Ärztin oder mit dem/der Psychologen/in besprochen.

In der verhaltenstherapeutischen Ambulanz wurden die Patient/innen nach Rücksprache mit den behandelnden Psychologen/innen vor oder nach einer Therapiesitzung angesprochen. Sie bekamen ein Fragebogenheft und wurden mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt. Das generelle Einverständnis der Patient/innen zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen geben diese zu Behandlungsbeginn in der Ambulanz. Bei Rückgabe eines vollständig bearbeiteten Fragebogenhefts wurden die Patient/innen mit zehn Euro entschädigt. Sofern die Patient/innen dies wünschten, wurden die Ergebnisse der Erhebung ebenso wie bei den Patient/innen in der Psychiatrie mit ihnen und ihrem/r behandelnden Psychologen/in besprochen.

Die Rekrutierung der Kontrollstichprobe erfolgte zwischen September 2009 und August 2010. Alle Teilnehmer/innen bekamen ein Fragebogenheft und eine Studieninformation mit einem frankierten Rückumschlag. In Deutschland wurde die Kontrollstichprobe an einer Weiterbildungseinrichtung, unter den Beamten und Angestellten einer Behörde, sowie durch Tür-zu-Tür-Befragung in einer Gemeinde gewonnen.

### *Chile*

In Chile wird ein Großteil der psychisch Kranken ambulant behandelt. Die Patient/innen wurden in einer ambulanten Einrichtung (PsicoMédica, Santiago de Chile) von einer chilenischen Psychologiestudentin und einer deutschen Doktorandin vor oder nach der Therapiesitzung angesprochen. Erhebungszeitraum war September 2009 bis Januar 2010. Den Patient/innen wurden der Fragebogen, eine Studieninformation und ein Exemplar der Einverständniserklärung ausgehändigt und in der nächsten Sitzung wieder in Empfang ge-

nommen. Ein Teil der chilenischen Patient/innen wurde postalisch um eine Teilnahme gebeten und erhielt zusätzlich zu den entsprechenden Unterlagen einen frankierten Rückumschlag.

Die chilenische Kontrollstichprobe besteht aus den Teilnehmer/innen einer universitären Lehrveranstaltung. Die Daten wurden zwischen März und Oktober 2010 erhoben. Alle Teilnehmer/innen bekamen ein Fragebogenheft und eine Studieninformation mit einem Rückumschlag, der in einer der folgenden Veranstaltungen wieder eingesammelt wurde.

#### *Abbruchkriterien*

Es war allen Proband/innen und Patient/innen jederzeit möglich, die Teilnahme an der Studie abzubrechen. Dies war ohne Angabe von Gründen möglich und ohne dass ihnen daraus Nachteile entstanden. Insbesondere der weitere Verlauf der Therapie blieb davon unbeeinflusst.

In die Untersuchung wurden insgesamt 165 Personen einbezogen, die sich in fünf unterschiedliche Teilstichproben gliedern: 1. deutsche stationäre Stichprobe ( $n = 21$ ), deutsche ambulante Stichprobe ( $n = 15$ ), deutsche nicht-klinische Stichprobe ( $n = 72$ ), chilenische klinische Stichprobe ( $n = 28$ ) sowie chilenisch nicht-klinische Stichprobe ( $n = 29$ ). Eine genauere Analyse der soziodemographischen und klinischen Stichprobeneigenschaften findet sich in den Kapiteln 5.1.1. und 5.3.1.

## **4.2 Instrumente**

Zunächst wird auf das Munich-Composite International Diagnostic Interview (Dia-X/M-CIDI) eingegangen (Wittchen & Pfister, 1997; Wittchen, Lachner, Wunderlich & Pfister, 1998; s. Kap. 4.2.1), anschließend auf das revidierte Beck-Depressions-Inventar (BDI II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006; s. 4.2.2). Darauf folgt die Beschreibung des Fragebogens zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002; s. 4.2.3) und des Inkongruenzfragebogens (INK, Grosse Holtforth et al., 2004; s. 4.2.4). Anschließend folgen die Ausführungen zur Heidelberger Kulturfragebogenbatterie (HKFB, s. 4.2.5), die der Erfassung kulturvermittelnder Variablen dient, zum Bindungsfragebogen Experiences in Close Relationships revised (ECR-RD, Ehrenthal et al., 2008; s. 4.2.6) sowie zum Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen (HFS, Kämmerer et al., 2003; s.

4.2.7). Drei der eingesetzten Instrumente (HKFB, FAMOS & INK) wurden ins Spanische übersetzt. Das bei der Übersetzung angewandte Vorgehen ist in Kapitel 4.3 beschrieben.

#### **4.2.1 Munich-Composite International Diagnostic Interview**

Zur Absicherung der klinischen Einschätzung wird das Dia-X/M-CIDI (Wittchen & Pfister, 1997; Wittchen et al., 1998) mit den Patienten/innen durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein am Computer durchgeführtes Interview zur DSM-IV (Saß et al., 2003) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2008) gestützten Diagnose psychischer Störungen. Das M-CIDI besteht aus 16 Sektionen, in denen die Symptome von 56 psychischen Störungen abgefragt werden. Das M-CIDI ist ein standardisiertes Verfahren. Die Fragen werden genau so vorgelesen, wie sie auf dem Monitor erscheinen und die Antwort wird exakt so kodiert, wie der Patient sie angibt. Im Gegensatz zu anderen Verfahren beruhen nur wenige Fragen auf einer Einschätzung durch den Interviewer. Die Durchführungsdauer beträgt ein bis zwei Stunden. Die Validität liegt für die computergestützten Diagnosen im Vergleich zur klinischen Einschätzung zwischen  $\kappa = 0.50$  (somatoforme Störungen) und  $\kappa = 0.96$  (depressive Episode). Die Test-Retest-Reliabilität zwischen liegt zwischen  $\kappa = 0.45$  für Generalisierte Angststörung und  $\kappa = 1.00$  für Panikstörung. Für depressive Erkrankungen ergab sich eine sehr gute Test-Retest-Reliabilität. Diese betrug für Dysthymia  $\kappa = 0.81$  und für Major Depression  $\kappa = 0.78$  (Wittchen et al., 1998).

#### **4.2.2 Beck-Depressions-Inventar II**

Die revidierte Fassung des BDI (Hautzinger et al., 2006), der BDI-II, ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die Schwere einer depressiven Erkrankung erfasst wird. Orientiert am DSM-IV werden die Kriterien depressiver Erkrankungen in 21 Items bezogen auf die vergangenen zwei Wochen abgefragt (Hautzinger et al., 2006). Die Items tragen Überschriften, die den Symptomen affektiver Störungen entsprechen. Diese werden auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet. Den Skalenwerten sind Aussagen zugeordnet, beispielsweise: *10. Weinen 0 Ich weine nicht öfter als früher. 1 Ich weine jetzt mehr als früher. 2 Ich weine beim geringsten Anlass. 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.* Zur Auswertung wird die Summe der Itemwerte gebildet, die zwischen 0 und 63 liegen kann. Bei 0–13 Punkten wird von keiner oder minimal ausgeprägter depressiver Symptomatik ausgegangen, bei 14–19 Punkten von milder, bei 20–28 Punkten von moderater und bei 29–63 Punkten von schwerer depressiver Symptomatik (Beck, Steer & Brown, 1996). Die interne

Konsistenz der Skala ist gut ( $\alpha \geq .84$ ), ebenso wie die Test-Retest Reliabilität ( $r \geq .75$ ). Die Zusammenhänge zwischen BDI-II und Skalen, die ähnliche Konstrukte messen, sind hoch, solche mit symptomfernen Persönlichkeitsskalen sind niedrig. Das BDI-II diskriminiert gut zwischen unterschiedlichen Schweregraden der Depression und ist änderungssensitiv (Kühner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007). Ähnliches ergibt sich auch für die spanische Version des BDI-II (Sanz, Perdigón & Vazquez, 2003; Wiebe & Penley, 2005): Die interne Konsistenz beträgt  $\alpha = .89$ . bzw.  $\alpha = .91$ , die Test-Retest-Reliabilität liegt zwischen  $r = .76$  und  $r = .86$ . Die inhaltliche Validität ergibt sich aus der Orientierung am DSM-IV.

#### 4.2.3 Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata

Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) wurde von Grosse Holtforth und Grawe (2002) entwickelt, um die subjektive Wichtigkeit motivationaler Ziele zu erfassen. Das Instrument liegt in zwei Versionen zum Selbst- und Fremdrating vor. Der FAMOS umfasst 94 Items, die als direkte Aussagen zu 57 Annäherungs- und 37 Vermeidungszielen formuliert sind. Diese Aussagen werden von den Probanden anhand ihrer Wichtigkeit auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Annäherungsziele werden von 0 – überhaupt nicht wichtig bis 5 – außerordentlich wichtig eingeschätzt, Vermeidungsziele von 0 – überhaupt nicht schlimm bis 5 – außerordentlich schlimm. Ein Beispiel für ein Item zu Annäherungszielen wäre: „Auf mich selbst zu vertrauen.“ Für Vermeidungsziele ist „Hilflos zu sein“ ein Beispiel. Die Items werden zu 9 Vermeidungs- und 14 Annäherungszielskalen zusammengefasst. Bei den Vermeidungsskalen handelt es sich um Alleinsein/Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/Blamage, Vorwürfe/Kritik, Abhängigkeit/Autonomieverlust, Spannungen mit anderen, Sich verletzbar machen, Hilflosigkeit/Ohnmacht und Versagen. Die Annäherungsskalen sind Intimität/Bindung, Geselligkeit, Anderen helfen, Hilfe bekommen, Anerkennung/Wertschätzung, Überlegen sein/Imponieren, Autonomie, Leistung, Kontrolle haben, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Das Leben auskosten, Selbstvertrauen/Selbstwert und Selbstbelohnung. Diese Skalen werden zu drei übergeordneten Skalen zusammengefasst: Vermeidung, Annäherung sowie das Verhältnis von Vermeidung zu Annäherung (FAMOSRatio). Aus den Skalenwerten lässt sich ein Profil erstellen. Im Profil der Annäherungsziele bilden sich motivationale Ressourcen des Patienten ab, während das Profil der Vermeidungsziele auf mögliche Themen für die Behandlung hinweist (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Die Skalenwerte können entweder absolut oder im Vergleich mit den Werten der Normstichprobe

betrachtet werden. Der Fragebogen ist reliabel und valide in gutem bis befriedigendem Ausmaß. Die internen Konsistenzen für die einzelnen Skalen rangieren in klinischen Stichproben zwischen  $\alpha = .63$  und  $\alpha = .90$ . Die Test-Retest-Reliabilitäten liegen zwischen  $r = .68$  und  $r = .89$ . Des Weiteren zeigte sich in verschiedenen Studien, dass der FAMOS geeignet ist für das kulturübergreifende Erfassen bestimmter Konstrukte sowie für das sensible Abbilden kultureller Unterschiede in den motivationalen Zielen (vgl. z. B. Tamcan, 2005, s.a. Kap. 2.6.3). Insgesamt wird deutlich, dass das Instrument FAMOS nicht nur dem Informationsgewinn in der Therapie dienen kann, sondern gleichzeitig zur Überprüfung konsistenztheoretischer Annahmen sowie zur Untersuchung der interkulturellen Gültigkeit der Konsistenztheorie.

#### 4.2.4 Inkongruenzfragebogen

Der Inkongruenzfragebogen INK (Grosse Holtforth & Grawe, 2004) wurde auf Grundlage des FAMOS (s. 4.2.3) entwickelt und misst den Grad der Umsetzung motivationaler Ziele (s. Kap. 2.1). Zur Fragebogenkonstruktion wurden die Items des FAMOS umgewandelt. Die Items des FAMOS beziehen sich auf die Wichtigkeit der Annäherungs- und Vermeidungsziele, die Items des INK darauf, inwieweit diese Ziele in letzter Zeit erreicht werden konnten. Ein Beispiel für ein Item zu Annäherungszielen wäre: „In der letzten Zeit kann ich auf mich selbst vertrauen.“ Für Vermeidungsziele ist „In der letzten Zeit bin ich hilflos“ ein Beispiel. Das Antwortformat, fünfstufige Likert-Skalen, rangiert von „viel zu wenig“ bis „völlig ausreichend“ für Annäherungsziele und von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft sehr stark zu“ für Vermeidungsziele. Zur Auswertung des Inkongruenzfragebogens wird ein Inkongruenzprofil aus den Summenwerten der 23 Unterskalen und aus den drei übergeordneten Skalen Vermeidungsinkongruenz, Annäherungsinkongruenz und Gesamtingkongruenz erstellt. Durch die Betrachtung der zusammengefassten Skalenwerte lässt sich das Ausmaß an Inkongruenz bezüglich der Annäherungs- und Vermeidungsziele einschätzen. Die Betrachtung der einzelnen Skalen zeigt, welche Ziele unbefriedigt sind, das heißt, welche Ziele mit besonders hohen Inkongruenzwerten einhergehen. Daraus ergeben sich Anhaltspunkte für relevante Therapieziele und Ressourcen. Skalenwerte können absolut oder im Vergleich mit Referenzwerten aus der Normstichprobe betrachtet werden. Das Erfassen der Inkongruenz ist ein reliabler und valider Indikator für das Inkonsistenzniveau. Die Eignung des INK für das Erfassen von Inkongruenz auch in kulturvergleichenden Studien konnte ebenso wie für den FAMOS bereits gezeigt werden (s. 4.1.3, vgl. Tamcan,

2005, s. 2.6.3). Der Inkongruenzfragebogen erweist sich als hinreichend reliables und valides Instrument zur Erfassung des Grads der Zielerreichung. Cronbachs alpha rangiert zwischen  $\alpha = .44$  und  $\alpha = .93$  für die einzelnen Skalen, wobei nur wenige der Werte unter  $\alpha = .6$  liegen. Die Test-Retest-Reliabilität liegen für die zusammenfassenden Skalen zwischen  $r = .76$  und  $r = .81$  (Grosse Holtforth & Grawe, 2003, 2004).

#### 4.2.5 Heidelberger Kulturfragebogenbatterie

Mit der Heidelberger Kulturfragebogenbatterie (HKFB; Freund et al., im Druck) werden kulturvermittelnde Variablen (s. Kap. 2.6) erfasst. Die HKFB umfasst neben einem soziodemographischen ersten Teil drei Skalen: die Tightness-Looseness Scale auf Nationenebene (TLS-N, Gelfand et al., 2007), die neu konzipierte TLS auf Familienebene (TLS-F), die Self-construal Scale (SCS, Hardin, Leong & Bhagwat, 2004) und die Sex-role Ideology Scale (SRIS, Cota & Xinaris, 1993).<sup>10</sup>

##### *Tightness-Looseness Scale*

Die Tightness-Looseness-Scale besteht in der HKFB aus zwei Skalen zur Erfassung der Normgebundenheit: Zum einen enthält sie die ursprüngliche Fassung der TLS (Gelfand, et al., 2007) zur Erfassung von Normgebundenheit auf *nationaler Ebene* (TLS-N) und zum anderen eine modifizierte Form, zur Messung von Normgebundenheit auf *Familienebene* (TLS-F; Freund et al., im Druck). Jede der Skalen umfasst sechs Items. Probanden schätzen das Ausmaß ihrer Zustimmung zu einzelnen Aussagen ein (z.B. „In Deutschland/Chile gibt es für die meisten Situationen klare Erwartungen, wie man sich verhalten sollte“ (TLS-N) oder „In meiner Familie gibt es viele Regeln, die man einzuhalten hat“ (TLS-F)). Die Items sind auf einer 6-stufigen Ratingskala von „stimme überhaupt nicht zu (1)“ bis „stimme völlig zu (6)“ zu beurteilen. Die Auswertung erfolgt über die Berechnung eines Summenscores, wobei hohe Werte eine hohe Normgebundenheit (Engl. tightness) widerspiegeln. Die Arbeitsgruppe um Gelfand und Kollegen (Gelfand et al., 2006) ist derzeit dabei, die TLS-N über 35 Länder zu validieren. Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die TLS-N in der Lage ist, Länder voneinander zu diskriminieren. Die Analysen zur TLS-F ergaben zwei

---

<sup>10</sup> Die Ausführungen zur TLS, SCS und SRIS wurden dem Artikel "Wie lässt sich der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten messen? Konzeptuelle und empirische Einführung einer multidimensionalen Kulturfragebogenbatterie" (Freund et al., im Druck) teils in modifizierter Form, teils unverändert entnommen. Dieser Artikel ist im Rahmen eines Graduiertenkollegs unter Mitwirkung der Autorin entstanden.



Subskalen: die erste Subskala das umfasst das Vorhandensein familiärer Regeln (TLS-FV), die zweite Subskala den Konsensus hinsichtlich familiärer Regeln (TLS-FK). Die Skala TLS-FV hatte ein Cronbach's  $\alpha$  von .73. Für die Skala TLS-FK ergab sich ein Cronbach's  $\alpha$  von .63. Die Retest-Reliabilitäten der einzelnen Subskalen bewegen sich mit Werten zwischen  $r = .64$  und  $r = .82$  im zufriedenstellenden bis guten Bereich (Freund et al., im Druck). Für die chilenische Übersetzung der Instrumente ergab sich ein Cronbachs alpha von .68 für die TLS-N und von .72 für die TLS-F (Olhaberry et al., im Druck). In Deutschland ergab sich für die TLS-FV ein Cronbach's  $\alpha = .73$  und für die TLS-FK von  $\alpha = .63$  (Freund et al., im Druck).

### *Self-Construal Scale*

Die SCS enthält 30 Items, die auf einer siebenstufigen Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ eingeschätzt werden (Singelis et al., 2006). 15 Items beziehen sich auf ein unabhängiges Selbstbild (z.B. „Es gefällt mir, einzigartig und in vielerlei Hinsicht anders als andere zu sein“), 15 Items auf ein interdependentes Selbstbild (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass meine Beziehungen wichtiger sind als das, was ich selber erreicht habe“). Es zeigten sich interne Konsistenzkoeffizienten von  $\alpha = .72$  für die Subskala unabhängiges Selbstbild und  $\alpha = .74$  für die Subskala interdependentes Selbstbild. Die Retest-Reliabilitäten lagen für unabhängiges Selbstbild bei  $r = .57$  und für interdependentes Selbstbild bei  $r = .66$ . Die SCS wurde in den letzten Jahren von verschiedenen Arbeitsgruppen ins Deutsche übersetzt und in kulturvergleichenden und sozialpsychologischen Studien eingesetzt (Friedlmeier, Schäfermeier, Vasconcellos & Trommsdorff, 2008; Hannover, Kühnen & Birkner, 2000; Kühnen, 1999). Allerdings liegen bisher noch zu keiner der Übersetzungen umfassende psychometrische Gütekriterien vor. Um eine einheitliche deutsche Version der SCS zu erstellen, wurden aus den vier verfügbaren Übersetzungen diejenigen Items ausgewählt, die in sprachlicher und konstrukttheoretischer Hinsicht als am besten geeignet erschienen. Zudem wurde bei sechs Items je ein Wort, und bei weiteren sieben Items mehr als ein Wort verändert. Die Auswahl und die Veränderung der Items erfolgten durch drei unabhängige Beurteiler, die im Anschluss in Konsensdiskussionen für jedes Item eine deutsche Lösung erarbeiteten. Die siebenstufige Likert-Skala wurde wie in der Originalversion beschrieben übernommen. Insofern kann von der SCS, so wie diese in die HKFB aufgenommen wurde, als neu adaptierte und erweiterte Übersetzung der SCS von Singelis (1994) gesprochen werden. Für die vollständigen jeweils 15 Items umfassen-

den Hauptskalen nach Singelis et al. (2006) ergab sich beim interdependenten Selbstbild (SCSint) ein Cronbach's  $\alpha$  von .71 und beim independenten Selbstbild (SCSind) ein Cronbach's  $\alpha$  von .68. Die internen Konsistenzen beider Hauptskalen konnten durch das Weglassen einzelner Items nicht verbessert werden. In der chilenischen Validierungsstudie betrug Cronbach's  $\alpha = .66$  für die Subskala independentes Selbstbild und  $\alpha = .69$  für die Subskala interdependentes Selbstbild (Olhaberry et al., im Druck).

### *Sex-Role Ideology Scale*

Die Sex-Role Ideology Scale (Kalin & Tilby, 1978) erfasst die Geschlechtsrollenideologie in dreißig Items. Dabei handelt es sich um ein eindimensionales Konstrukt mit den Polen traditionell und egalitär. Ein hoher Summenscore steht für eine egalitäre Einstellung. Eine Kurzform der SRIS wurde von Cota und Xinaris (1993) aus der Originalskala entwickelt, wobei die 18 Items aufgenommen wurden, die höher als .40 auf der einfaktoriellen Lösung einer Faktorenanalyse luden. Kurzform und Original korrelieren zu  $r = .94$ . Diese Kurzform war zunächst Teil der HKFB und wurde nach einer Voruntersuchung zugunsten einer höheren Varianzaufklärung (42%) nochmals um 9 Items ( $\alpha = .80$ ,  $n = 166$ ) gekürzt. Die einzelnen Aussagen werden auf einer 7-stufigen Likert-Skala bewertet, von „stimme überhaupt nicht zu (1)“ bis „stimme völlig zu (7)“. Sechs Items beziehen sich auf eine ‚traditionelle‘ Geschlechtsrollenideologie (z.B. „Eine Frau sollte auf ihr Aussehen achten, da es beeinflusst, was andere über ihren Ehemann denken“), drei Items erfassen eine ‚egalitäre‘ Geschlechtsrollenideologie (z.B. „Frauen sollten die gleiche sexuelle Freiheit haben dürfen wie Männer“). Die Originalskala (Kalin & Tilby, 1978) weist Split-half Reliabilitäten zwischen  $r = .57$  und  $r = .91$  (Median  $r = .79$ ) und eine Retest Reliabilität von .87 auf. Die internen Konsistenzen für die Kurzversion (Cota & Xinaris, 1993), und für die 9-Item-Version variieren zwischen  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .85$  und können als gut bewertet werden. In der Erhebung im Rahmen der HKFB hatte die entsprechende Skala in Deutschland ein Cronbach's  $\alpha = .85$ . und in Chile von  $\alpha = .75$  (Olhaberry et al., im Druck).

SRIS, SCS und TLS haben sich sowohl in Chile als auch in Deutschland als hinreichend reliable und valide Instrumente zur Erfassung kulturvermittelnder Variablen auf psychologischer Ebene erwiesen.

#### 4.2.6 Experiences in Close Relationships – Revised

Zur Erfassung des Bindungsstils wird die deutschsprachige Version des Fragebogens „Experiences in Close Relationships – Revised“ (ECR-RD, Ehrental et al., 2008) eingesetzt. Dabei handelt es sich um ein zweidimensionales Selbstrating-Instrument mit 36 Items zum Messen von Bindungsunsicherheit. Je 18 Items laden auf den beiden Faktoren Angst und Vermeidung. Aus den Mittelwerten der 18 Items ergeben sich die Summenwerte für bindungsbezogene Angst beziehungsweise bindungsbezogene Vermeidung. Ein Beispielitem für bindungsbezogene Angst wäre: „Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.“ Ein Beispielitem für bindungsbezogene Vermeidung wäre: „Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will“. Jedes Item wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 „Stimme gar nicht zu“ bis 7 „Stimme völlig zu“ bewertet. Die interne Konsistenz der beiden Skalen erwies sich als sehr gut (Cronbachs  $\alpha = .91$  für die Skala bindungsbezogene Angst; Cronbachs  $\alpha = .92$  für die Skala bindungsbezogene Vermeidung). Als Hinweis auf die Kriteriumsvalidität ergaben sich negative Zusammenhänge zwischen bindungsbezogener Angst- und Vermeidung und Partnerschaftszufriedenheit.

#### 4.2.7 Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen

Der Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen (Kämmerer et al., 2003; HFS) besteht aus zwei Skalen. Skala 1 misst Schamerleben in Zusammenhang mit Körper und Sexualität, Skala 2 bildet Scham bezüglich Leistung und sozialer Kompetenz ab. Beide Skalen liegen in unterschiedlichen Versionen für Frauen und Männer vor. Bei den Items handelt es sich um 35 kurze Szenarien. Ein Beispielszenario für Skala 1 wäre:

*„Nadja liegt mit einem Leistenbruch im Krankenhaus. Der Chefarzt kommt zur Visite, begleitet von einer Gruppe weiterer Ärztinnen und Ärzte und auch Studentinnen und Studenten. Mit einem Schwung schlägt er Nadjas Bettdecke über Bauch und Beinen weg, sodass sie halbnackt vor den Augen aller da liegt.“*

Ein Beispielszenario für Skala 2 wäre:

*„Eckard hat sein Studium abgeschlossen und keine Stelle gefunden. Deshalb ist er hauptberuflich als Taxifahrer tätig. Bei einem Klassentreffen in seinem Heimatort erzählt er aber allen, er habe eine tolle Stelle. Wochen später schickt ihn die Taxizentrale zum Kongresszentrum, um jemanden zum Bahnhof zu fahren. Da steigt sein ehemaliger Schulkame-*

*rad Lothar ins Taxi. Nach erstem Erstaunen meint Lothar bissig: „So sieht also Deine traumhafte Karriere aus! Unser Herr Doktor ist Taxifahrer!“.*

Die Versuchspersonen werden gebeten, sich in die Lage der Person in dem Szenario zu versetzen und auf einer 6-stufigen Likertskala („gar nicht“ bis „sehr stark“) anzugeben, wie stark sie glauben, dass sich der/die Protagonist/in in dieser Situation schämt. Die Versionen für Männer und Frauen unterscheiden sich dahingehend, dass der/die Protagonist/in jeweils dem eigenen Geschlecht entspricht. Die Gesamtscores des HFS lassen sich anhand von Normwerten interpretieren. Die interne Konsistenz beider Skalen beträgt jeweils  $r = .84$ . Die Retest-Reliabilität liegt für Skala 1 bei  $r = .91$  und für Skala 2 bei  $r = .77$ .

### **4.3 Zur Methodik bei der Übersetzung der Instrumente**

Im kulturvergleichenden Teil der Untersuchung wurden der INK, der FAMOS, die HKFB sowie das BDI-II eingesetzt. Für die deutschsprachigen Instrumente INK und FAMOS lagen noch keine spanischen Übersetzungen vor. Für Teile der Heidelberger Kulturfragebogen Batterie wurden sowohl bei Erstellen der deutschen als auch bei Erstellen der spanischen Fassung Übersetzungen aus dem englischen Original vorgenommen. Das methodische Vorgehen bei der Übersetzung der Instrumente soll im Folgenden beschrieben werden. Die HKFB und dessen Übersetzung entstanden als Arbeit im Rahmen eines deutsch-chilenischen Doktorandenkollegs. Die Übersetzungen des INK und FAMOS, der Cuestionario de Incongruencia (INC) und der Cuestionario para el Análisis de Esquemas Motivacionales (CAEMO) wurden im Rahmen dieser Arbeit von der Autorin erstellt.

Die Übersetzung des INK, des FAMOS, der SRIS und der TLS-F entstand in Orientierung an den Kriterien von Schmitt und Eid (2007). Zunächst wurden die Instrumente durch unabhängige bilinguale Experten ins Deutsche beziehungsweise Spanische übersetzt. Des Weiteren wurden die spanischen Übersetzungen von drei chilenischen Muttersprachlern überarbeitet, sofern sie von Spaniern angefertigt worden waren. Anschließend wurde jeweils eine Konsensversion aus den Übersetzungen gebildet und durch deutsche beziehungsweise englische Muttersprachler in die Ursprungssprache rückübersetzt. Die von den Experten als adäquat übersetzt eingestuften Items wurden zu einer vorläufigen Version des Instruments zusammengestellt. Übersetzungen werden dabei stets auf der Basis der jeweiligen Originalskala erstellt, das heißt der INK und der FAMOS wurden aus dem Deut-

schen, die HKFB in Abhängigkeit von den Subskalen teilweise auch aus dem englischen Original ins Spanische übersetzt. Die Zustimmung der Autoren beziehungsweise des Verlags wurde eingeholt. Abschließend erfolgt ein Vergleich der rückübersetzten Version mit der Originalskala. Unpassend übersetzte Items wurden solange übersetzt und rückübersetzt, bis für alle Items eine passende Übersetzung gefunden worden war. Die Messäquivalenz der beiden Versionen wird durch den Einsatz der Instrumente (Original und Übersetzung) an verschiedenen Stichproben in Chile und Deutschland untersucht.

#### **4.4 Auswertungsmethoden**

Im Folgenden werden die zur statistischen Auswertung der Daten verwendeten Methoden beschrieben.

##### *Umgang mit Rohdaten*

Fehlende Werte auf den Skalen des ECR-RD, des HFS, des BDI, des INK, des FAMOS und des HKFB wurden durch den Mittelwert des entsprechenden Items ersetzt. Bei den soziodemographischen Angaben wurden fehlende Werte nicht ersetzt. Eine Häufigkeitsauszählung mit Ausgabe der Häufigkeitstabellen diente der Augenscheinüberprüfung auf eventuelle Fehler bei der Dateneingabe. Anschließend wurden die Rohdaten umcodiert, sofern vorgesehen, und abschließend die Skalenwerte berechnet.

##### *Vorbereitende Analysen*

Alle Skalen mittels Kolmogorov-Smirnov-Test (s. Kap. 4.4.1) auf Normalverteilung getestet. Weiterhin wurden Verfahren zur Bestimmung der Gütekriterien (s. Kap. 4.4.2) eingesetzt. Anschließend werden die statistischen Verfahren zur soziodemographischen und klinischen Beschreibung der Stichproben vorgestellt (s. Kap. 4.4.3). Das Verfahren der Korrelation wird in Kapitel 4.4.4 beschrieben.

##### *Hypothesentestung*

Im Folgenden werden die zur Hypothesentestung eingesetzten Verfahren beschrieben (s. Kap. 4.4.5-4.4.7). Für drei der vier Forschungsfragen wurde zunächst die univariate Varianzanalyse (ANOVA), dann eine partielle Korrelation und abschließend eine Mediatoranalyse eingesetzt. Forschungsfrage 3 beinhaltet nur die ANOVA. Diese drei Verfahren

werden hier vorgestellt. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels „SPSS 15“ von „Statistic Programme for Social Sciences“ (SPSS).

#### 4.4.1 Kolmogorov-Smirnov-Test

Eine Überprüfung der Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (vgl. Bühl & Zöfel, 2000) vorgenommen. Mit diesem Test lässt sich die Abweichung von Variablen von der Normalverteilung überprüfen. Die Ausgabe beinhaltet die Prüfvariable Kolmogorov-Smirnov  $z$  und die Signifikanz ( $p$ ). Wird das Testergebnis signifikant ( $p < .05$ ), weicht die Verteilungsform signifikant von der Normalverteilung ab und es sollte nach Möglichkeit auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen werden.

#### 4.4.2 Gütekriterien

Die Güte eines Instruments wird anhand der drei Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bestimmt.

*Objektivität* bezeichnet die Unabhängigkeit eines Tests von der durchführenden Person. Objektivität ist immer gegeben, wenn ein standardisiertes Verfahren verwendet wird. Bei einem standardisierten Verfahren ist festgelegt, wie Daten erhoben, ausgewertet und interpretiert werden (Bortz & Döring, 1995). Manualisierte Instrumente verfügen über festgelegte Regeln zur Erhebung und Auswertung, sodass bei diesen von hoher Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ausgegangen werden kann. Liegen Normwerte vor, kann auch von hoher Interpretationsobjektivität gesprochen werden.

*Reliabilität* bezeichnet, wie genau das zu messende Konstrukt erfasst wird (Bortz & Döring, 1995), beziehungsweise wie groß der Messfehler ist. Es gibt verschiedene Möglichkeiten zur Bestimmung der Reliabilität. In dieser Untersuchung wurde die interne Konsistenz als Reliabilitätsmaß verwendet und Cronbach's alpha wurde berechnet. Cronbach's alpha entspricht der mittleren Korrelation aller statistisch möglichen Testhalbierungen. Als Faustregel gilt, dass ein Wert von  $\alpha > .6$  ist als akzeptabel, ein Wert von  $\alpha > .8$  ist als gut zu bezeichnen ist.

Die *Validität* gibt an, ob ein Test das misst, was er messen soll (Bortz & Döring, 1995). Es wird unterschieden zwischen inhaltlicher Validität, Kriteriums- und Konstruktvalidität.

*Inhaltliche Validität* ist erreicht, wenn ein Test das zu messende Konstrukt im Wesentlichen erfasst. Ob alle als notwendig erachteten Aspekte enthalten sind, wird aufgrund subjektiver Einschätzungen vor dem Hintergrund des Prozesses der Fragebogenentwicklung überprüft.

*Kriteriumsvalidität* ist erreicht, wenn das im Test gemessene latente Konstrukt mit einem anderen manifesten Merkmal übereinstimmt, also wenn ein Testergebnis Verhalten korrekt vorhersagen kann. Beispiel wäre ein Fragebogen zu Schulreife im Vergleich mit der tatsächlichen Schuleignung. Häufig gelingt es in der Psychologie nicht, ein manifestes Merkmal festzulegen (vgl. Bortz & Döring, 1995), sodass auf die Einschätzung der Kriteriumsvalidität verzichtet werden muss.

*Konstruktvalidität* liegt vor, wenn mittels der Testergebnisse Hypothesen zu einem Außenkriterium formuliert und bestätigt werden können. Beispiel ist der postulierte und empirisch bestätigte Zusammenhang zwischen Inkongruenz und subjektivem Wohlbefinden oder psychischer Krankheit.

Es folgt die Beschreibung der zum Vergleich der soziodemographischen und klinischen Eigenschaften eingesetzten Verfahren.

#### **4.4.3 Verfahren zur Beschreibung der Stichproben**

Die Beschreibung der Stichproben erfolgt anhand soziodemographischer und klinischer Variablen. Zum Vergleich der Gruppen bezüglich nominal- oder ordinalskaliert Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Ergibt dieser ein signifikantes Ergebnis ( $p < .05$ ), unterscheiden sich die Stichproben signifikant bezüglich dieser Variablen. Die Mittelwerte intervallskaliert Variablen zweier Stichproben werden, wenn Normalverteilung vorliegt, mit dem t-Test verglichen (Bortz & Schuster, 2010). Ein Vergleich der Mittelwerte mehrerer Stichproben wird mittels ANOVA vorgenommen. Ergibt der Kolmogorov-Smirnov-Test ein signifikantes Ergebnis, weicht die Verteilungsform mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Normalverteilung ab. In diesem Fall wird der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt. Bei mehr als zwei Stichproben wird in diesem Fall der H-Test nach Kruskal und Wallis verwendet. Zeigen sich heterogene Varianzen wird der Welch-Test eingesetzt. Zur post-hoc-Analyse wird zunächst mittels Levene-Test die Homogenität der Va-

rianzen geprüft. Kann aufgrund eines nicht-signifikanten Ergebnisses von homogenen Varianzen ausgegangen werden, wird der Bonferroni-Test gerechnet. Bei heterogenen Varianzen wird der Games-Howell verwendet (vgl. Bühl & Zöfel, 2000). Signifikante Ergebnisse in allen verwendeten Tests weisen auf Unterschiede der Stichproben bezüglich der getesteten Variablen hin.

Die Betrachtung von Gruppenunterschieden dient der Beschreibung der Stichproben, sie weist aber auch auf mögliche Störvariablen hin. Sofern sich die Mittelwerte der Gruppen signifikant bezüglich einer soziodemographischen Variablen unterscheiden, diese Variable in der Gesamtstichprobe mit den zu untersuchenden Variablen korrelierte (zur Beschreibung der Korrelation s. Kap. 4.4.3) und vorliegende Literatur auf deren konfundierenden Einfluss schließen ließ, wurde diese als Störvariable in die Untersuchung aufgenommen. Vorhandene Literatur ergibt folgende Hinweise: Für *Bindung* zeigt sich, dass sicher Gebundene eher weiblich, älter, verheiratet, mit höherem Bildungsstand und höherem Einkommen sind. Vermeidende Personen sind eher männlich, zwischen 25 und 44, verheiratet oder waren schon einmal verheiratet. Ängstlich Gebundene waren eher jung, schon einmal verheiratet, mit niedrigerem Bildungsstand und niedrigerem Einkommen (Mickelson, Kessler & Shaver (1997)). Zu *Scham*, *motivationalen Zielen* und *Inkongruenz* gibt es nach Kenntnisstand der Verfasserin keine Untersuchung. Zusammenhänge von Inkongruenz und Vermeidungszielen mit Lebenszufriedenheit, Depressivität, subjektivem Wohlbefinden und Neurotizismus sind in deutschsprachigen Stichproben aber bekannt (vgl. Grosse Holtforth & Grawe, 2003), sodass davon ausgegangen werden kann, dass mit einer Berücksichtigung der Variablen, die bei Depressivität eine Rolle spielen, einige bedeutsame Einflüsse auf Scham, Inkongruenz und motivationale Ziele abgedeckt werden. Das gleiche wird für Schamerleben aufgrund der theoretischen Ausführungen zum Zusammenhang von Scham und Depressivität beziehungsweise Scham und ängstlicher Bindung angenommen. Studien zum Zusammenhang von *Depression* mit soziodemographischen Daten identifizierten Alter, niedriges Einkommen, niedrigen beruflichen Status, weibliches Geschlecht und Familienstand (getrennt, geschieden, alleinstehend) als Einflussfaktoren (Hautzinger, 2010). Zu berücksichtigende Störvariablen könnten demnach Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsstand, beruflicher Status und Einkommen sein. Für eine Untersuchung siehe Kap. 5.1.4.



#### 4.4.4 Korrelationen

Als Korrelation wird die Kovarianz zweier z-transformierter Variablen bezeichnet. Sie gilt als Maß für die Enge des Zusammenhanges zweier Variablen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen diesen Variablen ist möglich, kann aber aus dem Korrelationskoeffizienten nicht abgeleitet werden (Bortz & Schuster, 2010). Der Korrelationskoeffizient  $r$  kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Ein positiver Korrelationskoeffizient  $r$  bedeutet, dass die Variablen in die gleiche Richtung variieren, höhere Werte auf Variable a gehen mit höheren Werten auf Variable b einher. Ein negativer Korrelationskoeffizient steht für einen gegenläufigen systematischen Zusammenhang (Bühl & Zöfel, 2000), bei dem hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen einhergehen. Bei einem Korrelationskoeffizienten bis  $r = .5$  wird von geringer Korrelation ausgegangen, bis  $r = .7$  von mittlerer und darüber von hoher Korrelation. Ab  $r = .9$  kann von sehr hoher Korrelation gesprochen werden. Auch diese Berechnungen werden einem Signifikanztest unterzogen. Ist  $p < .05$  kann mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Werte nicht einer Population entstammen, in der die Korrelation gleich null ist.

Partialkorrelationen dienen der Kontrolle des Einflusses einer dritten Variablen bei Betrachtung des Zusammenhanges zweier Variablen und wurden hier berechnet, um den Einfluss soziodemographischer Variablen zu kontrollieren. Bortz und Schuster (2010) weisen darauf hin, dass die Eigenschaften der bivariaten Korrelation sich nicht ohne Weiteres auf die Partialkorrelation übertragen lassen. Weiterhin liegt bis heute kein Test vor, mit dem sich die Annahme der multivariaten Normalverteilung überprüfen lässt. Eine im univariaten Zusammenhang vorliegende Normalverteilung muss hier nicht gelten (Bortz & Schuster, 2010). Damit geht die eingeschränkte Interpretierbarkeit von Partialkorrelationen einher.

#### 4.4.5 Hypothesentestung

##### *Varianzanalyse*

Im Rahmen dieser Arbeit wurden einfaktorielle und mehrfaktorielle univariate Varianzanalysen berechnet, bei denen der Einfluss einer oder mehrerer unabhängiger Variablen oder Faktoren auf eine abhängige Variable untersucht wird. Die abhängige Variable muss Kategorien (nominales oder ordinales Skalenniveau) aufweisen, denen jede Versuchsperson eindeutig zugeordnet werden kann. Die abhängige Variable muss metrisches Skalenni-

veau aufweisen. Es wird die Nullhypothese getestet, dass sich die Mittelwerte der zu untersuchenden Stichproben bezüglich der abhängigen Variable nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Alternativhypothese umfasst, dass mindestens zwei der zu untersuchenden Mittelwerte sich signifikant voneinander unterscheiden (Bortz & Schuster, 2010). Ergebnis der Varianzanalyse sind Haupt- und Interaktionseffekte der Faktoren (unabhängigen Variablen) auf die abhängige Variable. Angegeben werden unter anderem die Prüfgröße  $F$ , die Signifikanz  $p$ , die Freiheitsgrade  $df$  und der Determinationskoeffizient *partielles*  $\eta^2$  als Maß der Effektstärke. Das mit 100 multiplizierte Maß *partielles*  $\eta^2$  gibt an, wie groß der prozentuale Anteil der Varianz in der abhängigen Variablen ist, der auf die unabhängigen Variablen zurückgeführt werden kann (Bortz, 2005). Bei  $\eta^2 = .01$  (1%) spricht man von einem kleinen, Effekt, ab  $\eta^2 = .06$  (6%) von *einem* mittleren Effekt und ab  $\eta^2 = .14$  (14%) von einem großen Effekt. Das gleiche gilt für  $\eta^2$ .

Voraussetzungen zur Durchführung von Varianzanalysen sind Varianzhomogenität und Normalverteilung der Variablen. Die Varianzanalyse gilt allerdings als sehr robustes Verfahren. Heterogene Varianzen sind tolerabel, solange die Stichprobengröße  $n = 10$  nicht unterschreitet (Bortz, 2005). Die Varianzhomogenität wird im Rahmen der Varianzanalyse mithilfe des Levene-Tests erhoben. Ist dieser signifikant, kann nicht von homogenen Varianzen ausgegangen werden. Unter diesen Umständen wird empfohlen, das Signifikanzniveau nicht bei  $p = .05$  sondern bei einer strengeren Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p = .01$  anzusetzen (Bühl & Zöfel, 2000). Nicht normalverteilte Variablen führen eher dazu, dass die Nullhypothese fälschlicherweise beibehalten wird. Mittelwertsunterschiede sind also schwerer nachzuweisen. Daher kann die Varianzanalyse in dieser Arbeit gut eingesetzt werden. Nichtsdestotrotz wurde in dieser Arbeit bei Verletzung der Voraussetzungen zusätzlich auf verteilungsfreie Verfahren, den Kruskal-Wallis-H-Test bei nichtnormalverteilten Daten und den t-Test für heterogene Varianzen, zurückgegriffen.

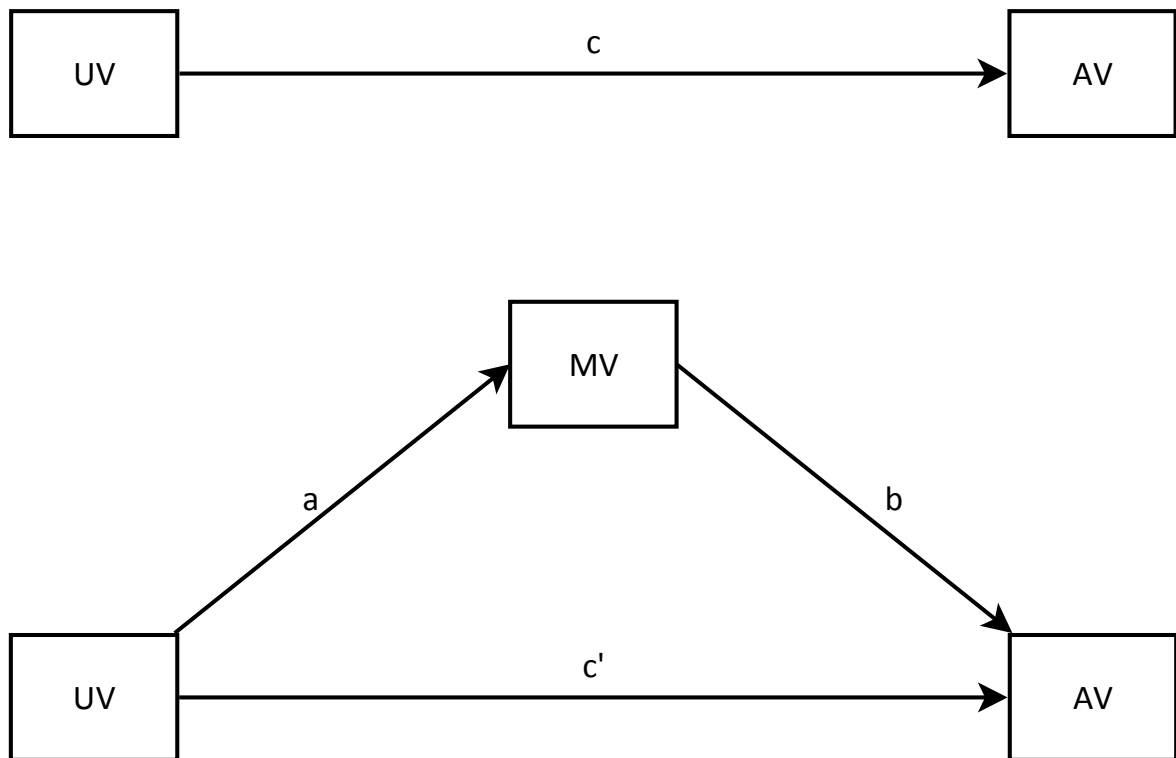
### *Korrelationen*

Korrelationen wurden für intervallskalierte und normalverteilte Variablen nach Pearson mit der Produkt-Moment-Korrelation berechnet. War eine der beiden Variablen ordinalskaliert oder entsprach nach Kolmogorov-Smirnov-Test nicht der Normalverteilung wurde Spearman's rho berechnet (vgl. Bühl & Zöfel, 2000). Gingen soziodemographische Va-

riablen in die Berechnungen ein, wurden partielle Korrelationen berechnet. Genauere Erläuterungen zu den Verfahren sind Kapitel 4.4.4 zu entnehmen.

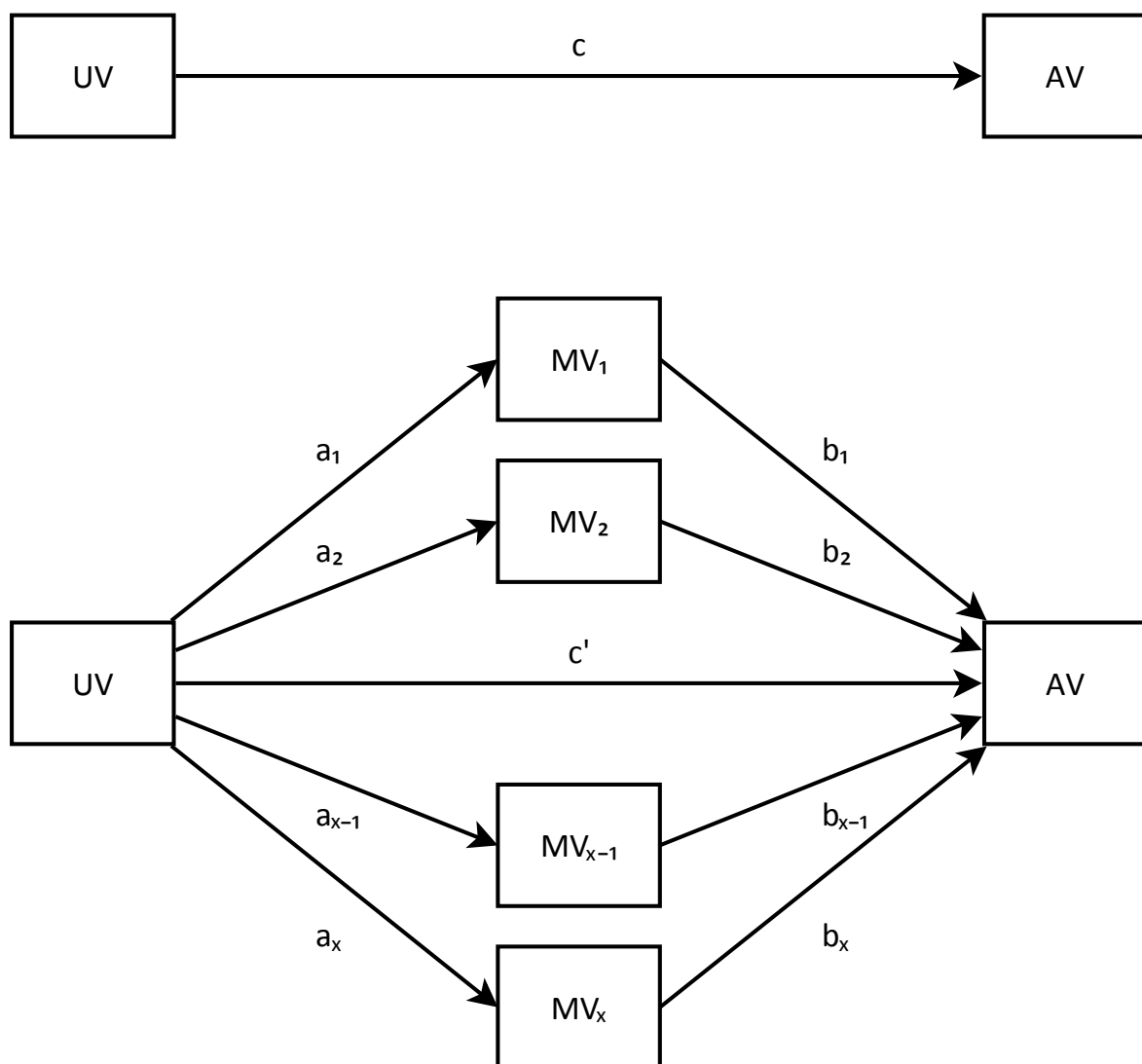
### *Mediatoranalyse*

Eine Mediatorvariable, z. B. Inkongruenz, erklärt den Zusammenhang zwischen Prädiktor und abhängiger Variable. Liegt eine Mediation vor, beeinflusst der Prädiktor also die abhängige Variable ganz oder teilweise indirekt durch den Mediator. Das Identifizieren von Mediatorvariablen dient dazu, kausale Zusammenhänge zwischen zwei Variablen zu erklären. Es ist auch möglich, mehrere Mediatoren zu testen, Preacher und Hayes (2008a) sprechen dann von multiplen Mediatormodellen. Abbildung 6 (Preacher & Hayes, 2004) zeigt das der einfachen Mediation mit einem Mediator zugrunde liegende Modell. Es zeigen sich zwei Einflusswege der unabhängigen Variable (UV) auf die abhängige Variable (AV), einmal direkt ( $c'$ ) sowie indirekt ( $ab$ ) über den Mediator (MV). Pfad a bezeichnet den Effekt der unabhängigen Variable (UV) auf den Mediator, Pfad b den Effekt der Mediatorvariable (MV) auf die abhängige Variable (AV), ohne den Einfluss der unabhängigen Variable. Der Gesamteffekt  $c$  von UV auf AV entspricht der Summe aus direktem und indirektem Effekt und wird als unstandardisierter Regressionskoeffizient angegeben.  $c = c' + ab$ .



**Abb. 6: Einfache Mediation** (Preacher & Hayes, 2004, S. 718)

Es gibt verschiedene methodische Ansätze zur Testung von Mediation. Der hier verwendete Bootstrapping-Ansatz nach Preacher und Hayes (2004, 2008a) hat den Vorteil, dass normalverteilte Daten nicht notwendig sind. Beim Bootstrapping, einem Resampling Verfahren, wird der indirekte Effekt ( $ab$ ) vielfach bestimmt. Es werden mindestens 1000 Stichproben aus der Gesamtstichprobe gezogen und so die Verteilung des indirekten Effektes und dessen Konfidenzintervall bestimmt (Preacher & Hayes, 2004). Wie bereits erwähnt, besteht die Möglichkeit, mehrere Mediatoren in einem multiplen Mediatormodell zu testen. Dies ist in Abbildung 7 dargestellt.



**Abb. 7: Multiple Mediation** (Preacher & Hayes, 2008a, S. 881)

Abgebildet sind der Gesamteffekt ( $c$ ), der direkte Effekt  $c'$  sowie die spezifischen indirekten Effekte  $a_1b_1$  bis  $a_jb_j$ . Der indirekte Effekt ergibt sich aus der Summe der spezifischen indirekten Effekte oder aus der Differenz von totalem und direktem Effekt. Der spezifische indirekte Effekt ist der Einfluss eines Mediators  $MV_1$  auf den Effekt von unabhängiger auf abhängige Variable unter Kontrolle der Mediatoren  $MV_2$  bis  $MV_x$ . Auch in einem multiplen Mediatormodell kann die Bootstrapping Methode angewendet werden. Jeder indirekte Effekt wird mindestens 1000mal berechnet, die Werte werden der Größe nach sortiert und je nach gewünschter Irrtumswahrscheinlichkeit wird ein Konfidenzintervall errechnet. Die Autoren Preacher und Hayes (2008b) stellen auf ihrer Webseite Macros zur Verfügung, sodass das Bootstrapping-Verfahren mit SPSS und anderen Programmen angewendet werden kann. Ausgegeben werden der totale Effekt, der direkte Effekt, der indirekte Effekt sowie die spezifischen indirekten Effekte und die entsprechenden Konfidenzintervalle.

Nach dem das methodische Vorgehen dargelegt wurde, folgt die Darstellung der Ergebnisse.



## 5. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt. Es wurden einige Voruntersuchungen durchgeführt, deren Resultate im ersten Teil dieses Kapitels berichtet werden (s. Kap. 5.1). Die Ergebnisse der statistischen Berechnungen werden in Kapitel 5.2 und 5.3 dargestellt.

### 5.1 Voruntersuchungen

#### 5.1.1 Überprüfung der Verteilungsform

Zur Überprüfung der Variablen auf Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Die einzelnen Testergebnisse unter Angabe von *Kolmogorov-Smirnov Z* sind Tabelle 4 zu entnehmen. Normalverteilte Werte finden sich für alle Stichproben auf den Skalen der *HKFB* (*TLS-N*, *TLS-FV*, *TLS-FK*, *SRIS*, *SCSind* und *SCSint*) sowie für den *BDI*, die Skalen *HFS-L* und *HFS-K*, den *ECR-RD* sowie für die Skalen *INKgesamt*, *INKVermeidung*, *INKAnnäherung*, *FAMOSRatio*, *FAMOSAnnäherung* und *FAMOSVermeidung*.

Die FAMOS-Unterskalen *Alleinsein*, *Geringschätzung*, *Erniedrigung*, *Vorwürfe*, *Abhängigkeit*, *Verletzungen*, *Schwäche*, *Hilflosigkeit*, *Versagen*, *Intimität*, *Affiliation*, *Altruismus*, *Hilfe Status*, *Bildung*, *Glauben*, *Abwechslung* und *Selbstvertrauen* unterscheiden sich ebenfalls in keiner der Stichproben signifikant von der Normalverteilung ( $z < 1.292$ ;  $p > .071$ ). Gleiches gilt für die INK-Unterskalen *Geselligkeit*, *Anderen helfen*, *Hilfe bekommen*, *Anerkennung*, *Autonomie*, *Leistung*, *Kontrolle*, *Bildung*, *Glauben*, *Leben auskosten*, *Selbstvertrauen*, *Selbstbelohnung*, *Geringschätzung*, *Vorwürfe*, *Abhängigkeit*, *verletzbar machen*, *Hilflosigkeit* und *Versagen* ( $z < 1.337$ ;  $p > .056$ ).

Die Werte der klinischen Stichproben waren auch auf allen verbleibenden Skalen normalverteilt ( $z < 1.274$ ;  $p > .078$ ). Abweichungen von der Normalverteilung fanden sich ausschließlich innerhalb der Kontrollstichproben. In der deutschen Kontrollstichprobe trifft dies für die Variable *Alter* ( $z = 1.422$ ,  $p = .035$ ), sowie für einige Unterskalen des *INK* (*Intimität*,  $z = 1.724$ ,  $p = .005$ ; *Überlegen sein*,  $z = 1.508$ ,  $p = .021$ ; *Alleinsein*,  $z = 1.509$ ,  $p =$

.021; *Erniedrigung*,  $z = 1.729$ ,  $p = .005$ ; *Spannungen*,  $z = 1.463$ ,  $p = .028$ ) und des *FAMOS* (*Anerkennung*,  $z = 1.367$ ,  $p = .048$ ; *Autonomie*,  $z = 1.557$ ,  $p = .016$ ; *Leistung*,  $z = 1.457$ ,  $p = .029$ ; *Kontrolle haben*,  $z = 1.720$ ,  $p = .005$ ; *Selbstbelohnung*,  $z = 1.469$ ,  $p = .027$ ) zu. In der chilenischen Kontrollstichprobe weichen nur die Skalen *FAMOSSelbstvertrauen* ( $z = 1.650$ ,  $p = .009$ ) und *INKHilflosigkeit* ( $z = 1.425$ ,  $p = .034$ ) signifikant von der Normalverteilung ab. Diese Ergebnisse werden in den weiteren Analysen berücksichtigt.



	Alter	TLS-N	TLS-FV	TLS-FK	SRIS	SCSind	SCSint	BDI
<b>D Kontrollen z</b>	1.422*	.800	.789	1.182	.686	.773	.498	1.082
<b>D Patienten z</b>	.649	.941	.992	.982	.844	.741	.505	.536
<b>C Kontrollen z</b>	.983	.483	.939	1.301	.744	.684	.570	.736
<b>C Patienten z</b>	.513	.919	.702	.991	1.073	.596	.618	.526
	HFS-K	HFS-L	BANG	INKgesamt	INK-Verm	INKAnn	Famos Ratio	FamosAnn
<b>D Kontrollen z</b>	.566	.636	.649	.537	.781	.477	.598	.429
<b>D Patienten z</b>	.488	.513	.786	.763	.588	.553	.809	.953
<b>C Kontrollen z</b>	-	-	-	.840	.508	.816	.420	.722
<b>C Patienten z</b>	-	-	-	.673	.432	1.013	.763	.468
FAMOS	FamosVer	Alleinsein	Geringsschätzung	Erniedrigung	Vorwürfe	Abhängigkeit	Verletzungen	Schwäche
<b>D Kontrollen z</b>	.808	.789	.938	.930	.847	.937	1.282	1.039
<b>D Patienten z</b>	.570	.936	1.299	.657)	.910	.904	.908	.827
<b>C Kontrollen z</b>	.658	.826	.655	.784	.736	.748	.773	.743
<b>C Patienten z</b>	.581	.786	.466	1.062	.540	.546	1.259	1.095
FAMOS	Hilfflosigkeit	Versagen	Intimität	Affiliation	Altruismus	Hilfe	Anerkennung	Status
<b>D Kontrollen z</b>	1.140	.950	1.032	1.041	1.019	.896	1.367 *	.948
<b>D Patienten z</b>	.667	.867	.892	.500	1.129	.831	.790	.582
<b>C Kontrollen z</b>	.782	.670	1.292	1.235	1.036	1.049	1.165	.598
<b>C Patienten z</b>	.550	1.006	1.026	.681	.951	.772	.562	.789

FAMOS		Autonomie	Leistung	Kontrolle	Bildung	Glauben	Abwechslung	Selbstvertrauen	Selbstbelohnung
D Kontrollen	z	1.557 *	1.457 *	1.720 **	1.252	1.070	.689	.927	1.469 *
D Patienten	z	.992	1.134	.825	1.059	.557	.696	.961	.917
C Kontrollen	z	1.035	1.197	.940	.896	.795	.628	1.650 **	.983
C Patienten	z	1.274	1.112	.971	.678	.864	.621	1.121	.704
INK		Intimität	Geselligkeit	Anderen helfen	Hilfe bekommen	Anerkennung	Überlegen sein	Autonomie	Leistung
D Kontrollen	z	1.724 **	.954	1.034	.824	1.144	1.508 *	.821	1.051
D Patienten	z	.757	.650	.727	.597	.764	.601	.739	.834
C Kontrollen	z	1.185	.705	.934	1.056	.577	.598	.780	.761
C Patienten	z	.708	.989	1.008	.651	.931	.737	.567	.549
INK		Kontrolle	Bildung	Glauben	Leben auskosten	Selbstvertrauen	Selbstbelohnung	Alleinsein	Geringschätzung
D Kontrollen	z	.905	1.019	.783	.733	1.337	.953	1.509 *	1.308
D Patienten	z	.805	.727	.724	.943	1.218	1.000	.438	.451
C Kontrollen	z	.685	1.307	.825	.636	.790	.923	.898	.984
C Patienten	z	.500	.585	.915	.695	.697	.800	.511	.549
INK		Erniedrigung	Vorwürfe	Abhängigkeit	Spannungen	verletzbar machen	Hilflosigkeit	Versagen	
D Kontrollen	z	1.729 **	1.233	.844	1.463 *	.879	.985	1.303	
D Patienten	z	.604	.665	.846	1.124	.778	.758	.785	
C Kontrollen	z	.842	1.001	.838	.799	.939	1.425 *	.800	
C Patienten	z	.671	.748	.503	.515	.779	.776	.582	

**Tab. 4 Tests auf Normalverteilung:** \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ ; D Kontrollen = deutsche Kontrollstichprobe; D Patienten = deutsche klinische Stichprobe; C Kontrollen = chilenische Kontrollstichprobe; C Patienten = chilenische klinische Stichprobe; z = Kolmogorov-Smirnov Z.

### 5.1.2 Gütekriterien

Im Folgenden wird zunächst auf die neu ins Spanische übersetzten Instrumente INK und FAMOS eingegangen (5.1.2.1). Anschließend werden die internen Konsistenzen aller verwendeten Skalen aufgeführt (5.1.2.2).

#### 5.1.2.1 Gütekriterien von INC und CAEMO

Im Folgenden soll auf die Objektivität, Reliabilität und Validität der neu übersetzten spanischen Versionen des FAMOS und des INK eingegangen werden.

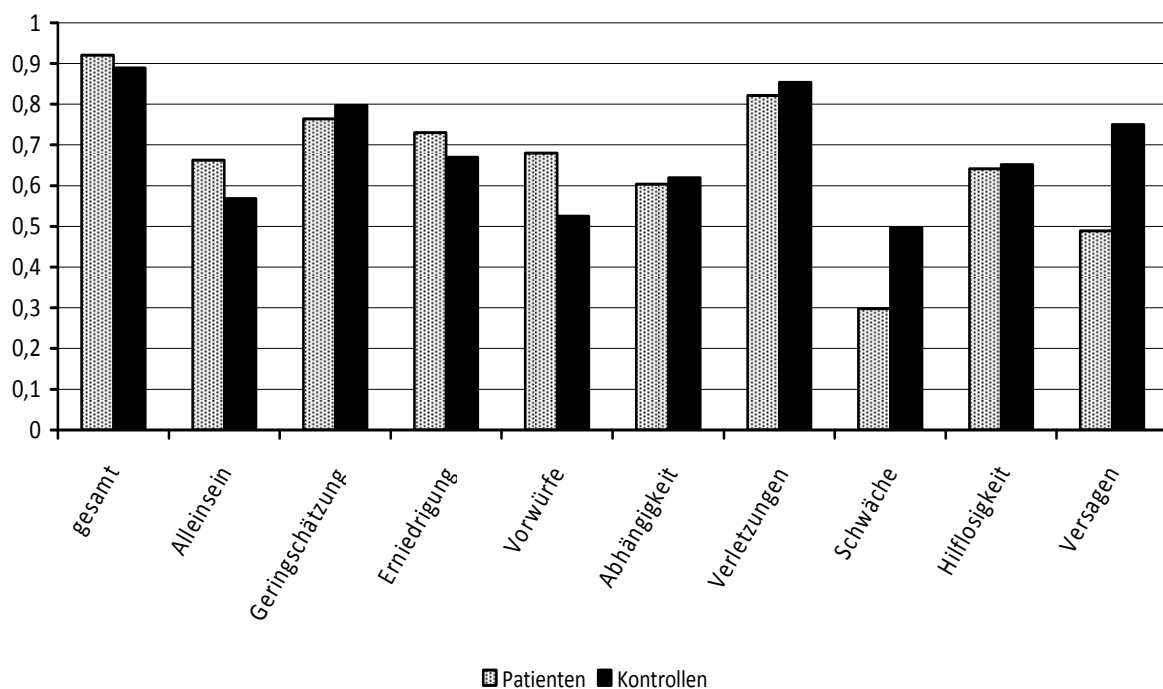
*Objektivität* bezeichnet, inwieweit ein Testergebnis unabhängig von dessen Anwender ist. Wird ein standardisiertes Verfahren verwendet, ist Objektivität immer in hohem Maße gegeben. Bei einem standardisierten Verfahren ist – üblicherweise in einem Manual – festgelegt, wie die Daten erhoben, ausgewertet und interpretiert werden (Bortz & Döring, 1995, S. 181). Da es sich bei INK und FAMOS um standardisierte Instrumente handelt, kann von hoher Durchführungs- und Auswertungsobjektivität auch für die neu übersetzten Instrumente ausgegangen werden. Für INK und FAMOS liegen Normstichproben aus dem deutschen Sprachraum vor, anhand derer die Werte Einzelner interpretiert werden können. Weiterhin lässt sich ein individuelles Profil erstellen. Für Chile liegen keine Normwerte vor. Es bleibt nur die Interpretation des individuellen Profils und der Vergleich mit den im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Daten. Daher ist für INC und CAEMO von Einschränkungen bei der Interpretationsobjektivität auszugehen.

#### *Reliabilität*

Reliabilität bezeichnet den Grad der Messgenauigkeit, beziehungsweise die Größe des Fehlers, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird (Bortz & Döring, 1995, S. 181f). Eine Möglichkeit die Reliabilität zu bestimmen, ist die Berechnung der internen Konsistenz. Dazu wurde in der vorliegenden Studie Cronbach's alpha berechnet. Dies ist der Mittelwert der Testhalbierungsreliabilitäten für alle möglichen Testhalbierungen. Reliabilität ist gegeben, wenn der Fehleranteil ausreichend gering ist, d.h. die Fehlervarianz sollte möglichst klein sein und Cronbach's alpha sollte einen Mindestwert ( $\alpha > .6$ ) erreichen. Die ermittelten Werte sind Tabelle 5 sowie Abbildungen 8, 9, 10 und 11 zu entnehmen. Das errechnete Cronbach's alpha liegt für die übergeordneten Skalen des INC (*gesamt, Ver-*

meidung, Annäherung) und des CAEMO (*Ratio, Vermeidung, Annäherung*) sehr hoch (zwischen  $\alpha = .757$  und  $\alpha = .957$ ).

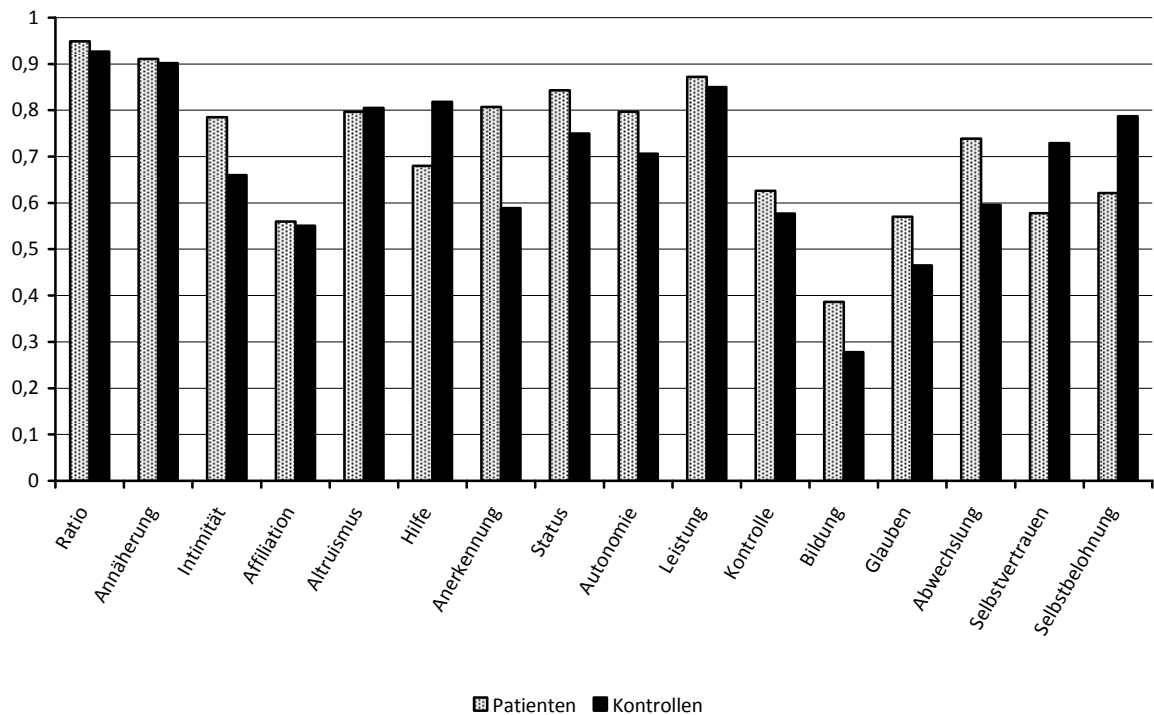
Für die Vermeidungszielskalen des CAEMO liegen die internen Konsistenzen in der Kontrollgruppe zwischen  $\alpha = .489$  und  $\alpha = .853$ , in der Patientengruppe zwischen  $\alpha = .298$  und  $\alpha = .821$ . Allerdings stellt die Skala *Schwäche* ( $\alpha = .298$ ) einen Ausreißer dar, berücksichtigt man diese nicht, lägen die Werte in der Patientengruppe zwischen  $\alpha = .604$  und  $\alpha = .821$  und damit im zufriedenstellenden bis guten Bereich.



**Abb. 8:** Interne Konsistenzen CAEMO Vermeidungsziele

Die Annäherungszielskalen weisen interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .278$  und  $\alpha = .850$  in der Kontrollgruppe und in der Patientengruppe zwischen  $\alpha = .386$  und  $\alpha = .872$  auf. Der niedrigste Wert ist in beiden Stichproben auf die Skala *Bildung* zurückzuführen. Weiterhin zeigen die Skalen *Affiliation* und *Glauben* Schwächen bezüglich der Reliabilität mit alpha-Werten zwischen .465 und .570. Auf den Skalen *Abwechslung* ( $\alpha = .596$ ;  $\alpha = .739$ ), *Anerkennung* ( $\alpha = .589$ ;  $\alpha = .807$ ) und *Kontrolle* ( $\alpha = .577$ ;  $\alpha = .626$ ) ist jeweils einer der beiden alpha-Werte  $< .6$ . Für den CAEMO kann also, abgesehen von den vier Skalen *Bildung*,

*Schwäche*, *Affiliation* und *Glauben*, von internen Konsistenzen nahe oder über einem befriedigenden Wert von  $\alpha > .6$  ausgegangen werden.



**Abb. 9: Interne Konsistenzen CAEMO Annäherungsziele**

Die Vermeidungszielskalen des INC zeigen in der Kontrollgruppe interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .617$  und  $\alpha = .868$ . In der Patientengruppe fanden sich Werte zwischen  $\alpha = .450$  und  $\alpha = .813$ . Hier stellt die Skala *Sich verletzbar machen* einen Ausreißer dar, diese bildet das inhaltliche Pendant zur Skala *Schwäche* des CAEMO und erwies sich schon im Originalinstrument INK als problematisch hinsichtlich der Reliabilität (vgl. Grosse Holtforth et al., 2004). Ohne die Berücksichtigung dieser Skala lägen die alpha-Werte der Vermeidungszielskalen des INC zwischen  $\alpha = .613$  und  $\alpha = .813$ .

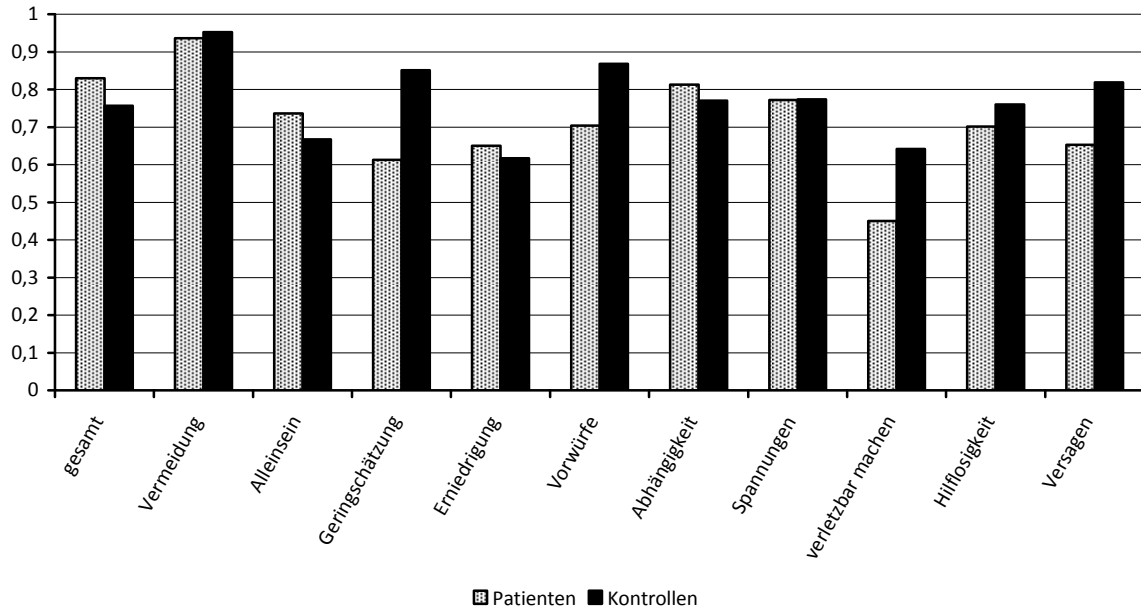


Abb. 10: Interne Konsistenzen INC Vermeidungsziele

Für die Annäherungszielskalen variieren die alpha-Werte in der Kontrollgruppe zwischen  $\alpha = .706$  und  $\alpha = .908$ . Nur die Skala *Bildung* unterschreitet mit  $\alpha = .500$  den akzeptablen Wert von  $\alpha > .6$ . In der Patientengruppe liegen die Werte zwischen  $\alpha = .389$  für die Skala *Bildung* und  $\alpha = .878$ . Der nächst höhere Wert der Skala *Glauben* liegt mit  $\alpha = .586$  nahe am zufriedenstellenden Bereich. Für den INC liegen die internen Konsistenzen abgesehen von drei Skalen (*Sich verletzbar machen*, *Bildung* und *Glauben*) über einem befriedigenden Wert von  $\alpha > .6$ .

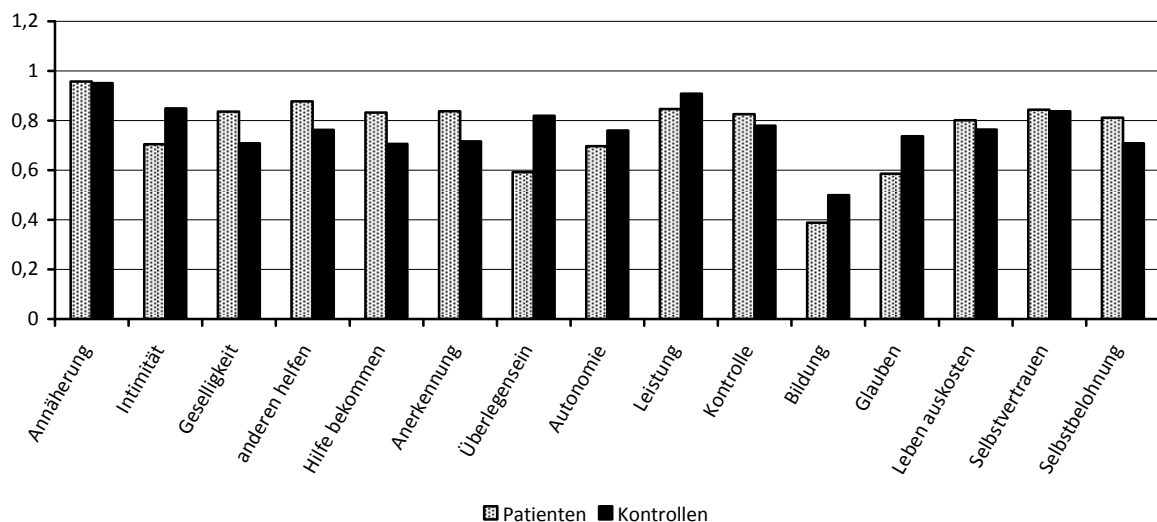


Abb. 11: Interne Konsistenzen INC Annäherungsziele

Insgesamt weisen die neu übersetzten Skalen der Instrumente INC und CAEMO überwiegend ausreichende bis ausgezeichnete interne Konsistenzen auf. In beiden Fragebögen erweisen sich die Skalen *Schwächer/Sich verletzbar machen* und *Bildung* als mangelhaft bezüglich der Reliabilität.

	<b>INCgesamt</b>	<b>INC-Verm</b>	<b>INCAnn</b>	<b>CAEMO Ratio</b>	<b>CAEMO Annäh</b>	<b>CAEMO Verm</b>	<b>Alleinsein</b>	<b>Geringschätzung</b>
Kontrollen $\alpha$	.757	.952	.951	.927	.902	.889	.568	.797
Patienten $\alpha$	.830	.936	.957	.949	.911	.920	.662	.764
<b>CAEMO</b>	<b>Erniedrigung</b>	<b>Vorwürfe</b>	<b>Abhängigkeit</b>	<b>Verletzungen</b>	<b>Schwäche</b>	<b>Hilflosigkeit</b>	<b>Versagen</b>	<b>Intimität</b>
Kontrollen $\alpha$	.670	.525	.619	.853	.496	.651	.489	.660
Patienten $\alpha$	.730	.680	.604	.821	.298	.641	.750	.785
<b>CAEMO</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Altruismus</b>	<b>Hilfe</b>	<b>Anerkennung</b>	<b>Status</b>	<b>Autonomie</b>	<b>Leistung</b>	<b>Kontrolle</b>
Kontrollen $\alpha$	.551	.805	.818	.589	.750	.706	.850	.577
Patienten $\alpha$	.560	.797	.680	.807	.843	.797	.872	.626
<b>CAEMO</b>	<b>Bildung</b>	<b>Glauben</b>	<b>Abwechslung</b>	<b>Selbstvertrauen</b>	<b>Selbstbelohnung</b>			
Kontrollen $\alpha$	.278	.465	.596	.729	.787			
Patienten $\alpha$	.386	.570	.739	.578	.621			
<b>INC</b>	<b>Intimität</b>	<b>Geselligkeit</b>	<b>Anderen helfen</b>	<b>Hilfe bekommen</b>	<b>Anerkennung</b>	<b>Überlegen sein</b>	<b>Autonomie</b>	<b>Leistung</b>
Kontrollen $\alpha$	.849	.709	.762	.706	.716	.820	.760	.908
Patienten $\alpha$	.705	.836	.878	.832	.837	.592	.697	.846

INC	Kontrolle	Bildung	Glauben	Leben auskosten	Selbstvertrauen	Selbstbelohnung	Alleinsein	Geringschätzung
Kontrollen $\alpha$	.779	.500	.737	.764	.837	.709	.667	.851
Patienten $\alpha$	.826	.389	.586	.801	.844	.811	.736	.613

INC	Erniedrigung	Vorwürfe	Abhängigkeit	Spannungen	verletzbar machen	Hilflosigkeit	Versagen
Kontrollen $\alpha$	.617	.868	.770	.774	.642	.760	.819
Patienten $\alpha$	.650	.704	.813	.772	.450	.701	.653

**Tab. 5: Interne Konsistenzen:** Kontrollen = chilenische Kontrollstichprobe; Patienten = chilenische klinische Stichprobe;  $\alpha$  = Cronbach's alpha

### Validität

Ein Test gilt als valide, wenn er das Konstrukt, welches er messen soll, vollständig erfasst (Bortz & Döring, 1995, S. 185). Es wird unterschieden in *inhaltliche Validität*, *Kriteriumsvalidität* und *Konstruktvalidität*. Die inhaltliche Validität kann weiter unterteilt werden in *Augenscheinvalidität* und *Repräsentativität*.

### Inhaltliche Validität

*Augenscheinvalidität* ist bei den Übersetzungen ebenso wie bei den Originalskalen des INK und FAMOS gegeben, da die Skalen die Items zusammenfassen, ohne auf weitere theoretische Konstrukte zurückzugreifen (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Weiterhin wurden im Übersetzungsverfahren mehrdeutige oder unverständliche Items umformuliert. Durch das bei der Übersetzung eingehaltene Vorgehen (vgl. Kap. 4.3) entspricht die spanische Version dem Original in höchstem Maße und ist dementsprechend valide. Weiterhin wird die *inhaltliche Validität* eines Instrumentes anhand seiner *Repräsentativität* beurteilt. Diese ist für den Zweck der Instrumente abgedeckt: Es geht um die Bewertung von motivationalen Zielen. Aufgrund der Konstruktion des FAMOS aus einer Vielzahl schematheoretischer Fallkonzeptionen ist ein Großteil der für diesen Themenbereich relevanten Ziele erfasst worden (s. Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Beim INK handelt es sich um ein aus



dem FAMOS entwickeltes Verfahren, sodass hier ebenfalls von hoher Repräsentativität ausgegangen werden kann.

### *Kriteriumsvalidität*

Da mithilfe des FAMOS Ziele erfasst werden sollen, die für eine Psychotherapie relevant sind, ist, zumindest im deutschen Sprach- und Kulturraum, von Unterschieden zwischen Patienten und Kontrollpersonen auszugehen. Eine stärkere Ausprägung der Vermeidungsziele bei Patienten wird angenommen. Für die Annäherungsziele lässt sich keine solche gerichtete Aussage aus der Theorie ableiten, ebenso wenig wie für den Verhältniswert *FAMOSRatio*. Auch bei Inkongruenz ist von höheren Werten für Patienten auf allen Skalen auszugehen.

Wie Tabelle 6 zu entnehmen ist, weisen auch in Chile die Patienten tatsächlich höhere Inkongruenzwerte auf als die Personen in der Vergleichsstichprobe. Für die zusammenfassende Skala *Annäherungsinkongruenz* ergibt sich ein signifikanter Unterschied [ $t(55) = 4.36; p < .001$ ] zwischen Patienten ( $M = 2.89; SD = .72$ ) und der Kontrollstichprobe ( $M = 2.20; SD = .75$ ). Ein ähnliches Bild zeigen die Ergebnisse beim Vergleich der Skalen *Vermeidungsinkongruenz* (Patienten:  $M = 2.89; SD = .67$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 2.17; SD = .57; t(55) = 3.6; p = .001$ ) und *Gesamtinkongruenz* (Patienten:  $M = 2.89; SD = .62$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 2.19; SD = .614; t(55) = 4.28; p < .001$ ). Weiterhin zeichnen sich die Patienten durch signifikant höhere Inkongruenzwerte auf 19 der 23 INK-Unterskalen aus. Einzig für die Inkongruenzskalen *Anerkennung*, *Überlegen sein*, *Kontrolle* und *Spannungen* wird der Unterschied nicht signifikant. Dennoch sind die Mittelwerte der Patiententstichprobe auch auf diesen Skalen höher als die der Kontrollstichprobe. Die Ergebnisse der t-Tests sind im einzelnen Tabelle 6 zu entnehmen.

Für die Werte des FAMOS ergibt sich erwartungsgemäß ein weniger einheitliches Bild. Für die *Annäherungsziele* zeigen sich nur wenige signifikante oder tendenziell signifikante Unterschiede auf den Skalen *Affiliation* (Patienten:  $M = 3.27; SD = .62$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 3.65; SD = .53; t(55) = -2.45; p = .018$ ), *Bildung* (Patienten:  $M = 4.10; SD = .48$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 4.36; SD = .39; t(55) = -2.27; p = .027$ ) und *Abwechslung* (Patienten:  $M = 3.81; SD = .60$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 4.24; SD = .49; t(55) = -2.96; p = .004$ ). Diese Unterschiede sind auf signifikant höhere Mittelwerte in der Kontrollstichprobe zu-

rückzuführen. Bei den Vermeidungszielen ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben nur auf der Skala *Erniedrigung* (Patienten:  $M = 4.24$ ;  $SD = .68$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 3.74$ ;  $SD = .78$ ;  $t(55) = 2.58$ ;  $p = .013$ ). Dieser signifikante Unterschied ist auf einen höheren Mittelwert in der Patientenstichprobe zurückzuführen. Die Skalen *Schwäche* (Patienten:  $M = 3.55$ ;  $SD = .74$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 3.12$ ;  $SD = .88$ ;  $t(55) = 2.01$ ;  $p = .050$ ) und *Hilflosigkeit* (Patienten:  $M = 4.17$ ;  $SD = .59$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 3.84$ ;  $SD = .70$ ;  $t(55) = 1.94$ ;  $p = .057$ ) weisen annähernd signifikante Unterschiede auf. Dass nur so wenige Unterschiede signifikant werden, könnte als Beleg gegen die Validität des Instruments herangezogen werden. Laut Grawe sollten Patienten stärker ausgeprägte Vermeidungsziele aufweisen. Allerdings bestehen berechtigte Zweifel an einer interkulturellen Übertragbarkeit der Idee, dass eine starke Ausprägung von Vermeidungszielen mit vermindertem psychischem Wohlbefinden einhergeht (vgl. Kap. 2.6.4). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Gesamtskalen wider. Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der *Vermeidungsziele* (Patienten:  $M = 4.03$ ;  $SD = .50$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 3.92$ ;  $SD = .43$ ;  $t(55) = .91$ ;  $p = .365$ ) oder der *Annäherungsziele* (Patienten:  $M = 4.03$ ;  $SD = .33$ ; Kontrollstichprobe:  $M = 4.18$ ;  $SD = .31$ ;  $t(55) = -1.71$ ;  $p = .094$ ). Allerdings ist der Wert der Verhältnisskala *FAMOSRatio* zugunsten der Patienten unterschiedlich (Patienten:  $M = 1.00$ ;  $SD = .09$ ; Kontrollstichprobe:  $M = .94$ ;  $SD = .10$ ;  $t(55) = 2.42$ ;  $p = .019$ ); das heißt, dass Vermeidungsziele bei Patienten im Verhältnis zu Annäherungszielen stärker ausgeprägt sind als in der Kontrollstichprobe. Da es aber keine theoretische Aussage über die Ausprägung der Annäherungsziele gibt, lässt sich dieser Wert inhaltlich nicht interpretieren.

Auf allen übergeordneten und 19 der 23 Unterskalen des Inkongruenzfragebogens unterscheiden sich die chilenischen Patienten signifikant von der chilenischen Kontrollstichprobe. Alle Unterschiede sind erwartungsgemäß auf höhere Mittelwerte in der klinischen Stichprobe zurückzuführen. Dies kann als Beleg für die Kriteriumsvalidität des Instruments gelten. Über den CAEMO kann keine Aussage getroffen werden, da für die Skalen *Annäherungsziele* und *Ratio* keine Hypothese aus der Theorie abgeleitet werden kann. Bezüglich der Annäherungsziele unterschieden sich die Patienten- und Vergleichsstichprobe nur auf wenigen Unterskalen signifikant, weiterhin zeigten Patienten signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala *FAMOSRatio*. Für die *Vermeidungsziele* gilt laut Konsistenztheorie, dass diese bei Patienten stärker im Vordergrund stehen sollten. Allerdings gilt dies

nicht unbedingt auch in anderen kulturellen Kontexten. So ließ sich auch in dieser Untersuchung ein derartiger Unterschied nur für eine einzige Vermeidungsskala des FAMOS nachweisen.

<b>INC</b>	<b>M (SD)</b>	<b>t(df)</b>
<b>Intimität</b>		
Patienten	2.63 (.94)	2.60* (55)
Kontrollen	1.95 ( 1.04)	
<b>Geselligkeit</b>		
Patienten	3.48 ( 1.06)	5.48*** (48.70)
Kontrollen	2.14 (.76)	
<b>Anderen helfen</b>		
Patienten	2.30 (1.00)	2.35* (49.06)
Kontrollen	1.76 (.72)	
<b>Hilfe bekommen</b>		
Patienten	2.60 (1.08)	2.46* (55)
Kontrollen	2.00 (.74)	
<b>Anerkennung</b>		
Patienten	2.41 (.93)	1.47 n.s. (55)
Kontrollen	2.10 (.68)	
<b>Überlegen sein</b>		
Patienten	3.03 (.74)	1.03 n.s. (55)
Kontrollen	2.80 (.93)	
<b>Autonomie</b>		
Patienten	2.75 (.96)	2.31* (55)
Kontrollen	2.20 (.84)	
<b>Leistung</b>		
Patienten	2.61 (.94)	2.36* (55)
Kontrollen	2.02 (.95)	
<b>Kontrolle</b>		
Patienten	2.84 (.94)	1.45n.s. (55)
Kontrollen	2.49 (.90)	
<b>Bildung</b>		
Patienten	3.00 (.70)	7.26*** (55)
Kontrollen	1.82 (.52)	
<b>Glauben</b>		
Patienten	3.03 (.85)	2.67* (55)
Kontrollen	2.41 (.912)	

INC	M (SD)	t(df)
<b>Leben auskosten</b>		
Patienten	3.55 (.86)	5.224*** (55)
Kontrollen	2.39 (.81)	
<b>Selbstvertrauen</b>		
Patienten	2.90 (.97)	2.90** (55)
Kontrollen	2.16 (.96)	
<b>Selbstbelohnung</b>		
Patienten	3.25 (1.07)	4.04*** (55)
Kontrollen	2.20 (.89)	
<b>Alleinsein</b>		
Patienten	2.93 (1.06)	3.46** (55)
Kontrollen	2.06 (.83)	
<b>Geringschätzung</b>		
Patienten	2.43 .74	2.94** (55)
Kontrollen	1.81 .85	
<b>Erniedrigung</b>		
Patienten	2.46 .89	2.79** (55)
Kontrollen	1.85 .78	
<b>Vorwürfe</b>		
Patienten	3.26 .97	2.10* (55)
Kontrollen	2.66 (1.19)	
<b>Abhängigkeit</b>		
Patienten	2.97 (1.11)	2.41* (55)
Kontrollen	2.32 (.92)	
<b>Spannungen</b>		
Patienten	2.61 (.97)	1.12 n.s. (55)
Kontrollen	2.32 (.99)	
<b>Verletzbar machen</b>		
Patienten	3.44 (.80)	3.73*** (55)
Kontrollen	2.55 (.98)	
<b>Hilflosigkeit</b>		
Patienten	2.99 (.951)	K-S z = 1.915**
Kontrollen	2.18 (.968)	
<b>Versagen</b>		
Patienten	2.91 (.92)	3.56** (55)
Kontrollen	2.05 (.90)	

<b>INC</b>	<b>M (SD)</b>		<b>t(df)</b>
<b>INCAnn</b>			
Patienten	2.89	(.72)	4.36*** (55)
Kontrollen	2.20	(.75)	
<b>INCVer</b>			
Patienten	2.89	(.67)	3.55** (55)
Kontrollen	2.17	(.57)	
<b>INCGesamt</b>			
Patienten	2.89	(.62)	4.28*** (55)
Kontrollen	2.19	(.61)	
<b>CAEMO</b>	<b>M (SD)</b>		<b>t(df)</b>
<b>Intimität</b>			
Patienten	4.44	(.65)	-1.20 n.s. (55)
Kontrollen	4.62	(.47)	
<b>Affiliation</b>			
Patienten	3.27	(.62)	-2.45* (55)
Kontrollen	3.65	(.53)	
<b>Altruismus</b>			
Patienten	4.16	(.60)	-1.14 n.s. (55)
Kontrollen	4.35	(.62)	
<b>Hilfe bekommen</b>			
Patienten	4.17	.58	- .09 n.s. (55)
Kontrollen	4.18	.69	
<b>Anerkennung</b>			
Patienten	3.76	(.71)	-.91 n.s. (55)
Kontrollen	3.91	(.56)	
<b>Status</b>			
Patienten	2.70	(.86)	-.37 n.s. (55)
Kontrollen	2.78	(.78)	
<b>Autonomie</b>			
Patienten	4.46	(.53)	-.27 n.s. (55)
Kontrollen	4.50	(.45)	
<b>Leistung</b>			
Patienten	4.50	(.48)	.35 n.s. (55)
Kontrollen	4.45	(.63)	

CAEMO	M (SD)		t(df)
<b>Kontrolle</b>			
Patienten	4.17	(.45)	-.16 n.s. (55)
Kontrollen	4.19	(.52)	
<b>Bildung</b>			
Patienten	4.10	(.48)	-2.27* (55)
Kontrollen	4.36	(.39)	
<b>Glauben</b>			
Patienten	4.02	(.62)	-.18 n.s. (55)
Kontrollen	4.05	(.60)	
<b>Abwechslung</b>			
Patienten	3.81	(.60)	-2.96** (55)
Kontrollen	4.24	(.49)	
<b>Selbstvertrauen</b>			
Patienten	4.58	(.40)	K-S z = 1.11 n.s.
Kontrollen	4.76	(.35)	
<b>Selbstbelohnung</b>			
Patienten	4.29	(.54)	-.93 n.s. (55)
Kontrollen	4.43	(.58)	
<b>Alleinsein</b>			
Patienten	4.07	(.65)	-1.14 n.s. (55)
Kontrollen	4.26	(.57)	
<b>Geringschätzung</b>			
Patienten	4.05	(.69)	-.11 n.s. (55)
Kontrollen	4.07	(.66)	
<b>Erniedrigung</b>			
Patienten	4.24	(.68)	2.58* (55)
Kontrollen	3.74	(.78)	
<b>Vorwürfe</b>			
Patienten	3.60	(.93)	-.86 n.s. (55)
Kontrollen	3.78	(.70)	
<b>Abhängigkeit</b>			
Patienten	3.99	(.66)	-.85 n.s. (55)
Kontrollen	4.12	(.58)	
<b>Verletzungen</b>			
Patienten	4.25	(.75)	.85 n.s. (55)
Kontrollen	4.09	(.71)	

CAEMO	M (SD)		t(df)
<b>Schwäche</b>			
Patienten	3.55	(.74)	2.01 n.s. (55)
Kontrollen	3.12	(.88)	
<b>Hilflosigkeit</b>			
Patienten	4.17	(.59)	1.94 n.s. (55)
Kontrollen	3.84	(.70)	
<b>Versagen</b>			
Patienten	4.34	(.53)	.84 n.s. (55)
Kontrollen	4.22	(.50)	
<b>CAEMOAnn</b>			
Patienten	4.03	(.33)	-1.71 n.s. (55)
Kontrollen	4.18	(.31)	
<b>CAEMOver</b>			
Patienten	4.03	(.50)	.91 n.s. (55)
Kontrollen	3.92	(.43)	
<b>CAEMORatio</b>			
Patienten	1.00	(.09)	2.42* (55)
Kontrollen	.94	(.10)	

**Tab. 6: Mittelwerte INC und CAEMO:** \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ , n. s. nicht signifikant; Patienten = chilenische klinische Stichprobe; Kontrollen = chilenische Kontrollstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = t-Wert; df = Freiheitsgrade.

### *Konstruktvalidität*

In der Konsistenztheorie wird ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Inkongruenzerleben und vermindertem psychischen Wohlbefinden beziehungsweise psychischer Krankheit postuliert. Es ist bekannt und empirisch bestätigt, dass Inkongruenz und Depressivität miteinander in Zusammenhang stehen (vgl. Kap. 2.1). Dieser Zusammenhang soll nun auch in den chilenischen Stichproben überprüft werden. Wenn sich eine derartige Beziehung auch anhand der chilenischen Daten nachweisen lässt, kann das als Zeichen der Konstruktvalidität des INC gewertet werden. Zu diesem Zweck werden die Korrelationen der Skalen des INC mit dem *BDI-II* betrachtet. Tabelle 7 zeigt die hohen und hochsignifikanten Korrelationen zwischen *BDI-II* und Inkongruenzskalen für die chilenischen Stichproben. Es wurde Pearson's  $r$  berechnet. In der Kontrollstichprobe ist die Skala Hilflosigkeit nicht normalverteilt, sodass zusätzlich Spearman's  $\rho$  angegeben wird. Wie der Tabelle 7 zu entnehmen ist, ergeben sich nur auf der Skala *Leistung* gar keine signifikanten Zusammen-

hänge zwischen Inkongruenz- und *BDI-II*-Werten. Weiterhin sind in der klinischen Stichprobe die Korrelationen des *BDI-II* mit den Skalen *Affiliation*, *Anerkennung* und *Verletzungen* nicht signifikant. Alle anderen Skalen des *INC* korrelieren in mittlerer bis hoher Stärke mit dem *BDI-II*. Diese Befunde weisen auf die Konstruktvalidität der chilenischen Version des Inkongruenzfragebogens hin.

Für die Skalen des FAMOS lässt sich aus den eingesetzten Instrumenten keine im Sinne der Konstruktvalidität überprüfbare Hypothese ableiten.

	BDI-INC	
	Klinisch n = 28	Kontrollen n = 29
	r	r
Intimität	.566*	.400*
Affiliation	.323 n. s.	.499*
Altruismus	.383*	.548*
Hilfe	.616***	.511*
Anerkennung	.368 n. s.	.670**
Status	.475*	.434*
Autonomie	.432*	.603*
Leistung	.316 n. s.	.329 n. s.
Kontrolle	.533*	.621***
Bildung	.589*	.607***
Glauben	.535*	.460*
Abwechslung	.595*	.639***
Selbstvertrauen	.621**	.650***
Selbstbelohnung	-.560*	-.579*
Alleinsein	.589*	.792**
Geringschätzung	.622***	.752**
Erniedrigung	.598**	.580**
Vorwürfe	.360 n. s.	.452*
Autonomieverlust	.466*	.759***
Verletzungen	.275 n. s.	.486*
Schwäche	.450*	.755***
Hilflosigkeit	.510*	.655***( $\rho = .641$ ***)
Versagen	.619***	.590**



	BDI-INC	
	Klinisch n = 28	Kontrollen n = 29
	r	r
INCAnn	.685***	.761***
INCVer	.651***	.793***
INCGesamt	.741***	.845***

**Tab. 7 Korrelationen INC und BDI-II:** \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$ , n. s. nicht signifikant; n = Stichprobengröße; r = Pearson Produktmoment-Korrelationskoeffizient;  $\rho$  = Spearman's rho.

### 5.1.2.2 Interne Konsistenz

In Tabelle 8 sind die internen Konsistenzen für alle in diese Untersuchung eingeflossenen Skalen und Stichproben dargestellt. Für *INK*, *FAMOS*, *ECRbang* und *HFS* werden Daten aus den deutschen Stichproben angeführt. Ein Cronbach's  $\alpha > .60$  gilt als ausreichend. Diese Bedingung ist für viele der eingesetzten Instrumente erfüllt. Die Skalen *SRIS*, *BDI-II*, *HFS-K*, *HFS-L* und *ECRbang* weisen in allen Stichproben zumindest ausreichend hohe interne Konsistenzen auf (s. Tabelle 8).

Die zusammenfassenden *INK*- und *FAMOS*-Skalen weisen sehr hohe  $\alpha$ -Werte auf ( $\alpha = .820$  bis  $\alpha = .974$ ). In der deutschen Kontrollstichprobe rangieren die  $\alpha$ -Werte für die *INK*-Skalen zwischen  $\alpha = .607$  (*Bildung*) und  $\alpha = .925$  (*Leben auskosten*), in der deutschen Patientenstichprobe zwischen  $\alpha = .479$  (*sich verletzbar machen*) und  $\alpha = .920$  (*Geselligkeit*). Von den *INK*-Unterskalen weist demnach einzig die Skala *Sich verletzbar machen* niedrigere Werte auf, wie auch schon Grosse Holtforth et al. (2004) berichten (vgl. Kap. 5.1.2.1).

Die internen Konsistenzen der *FAMOS*-Unterskalen liegen in der deutschen klinischen Stichprobe zwischen  $\alpha = .577$  (*Glauben*) und  $\alpha = .903$  (*Affiliation*) und in der deutschen Kontrollstichprobe zwischen  $\alpha = .588$  (*Sich verletzbar machen*) und  $\alpha = .854$ .

Cronbach's alpha ist für die Skala *TLS-N* in der deutschen Patientenstichprobe sehr niedrig ( $\alpha = .325$ ) ebenso wie in der chilenischen Kontrollgruppe ( $\alpha = .551$ ). Die Skalen *TLS-FV*, *TLS-FK*, *SCSind* und *SCSint* zeigen in jeweils einer der vier Stichproben keine ausreichende interne Konsistenz. Mit Ausnahme der fünf genannten Skalen kann für die eingesetzten Instrumente von akzeptablen bis sehr guten Reliabilitätswerten ausgegangen werden. Eine

Überprüfung der kritischen Skalen mittels Faktorenanalyse ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

		TLS-N	TLS-FV	TLS-FK	SRIS	SCSind	SCSint	BDI
<b>D Kontrollen</b>		.633	.800	.681	.741	.589	.459	.881
<b>D Patienten</b>		.325	.708	.548	.883	.796	.703	.927
<b>C Kontrollen</b>		.551	.565	.667	.833	.643	.666	.891
<b>C Patienten</b>		.728	.766	.720	.778	.717	.627	.918
	HFS-K	HFS-L	BANG	INKgesamt	INK Verm	INK Ann	Famos Ratio	Famos Ann
<b>D Kontrollen</b>	.854	.894	.858	.820	.949	.959	.941	.927
<b>D Patienten</b>	.903	.903	.925	.864	.946	.974	.966	.959
	Famos Ver	Alleinsein	Geringschätzung	Erniedrigung	Vorwürfe	Abhängigkeit	Verletzungen	Schwäche
<b>D Kontrollen</b>	.905	.784	.849	.792	.710	.807	.588	.802
<b>D Patienten</b>	.914	.755	.849	.771	.713	.861	.664	.678
FAMOS	Hilflosigkeit	Versagen	Intimität	Affiliation	Altruismus	Hilfe	Anerkennung	Status
<b>D Kontrollen</b>	.679	.784	.770	.889	.826	.780	.828	.876
<b>D Patienten</b>	.623	.671	.875	.903	.828	.613	.850	.907
FAMOS	Autonomie	Leistung	Kontrolle	Bildung	Glauben	Abwechslung	Selbstvertrauen	Selbstbelohnung
<b>D Kontrollen</b>	.854	.674	.690	.717	.680	.834	.790	.678
<b>D Patienten</b>	.886	.790	.849	.858	.577	.874	.850	.735

<b>INK</b>	<b>Intimität</b>	<b>Geselligkeit</b>	<b>Anderen helfen</b>	<b>Hilfe bekommen</b>	<b>Anerkennung</b>	<b>Überlegen sein</b>	<b>Autonomie</b>	<b>Leistung</b>
<b>D Kontrollen</b>	.883	.879	.857	.776	.843	.769	.711	.834
<b>D Patienten</b>	.873	.920	.858	.842	.917	.900	.791	.886
<b>INK</b>	<b>Kontrolle</b>	<b>Bildung</b>	<b>Glauben</b>	<b>Leben auskosten</b>	<b>Selbstvertrauen</b>	<b>Selbstbelohnung</b>	<b>Alleinsein</b>	<b>Geringschätzung</b>
<b>D Kontrollen</b>	.766	.607	.733	.925	.857	.768	.750	.881
<b>D Patienten</b>	.892	.850	.660	.873	.916	.791	.737	.892
<b>INK</b>	<b>Erniedrigung</b>	<b>Vorwürfe</b>	<b>Abhängigkeit</b>	<b>Spannungen</b>	<b>verletzbar machen</b>	<b>Hilflosigkeit</b>	<b>Versagen</b>	
<b>D Kontrollen</b>	.801	.846	.804	.790	.698	.832	.872	
<b>D Patienten</b>	.792	.777	.734	.736	.479	.813	.899	

**Tab. 8 Interne Konsistenzen:** C Kontrollen = chilenische Kontrollstichprobe; C Patienten = chilenische klinische Stichprobe; D Kontrollen = deutsche Kontrollstichprobe; D Patienten = deutsche klinische Stichprobe;  $\alpha$  = Cronbach's alpha

### 5.1.3 Soziodemographische und klinische Daten

Die soziodemographischen Daten wurden im Rahmen der HKFB (Freund et al., im Druck; vgl. Kap. 4.3.5) erhoben. Die psychiatrische und ambulante deutsche Stichprobe wurden zu der Stichprobe *Klinisch deutsch* zusammengefasst. Die einzelnen Werte sind in Tabelle 9 nochmals aufgeführt.

	<b>Stationär deutsch n = 21</b>	<b>Ambulant deutsch n = 15</b>	<b>Patienten deutsch n = 36</b>
<b>Geschlecht</b>			
weiblich	n= 14 (66.7 %)	n = 8 (53.3 %)	n = 22(61.1%)
männlich	n = 7 (33.3 %)	n = 7 (46.7 %)	n= 14 (38.9%)
<b>Schulbildung</b>			
kein Abschluss	-	-	
Schüler/in	-	1 (6.7%)	1 (2.8%)
Hauptschule	5 (23.8 %)	4 (26.7 %)	9 (25%)
Realschule	7 (33.3%)	4 (26.7%)	11 (30.6%)
(Fach-)Abitur	7 (33.3 %)	3 (20 %)	10 (27.8%)
Hochschule	2 (9.5 %)	3 (20 %)	5 (13.9%)
<b>Familienstand</b>			
ledig	4 (19 %)	5 (33.3 %)	9 (25%)
in Partnerschaft	4 (19 %)	4 (26.7 %)	8 (22.2%)
verheiratet	10 (47.6 %)	6 (40 %)	16 (44.4%)
getrennt lebend	1 (4.8 %)	-	1 (2.8%)
geschieden	1 (4.8 %)	-	1 (2.8%)
verwitwet	1 (4.8 %)	-	1 (2.8%)
<b>Berufstätigkeit</b>			
Vollzeit	7 (33.3 %)	4 (26.7 %)	11 (30.6%)
Teilzeit	6 (28.6 %)	1 (6.7 %)	7 (19.4%)
gelegentlich	-	-	-
Hausfrau/-mann	1 (4.8 %)	1 (6.7%)	2 (5.6%)
Studium	1 (4.8%)	1 (6.7 %)	2 (5.6%)
arbeitslos	4 (19 %)	4 (26.7%)	8 (22.2%)
in Rente	2 (9.5 %)	-	2 (5.6%)
Sonstiges	-	4 (26.7%)	4 (11.1%)
<b>Einkommen</b>			
<750€/<191.000\$	1 (4.8 %)	1 (6.7 %)	2 (5.6%)
>750€/>191.000\$	5 (23.8 %)	4 (26.7 %)	9 (25.7%)
>1500€/>330.000\$	2 (9.5%)	2 (13.3 %)	4 (11.4%)
>2250€/>480.000\$	2 (9.5 %)	4 (26.7 %)	6 (17.1%)
>3000€/>715.000\$	6 (28.6 %)	3 (20 %)	9 (25.7%)
>4500€/>1.850.000\$	5 (23.8 %)	-	5 (14.3%)
>6500€	-	-	
<b>Alter</b>			
Range	21-69	22-62	21-69
M	44.33	40.53	42.75
SD	13.84	13.29	13.56
<b>Nationalität</b>			
deutsch	18 (85.7)	14 (93.3)	32 (88.9%)
chilenisch	-	-	-
andere	3 (14.3)	1 (6.7)	4 (11.1%)

**Tab. 9 Soziodemographische Daten deutsche klinische Stichproben:** stationär deutsch: deutsche psychiatrische Stichprobe; Ambulant deutsch: deutsche ambulante Stichprobe; Patienten deutsch: zusammengefasste Werte der deutschen psychiatrischen und deutschen ambulanten Stichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße

Die Signifikanztestung der Gruppenunterschiede erfolgte anhand der in Tabelle 10 aufgeführten Stichproben.

	<b>Kontrollen deutsch n = 72</b>	<b>Patienten deutsch n = 36</b>	<b>Kontrollen Chile n = 29</b>	<b>Patienten Chile n = 28</b>
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	n = 44(61.1 %)	n = 22(61.1%)	n = 27 (93.1%)	n = 24 (85.7%)
männlich	n = 28(38.9 %)	n= 14 (38.9%)	n = 2 (6.9%)	n = 4 (14.3%)
<b>Schulbildung</b>				
kein Abschluss	-	-	-	1 (3.6 %)
Schüler/in	-	1 (2.8%)	-	-
Hauptschule	6 (8.3 %)	9 (25%)	-	-
Realschule	14 (19.4 %)	11 (30.6%)	-	8 (28.6 %)
(Fach-)Abitur	4 (5.6 %)	10 (27.8%)	25 (89.3%)	10 (35.7 %)
Hochschule	47 (65.3%)	5 (13.9%)	3 (10.7%)	9 (32.1 %)
<b>Familienstand</b>				
ledig	8 (11.1%)	9 (25%)	27 (93.1%)	10 (35.7 %)
in Partnerschaft	32 (44.4%)	8 (22.2%)	-	4 (14.3 %)
verheiratet	28 (38.9%)	16 (44.4%)	1 (3.4%)	7 (25 %)
getrennt lebend	1 (1.4%)	1 (2.8%)	1 (3.4%)	4 (14.3 %)
geschieden	3 (4.2%)	1 (2.8%)	-	2 (7.1 %)
verwitwet	.-	1 (2.8%)	-	1 (3.6 %)
<b>Berufstätigkeit</b>				
Vollzeit	49 (68.1 %)	11 (30.6%)	-	13 (46.4 %)
Teilzeit	9 (12.5 %)	7 (19.4%)	-	5 (17.9 %)
gelegentlich	-	-	-	1 (3.6 %)
Hausfrau/-mann	-	2 (5.6%)	-	3 (10.7 %)
Studium	2 (2.8 %)	2 (5.6%)	29 (100%)	4 (14.3 %)
arbeitslos	-	8 (22.2%)	-	2 (7.1 %)
in Rente	9 (12.5 %)	2 (5.6%)	-	-
Sonstiges	3 (4.2 %)	4 (11.1%)	-	-
<b>Einkommen</b>				
<750€/<191.000\$	1 (1.4%)	2 (5.6%)	-	2 (7.1 %)
>750€/>191.000\$	8 (11.3%)	9 (25.7%)	-	2 (7.1 %)
>1500€/>330.000\$	16 (22.2%)	4 (11.4%)	-	4 (14.3 %)
>2250€/>480.000\$	18 (25%)	6 (17.1%)	4 (14.8%)	11 (39.3 %)
>3000€/>715.000\$	20 (27.8%)	9 (25.7%)	7 (25.9%)	8 (28.6 %)
>4500€/>1.850.000	4 (5.6)	5 (14.3%)	16 (59.3%)	1 (3.6 %)
>6500€	4 (5-6%)	-	-	-
<b>Alter</b>				
Range	25-68	21-69	19-24	19-58
M	39.96	42.75	21.88	39.07
SD	13.85	13.56	1.21	12.24
<b>Nationalität</b>				
deutsch	71 (98.6)	32 (88.9%)	-	-
chilenisch	-	-	28 (96.6%)	28 (100)
andere	1 (1.4)	4 (11.1%)	1 (3.4%)	-

**Tab. 10 Soziodemographische Daten:** Kontrollen deutsch: deutsche Vergleichsstichprobe; Patienten deutsch: deutsche klinische Stichprobe; Kontrollen Chile: chilenische Vergleichsstichprobe; Patienten Chile: chilenische klinische Stichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße

Bei Betrachtung der in Tabelle 10 aufgeführten Häufigkeiten und Prozentangaben für die Variablen Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, beruflicher Status, Alter und Nationalität, zeigen sich Unterschiede zwischen den vier Stichproben. Diese Unterschiede zwischen allen Stichproben wurden mittels Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz getestet. Weiter-

hin wurden hinsichtlich der nicht kulturvergleichenden Fragestellungen jeweils die beiden deutschen Stichproben gegeneinander getestet.

Der Anteil an männlichen Probanden ist in allen Gruppen niedriger als der Frauenanteil, liegt aber in den deutschen Stichproben bei immerhin 38.9%. Erwartungsgemäß unterscheidet sich der Anteil der männlichen und der weiblichen Teilnehmer nicht signifikant in den beiden deutschen Teilstichproben ( $\chi^2 = 0$ ,  $df = 1$ ,  $p = 1.00$ ). In der klinischen chilenischen Stichprobe liegt der Anteil an Männern bei 14.3%, während er in der chilenischen Kontrollgruppe unter nur 6.9% ausmacht. Der Unterschied zwischen den vier Stichproben ist statistisch signifikant ( $\chi^2 = 15.91$ ,  $df = 3$ ,  $p = .001$ ).

Weiterhin verfügt in der deutschen Patientstichprobe ein geringerer Anteil (41.7%) über einen höheren Bildungsabschluss (Abitur bzw. Hochschulabschluss), als in der Kontrollstichprobe (70.9%). Hier unterscheiden sich die Gruppen signifikant voneinander ( $\chi^2 = 30.24$ ,  $df = 4$ ,  $p < .001$ ). In den chilenischen Stichproben hat ein großer Anteil (67.8% in der klinischen Stichprobe; 100% in der Kontrollstichprobe) einen höheren Bildungsabschluss (Abitur bzw. Hochschulabschluss). Auch hier ergibt der Chi-Quadrat-Test signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen ( $\chi^2 = 97.52$ ,  $df = 15$ ,  $p < .001$ ).

In beiden deutschen Stichproben gaben über 66% der Befragten verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend als ihren Familienstand an. Tatsächlich ergeben sich nach chi-Quadrat-Test für diese Variable keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den deutschen Stichproben ( $\chi^2 = 8.70$ ,  $df = 5$ ,  $p = .122$ ). In den chilenischen Stichproben liegt der Anteil bei 39.3% (klinische Stichprobe) beziehungsweise 3.4% (Kontrollgruppe). Es ergeben sich für diese Variable signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen ( $\chi^2 = 85.87$ ,  $df = 15$ ,  $p < .001$ ). Der geringe Anteil an Probanden mit einer Partnerschaft beruht auf vermutlich auf zwei Ursachen. Zum einen wurde die chilenische Kontrollstichprobe aus Studenten rekrutiert, die möglicherweise aufgrund ihres Alters noch nicht in einer festen Partnerschaft leben. Zum anderen könnten kulturelle Unterschiede in der Definition von Partnerschaft eine Rolle spielen.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe ist ein bedeutend geringerer Anteil der deutschen Patientstichprobe in Voll- oder Teilzeit berufstätig (50%), in der Kontrollstichprobe sind

80.6% berufstätig. Demgegenüber steht ein deutlich größerer Prozentsatz an Arbeitslosen von 22.2% in der klinischen Stichprobe. In der Kontrollstichprobe gab niemand an, arbeitslos zu sein. Auf dieser Variablen ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede, wie der chi-Quadrat-Test bestätigt ( $\chi^2 = 30.28$ ,  $df = 6$ ,  $p < .001$ ). Die chilenische Kontrollgruppe besteht zu 100% aus Studenten. Ein bedeutend geringerer Anteil der chilenischen klinischen Stichprobe ist Student (14.3%). 64.3% sind in Voll- oder Teilzeit berufstätig. Der Anteil an Hausfrauen/-männern beträgt 10.3%. Auf dieser Variable ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede zwischen den vier Stichproben ( $\chi^2 = 174.60$ ,  $df = 21$ ,  $p < .001$ ).

In der deutschen Kontrollstichprobe gaben 75% an, ein Einkommen zwischen 1500€ und 4500€ zu beziehen. In der Patientenstichprobe traf dies für 68.5% zu. Signifikanz konnte für Unterschiede in der Einkommensverteilung nicht nachgewiesen werden ( $\chi^2 = 10.91$ ,  $df = 6$ ,  $p = .091$ ). In der chilenischen Kontrollstichprobe gaben 85.2% an, ein Einkommen aus den beiden höchsten Einkommensstufen zu beziehen. In der klinischen chilenischen Stichprobe traf dies für 32.2% zu. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Studenten aus der chilenischen Kontrollstichprobe noch bei ihren Herkunftsfamilien leben und sich auf das elterliche Einkommen beziehen. Auch auf dieser Variable unterscheiden sich die zwei Gruppen signifikant ( $\chi^2 = 55.00$ ,  $df = 8$ ,  $p < .001$ ) voneinander. Ein Vergleich über alle vier Gruppen wurde aufgrund der unterschiedlichen Einkommenskategorien nicht vorgenommen. Einkommen wird daher auch als Kontrollvariable keine Berücksichtigung in den weiteren Analysen finden.

Das mittlere Alter der Befragten lag in der deutschen Kontrollstichprobe bei 39.96 ( $SD = 13.85$ ) und in der deutschen Patientenstichprobe bei 42.75 ( $SD = 13.56$ ) Jahren. Der Auswertung der Häufigkeiten folgte für die Variable Alter ein Vergleich der Gruppenmittelwerte mittels Kruskal-Wallis-Test, da der Kolmogorov-Smirnov-Test für die intervallskalierte Variable Alter eine signifikante Abweichung der Verteilungsform von der Normalverteilung ergab ( $z = 1.627$ ,  $p = .01$ ). Die deutschen Stichproben unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich des Alters ( $\chi^2 = 1.45$ ,  $df = 1$ ,  $p = .229$ ). Das mittlere Alter der Befragten lag in der chilenischen Kontrollstichprobe bei 21.88 ( $SD = 1.21$ ), in der klinischen Stichprobe bei 39.07 ( $SD = 12.24$ ) Jahren. Der Mittelwertsvergleich mit dem H-Test nach Kruskal und Wallis ergab, dass die Stichproben sich signifikant bezüglich des Alters unterscheiden ( $\chi^2 = 56.68$ ,  $df = 3$ ,  $p < .001$ ).

Der Anteil an Probanden mit deutscher Staatsbürgerschaft liegt in der deutschen Kontrollgruppe bei 98.6%. In der Kontrollgruppe ist weiterhin eine Person mit doppelter Staatsbürgerschaft (deutsch und eine andere) vertreten. Diese Person gibt an in Deutschland geboren zu sein. Der Anteil ausländischer Patienten in der deutschen Patientenstichprobe beträgt 11.1% ( $n = 4$ ). Eine dieser Personen wuchs in Deutschland auf, zwei weitere kamen als Erwachsene nach Deutschland und bei einem Teilnehmer fehlten genauere Angaben zur Herkunft. Beide Stichproben unterscheiden sich signifikant bezüglich der Variable Nationalität ( $\chi^2 = 5.32$ ,  $df = 1$ ,  $p = .023$ ). In der chilenischen Kontrollstichprobe liegt der Anteil an Probanden mit chilenischer Staatsbürgerschaft bei 96.6%. Eine Probandin stammt aus Argentinien. In der klinischen Stichprobe sind ausschließlich chilenische Staatsbürger vertreten. Die vier Stichproben unterscheiden sich erwartungsgemäß signifikant bezüglich ihrer Nationalität ( $\chi^2 = 168.43$ ,  $df = 6$ ,  $p < .001$ ). Im Weiteren werden Probanden mit nicht-deutscher beziehungsweise nicht-chilenischer Nationalität aus den Analysen ausgenommen, sofern eine kulturvergleichende Fragestellung bearbeitet wird (Forschungsfragen 3 & 4).

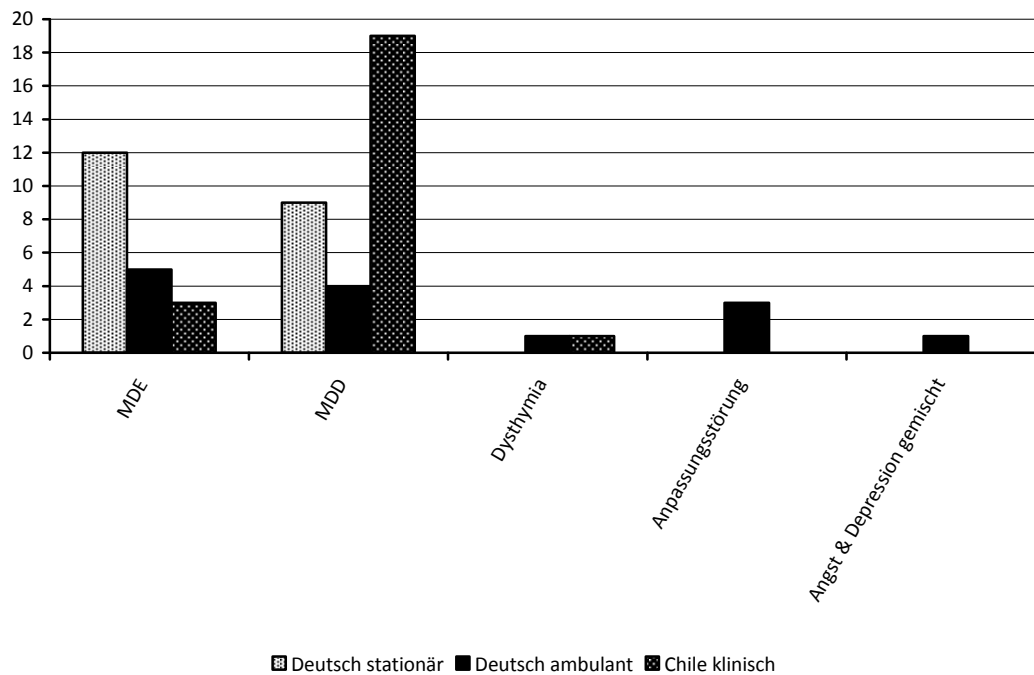
Die deutschen Stichproben unterscheiden sich bezüglich Bildungsabschluss, beruflichem Status und Nationalität voneinander. Die Patienten haben mehr mittlere Bildungsabschlüsse, in der Kontrollgruppe fanden sich häufiger höhere Abschlüsse, Patienten sind häufiger arbeitslos. Der Anteil an Personen mit anderer als deutscher Nationalität ist in der Patientengruppe höher.

Die chilenischen und deutschen Kontroll- und Patientenstichproben unterscheiden sich voneinander in bezug auf alle getesteten soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, beruflicher Status und Schulabschluss). Bezüglich der interkulturell nicht vergleichbaren Variable Einkommen ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den chilenischen, aber nicht zwischen den deutschen Stichproben.

In der deutschen stationären Stichprobe ( $n = 21$ ) fanden sich zwölf Patienten mit mittelgradiger oder schwerer major depressiver Episode, neun Patienten mit einer rezidivierenden Depression, zwei Patienten waren nach einem Suizidversuch eingeliefert worden. Alle Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente. Sieben der Patienten befanden sich zum ersten Mal in psychiatrischer Behandlung, die anderen hatten sich zu einem



früheren Zeitpunkt bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden. In der deutschen ambulanten Stichprobe ( $n = 14$ ): fanden sich fünf Patienten mit einer leichten, mittelgradigen oder schweren major Depressiven Episode, vier Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung, ein Patient mit der Diagnose Dysthymia, ein Patient mit der Diagnose Angst und Depression gemischt sowie drei Patienten mit Anpassungsstörungen. Nur eine Patientin berichtete von einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Vier der Patienten waren medikamentös eingestellt. Bei elf der Patienten handelte es sich um die erste Behandlung, die anderen hatten sich zu einem früheren Zeitpunkt bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden. In der deutschen nicht-klinischen Stichprobe ( $n = 72$ ) gaben nur sechs Probanden an, sich zu einem früheren Zeitpunkt bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden zu haben. Die angeführten Diagnosen waren Angsterkrankung ( $n = 2$ ), Depression ( $n = 2$ ), Anorexia nervosa ( $n = 1$ ), Krebs ( $n = 1$ ). Bei allen lag die Behandlung mindestens fünf Jahre zurück. In der chilenischen klinischen Stichprobe ( $n = 28$ ) fanden sich 7 Patienten mit einer leichten, mittelgradigen oder schweren major depressiven Episode, 19 Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung und zwei Patienten mit der Diagnose Dysthymia. Angaben zur Behandlungsgeschichte und Medikation fehlen. In der chilenischen Kontrollstichprobe ( $n = 29$ ) gab niemand an, sich schon einmal in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden zu haben. Die Verteilung der Diagnosen in den klinischen Stichproben ist in Abbildung 12 dargestellt.



**Abb. 12: Verteilung der Diagnosen in den klinischen Stichproben:** MDE: Major depressive Episode; MDD: Major depressive Disorder

Für die statistische Überprüfung der Hypothesen wurden in allen klinischen Stichproben Datensätze mit einem BDI-II-Gesamtwert kleiner 13 ausgeschlossen, in allen nicht-klinischen Stichproben wurden Datensätze mit einem BDI-II-Gesamtwert größer 13 ausgeschlossen. Zusätzlich wurden in den kulturvergleichenden Fragestellungen diejenigen Probanden von den Berechnungen ausgenommen deren Nationalität nicht deutsch oder chilenisch war.

#### 5.1.4 Korrelationen

Um herauszufinden, inwieweit die als mögliche Störvariablen identifizierten soziodemographischen Variablen mit den Skalen der eingesetzten Instrumente zusammenhängen, wurden Korrelationen berechnet. Zu diesem Zweck wurden die nominalskalierten Variablen *Familienstand*, *beruflicher Status* und *Bildung* dichotomisiert. *Familienstand* enthält nun die Kategorien *in Partnerschaft* (verheiratet und in Partnerschaft) vs. *nicht in Partnerschaft*, *beruflicher Status* die Kategorien *ohne Beschäftigung* (arbeitslos) vs. *Beschäftigung*. *Schulabschluss* wurde aufgeteilt in *höhere Bildung* (Abitur, Universität) vs. *niedrige & mittlere Bildung*.

Aufgrund der Abweichungen von der Normalverteilung auf einigen Skalen wurde der Rangkorrelationskoeffizient Spearman's rho berechnet. Die Instrumente *ECR-RD* mit der Skala *BANG* und *HFS* wurden in Chile nicht eingesetzt. Die angegebenen Werte (s. Tab. 11) beziehen sich auf die in Deutschland erhobenen Daten. Die Korrelationen sind für die jeweilige Gesamtheit angegeben. Diejenigen soziodemographischen Variablen, für die sich ein signifikanter Zusammenhang mit den Fragebogen-Skalen ergibt und bezüglich derer sich die Stichproben unterscheiden, werden in den späteren Berechnungen als Kontrollvariablen berücksichtigt.

$\rho$	Alter	Geschlecht	Bildung	Familienstand	Beruf
<b>BANG</b>	-.229*	.200*	-	-.436***	-
<b>HFS-K</b>	.205*	-	-.281**	-	-
<b>HFS-L</b>	-	.191*	-	-	-.295**
<b>BDI D</b>	-	.170*	-.200*	-.206**	-.214**
<b>SRIS D</b>	-.192*	-	-	-	-
<b>SCSind</b>		-	-	-.214**	-
<b>SCSint D</b>	-.182*	-	-	-.364**	-
<b>TLS-N D</b>	-	.188*	-	-	-
<b>TLS-FV</b>			-.161*	-.185*	-
<b>INKAnn D</b>	-	-			-.241**
<b>INKVer D</b>	-	.231**		-.168*	-.163*
<b>INKges D</b>	-	.164*			-.223**
<b>Intimität</b>	-	-		-.254**	-.164*
<b>Geselligkeit</b>	-	-			-.178*
<b>Anderen helfen</b>				.172*	
<b>Anerkennung</b>	-	-	-.168*		-.189*
<b>Überlegen sein</b>					-.192*
<b>Autonomie</b>	-	-			-.204**
<b>Leistung</b>	-	-	.		-.255**
<b>Bildung</b>	.205**	.158*	-	.	-
<b>Glauben</b>	.	.	.	.	-.209**
<b>Leben auskosten</b>	-	-	.		-.274***
<b>Selbstvertrauen</b>	-	-	.		-.291***
<b>Selbstbelohnung</b>	-	-	.	.	-.256**
<b>Alleinsein</b>	-	.225**		-.221**	-.190*

$\rho$	Alter	Geschlecht	Bildung	Familienstand	Beruf
Erniedrigung	-	.195**		-.162*	-
Vorwürfe	-	.154*		-.209**	-
Abhängigkeit	-	.185*		-	-.210**
Spannungen	-	.261**		-	-
Verletzbar machen	-	.247**	-	-	-
Hilflosigkeit	-	.180*	-	-	-.164*
Versagen	-	.190*	-	-	-.208**
FAMOSAnn	-.265**	.179*	-.193*	-.293***	-
FAMOSVer	-	.211**	-	-.190*	-
FAMOSRatio	.276***	-	-	-	-
Intimität	-.284***	-	-	-	-
Altruismus	-	-	-.330***	-.264**	-
Hilfe	-	.304***	-.285**	-.217**	-
Status	-.172*	-	-	-	-
Autonomie	-.172*	-	-	-.310***	-
Leistung	-.194*	-	-.163*	-.265**	-
Bildung	-.251**	-	-	-.274***	-
Glauben	-	.254**	-	-.216**	-
Abwechslung	-.338***	.179*	-	-.215**	-
Selbstvertrauen	-.266**	.217**	-	-.245**	-
Selbstbelohnung	-.190*	.260**	-	-.227**	-
Alleinsein	-	.165*	-.219**	-	-
Geringschätzung	-	.188*	-	-	-
Erniedrigung	-	.201*	-	-	-
Vorwürfe	-.174*	.284***	-	-	-
Abhängigkeit	.167*	-	-	-	-
Verletzungen	-	.165*	-.211**	-.205**	-
Schwäche	-	-		-.202**	-

Tab. 11: Korrelationen Soziodemographie: \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ ;  $\rho$  = Spearman's rho

## 5.2 Einfluss von Inkongruenz und Schamerleben

Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression (s. Kap. 5.2.1)? Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz (s. Kap. 5.2.2)? Dies sind die Forschungsfragen, die

zu Inkongruenz und Schamerleben entwickelt wurden. Es folgt die Testung der dazugehörigen Hypothesen und Darstellung der Ergebnisse.

### 5.2.1 Inkongruenz als Mediator zwischen Bindungsangst und Depression

Aufgrund der theoretischen Ausführungen kann davon ausgegangen werden, dass Inkongruenz in positivem Zusammenhang mit bindungsbezogener Angst und Depressivität steht. Des Weiteren ist anzunehmen, dass Bindungsangst mit erhöhter Depressivität einhergeht. Ein möglicher mediierender Einfluss von Inkongruenz wurde ebenfalls aus der Theorie und bestehenden Forschung abgeleitet. Hier sollen die wesentlichen Ergebnisse der Hypothesentestung vorgestellt und damit die Forschungsfrage „Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression?“ beantwortet werden. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden nur die in Deutschland rekrutierten Stichproben herangezogen.

Die deutschen Stichproben unterscheiden sich bezüglich des Bildungsstandes, des beruflichen Status' und Nationalität. Diese wurden als Kontrollvariablen in den Analysen berücksichtigt, sofern sie mit den entsprechenden abhängigen oder unabhängigen Variablen korrelieren.

Wie den theoretischen Überlegungen aus Kapitel 2 und 3 zu entnehmen ist, lassen sich bezüglich der Variablen Depressivität, Gesamtinkongruenz, Vermeidungsinkongruenz, Annäherungsinkongruenz und bindungsbezogener Angst signifikante Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der Kontrollgruppe erwarten.

*Hypothese 1: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere bindungsbezogene Angst im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Die Varianzanalyse mit *Depressivität* als Faktor und *bindungsbezogener Angst* als abhängiger Variable ergab einen signifikanten Effekt von *Depressivität* [ $F(1,93) = 26.95; p < .001 \eta^2 = .225$ ] mit einer Varianzaufklärung von 22.5%. Das heißt, die Patienten ( $M = 3.75; SD = 1.37$ ) weisen signifikant höhere Mittelwerte bezüglich bindungsbezogener Angst auf als die Kontrollstichprobe ( $M = 2.56; SD = .87$ ). Die Voraussetzung der Varianzhomogenität ist laut Levene-Test nicht gegeben [ $F(1,93) = 13.79; p < .001$ ], sodass zur Absicherung des Ergebnisses aus der Varianzanalyse ein t-Test für heterogene Varianzen gerechnet

wurde, der ebenfalls auf signifikante Gruppenunterschiede hinweist ( $t(43.93) = -4.50; p < .001$ ). Hypothese 1 wird beibehalten.

*Hypothese 2: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Depressivitätswerte im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Es wurde eine Varianzanalyse mit *Depressivität* (deutsch klinisch vs. deutsch nicht-klinisch) als festem Faktor und *BDI-Gesamtwert* als abhängiger Variable gerechnet. *Bildungsstand* und *beruflicher Status* gingen als Kontrollvariablen mit ein.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse ergeben einen signifikanten Effekt für *Depressivität*, der 67.5% der Varianz aufklärt [ $F(1,90) = 187.33; p < .001; \eta^2 = .66$ ]. Der Mittelwert des *BDI-II* ist in der Kontrollstichprobe signifikant niedriger ( $M = 5.44; SD = 3.81$ ) als in der klinischen Stichprobe ( $M = 28.99; SD = 10.43$ ). Die Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der unipolaren affektiven Erkrankungen weisen also erwartungsgemäß signifikant höhere Werte im *BDI-II* auf und Hypothese 2 kann als bestätigt gelten. Dies entspricht einer Überprüfung des c-Pfades im Mediatormodell. Da die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht gegeben war [Levene's  $F(1,92) = 56.88; p < .001$ ] wurde zusätzlich ein t-Test für heterogene Varianzen gerechnet ( $t(35.20) = 12.35; p < .001$ ), der den signifikanten Gruppenunterschied bestätigt. Die im Rahmen der Untersuchung intendierte Rekrutierung einer depressiven klinischen und einer nicht depressiven Vergleichsstichprobe ist demnach gelungen. Das heißt, es besteht die Möglichkeit, statistische Unterschiede auf Unterschiede in der Depressivität zwischen den Gruppen zurückzuführen.

*Hypothese 3: Patienten zeichnen sich durch signifikant stärker ausgeprägtes Inkongruenzerleben im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Hier wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit *Depressivität* als festem Faktor gerechnet. Die drei zusammenfassenden *Inkongruenz*-Skalen gingen als abhängige Variablen in die Analysen ein.

*Hypothese 3a: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Gesamtkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Depressive zeigen deutlich höhere Mittelwerte auf der Skala *Gesamtkongruenz* ( $M = 3.24$ ;  $SD = .63$ ) als nicht Depressive ( $M = 2.06$ ;  $SD = .47$ ). Die Varianzanalyse bestätigt diese Unterschiede mit einem signifikanten Effekt für den Faktor *Depression* [ $F(2, 92) = 25.15$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .33$ ], der mit 33% zur Varianzaufklärung beiträgt.

*Hypothese 3b: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Vermeidungsinkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

*Vermeidungsinkongruenz* ist ebenfalls bei Depressiven ( $M = 2.99$ ;  $SD = .62$ ) signifikant stärker ausgeprägt als in der Kontrollstichprobe ( $M = 1.84$ ;  $SD = .53$ ), wie sich in den Ergebnissen der Varianzanalyse widerspiegelt [ $F(2,92) = 23.06$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .311$ ]. Die Varianzaufklärung beträgt 31.1%, sodass der Effekt des Faktors *Depressivität* als groß bezeichnet werden kann.

*Hypothese 3c: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der Skala Annäherungsinkongruenz im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Auf der Gesamtskala *Annäherungsinkongruenz* beträgt der Mittelwert in der klinischen Stichprobe  $M = 3.49$  ( $SD = .74$ ) im Gegensatz zu  $M = 2.27$  ( $SD = .52$ ) in der Kontrollstichprobe. Laut Varianzanalyse ist von einem signifikanten Effekt des Faktors *Depressivität* mit einer Varianzaufklärung von 28.6% auszugehen [ $F(2,92) = 20.46$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .286$ ]. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität ist nicht erfüllt [Levene's  $F(1,93) = 5.65$ ;  $p = .020$ ]. Der t-Test für heterogene Varianzen bestätigt das Vorliegen eines signifikanten Unterschiedes zwischen den Gruppen ( $t(46.94) = -8.34$ ;  $p < .001$ ).

Für das *Inkongruenzerleben* ergibt sich erwartungsgemäß ein ähnliches Bild wie für *Depressivität*. Es ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt für die drei zusammenfassenden Inkongruenzskalen. Hypothese 3 kann beibehalten werden.

*Hypothese 4: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität.*

Das Vorliegen eines korrelativen Zusammenhangs zwischen Mediator und abhängiger Variable ist notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für das Bestehen eines mediierenden Zusammenhangs. Es wurden Partialkorrelationen berechnet, die Variable *Beschäftigung* ging als Kovariate in die Berechnungen ein. Durch Betrachtung der Korrelationen zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität wird der b-Pfad des Mediatormodells überprüft. Es wurden drei Hypothesen getestet:

*Hypothese 4a: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Gesamtkongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 4b: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Vermeidungskongruenz und Depressivität.*

*Hypothese 4c: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Annäherungskongruenz und Depressivität.*

Zwischen den drei zusammenfassenden INK-Skalen und dem BDI Gesamtwert ergeben sich erwartungsgemäß hoch signifikante und hohe Korrelationen (s. Tab. 12), sodass Hypothese 4 als bestätigt gelten kann. Damit wurden die Stichproben auf signifikante Unterschiede und die einzelnen Pfade des Mediatormodells auf Plausibilität geprüft. Nachdem die Hypothesen 1 bis 4 alle beibehalten werden können, da die Stichproben bezüglich *Inkongruenz*, *bindungsbezogener Angst* und *Depressivität* signifikant höhere Mittelwerte aufweisen und *Inkongruenz* und *Depressivität* miteinander korrelieren, soll im Folgenden das Mediatormodell überprüft werden.

<i>n</i> = 92	INKgesamt <i>r</i>	INKVermeidung <i>r</i>	INKAnnäherung <i>r</i>
BDI	.824***	.791***	.778***

**Tab. 12: Korrelationen zwischen INK und BDI-II:** *r* = Pearson Produktmoment Korrelationskoeffizient; *n* = Stichprobengröße.



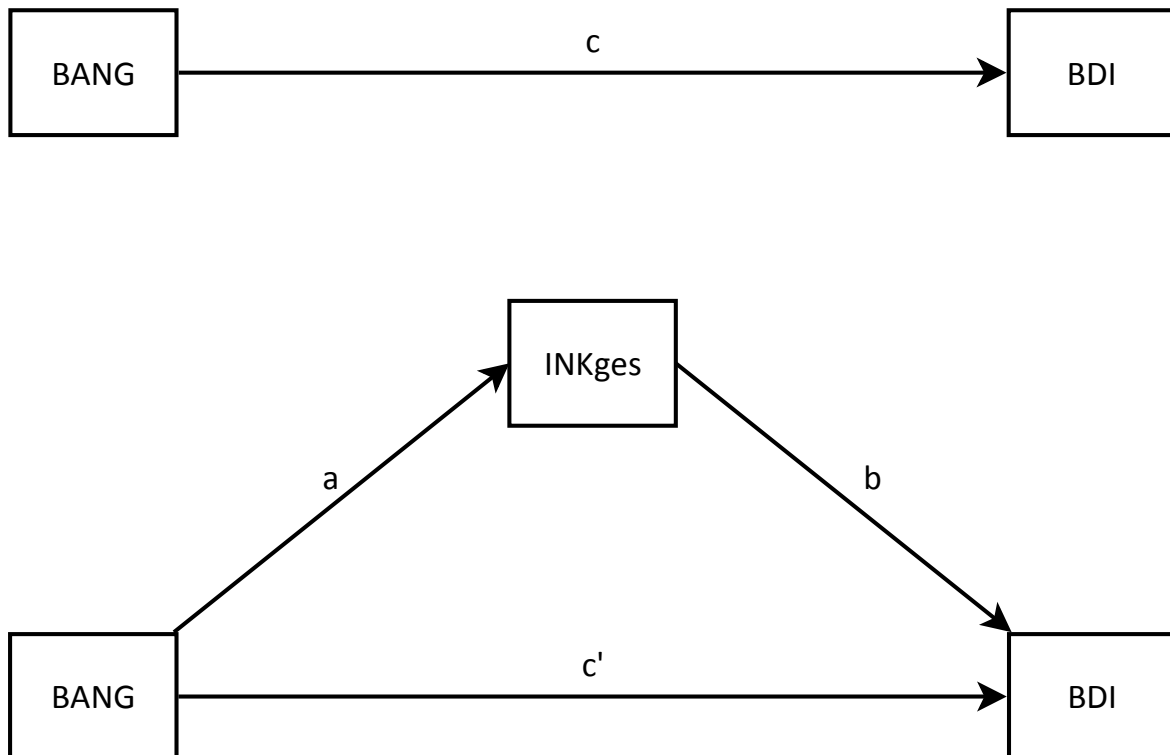
*Hypothese 5: Inkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

Das statistische Prüfen eines Mediatormodells entspricht der Bestimmung des indirekten Effektes zwischen unabhängiger und abhängiger Variable, der über eine Mediatorvariable vermittelt wird. Der indirekte Effekt wird im gewählten Verfahren einmal unter Annahme einer normalverteilten Grundgesamtheit und einmal mittels Bootstrappingverfahren ermittelt, das keine Normalverteilung zur Voraussetzung hat. Der *BDI-II*-Gesamtwert dient als abhängige Variable, die Skala bindungsbezogene Angst des *ECR-RD*, *ECRbang*, dient als unabhängige Variable, während die *Inkongruenzskalen* als Mediatorvariablen eingesetzt werden. Es wird ein einfaches Mediatormodell mit *Gesamtinkongruenz* als Mediator (s. Abb. 13) sowie ein multiples Mediatormodell mit *Vermeidungs-* und *Annäherungsinkongruenz* als Mediatoren gerechnet (s. Abb. 14).

Zunächst werden die Ergebnisse des einfachen Mediatormodells berichtet (s. Abb. 13), in dem folgende Hypothese überprüft wird:

*Hypothese 5a: Gesamtinkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

Der indirekte Effekt ist signifikant [ $\beta(ab) = .4703$ ;  $SE = .0762$ ;  $t = 6.1706$ ;  $p = .001$ ]. Die Bootstrappingmethode bestätigt dieses Ergebnis mit einem Konfidenzintervall zwischen .3442 und .6047. Erhöhte *bindungsbezogene Angst* führt demnach zu erhöhter *Gesamtinkongruenz*, die wiederum zu erhöhter *Depressivität* führt. Der direkte Effekt beträgt  $\beta(c') = .1650$ ;  $SE = .0718$ ;  $t = 2.2999$ ;  $p = .0237$ . Der Gesamteffekt ( $c = c' + ab$ ) ist ebenfalls signifikant [ $\beta(c) = .6353$ ;  $SE = .0845$ ;  $t = 7.5176$ ;  $p = .001$ ]. *Gesamtinkongruenz* vermittelt den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression teilweise. Bei der Skala *Gesamtinkongruenz* handelt es sich um die gemittelten Werte der Skalen *Vermeidungs-* und *Annäherungsinkongruenz*. Daher erbringt die Betrachtung des multiplen Mediatormodells Aufschluss über die Einflüsse von Annäherungs- und Vermeidungsmotivation.



**Abb. 13:** Einfaches Mediatormodell zu Inkongruenz, bindungsbezogener Angst und Depression (in Anlehnung an Preacher & Hayes, 2004, S. 718)

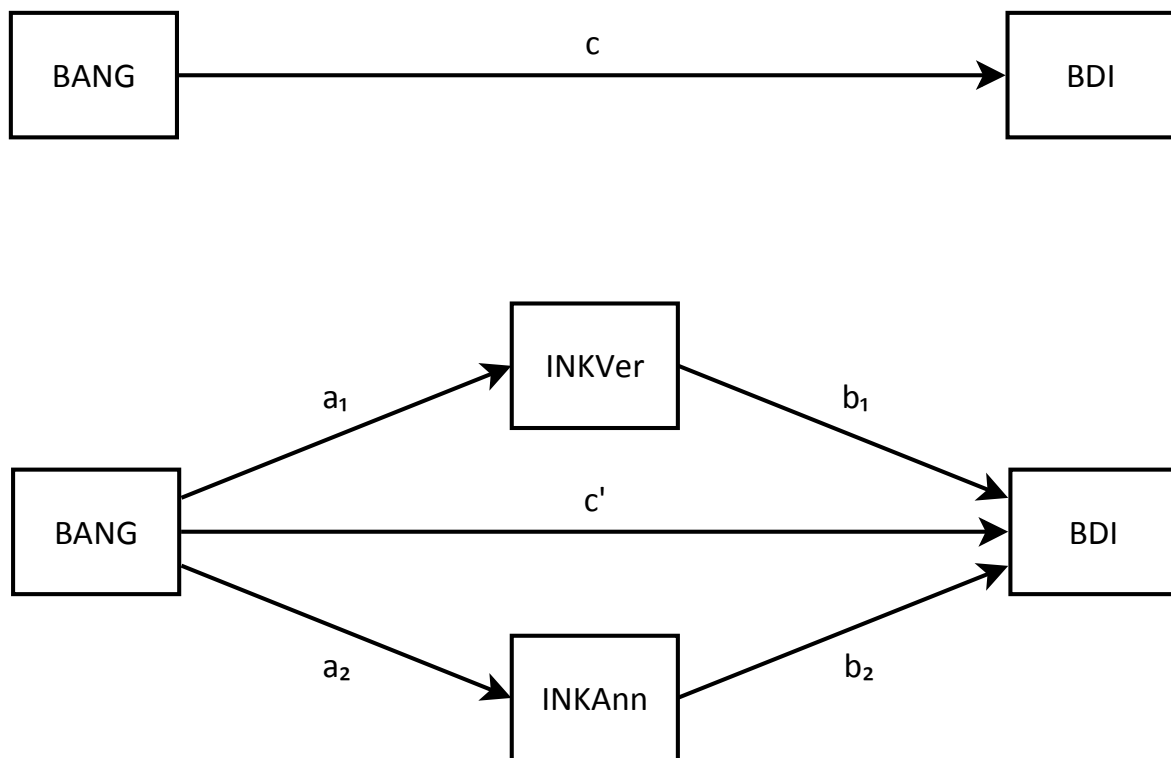
Bei der Überprüfung von Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz als Mediatoren handelt es sich um ein multiples Mediationsmodell (s. Abb. 14), in dem die folgenden Hypothesen geprüft werden:

*Hypothese 5b: Vermeidungsinkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

*Hypothese 5c: Annäherungsinkongruenz mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

Der indirekte Gesamteffekt von *Annäherungs-* und *Vermeidungsinkongruenz* ist signifikant [ $\beta(a_1b_1 + a_2b_2) = .4707$ ;  $SE = .0768$ ; Sobel's  $z = 6.1269$ ;  $p < .001$ ]. Das gleiche gilt für die spezifischen indirekten Effekte. Für *Vermeidungsinkongruenz* beträgt dieser  $\beta(a_1b_1) = .2413$ ;  $SE = .0723$ ; Sobel's  $z = 3.3373$ ;  $p < .001$ ) und für *Annäherungsinkongruenz*  $\beta(a_2b_2) = .2294$ ;  $SE = .0659$ ; Sobel's  $z = 3.4799$ ;  $p = .001$ . Beide Skalen vermitteln demnach den Zusammenhang zwischen *bindungsbezogener Angst* und *Depression*. Auch die verteilungsunabhängige Bootstrappingmethode kommt zu diesem Ergebnis: Die Konfidenzintervalle liegen für *Vermeidungsinkongruenz* zwischen .1131 und .3864 und für *Annäherungs-*

inkongruenz zwischen .0979 und .3728. Da der Wert null in ihnen nicht enthalten ist, lässt sich feststellen, dass der indirekte Effekt sich signifikant von null unterscheidet. Erhöhte *bindungsbezogene Angst* führt also zu erhöhtem *Vermeidungs- und Inkongruenzniveau*, beide wiederum führen zu erhöhter *Depressivität*. Der Gesamteffekt (c-Pfad:  $c' + ab$ ) ist ebenfalls signifikant [ $\beta(c) = .6353$ ;  $SE = .0845$ ;  $t = 7.5176$ ;  $p < .001$ ]. Wenn eine vollständige Mediation vorliegt, wird der direkte Effekt zwischen unabhängiger und abhängiger Variable nicht signifikant ( $c'$ ), im Gegensatz zum indirekten (ab-Pfade) und totalen Zusammenhang (c-Pfad:  $c' + ab$ ). In diesem Modell kann nur von partieller Mediation gesprochen werden, da der direkte Effekt signifikant geworden ist [ $\beta(c') = .1646$ ;  $SE = .0728$ ;  $t = 2.2609$ ;  $p = .0261$ ]. Vermeidungs- und Annäherungsinkongruenz vermitteln also einen Teil des Zusammenhangs zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.



**Abb. 14: Multiples Mediatormodell zu Inkongruenz, bindungsbezogener Angst und Depression** (in Anlehnung an Preacher & Hayes, 2008a, S. 881)

Damit kann Forschungsfrage 1 als bestätigt gelten. Inkongruenz vermittelt den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität teilweise. Dies gilt sowohl für Annäherungs- als auch für Vermeidungsinkongruenz. Im Folgenden soll betrachtet werden, inwiefern Schamerleben mit Inkongruenz und bindungsbezogener Angst in Zusammenhang steht.

### 5.2.2 Welchen Einfluss hat Schamerleben als emotionale Komponente?

Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenzerleben? Diese Frage soll im Folgenden beantwortet werden und wird dazu in zwei untergeordneten Fragen konkreter gefasst:

*2a) Mediiert Schamerleben den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depressivität?*

*2b) Mediiert Schamerleben den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität?*

Zunächst wird das Mediatormodell aus Frage 2a) geprüft. Das methodische Vorgehen entspricht dem aus Kapitel 3.2.1. Dort wurde zunächst geprüft, ob sich Patienten und Kontrollstichprobe bezüglich der in das Mediatormodell eingehenden Variablen unterscheiden. Weiterhin wurde geprüft, ob Mediator- und abhängige Variable miteinander korrelieren. Das Vorgehen entspricht einer Prüfung der einzelnen Pfade des Mediatormodells.

Dass Patienten signifikant höhere Werte im BDI-II und im INK als die Mitglieder der Vergleichsstichprobe aufweisen, wurde schon durch die Annahme der Hypothesen 2 und 3 bestätigt (s. Kap. 3.2.1), sodass nur die Mittelwertsunterschiede bezüglich Scham noch zu prüfen sind:

*Hypothese 6: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Schamwerte im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Der HFS enthält zwei Skalen, Leistungsscham und Körperscham. Zunächst wird Hypothese 6 bezüglich Leistungsscham geprüft.

*Hypothese 6a: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der HFS-Skala Leistungsscham im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Es wird von erhöhten Werten für depressive Patienten auf der Skala *HFS-L* ( $M = 81.9393$ ;  $SD = 14.57002$ ) im Vergleich mit der Kontrollstichprobe ( $M = 64.8375$ ;  $SD = 15.55804$ ) ausgegangen. Die Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Effekt für den Faktor *Depressivität* [ $F(1, 92) = 18.649$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .169$ ] und bestätigt, dass Depressive signifikant hö-

here Werte auf der Skala *Leistungsscham* aufweisen. Der Anteil der Varianzaufklärung durch diesen Faktor beträgt 16.9%, sodass von einem großen Effekt gesprochen werden kann. Im Weiteren wurde eine einfaktorielles Varianzanalyse mit *HFS-K (Körperscham)* als abhängiger Variable berechnet:

*Hypothese 6b: Patienten zeichnen sich durch signifikant höhere Werte auf der HFS-Skala Körperscham im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus.*

Für die Skala *Körperscham* ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Effekt für den Faktor *Depressivität* [ $F(1,92) = 35.251; p < .000; \eta^2 = .279$ ] mit einer Varianzaufklärung von 27.9%. Die Mittelwerte betragen  $M = 87.969$  ( $SD = 15.516$ ) in der klinischen Stichprobe sowie  $M = 68.1763$  ( $SD = 13.455$ ) in der Vergleichsgruppe.

Auch Hypothese 6 wird beibehalten, da Depressive signifikant höhere Mittelwerte auf beiden Skalen des HFS aufweisen.

*Hypothese 7: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Scham und Depressivität.*

Das Vorliegen eines korrelativen Zusammenhangs zwischen Mediator und abhängiger Variable ist notwendige Bedingung für das Bestehen eines mediierenden Zusammenhangs. Durch Betrachtung der Korrelationen wird der b-Pfad des Mediatormodells überprüft.

*Hypothese 7a: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Leistungsscham und Depressivität.*

Es besteht ein hochsignifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Leistungsscham und Depressivität ( $r = .385; p < .001$ ).

*Hypothese 7b: Es besteht ein signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Körperscham und Depressivität.*

Es besteht ein hochsignifikanter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Körperscham und Depressivität ( $r = .518; p < .001$ ).

Hypothese 7 wird beibehalten, da die Daten den postulierten Zusammenhang stützen.

Da die Hypothesen 2, 3, 6 und 7 nicht verworfen werden, sind die notwendigen Bedingungen für das Berechnen eines Mediatormodells erfüllt sind. Dieses soll im Folgenden überprüft werden:

*Hypothese 8: Scham mediiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depressivität.*

Es wurden drei multiple Mediatormodelle mit *Leistungs-* und *Körperscham* als Mediatoren gerechnet. Unabhängige Variablen sind jeweils *Annäherungsinkongruenz*, *Vermeidungsinkongruenz* und *Gesamtinkongruenz*. Der *BDI-II*-Gesamtwert ging als abhängige Variable in das Modell ein. Folgende Hypothesen wurden getestet:

*Hypothese 8a: Leistungs- und Körperscham medieren den Zusammenhang zwischen Annäherungsinkongruenz und Depressivität.*

Im multiplen Mediatormodell mit *Annäherungsinkongruenz* (INKAnn) als unabhängiger Variable, *Leistungs-* und *Körperscham* (HFS-L & HFS-K) als Mediatorvariablen, und *Depressivität* (BDI) als abhängiger Variable zeigte sich, dass der signifikante Zusammenhang zwischen Annäherungsinkongruenz und Depressivität [ $\beta(c) = .801$ ;  $SE = .062$ ;  $t = 12.88$ ;  $p < .001$ ] weder durch Leistungsscham (Sobel's  $z = .449$ ;  $p = .6535$ ), noch durch Körperscham (Sobel's  $z = 1.774$ ,  $p = .076$ ) vermittelt wird. Auch nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich ebenfalls kein signifikanter indirekter Effekt: die Konfidenzintervalle liegen für Leistungsscham zwischen  $-.0485$  und  $.1085$  und für Körperscham zwischen  $-.0039$  und  $.1942$ . Da die Konfidenzintervalle den Wert null enthalten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist signifikant [ $\beta(c') = .695$ ;  $SE = .068$ ;  $t = 10.21$ ;  $p < .001$ ]. *Scham* fungiert nicht als Mediator zwischen *Annäherungsinkongruenz* und *Depressivität*. Hypothese 8a wird verworfen.

*Hypothese 8b: Leistungs- und Körperscham medieren den Zusammenhang zwischen Vermeidungsinkongruenz und Depressivität.*

Im multiplen Mediatormodell mit *Vermeidungsinkongruenz* (INKVerm) als unabhängiger Variable, *Leistungs-* und *Körperscham* (HFS-L & HFS-K) als Mediatorvariablen, und *Depressivität* (BDI) als abhängiger Variable zeigte sich, dass der signifikante Zusammenhang zwischen *Vermeidungsinkongruenz* und *Depressivität* [ $\beta(c) = .8223$ ;  $SE = .0625$ ;  $t =$

13.1502;  $p < .001$ ] weder durch *Leistungsscham* (Sobel's  $z = -.1973$ ;  $p = .8436$ ), noch durch *Körperscham* (Sobel's  $z = 1.8840$ ,  $p = .0596$ ) vermittelt wird. Nach dem verteilungsfreien Bootstrappingverfahren ergibt sich jedoch ein signifikanter indirekter Effekt für *Körperscham*. Die Konfidenzintervalle liegen für Leistungsscham zwischen  $-.1068$  und  $.0819$  und für Körperscham zwischen  $.006$  und  $.2298$ . Da das Konfidenzintervall für *Körperscham* den Wert null nicht enthält, kann davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist signifikant [ $\beta(c') = .8223$ ;  $SE = .0625$ ;  $t = 13.1502$ ;  $p < .001$ ]. *Körperscham* fungiert also als partieller Mediator zwischen *Vermeidungsinkongruenz* und *Depressivität*. Hypothese 8b wird für *Körperscham* beibehalten.

*Hypothese 8c: Leistungs- und Körperscham medieren den Zusammenhang zwischen Gesamtkongruenz und Depressivität.*

Für das multiple Mediatormodell mit Gesamtkongruenz als unabhängiger Variable und BDIgesamt als abhängiger Variable ergibt sich folgendes Bild: die spezifischen indirekten Effekte für Leistungsscham (Sobel's  $z = .1327$ ;  $p = .8944$ ) und Körperscham (Sobel's  $z = 1.5347$ ;  $p = .1249$ ) sind nicht signifikant. Die Konfidenzintervalle aus der Bootstrapping-Methode bestätigen dies (Leistungsscham  $-.0736$  bis  $.0885$ ; Körperscham:  $-.0138$  bis  $.1832$ ). Der Gesamteffekt (c-Pfad) ist signifikant [ $\beta(c) = .8464$ ;  $SE = .0565$ ;  $t = 14.9771$ ;  $p < .001$ ] ebenso wie der direkte Effekt ( $c'$ -Pfad) zwischen Gesamtkongruenz und Depressivität [ $\beta = .7642$ ;  $SE = .0653$ ;  $t = 11,7101$ ;  $p < .010$ ]. Es ergibt sich also kein Einfluss von Scham als Mediator zwischen Gesamtkongruenz und Depressivität. Für die Skala Annäherungsinkongruenz ließ sich ebenfalls keine Mediation durch Scham nachweisen, ebenso wenig wie für Leistungsscham in Zusammenhang mit Vermeidungsinkongruenz. Körperscham hingegen fungiert als partieller Mediator zwischen Vermeidungsinkongruenz und Depressivität.

Ob Schamerleben in Zusammenhang mit bindungsbezogener Angst von Bedeutung ist, soll im Folgenden beantwortet werden. Das methodische Vorgehen entspricht dem bei Forschungsfragen 1) und 2a).

*2b) Mediert Schamerleben den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität?*

Die hier bedeutsamen Mittelwertsunterschiede mit höheren Werten für die Patientenstichprobe auf den Skalen des HFS, im BDI-II sowie auf der Skala zu bindungsbezogener Angst des ECR-RD wurden bereits an anderer Stelle belegt (s. Kap. 3.2.1: Hypothesen 1 & 2; Kap. 3.2.2: Hypothese 6). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass BDI-II und HFS-Skalenwerte positiv miteinander korrelieren (s. Kap. 3.2.2: Hypothese 7). Damit sind die Voraussetzungen für die Untersuchung von Hypothese 9 gegeben:

*Hypothese 9: Scham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

*Hypothese 9a: Leistungsscham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

*Hypothese 9b: Körperscham mediiert den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität.*

Es wurde ein multiples Mediatormodell mit *Leistungs-* und *Körperscham* als Mediatoren, mit *bindungsbezogener Angst* als unabhängiger Variable und mit *Depressivität* als abhängiger Variable berechnet. Der spezifische indirekte Effekt für *Leistungsscham* ist nicht signifikant [ $\beta(a_1b_1) = -.0165$ ;  $SE = .0370$ ; Sobel's  $z = -.4451$ ;  $p = .6562$ ] im Gegensatz zu dem spezifischen indirekten Effekt von *Körperscham* [ $\beta(a_2b_2) = .1451$ ;  $SE = .0581$ ; Sobel's  $z = 2.4955$ ;  $p = .0126$ ]. Betrachtet man die mittels Bootstrapping-Verfahren gewonnenen Konfidenzintervalle, bestätigt sich dieses Bild. Für den spezifischen Gesamteffekt ergibt sich ein Konfidenzintervall zwischen .0423 und .2297, für *Leistungsscham* zwischen -.1183 und .0951 und für *Körperscham* zwischen .0301 und .2779. Weiterhin wird auch der Effekt zwischen Mediator und abhängiger Variable (b-Pfad) nur für *Körperscham* signifikant [ $\beta(b_2) = .4522$ ;  $SE = .1198$ ;  $t = 3.7755$ ;  $p = .003$ ] nicht aber für *Leistungsscham* [ $\beta(b_1) = -.0528$ ;  $SE = .1194$ ;  $t = -.4423$ ;  $p = .6593$ ]. Der Gesamteffekt von bindungsbezogener Angst auf Depressivität ist signifikant [ $\beta(c) = .6353$ ;  $SE = .0845$ ;  $t = 7.5176$ ;  $p < .001$ ] ebenso wie der direkte Effekt von unabhängiger Variable bindungsbezogene Angst auf Depressivität [ $\beta(c') = .5067$ ;  $SE = .0795$ ;  $t = 6.3709$ ;  $p < .001$ ].

Die Mediatoranalyse bestätigt also partielle Mediation durch *Körperscham* zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität. Für *Leistungsscham* muss Hypothese 9 verworfen werden.



### 5.3 Kulturvergleichende Untersuchungen

Im zweiten empirischen Teil dieser Arbeit geht es um die Ergebnisse aus den Untersuchungen mit INC und CAEMO in Chile. Zu beantwortende Forschungsfragen sind: Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit des Konzeptes Inkongruenz nach Chile finden (s. Kap. 5.3.1)? Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit in Chile und Deutschland (5.3.2)?

#### 5.3.1 Inkongruenz in Deutschland und Chile

Im Rahmen des Kapitels zu Gütekriterien wurden bereits die Inkongruenzwerte depressiver und gesunder Chilenen betrachtet und festgestellt, dass erstere erwartungsgemäß signifikant höhere Inkongruenzwerte aufweisen als die Kontrollgruppe. Das gleiche ist auch aus der Beantwortung von Hypothese 3 (vgl. Kap. 3.2.1) für die deutschen Patienten und Probanden hervorgegangen. Dort wurden allerdings nur die drei zusammenfassenden INK-Skalen betrachtet. Jetzt soll die Ausprägung des Inkongruenzerlebens von deutschen und chilenischen Depressiven und Gesunden auf allen Skalen des *INK/INC* verglichen werden:

*Hypothese 10: Depressive Chilenen und Deutsche zeichnen sich durch ein signifikant stärker ausgeprägtes Inkongruenzerleben aus als nicht-depressive Chilenen und Deutsche.*

Dies wird für alle 23 Unterskalen sowie für die drei zusammenfassenden Skalen des INK geprüft. Diese Hypothese ergibt sich aus den Annahmen der Konsistenztheorie, nach der erhöhte Inkongruenz mit vermindertem psychischem Wohlbefinden beziehungsweise psychischer Erkrankung einhergeht. Eine Bestätigung der Hypothese wird zur Bestätigung der Konstruktvalidität der spanischen Übersetzung des INK herangezogen.

Es wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit *Depressivität* (klinisch vs. nicht-klinisch) und *Nationalität* als festen Faktoren für alle Inkongruenzskalen berechnet. Die entsprechenden soziodemographischen Variablen gingen als Kovariaten in die Analysen mit ein. Die Mittelwerte der Inkongruenzskalen (vgl. Tabelle 13) fallen erwartungsgemäß in den klinischen Stichproben höher aus als in den Vergleichsstichproben. Die Signifikanz dieser Unterschiede konnte bestätigt werden: Für alle *Vermeidungs-* und *Annäherungszielskalen* sowie für die drei zusammenfassenden Skalen *Annäherungs-*, *Vermeidungs-* und *Gesamtinkongruenz* ergab sich ein hochsignifikanter ( $p < .001$ ) Haupteffekt für *Depressivität*. Das

partielle Eta<sup>2</sup> dient als Maß der Effektstärke. Aufgrund der Vielzahl an Skalen werden hier stellvertretend die Ergebnisse der drei übergeordneten Skalen berichtet. Die weiteren Ergebnisse werden zusammenfassend dargestellt und sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Für *Gesamtinkongruenz* ergab sich ein signifikanter Haupteffekt für *Depressivität* mit einer Varianzaufklärung von 54.1% [ $F(1,113) = 132.95$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .541$ ]. Weiterhin kann von signifikanten Effekten von *Nationalität* mit einer Varianzaufklärung von 15.6% [ $F(1,113) = 20.92$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .156$ ] sowie von *Geschlecht* [ $F(1,113) = 4.65$ ;  $p = .033$ ;  $\eta^2 = .040$ ] (4% Varianzaufklärung) und *Alter* [ $F(1,113) = 5.69$ ;  $p = .019$ ;  $\eta^2 = .048$ ] (4.8% Varianzaufklärung) auf *Gesamtinkongruenz* ausgegangen werden. Es ergibt sich ein kleiner Interaktionseffekt mit 5.9% Varianzaufklärung [ $F(1,113) = 7.14$ ;  $p = .009$ ;  $\eta^2 = .059$ ]. Demnach sind in beiden Ländern höhere Gesamtinkongruenzwerte bei Depressiven im Vergleich mit der Kontrollstichprobe zu verzeichnen, die Differenz zwischen den chilenischen Gruppen ist aber deutlich größer als zwischen den deutschen Gruppen, da die Inkongruenzwerte in der deutschen Vergleichsstichprobe höher ausfallen als in der chilenischen Kontrollgruppe (s. Abb. 15).

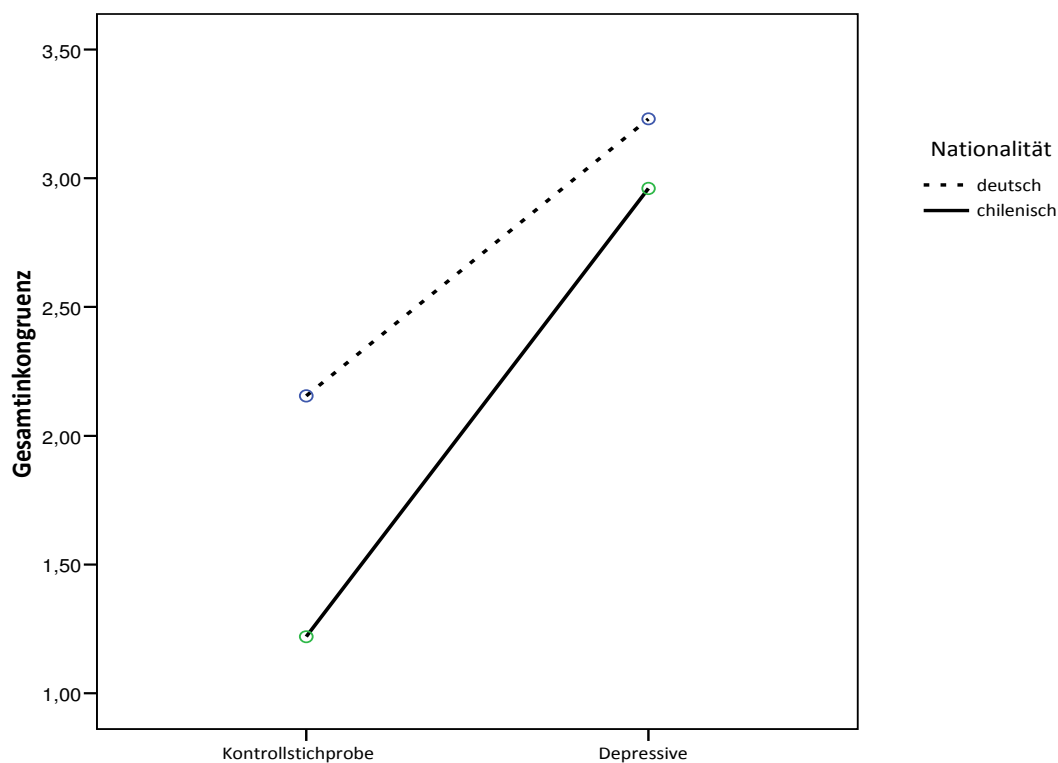
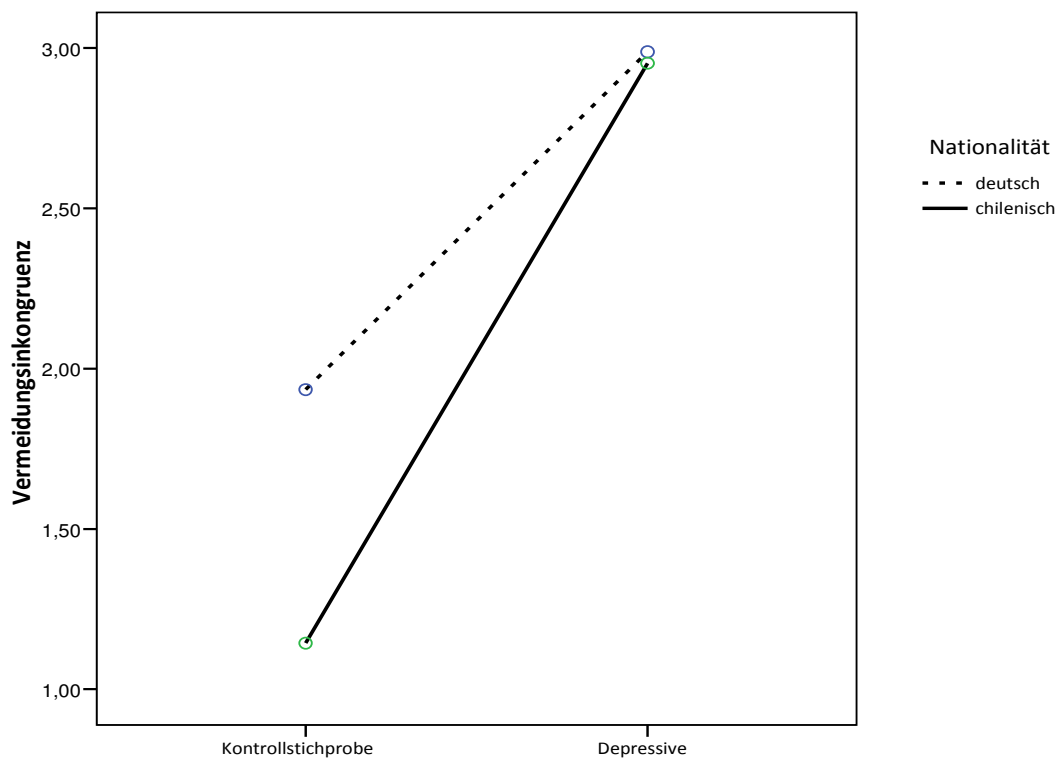


Abb. 15 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Gesamtinkongruenz

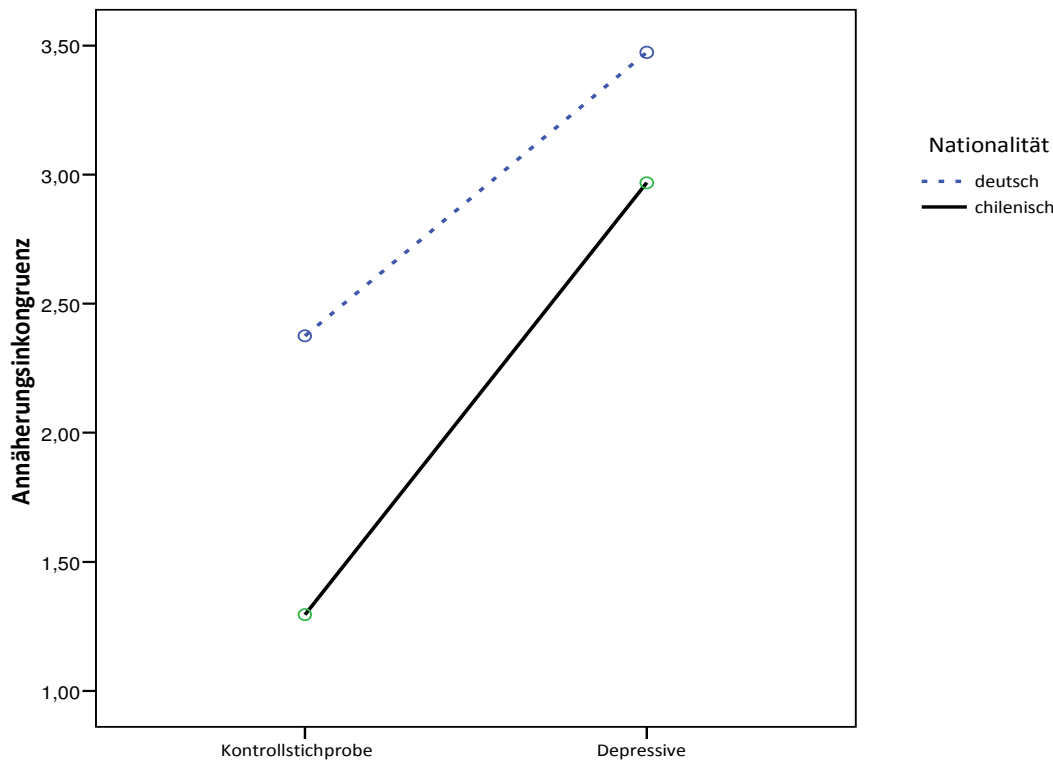
Für *Vermeidungsinkongruenz* lässt sich ein signifikanter Haupteffekt von *Depressivität* mit einer Varianzaufklärung von 49.9% annehmen [ $F(1,113) = 112.60$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .499$ ]. Der signifikante Haupteffekt von *Nationalität* [ $F(1,113) = 8.06$ ;  $p < .005$ ;  $\eta^2 = .067$ ] trägt mit 6.7% zur Varianzaufklärung bei. Der Interaktionseffekt der beiden Faktoren klärt 6.3% [ $F(1,113) = 7.55$ ;  $p = .007$ ;  $\eta^2 = .063$ ] der Varianz auf. Weiterhin besteht ein signifikanter Einfluss der Kovariate *Geschlecht* auf *Vermeidungsinkongruenz* mit einer Varianzaufklärung von 7.3% [ $F(1,113) = 8.85$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .073$ ]. Wie Abbildung 16 zu entnehmen ist, sind die Mittelwerte in der chilenischen Kontrollgruppe deutlich niedriger als in der deutschen Kontrollgruppe, während sich die beiden klinischen Stichproben kaum voneinander unterscheiden.



**Abb. 16** Interaktionseffekt von *Nationalität* und *Depressivität* auf *Vermeidungsinkongruenz*

Für *Annäherungsinkongruenz* ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt sowohl für *Depressivität* [ $F(1,113) = 98.67$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .466$ ] als auch für *Nationalität* [ $F(1,113) = 27.72$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .197$ ]. Die Varianzaufklärung beträgt 46.6% für *Depressivität* und 19.7% für *Nationalität*. Es besteht ein kleiner Interaktionseffekt [ $F(1,113) = 4.09$ ;  $p < .046$ ;  $\eta^2 = .035$ ]. Wie Abbildung 17 zu entnehmen ist, sind wiederum die Mittelwerte in der chileni-

schen Kontrollgruppe deutlich niedriger als in der deutschen Kontrollgruppe, während sich die beiden klinischen Stichproben weniger deutlich voneinander unterscheiden. Weitere Einflussfaktoren sind Alter [ $F(1,113) = 5.58; p = .020; \eta^2 = .047$ ] und Bildung [ $F(1,113) = 4.26; p = .041; \eta^2 = .036$ ].



**Abb. 17** Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Annäherungsinkongruenz

Weitere Effekte von Nationalität liegen auf den Skalen *Intimität*, *Geselligkeit*, *anderen helfen*, *Anerkennung*, *Überlegen sein*, *Leistung*, *Kontrolle*, *Bildung*, *Glauben*, *Leben auskosten*, *Selbstvertrauen*, *Selbstbelohnung*, *Allein sein*, *Geringschätzung*, *sich verletzbar machen*, *Hilflosigkeit* und *Versagen* vor. Die Varianzaufklärung liegt zwischen 4.1% (*Geringschätzung*) und 26.8% (*Intimität*). Diese Effekte sind auf ausgeprägteres Inkongruenzerleben bei den Deutschen zurückzuführen. Interaktionseffekte mit kleinen und mittelgroßen Effektstärken zeigen sich auf den Skalen *Intimität* (10.1%), *Geselligkeit* (5.2%), *Hilfe bekommen* (9.5%), *Selbstbelohnung* (4.7%), *Alleinsein* (6.5%), *Geringschätzung* (4.1%), *Erniedrigung* (3.9%), *Vorwürfe* (3.7%), *Sich verletzbar machen* (9%) und *Versagen* (4.2%) (s. Abb. 18-27; vgl. Tab. 13). Alle Interaktionseffekte sind darauf zurückzuführen, dass die Differenz zwischen den Inkongruenzwerten der klinischen und Vergleichsstichproben in

Chile deutlich größer ausfällt als in Deutschland, wo sich die Vergleichsstichprobe durch höhere Inkongruenzwerte auszeichnet als die chilenische Vergleichsstichprobe.

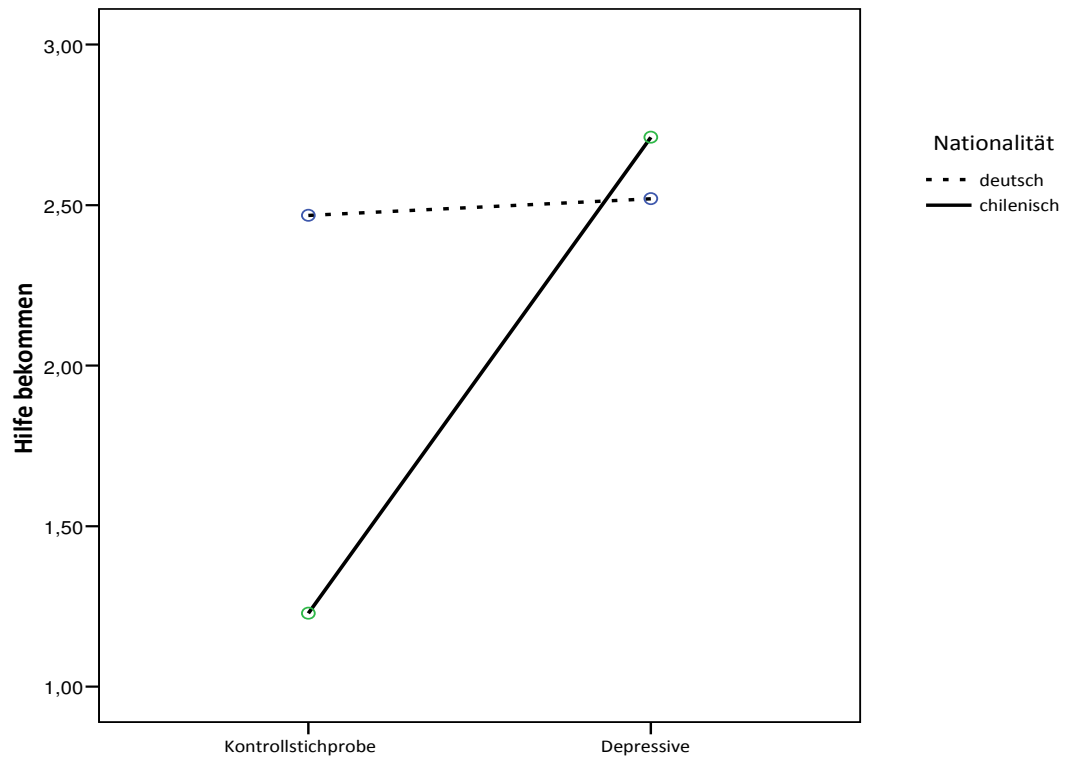


Abb. 18 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Hilfe bekommen

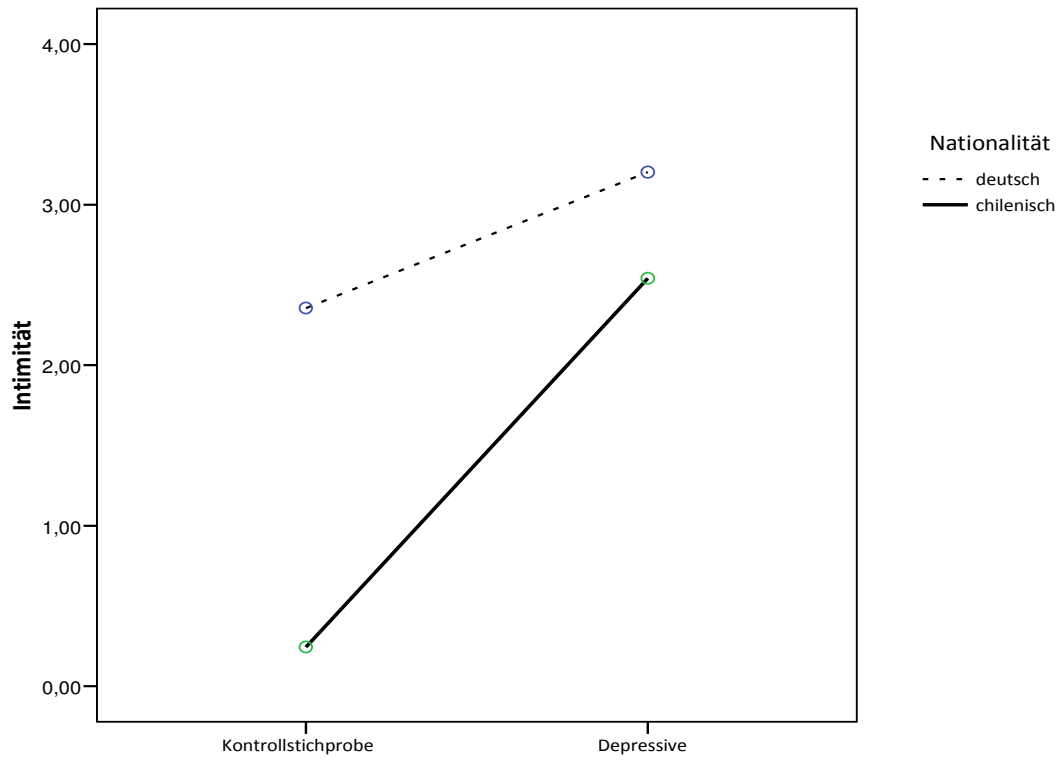


Abb. 19 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Intimität

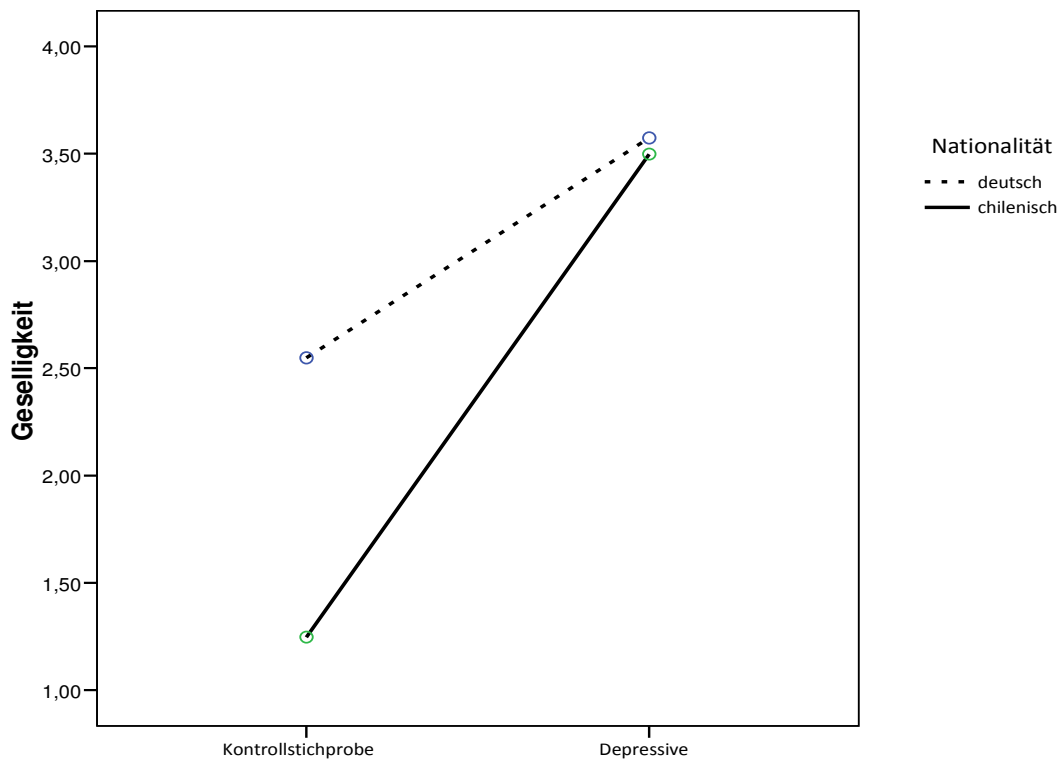


Abb. 20 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Geselligkeit

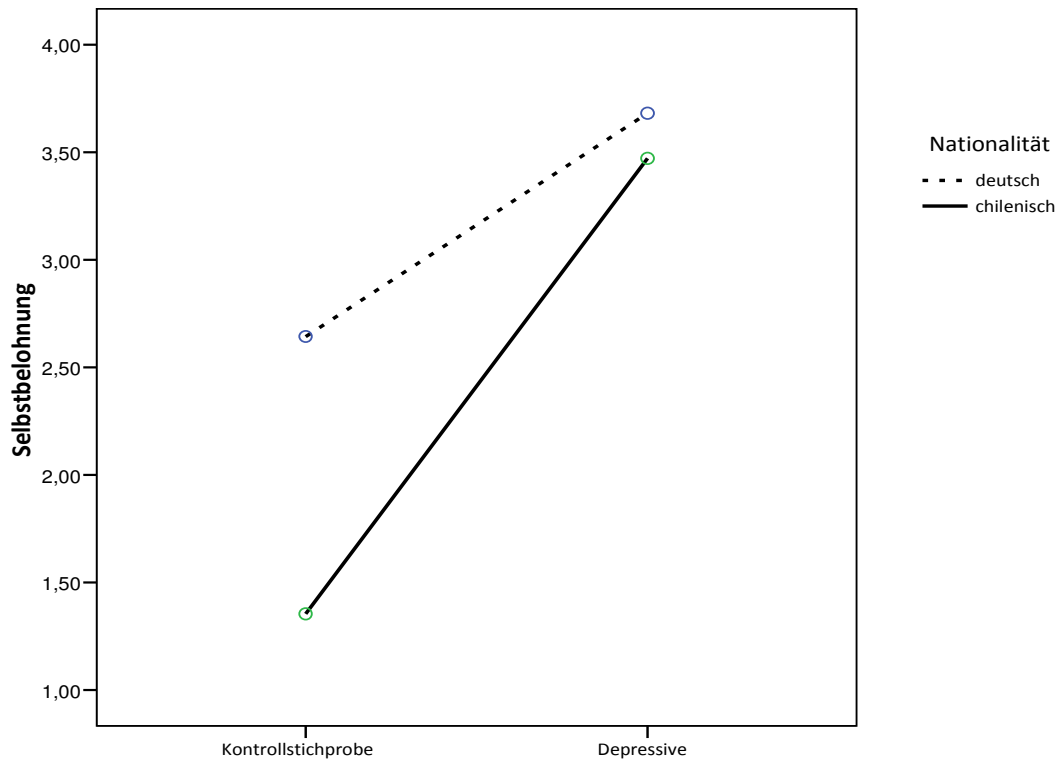


Abb. 21 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Selbstbelohnung

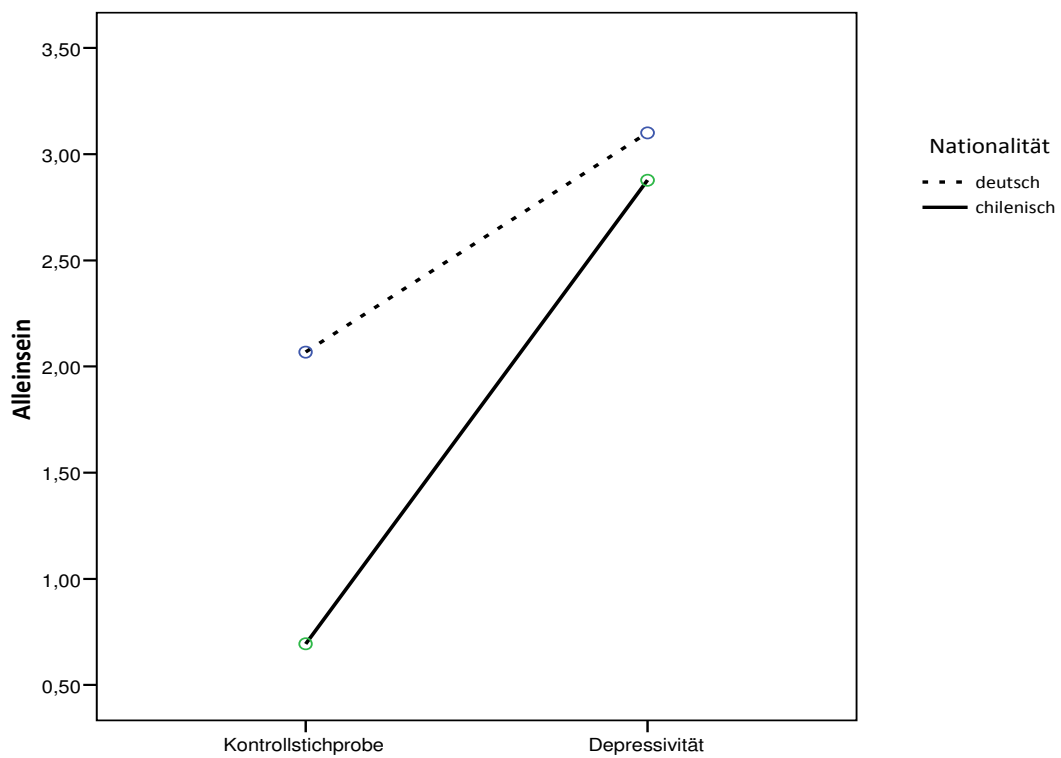


Abb. 22 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Alleinsein

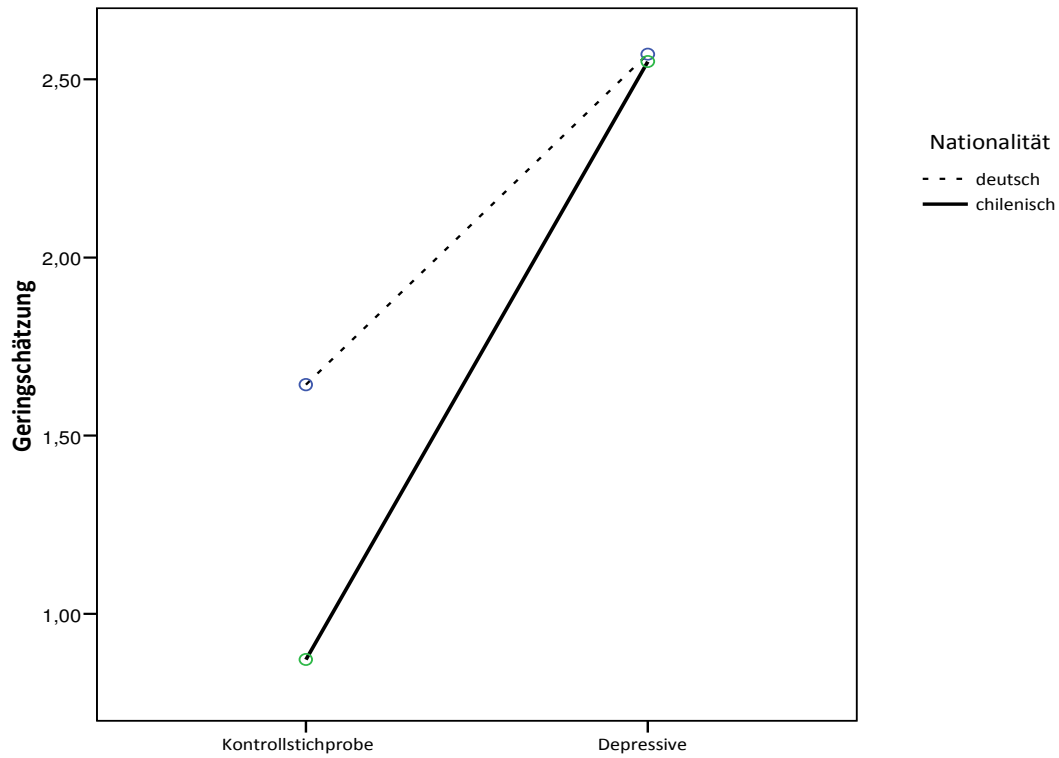


Abb. 23 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Geringschätzung

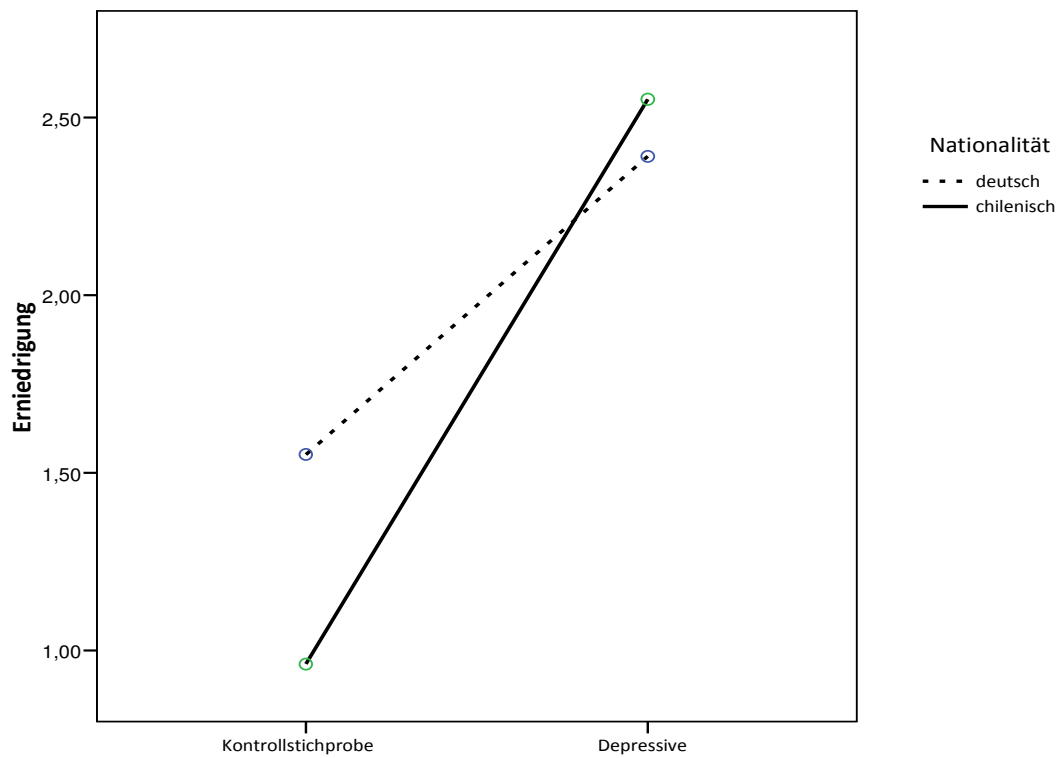


Abb. 24 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Erniedrigung



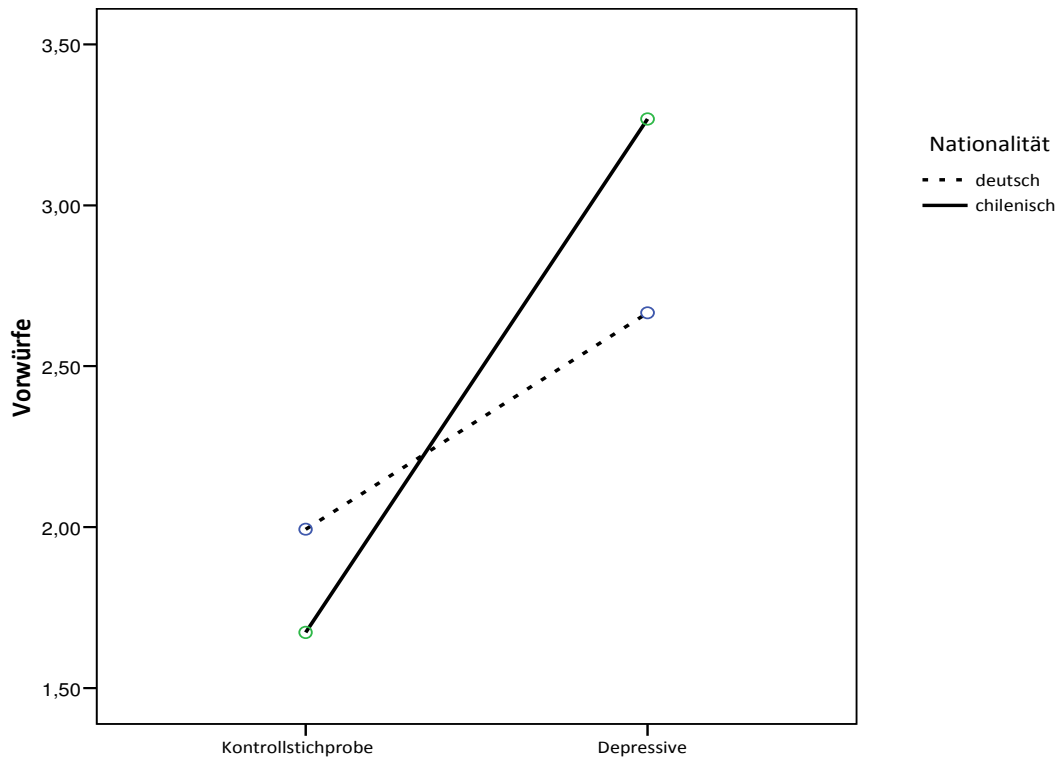


Abb. 25 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Vorwürfe

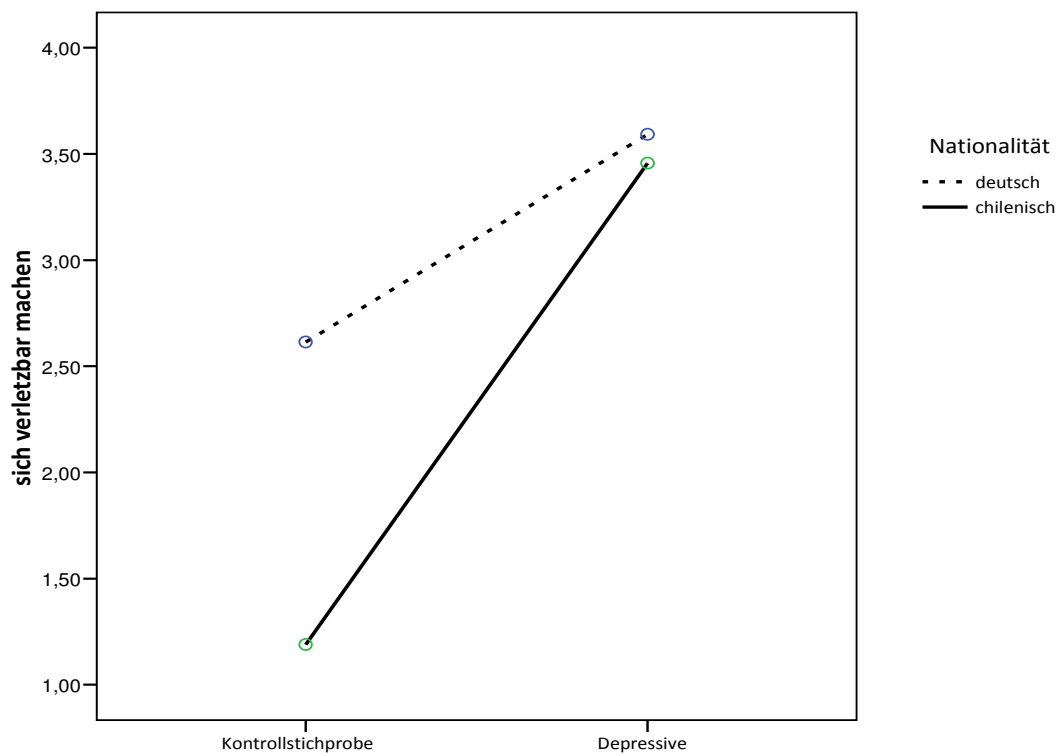
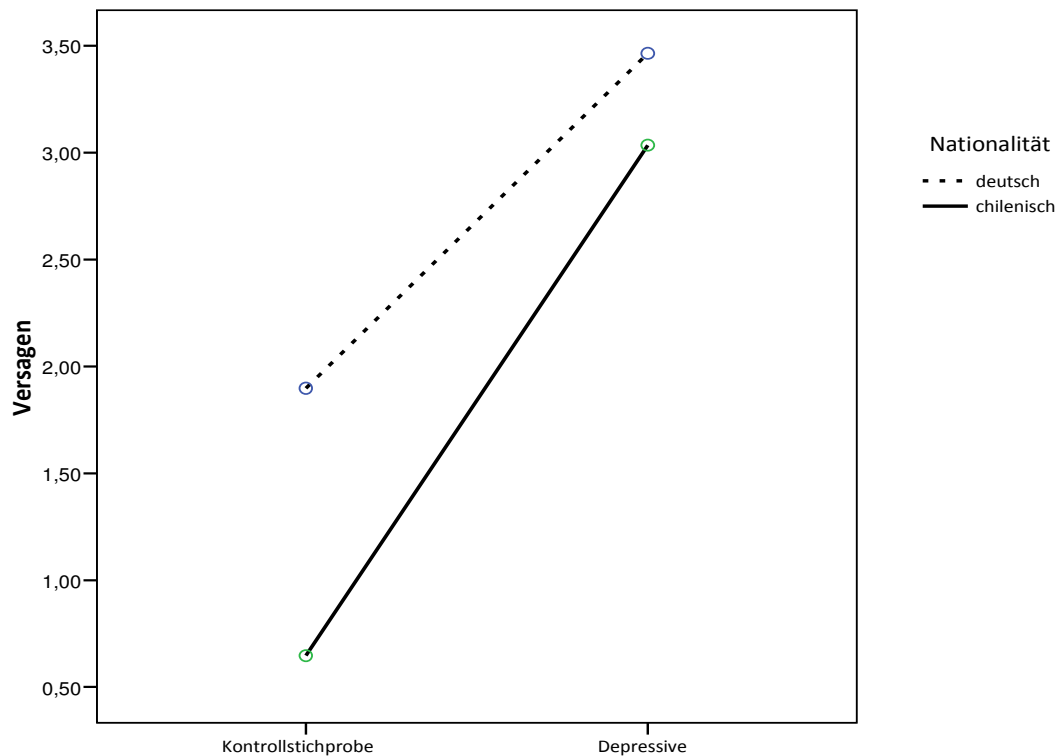


Abb. 26 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Sich verletzbar machen



**Abb. 27 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Versagen**

Depressive haben signifikant höhere Werte auf allen Inkongruenzskalen als nicht Depressive. Der Faktor *Depressivität* klärt dabei zwischen 11.2% und 44% der Varianz auf und stellt auf jeder Skala den bedeutsamsten Einfluss dar. Alle Effekte sind als groß zu bezeichnen, nur der Effekte auf der Skala *Hilfe bekommen* (11.2%) stellt einen Effekt mittlerer Größe dar. Hypothese 10 kann somit als bestätigt gelten. Diese theoriekonformen Ergebnisse stärken weiterhin die Annahme, dass es sich bei der spanischen Übersetzung des INK um ein im Sinne der Konstruktvalidität den Anforderungen entsprechendes Instrument handelt.

INK	n	M (SD)		F	(p)	part. $\eta^2$	df
<b>Gesamt</b>	D K (61)	2.07(.47)	<b>Depr.</b>	132.95	< .001	.541	1, 113
	C K (10)	1.61(.31)	<b>Nat.</b>	20.92	< .001	.156	
	D D (28)	3.24(.64)	<b>Depr.*Nat.</b>	7.14	.009	.059	
	C D (23)	3.02(.56)	<b>Geschlecht</b>	4.65	.033	.040	
			<b>Alter</b>	5.69	.019	.048	
<b>Verm</b>	D K (61)	1.85(.53)	<b>Depr.</b>	112.60	<.001	.499	1, 113
	C K (10)	1.52(.35)	<b>Nat.</b>	8.06	.005	.067	
	D D (28)	2.98(.63)	<b>Depr.*Nat.</b>	7.55	.007	.063	
	C D (23)	3.03(.68)	<b>Geschlecht</b>	8.85	.004	.073	
<b>Ann</b>	D K (61)	2.28(.51)	<b>Depr.</b>	98.67	<.001	.466	1, 113
	C K (10)	1.71(.30)	<b>Nat.</b>	27.72	<.001	.197	
	D D (28)	3.50(.76)	<b>Depr.*Nat.</b>	4.09	.046	.035	
	C D (23)	3.00 (.61)	<b>Alter</b>	5.58	.020	.047	
			<b>Bildung</b>	4.26	.041	.036	
<b>Intimität</b>	D K (61)	2.08(.94)	<b>Depr.</b>	61.85	< .001	.354	1, 113
	C K (10)	1.26 (.33)	<b>Nat.</b>	41.35	< .001	.268	
	D D (28)	3.18(1.18)	<b>Depr.*Nat.</b>	12.67	.001	.101	
	C D (23)	2.86 (.88)	<b>Fam.stand</b>	43.54	< .001	.278	
<b>Geselligkeit</b>	D K (61)	2.46(.91)	<b>Depr.</b>	46.20	< .001	.290	1, 113
	C K (10)	1.65(.58)	<b>Nat.</b>	7.02	.009	.058	
	D D (28)	3.59(1.14)	<b>Depr.*Nat.</b>	6.23	.014	.052	
	C D (23)	3.53(1.02)					
<b>Anderen helfen</b>	D K (61)	2.30 (.80)	<b>Depr.</b>	24.30	< .001	.177	1, 113
	C K (10)	1.40 (.38)	<b>Nat.</b>	14.85	< .001	.116	
	D D (28)	3.20(1.07)					
	C D (23)	2.45(.98)					
<b>Hilfe bekommen</b>	D K (61)	2.34(.71)	<b>Depr.</b>	14.19	< .001	.112	1, 113
	C K (10)	1.75 (.41)	<b>Depr.*Nat.</b>	11.87	.001	.095	
	D D (28)	2.55(.99)					
	C D (23)	2.77(1.08)					
<b>Anerkennung</b>	D K (61)	2.02 (.59)	<b>Depr.</b>	25.98	< .001	.187	1, 113
	C K (10)	1.73(.55)	<b>Nat.</b>	9.84	.002	.080	
	D D (28)	2.88(1.10)	<b>Bildung</b>	6.70	.011	.056	
	C D (23)	2.53(.95)					

INK	n	M (SD)		F	(p)	part. $\eta^2$	df
<b>Überlegen sein</b>	D K (61)	2.78(.63)	<b>Depr.</b>	27.59	< .001	.196	1, 113
	C K (10)	2.30(.72)	<b>Nat.</b>	13.90	<.001	.110	
	D D (28)	3.63 (.95)	<b>Alter</b>	4.05	.047	.035	
	C D (23)	3.10(.67)					
<b>Autonomie</b>	D K (61)	2.03 (.67)	<b>Depr.</b>	43.69	< .001	.279	1, 113
	C K (10)	1.70 (.50)	<b>Nat.</b>	3.89	.051	.033	
	D D (28)	3.33(1.01)					
	C D (23)	2.87(.94)					
<b>Leistung</b>	D K (61)	2.04 (.74)	<b>Depr.</b>	49.63	< .001	.305	1, 113
	C K (10)	1.53 (.46)	<b>Nat.</b>	13.96	< .001	.110	
	D D (28)	3.80 (1.04)					
	C D (23)	2.66 (1.01)					
<b>Kontrolle</b>	D K (61)	2.01 (.68)	<b>Depr.</b>	54.34	< .001	.325	1, 113
	C K (10)	1.98 (.73)	<b>Nat.</b>	7.76	.006	.064	
	D D (28)	3.70 (.99)					
	C D (23)	2.95 (.95)					
<b>Bildung</b>	D K (61)	2.26 (.67)	<b>Depr.</b>	72.94	< .001	.392	1, 113
	C K (10)	1.60 (.27)	<b>Nat.</b>	14.96	< .001	.117	
	D D (28)	3.46 (.89)	<b>Geschlecht</b>	9.79	.002	.080	
	C D (23)	3.09 (.69)					
<b>Glauben</b>	D K (61)	2.45 (.76)	<b>Depr.</b>	56.19	< .001	.332	1, 113
	C K (10)	2.03 (.46)	<b>Nat.</b>	21.23	< .001	.158	
	D D (28)	3.74 (.86)	<b>Alter</b>	4.69	.032	.040	
	C D (23)	3.45 (.86)	<b>Fam.stand</b>	5.50	.021	.046	
<b>Leben auskosten</b>	D K (61)	2.53 (.96)	<b>Depr.</b>	83.53	< .001	.425	1, 113
	C K (10)	1.92(.55)	<b>Nat.</b>	14.60	< .001	.114	
	D D (28)	4.19 (.72)	<b>Bildung</b>	10.19	.002	.083	
	C D (23)	3.64 (.80)					
<b>Selbstvertrauen</b>	D K (61)	2.13 (.72)	<b>Depr.</b>	90.27	< .001	.444	1, 113
	C K (10)	1.35 (.39)	<b>Nat.</b>	28.20	< .001	.200	
	D D (28)	3.94 (1.06)	<b>Alter</b>	6.48	.012	.054	
	C D (23)	3.04 (.97)					

<b>INK</b>	<b>n</b>	<b>M (SD)</b>		<b>F</b>	<b>(p)</b>	<b>part. <math>\eta^2</math></b>	<b>df</b>
<b>Selbstbelohnung</b>	D K (61)	2.54 (.93)	<b>Depr.</b>	49.48	< .001	.305	1, 113
	C K (10)	1.73 (.56)	<b>Nat.</b>	9.60	.002	.078	
	D D (28)	3.80 (.97)	<b>Depr.*Nat.</b>	5.58	.020	.047	
	C D (23)	3.63 (1.00)	<b>Alter</b>	4.07	.046	.035	
			<b>Bildung</b>	4.07	.046	.035	
		<b>Beruf</b>	3.95	.049	.034		
<b>Alleinsein</b>	D K (61)	1.88 (.80)	<b>Depr.</b>	63.29	< .001	.359	1, 113
	C K (10)	1.30 (.32)	<b>Nat.</b>	13.42	< .001	.106	
	D D (28)	3.11 (1.00)	<b>Depr.*Nat.</b>	7.80	.006	.065	
	C D (23)	3.09 (1.06)	<b>Fam.stand</b>	10.22	.002	.083	
			<b>Geschlecht</b>	7.18	.008	.060	
<b>Geringschätzung</b>	D K (61)	1.57 (.57)	<b>Depr.</b>	60.49	< .001	.349	1, 113
	C K (10)	1.18 (.37)	<b>Nat.</b>	4.80	.031	.041	
	D D (28)	2.57 (.93)	<b>Depr.*Nat.</b>	4.83	.030	.041	
	C D (23)	2.60 (.67)					
<b>Erniedrigung</b>	D K (61)	1.45 (.55)	<b>Depr.</b>	50.54	< .001	.309	1, 113
	C K (10)	1.28 (.42)	<b>Depr.*Nat.</b>	4.64	.033	.039	
	D D (28)	2.43 (.93)	<b>Geschlecht</b>	5.86	.017	.049	
	C D (23)	2.64 (.86)					
<b>Vorwürfe</b>	D K (61)	1.91 (.81)	<b>Depr.</b>	27.17	< .001	.194	1, 113
	C K (10)	1.90 (.63)	<b>Depr.*Nat.</b>	4.33	.040	.037	
	D D (28)	2.69 (.96)					
	C D (23))	3.36 (1.02)					
<b>Abhängigkeit</b>	D K (61)	1.85 (.67)	<b>Depr.</b>	49.68	< .001	.305	1, 113
	C K (10)	1.68 (.60)	<b>Geschlecht</b>	4.11	.045	.035	
	D D (28)	2.99 (.75)					
	C D (23)	3.12 (1.10)					
<b>Spannungen</b>	D K (61)	1.73 (.71)	<b>Depr.</b>	19.19	< .001	.145	1, 113
	C K (10)	1.88 (.84)	<b>Geschlecht</b>	4.91	.029	.042	
	D D (28)	2.36 (.90)					
	C D (23)	2.71 (1.00)					
<b>Verletzbar machen</b>	D K (61)	2.51 (.93)	<b>Depr.</b>	73.97	< .001	.396	1, 113
	C K (10)	1.77 (.63)	<b>Nat.</b>	14,69	< .001	.115	
	D D (28)	3.53 (.78)	<b>Depr.*Nat.</b>	11.23	.001	.090	
	C D (23)	3.54 (.76)	<b>Geschlecht</b>	10.42	.002	.084	
			<b>Alter</b>	12.55	.001	.100	

INK	n	M (SD)		F	(p)	part. $\eta^2$	df
<b>Hilflosigkeit</b>	D K (61)	1.93 (.83)	<b>Depr.</b>	82.53	< .001	.422	1, 113
	C K (10)	1.50 (.44)	<b>Nat.</b>	12.23	.001	.098	
	D D (28)	3.68 (.81)	<b>Geschlecht</b>	5.23	.024	.044	
	C D (23)	3.12 (.87)					
<b>Versagen</b>	D K (61)	1.78 (.76)	<b>Depr.</b>	111.69	< .001	.497	1, 113
	C K (10)	1.20 (.28)	<b>Nat.</b>	17.33	< .001	.133	
	D D (28)	3.45 (.97)	<b>Depr.*Nat.</b>	4.90	.029	.042	
	C D (23)	3.12 (.85)	<b>Geschlecht</b>	8.10	.005	.063	
			<b>Alter</b>	8.32	.005	.069	

**Tab. 13 Haupteffekte von Depressivität und Nationalität auf INC und INK:** Depr.: Haupteffekt Depressivität; Nat.: Haupteffekt Nationalität; Depr.\*Nat.: Interaktionseffekt von Depressivität und Nationalität; Fam.stand: Familienstand; D K: deutsche Kontrollstichprobe; C K : chilenische Kontrollstichprobe; D D: deutsche klinische Stichprobe; C D: chilenische klinische Stichprobe; n = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert; p = Signifikanz; part.  $\eta^2$  = partielles eta<sup>2</sup>; df = Anzahl der Freiheitsgrade.

### 5.3.2 Motivationale Ziele im interkulturellen Vergleich

Ausgehend von den Ausführungen in Kapitel 2.6 wird erwartet, dass sich signifikante Unterschiede in der Ausprägung spezifischer motivationaler Ziele in Deutschland und Chile ergeben. Die HKFB-Variablen sollen in ihrer Eigenschaft als kulturvermittelnde Variablen als Mediatoren zwischen Nationalität und Zielen dienen. Das methodische Vorgehen entspricht dem in Kapitel 5.2. durchgeführten. Zunächst wird geprüft, ob sich Deutsche und Chilenen bezüglich der motivationalen Ziele unterscheiden. Explorativ wird im Rahmen dieser ersten Varianzanalysen weiterhin untersucht, ob sich die Ziele auch zwischen Depressiven und Vergleichsstichproben unterscheiden. Im zweiten Schritt wird getestet, ob sich Effekte von Nationalität auf die Variablen der HKFB ergeben. Im dritten Schritt wird untersucht, ob sich systematische korrelative Zusammenhänge zwischen den Zielen und HKFB-Variablen finden lassen. Diese Schritte entsprechen einer Überprüfung der einzelnen Pfade des Mediatormodells. Daran anschließend wird geprüft, ob sich systematische Unterschiede zwischen den Zielen mithilfe der HKFB Variablen als kulturvermittelnde Mediatoren erklären lassen.

*Hypothese 11: Es bestehen signifikante Haupteffekte von Nationalität und Depressivität auf die motivationalen Ziele.*

Aufgrund der Vielzahl zu überprüfender FAMOS/CAEMO-Skalen, werden die Hypothesen nicht alle ausformuliert.

*Hypothese 11a: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSIntimität.*

[...]

*Hypothese 11w: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSVersagen.*

*Hypothese 11x: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSAnnäherung.*

*Hypothese 11y: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität und Depressivität auf FAMOSVermeidung.*

Die Ergebnisse der 25 Varianzanalysen sind im Einzelnen Tabelle 14 zu entnehmen. War eine der beiden Voraussetzungen für die Varianzanalyse Normalverteilung oder Varianzhomogenität verletzt, wurde ein Kruskal-Wallis oder t-Test für heterogene Varianzen zur Absicherung zusätzlich gerechnet.

Für die zusammenfassende Skala *Annäherungsziele* zeigt sich ein großer Effekt des Faktors *Nationalität* [ $F(1,113) = 19.60; p < .001; \eta^2 = .148$ ]. Auf der Skala *Intimität* ergibt sich ein großer Haupteffekt für *Nationalität* mit 16% Varianzaufklärung [ $F(1,113) = 21.56; p < .001; \eta^2 = .16$ ]. Weiterhin besteht ein signifikanter Effekt der Variablen *Alter* [ $F(1,113) = 4.64; p = .033; \eta^2 = .039$ ] und *Familienstand* [ $F(1,113) = 5.64; p = .019, \eta^2 = .048$ ]. Der Levene-Test ergab ein signifikantes Ergebnis [ $F(3,118) = 3.734; p = .013$ ], sodass zur Absicherung ein t-Test für heterogene Varianzen [ $t(101.262) = -4.89; p < .001$ ] gerechnet wurde, der die Ergebnisse der Varianzanalyse unterstützt.

Ein ebenfalls mittelgroßer Effekt für *Nationalität* zeigt sich auf der Skala *Autonomie* [ $F(1,113) = 9.16; p = .003; \eta^2 = .075$ ] mit einer Varianzaufklärung von 7.5%. Diese Skala ist nicht normalverteilt, daher wurde zusätzlich der Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigt [ $\chi^2(1) = 17.31; p < .001$ ].

*Glauben* [ $F(1,113) = 18.42; p < .001; \eta^2 = .140$ ] mit einem Effekt von 14% und *Selbstvertrauen* [ $F(1,113) = 13.16; p < .001; \eta^2 = .104$ ] mit einem Effekt von 10.4% unterschieden

sich signifikant zwischen den deutschen und chilenischen Studienteilnehmern. Der Levene-Test ist für die Skala *Selbstvertrauen* signifikant [ $F(3,118) = 4.59; p = .004$ ], sodass zusätzlich ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet wurde, der die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigt [ $\chi^2(1) = 18.64; p < .001$ ].

Auf der Skala *Leistung* [ $F(1,113) = 18.07; p < .001; \eta^2 = .138$ ] ergibt sich ein mittelgroßer Effekt für *Nationalität* von 13.8%. Diese Skala ist nicht normalverteilt, daher wurde zusätzlich der Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigt [ $\chi^2(1) = 22.96; p < .001$ ].

Für *Abwechslung* ergibt sich ein kleiner Haupteffekt für *Nationalität* [ $F(1,113) = 5.54; p = .020; \eta^2 = .047$ ] mit einer Effektstärke von 4.7%. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität ist verletzt [Levene's  $F(3,118) = 2.80; p = .043$ ]. Daher wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben angeschlossen, dessen signifikantes Ergebnis [ $t(93.79) = -3.37; p = .001$ ] dem der Varianzanalyse entspricht.

Auf der Skalen *Altruismus* zeigt sich ein großer Haupteffekt durch den Faktor *Nationalität* mit 21.4% Varianzaufklärung [ $F(1,113) = 30.70; p < .001; \eta^2 = .214$ ]. Weiterhin ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt (s. Abb. 28) mit 5.8% Varianzaufklärung [ $F(1,113) = 6.98; p = .009; \eta^2 = .058$ ]. Die Chilenen haben in beiden Stichproben höhere Werte als die Deutschen, jedoch sinkt die Bedeutsamkeit von Altruismus bei den chilenischen Depressiven im Vergleich mit der Kontrollstichprobe, während sie bei den deutschen Depressiven Altruismus mehr im Vordergrund zu stehen scheint, als bei der deutschen Vergleichsgruppe.



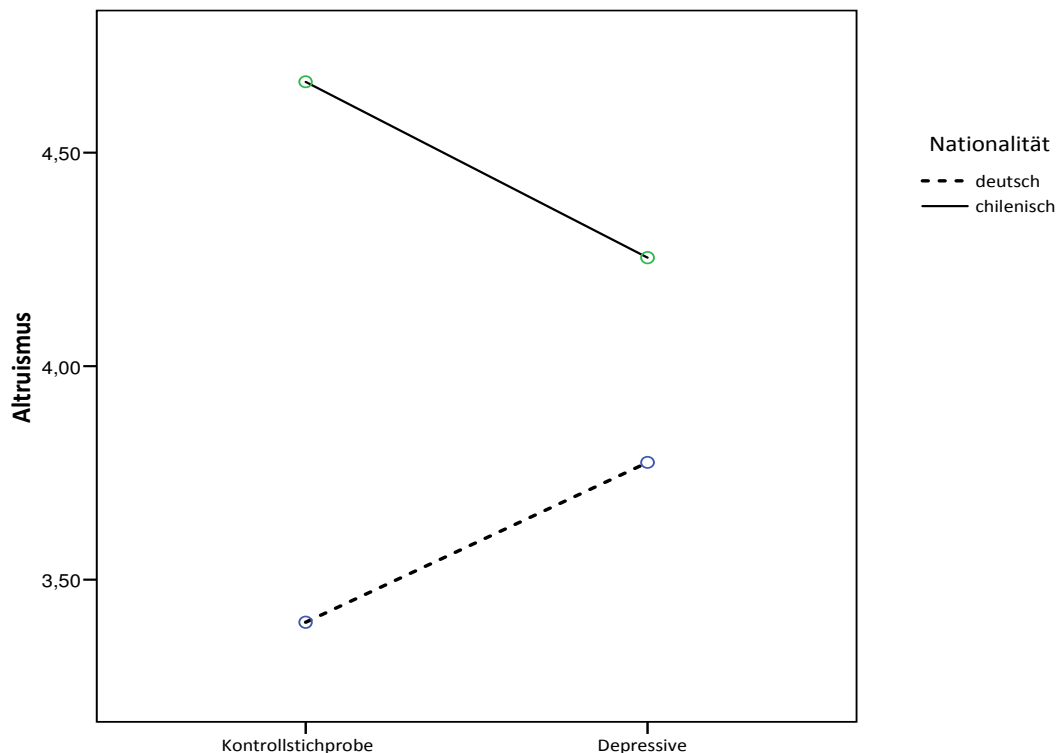
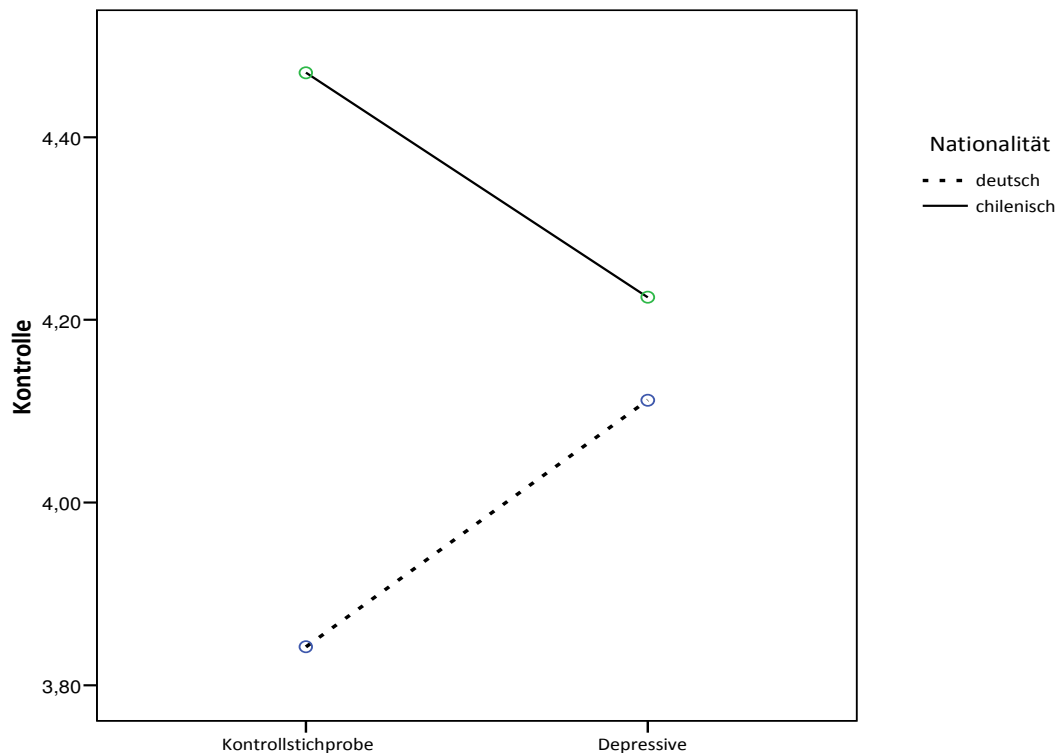


Abb. 28 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Altruismus

Für *Hilfe bekommen* beträgt die Varianzaufklärung durch Nationalität 11.3% [ $F(1,113) = 14.38$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .113$ ] und durch *Depressivität* [ $F(1,113) = 4.58$ ;  $p = .035$ ;  $\eta^2 = .039$ ] 3.9%. Weiterhin haben die Kovariaten Bildung [ $F(1,113) = 6.07$ ;  $p < .015$ ;  $\eta^2 = .051$ ] und Geschlecht [ $F(1,113) = 7.41$ ;  $p = .008$ ;  $\eta^2 = .062$ ] einen Anteil an der Varianzaufklärung von 5.1 beziehungsweise 6.2%.

Auf der Skala *Kontrolle* liegen ein signifikanter Haupteffekt für Nationalität [ $F(1,113) = 8.01$ ;  $p = .006$ ;  $\eta^2 = .066$ ] und ein signifikanter Interaktionseffekt [ $F(1,113) = 4.34$ ;  $p = .039$ ;  $\eta^2 = .037$ ] vor (s. Abb. 29). Demnach haben Chilenen generell höhere Werte auf der Skala Kontrolle als die Deutschen. Die Bedeutsamkeit dieses Zieles sinkt aber bei chilenischen Depressiven im Vergleich mit der Kontrollgruppe, während sich bei den deutschen Stichproben das umgekehrte Bild zeigt. Der bedeutsamste signifikante Einfluss [ $F(1,113) = 12.50$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .100$ ] ergibt sich durch die Variable *Familienstand* mit einer Varianzaufklärung von 10%.



**Abb. 29** Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Kontrolle

Auf der Skala *Bildung* ergibt sich nur ein signifikanter kleiner Haupteffekt für *Nationalität* [ $F(1,113) = 4.36$ ;  $p = .039$ ;  $\eta^2 = .037$ ] mit 3.7% Varianzaufklärung.

Auch auf *Selbstbelohnung* wirkt *Nationalität* mit 15.4% Varianzaufklärung ein [ $F(1,113) = 20.55$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .154$ ]. Der Faktor *Depressivität* ist ebenfalls signifikant [ $F(1,113) = 5.33$ ;  $p = .023$ ;  $\eta^2 = .045$ ]. Ein weiterer kleiner Effekt [ $F(1,113) = 4.14$ ;  $p = .044$ ;  $\eta^2 = .035$ ] geht von der Kovariante Geschlecht aus, die mit 3.5% zur Aufklärung der Varianz beiträgt. Da die Daten der Skala nicht normalverteilt sind, wurde zur Absicherung ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der die Daten der Varianzanalyse bestätigt. (*Nationalität*:  $\chi^2(1) = 20.65$ ;  $p < .001$ ; *Depressivität*:

Auf den Skalen *Affiliation*, *Überlegen sein*, und *Anerkennung* ergaben sich keine Effekte des Faktors *Nationalität*. Auf 11 der 14 Annäherungszielskalen ergibt sich ein Effekt des Faktors *Nationalität*, zwei Effekte sind als klein zu bezeichnen, fünf als mittlere und vier als große Effekte. Nur auf zwei Skalen ergibt sich ein kleiner Effekt des Faktors *Depressivität* und auf zwei Skalen (*Kontrolle*, *Altruismus*) ein kleiner Interaktionseffekt. Die Daten

stehen im Einklang mit der Konsistenztheorie, nach der die Ausprägung der Annäherungsziele nicht mit Depressivität im Zusammenhang steht, aber vom gesellschaftlichen Hintergrund abhängig ist.

FAMOS		M (SD)		F	(p)	part. $\eta^2$	df
<b>Verm</b>	DK (62)	3.55 (.41)	<b>Nat.</b>	6.78	.010	.057	1,113
	CK (13)	3.94 (.46)	<b>Geschlecht</b>	6.11	.015	.051	
	DD (28)	3.97 (.40)					
	CD (23)	4.06 (.54)					
<b>Ann</b>	DK (62)	3.66 (.37)	<b>Nat.</b>	19.60	< .001	.148	1, 113
	CK (11)	4.27 (.20)					
	DD (28)	3.78 (.51)					
	CD (23)	4.06 (.33)					
<b>Intimität</b>	DK (62)	4.17 (.50)	<b>Nat.</b>	21.56	< .001	.16	1, 113
	CK (11)	4.86 (.24)	<b>Alter</b>	4.64	.033	.039	
	DD (28)	4.04 (.85)	<b>Fam.stand</b>	5.64	.019	.048	
	CD (25)	4.54 (.41)					
<b>Affiliation</b>	DK (62)	3.30 (.82)	Nat.	2.27	.135	.020	1, 113
	CK (13)	3.73 (.53)	Depr.	2.00	.160	.017	
	DD (28)	3.31 (.92)					
	CD (25)	3.29 (.66)					
<b>Altruismus</b>	DK (61)	3.41 (.62)	<b>Nat.</b>	30.7	< .001	.214	1, 113
	CK (12)	4.48 (.51)	<b>Nat.*Depr.</b>	6.98	.009	.058	
	DD (28)	3.88 (.56)					
	CD (25)	4.17 (.63)					
<b>Hilfe bekommen</b>	DK (61)	3.33 (.62)	<b>Nat.</b>	14.38	< .001	.113	1, 113
	CK (12)	4.19 (.56)	<b>Depr.</b>	4.58	.035	.039	
	DD (28)	3.88 (.59)	<b>Bildung</b>	6.07	.015	.051	
	CD (23)	4.24 (.57)	<b>Geschlecht</b>	7.41	.008	.062	
<b>Anerken- nung</b>	DK (62)	3.88 (.58)	Nat.	.26	.615	.002	1, 113
	CK (13)	3.98 (.52)	Depr.	.01	.905	.000	
	DD (28)	3.93 (.81)					
	CD (25)	3.81 (.62)					
<b>Überlegen sein</b>	DK (62)	2.65 (.82)	Nat.	.65	.423	.006	1, 113
	CK (11)	2.80 (.57)	Depr.	1.51	.221	.013	
	DD (28)	2.83 (.93)					
	CD (25)	2.75 (.85)					

<b>FAMOS</b>		<b>M (SD)</b>		<b>F</b>	<b>(p)</b>	<b>part. <math>\eta^2</math></b>	<b>df</b>				
<b>Autonomie</b>	DK (62)	4.02 (.62)	<b>Nat.</b>	9.16	.003	.075	1,113				
	CK (11)	4.66 (.28)									
	DD (28)	3.92 (.76)									
	CD (25)	4.44 (.55)									
<b>Leistung</b>	DK (62)	3.83 (.51)	<b>Nat.</b>	18.07	< .001	.138	1,113				
	CK (11)	4.50 (.34)									
	DD (28)	4.10 (.68)									
	CD (25)	4.49 (.46)									
<b>Kontrolle</b>	DK (62)	3.91 (.47)	<b>Nat.</b>	8.01	.006	.066	1, 113				
	CK (13)	4.14 (.53)						<b>Nat.*Depr.</b>	4.34	.039	.037
	DD (28)	4.13 (.63)						<b>Fam.stand</b>	12.50	.001	.100
	CD (25)	4.13 (.43)									
<b>Bildung</b>	DK (62)	3.92 (.57)	<b>Nat.</b>	4.36	.039	.037	1,113				
	CK (11)	4.34 (.39)									
	DD (28)	3.84 (.74)									
	CD (25)	4.11 (.50)									
<b>Glauben</b>	DK (62)	3.24 (.71)	<b>Nat.</b>	18.42	< .001	.14	1,113				
	CK (13)	4.10 (.73)									
	DD (28)	3.43 (.76)									
	CD (23)	3.97 (.64)									
<b>Abwech- slung</b>	DK (62)	3.59 (.71)	<b>Nat.</b>	5.54	.020	.047	1,113				
	CK (11)	4.31 (.42)									
	DD (28)	3.64 (.85)									
	CD (23)	3.91 (.55)									
<b>Selbstver- trauen</b>	DK (62)	4.08 (.59)	<b>Nat.</b>	13.16	<.001	.104	1,113				
	CK (11)	4.84 (.23)									
	DD (28)	4.24 (.70)									
	CD (23)	4.58 (.42)									
<b>Selbstbe- lohnung</b>	DK (62)	3.88 (.56)	<b>Nat.</b>	20.55	<.001	.154	1, 113				
	CK (11)	4.64 (.32)						<b>Depr.</b>	5.33	.023	.045
	DD (28)	3.71 (.68)						<b>Geschlecht</b>	4.14	.044	.035
	CD (23)	4.29 (.58)									
<b>Alleinsein</b>	DK (61)	3.92 (.60)	<b>Nat.*Depr.</b>	3.92	.050	.033	1, 113				
	CK (12)	4.32 (.54)						<b>Geschlecht</b>	6.88	.010	.057
	DD (28)	4.31 (.58)									
	CD (23)	4.11 (.68)									

FAMOS		M (SD)		F	(p)	part. $\eta^2$	df
<b>Gering- schätzung</b>	DK (62)	3.77 (.58)	<b>Nat.</b>	4.87	.029	.041	1, 113
	CK (13)	4.26 (.64)	<b>Geschlecht</b>	3.97	.049	.034	
	DD (28)	3.94 (.59)					
	CD (25)	4.11 (.67)					
<b>Erniedrigung</b>	DK (62)	3.41 (.75)	<b>Nat.</b>	4.30	.040	.037	1, 133
	CK (13)	3.87 (.72)	<b>Depr.</b>	4.30	.040	.037	
	DD (28)	3.83 (.61)					
	CD (23)	4.24 (.73)					
<b>Vorwürfe</b>	DK (62)	3.34 (.71)	Nat.	.001	.971	.000	1, 113
	CK (11)	3.67 (.67)	Depr.	1.97	.163	.017	
	DD (28)	3.80 (.72)					
	CD (23)	3.68 (.96)					
<b>Abhängig- keit</b>	DK (62)	3.88 (.54)	Nat.	1.36	.245	.012	1, 113
	CK (11)	4.11 (.67)	Depr.	1.71	.194	.015	
	DD (28)	4.05 (.64)					
	CD (25)	3.94 (.68)					
<b>Verletzun- gen</b>	DK (61)	3.50 (.55)	<b>Nat.</b>	11.24	.001	.090	1, 113
	CK (12)	4.06 (.63)					
	DD (28)	4.13 (.51)					
	CD (23)	4.29 (.76)					
<b>Schwäche</b>	DK (61)	2.46 (.85)	<b>Nat.</b>	9.74	.002	.079	1, 113
	CK (12)	3.28 (1.09)					
	DD (28)	3.32 (.78)					
	CD (25)	3.52 (.77)					
<b>Hilflosigkeit</b>	DK (62)	3.78 (.56)	Nat.	.52	.473	.005	1, 113
	CK (13)	3.65 (.70)	Depr.	2.67	.105	.023	
	DD (28)	4.09 (.49)	.				
	CD (25)	4.13 (.59)					
<b>Versagen</b>	DK (62)	3.85 (.54)	<b>Nat.</b>	5.70	.019	.048	1, 113
	CK (13)	4.21 (.49)					
	DD (28)	4.28 (.51)					
	CD (25)	4.31 (.55)					

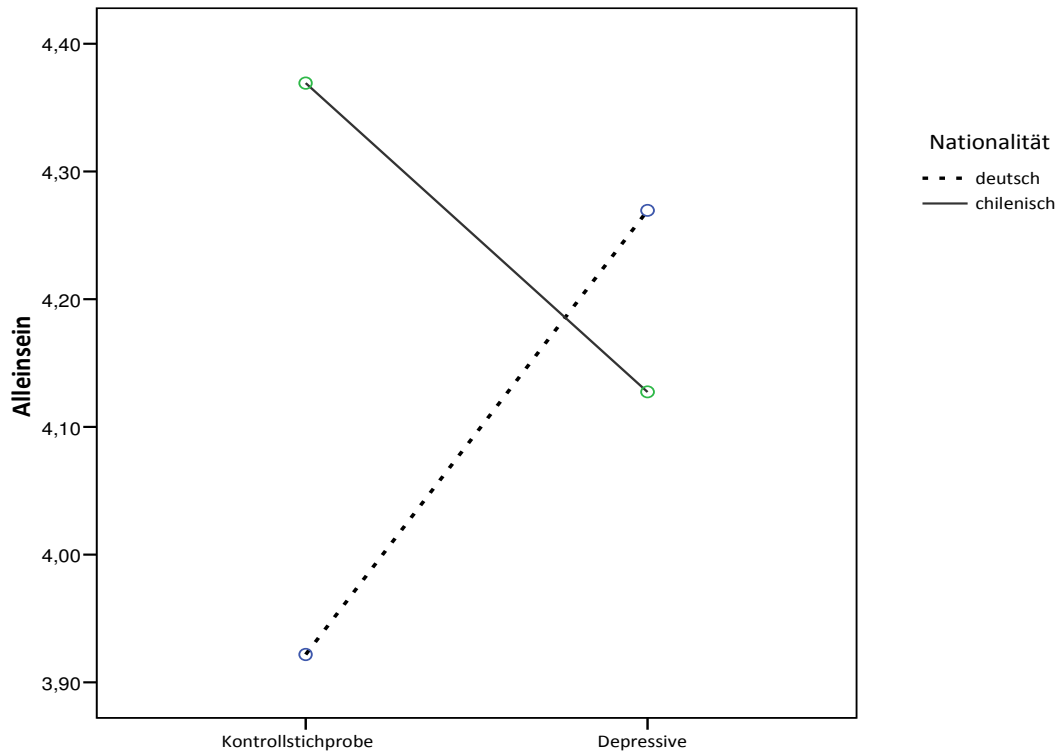
**Tab. 14: Haupteffekte von Depressivität und Nationalität auf die Ausprägung motivationaler Ziele:** Depr.: Haupteffekt Depressivität; Nat.: Haupteffekt Nationalität; Depr.\*Nat.: Interaktionseffekt von Depressivität und Nationalität; Fam.stand: Familienstand; D K: deutsche Kontrollstichprobe; C K : chilenische Kontrollstichprobe; D D: deutsche klinische Stichprobe; C D: chilenische klinische Stichprobe; n = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert; p = Signifikanz; part.  $\eta^2$  = partielles eta<sup>2</sup>; df = Anzahl der Freiheitsgrade.

Für die zusammenfassende Skala *Vermeidungsziele* ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt der Variable *Nationalität* [ $F(1,113) = 6.78$ ;  $p = .010$ ;  $\eta^2 = .057$ ]. Die Varianzaufklärung beträgt 5.7%. Ein weiterer kleiner Effekt geht von der Variable *Geschlecht* aus [ $F(1,113) = 6.11$ ;  $p = .015$ ;  $\eta^2 = .051$ ].

Es gibt neun Vermeidungszielskalen. Auf den Skalen *Abhängigkeit*, *Hilflosigkeit* und *Vorwürfe* ergibt sich kein Einfluss der Faktoren *Nationalität* oder *Depressivität*.

Ein kleiner Effekt für *Nationalität* mit 4.1% Varianzaufklärung ergibt sich auf der Skala *Geringschätzung* [ $F(1,113) = 4.87$ ;  $p = .029$ ;  $\eta^2 = .041$ ]. *Geschlecht* hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss [ $F(1,113) = 3.97$ ;  $p = .049$ ;  $\eta^2 = .034$ ].

Ein etwas anderes Bild ergibt sich auf der Skala *Alleinsein*. Es ergeben sich ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt (s. Abb. 30) [ $F(1,113) = 3.92$ ;  $p = .05$ ;  $\eta^2 = .033$ ] sowie ein signifikanter Einfluss der Kovariate *Geschlecht* [ $F(1,113) = 6.88$ ;  $p = .01$ ;  $\eta^2 = .057$ ]. Bei den chilenischen depressiven ist die Bedeutsamkeit der Variable *Alleinsein* signifikant niedriger als in der chilenischen Kontrollstichprobe. Die deutschen Stichproben zeigen ein umgekehrtes Bild, hier empfinden die Depressiven *Alleinsein* als wichtigeres Ziel als die Vergleichsstichprobe. Der Effekt ist mit 3.3% Varianzaufklärung nur klein.



**Abb. 30** Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Alleinsein

Die Effekte von *Nationalität* und *Depressivität* auf *Erniedrigung* [ $F(1,113) = 4.30$ ;  $p = .04$ ;  $\eta^2 = .037$ ] haben den gleichen Wert und sind mit jeweils 3.7% Varianzaufklärung sind als klein zu bezeichnen.

Auf der Skala *Verletzungen* ergibt sich ein Haupteffekt von *Nationalität* [ $F(1,113) = 11.24$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .090$ ]. *Nationalität* trägt mit 9% zur Varianzaufklärung bei.

Auf der Skala *Schwäche* klärt der Faktor *Nationalität* [ $F(1,113) = 9.74$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .079$ ] einen Anteil von 7.9% der Gesamtvarianz auf.

Auch die Skala *Versagen* [ $F(1,113) = 5.70$ ;  $p = .019$ ;  $\eta^2 = .048$ ] zeichnet sich durch einen signifikanten Haupteffekt der Variable *Nationalität* aus. Die Varianzaufklärung beträgt 4.8%.

Auf den Skalen *Hilflosigkeit*, *Abhängigkeit*, *Vorwürfe* ergaben sich keine Effekte der Faktoren *Nationalität* und *Depressivität*. Auf 5 der 9 Vermeidungszielskalen ergibt sich ein

Effekt des Faktors *Nationalität*, drei Effekte sind als klein zu bezeichnen, 2 als mittlere Effekte. Nur auf einer Skala (*Erniedrigung*) ergibt sich ein kleiner Effekt des Faktors *Depressivität* und es ergab sich nur ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt (*Skala Alleinsein*). *Depressivität* ist kein bedeutsamer Einflussfaktor, sodass die Daten diesbezüglich nicht im Einklang mit der Konsistenztheorie stehen, nach der Vermeidungsziele bei Depressiven stärker im Vordergrund stehen. Die konsistenztheoretische Annahme, dass die Ausprägung spezifischer Ziele vom gesellschaftlichen Hintergrund abhängig ist, wird durch die Daten gestützt.

Die chilenischen Probanden zeichnen sich weitestgehend durch signifikant höhere Mittelwerte auf den Skalen des FAMOS aus. *Nationalität* beeinflusst signifikant die Ausprägung der Annäherungs- und Vermeidungsziele auf 16 der 23 Skalen sowie auf den übergeordneten Skalen *Annäherungs-* und *Vermeidungsziele* (s. Abb. 31 & 32). Dabei scheint *Nationalität* insbesondere die Ausprägung der Annäherungsziele zu beeinflussen, da sich hier deutlich größere Effekte ergeben. Für die Skalen *Hilflosigkeit*, *Abhängigkeit*, *Vorwürfe*, *Affiliation*, *Überlegen sein* und *Anerkennung* ergaben sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den deutschen und chilenischen Stichproben. Diese Skalen werden in den Mediatoranalysen nicht berücksichtigt. Nur auf je drei Skalen ergaben sich signifikante Einflüsse des Faktors *Depressivität* oder Interaktionseffekte.



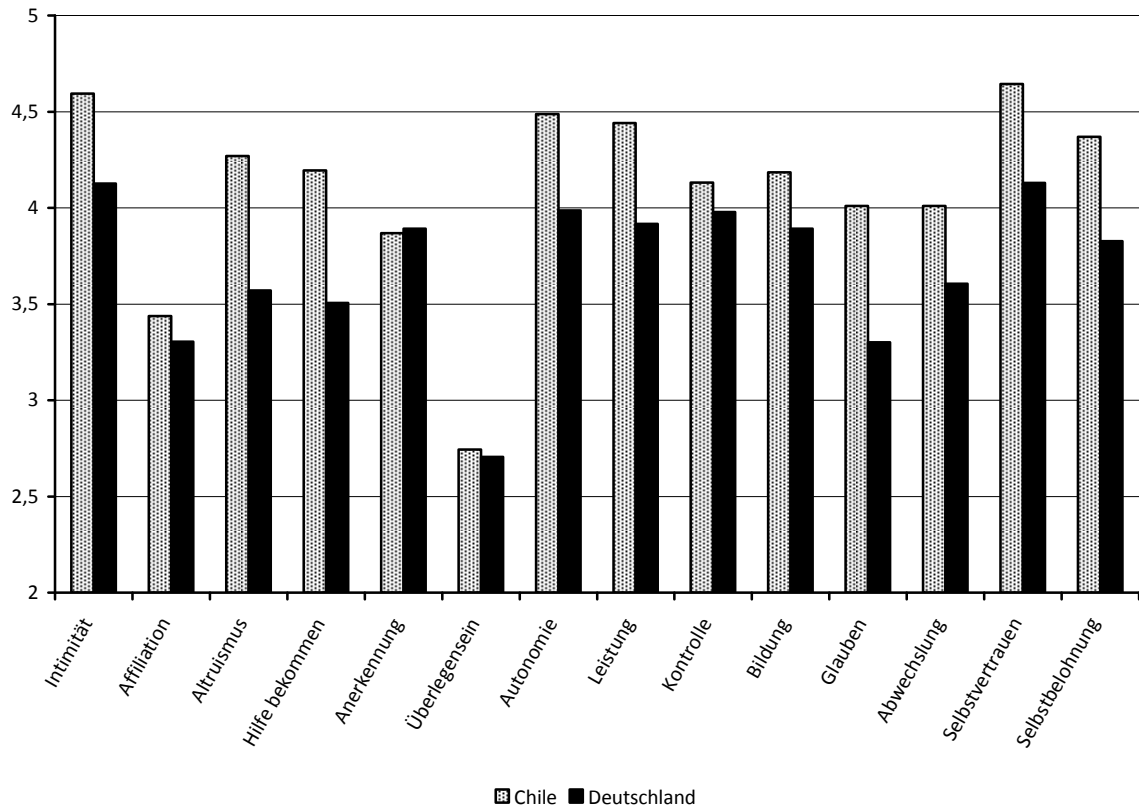


Abb. 31: Ausprägung der motivationalen Annäherungsziele in Chile und Deutschland

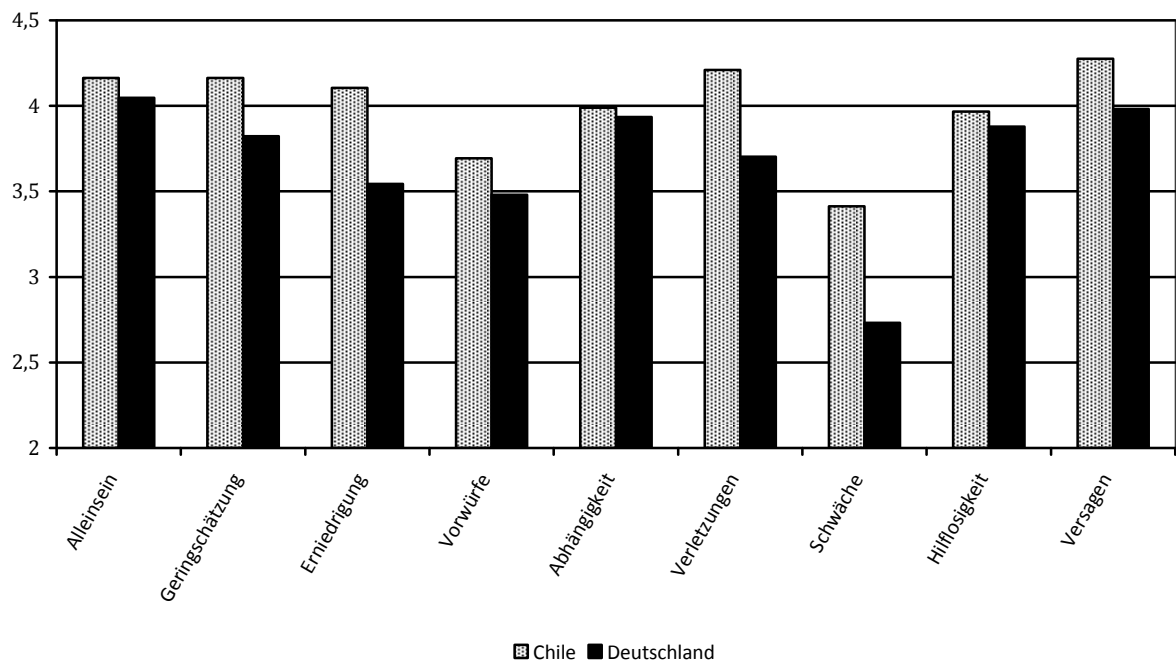


Abb. 32: Ausprägung der motivationalen Vermeidungsziele in Chile und Deutschland

Nachdem die Unterschiede bezüglich motivationaler Ziele betrachtet wurden und sich ein eindeutiges Bild bezüglich der Effekte von *Nationalität* ergab, soll nun der Zusammenhang zwischen Nationalität und den kulturvermittelnden Variablen der HKFB betrachtet werden. *Depressivität* wird in den weiteren Analysen nicht mehr berücksichtigt werden. Es wird erwartet, dass Hypothese 12 beibehalten werden kann.

*Hypothese 12: Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Ausprägung der HKFB-Variablen.*

*12a) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SRIS.*

Bezüglich der *Geschlechtsrollenideologie* zeigt sich ein signifikanter Effekt für *Nationalität* [ $F(1,123) = 37.77; p < .001; \eta^2 = .235$ ]. Der Anteil der durch den Faktor Nationalität aufgeklärten Varianz an der Gesamtvarianz beträgt 23.5%, das entspricht einem großen Effekt. Weiterhin besteht ein Einfluss durch die Variable *Alter* [ $F(1,122) = 19.27; p < .001; \eta^2 = .135$ ]. Die Chilenen zeichnen sich also im Vergleich mit den Deutschen durch signifikant niedrigere Werte auf der SRIS (s. Tabelle 15) aus, dies entspricht einem traditionelleren Geschlechtsrollenverständnis. Der Levene-Test zeigt, dass nicht von homogenen Varianzen ausgegangen werden kann [ $F(1,124) = 14.22; p < .001$ ], sodass zur Kontrolle ein *t*-Test für heterogene Varianzen gerechnet wurde [ $t(50.83) = 4.12; p < .001$ ], der die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigt.

*12b) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-N.*

Bezüglich Normgebundenheit ließ sich kein Effekt für Nationalität nachweisen [ $F(1,123) = .01; p = .927; \eta^2 = .000$ ].

*12c) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-FV.*

Auf der Skala *Vorhandensein familiärer Normen* bestätigt ein Effekt von *Nationalität* den erwarteten Zusammenhang [ $F(1,122) = 8.19; p = .005; \eta^2 = .063$ ]. Der Anteil der Varianzaufklärung an der Gesamtvarianz beträgt 6.3%, das entspricht einem mittleren Effekt. Dieser ist auf signifikant höhere Mittelwerte in den chilenischen Stichproben, also auf höhere Normgebundenheit der Chilenen zurückzuführen.

12d) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der TLS-FK.

Auch auf der Skala *TLS-FK Konsens bezüglich familiärer Normen* besteht ein signifikanter Effekt mittlerer Stärke (9.9%) für *Nationalität* [ $F(1,126) = 13.90$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .099$ ]. Wiederum entsteht dieser Effekt durch signifikant höhere Mittelwerte in den chilenischen Stichproben, also durch deren höhere Normgebundenheit.

12e) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SCSind.

Auf der Skala *independentes Selbstbild* zeigt sich ein sehr großer Effekt für *Nationalität* [ $F(1,125) = 41.58$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .250$ ] mit einer Varianzaufklärung von 25%. Wiederum sind die Mittelwerte deutlich höher in den chilenischen Stichproben. Chilenen geben also an, ein stärker ausgeprägtes *independentes Selbstbild* zu haben als Deutsche.

12f) Es besteht ein signifikanter Effekt von Nationalität auf die Werte der SCSint.

Wie vorherige Studien erwarten ließen, zeigen sich die Chilenen auch signifikant interdependentener als die Deutschen. Es besteht ein signifikanter sehr großer Haupteffekt für *Nationalität* [ $F(1,122) = 42.44$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .258$ ] mit einer Varianzaufklärung von 25.8%.

HKFB	n	M (SD)		F	p	part. $\eta^2$	df
SRIS	DK (62)	5.79 (.75)	Nat.	37.77	<.001	.235	1, 123
	CK (11)	5.36 (1.15)	Alter	19.23	<.001	.135	
	DD (28)	5.58 (1.15)					
	CD (25)	4.42 (1.41)					
TLS-N	DK (62)	4.07 (.52)	Nat.	.01	.927	.000	1, 123
	CK (13)	4.75 (.61)					
	DD (28)	4.34 (.47)					
	CD (23)	3.94 (1.06)					
TLS-FV	DK (62)	3.76 (.83)	Nat.	8.19	.005	.063	1, 122
	CK (13)	4.72 (.69)					
	DD (28)	3.88 (.97)					
	CD (25)	4.23(1.26)					
TLS-FK	DK (62)	4.23 (.81)	Nat.	13.90	< .001	.099	1, 126
	CK (13)	5.15 (.77)					
	DD (28)	4.02(1.11)					
	CD (25)	4.66(1.02)					

HKFB	n	M (SD)		F	p	part. $\eta^2$	df
SCSind	DK (62)	4.51 (.52)	Nat.	41.58	< .001	.250	1, 125
	CK (13)	5.12 (.45)					
	DD (28)	4.16 (.80)					
	CD (25)	5.24 (.73)					
SCSint	DK (61)	4.13 (.43)	Nat.	42.44	< .001	.258	1, 122
	CK (10)	5.27 (.39)					
	DD (28)	4.67 (.62)					
	CD (25)	5.13 (.68)					

**Tab. 15: Haupteffekte von Nationalität auf die Ausprägung kulturvermittelnder Variablen:** Nat.: Haupteffekt Nationalität; D K: deutsche Kontrollstichprobe; C K: chilenische Kontrollstichprobe; D D: deutsche klinische Stichprobe; C D: chilenische klinische Stichprobe; n = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert; p = Signifikanz; part.  $\eta^2$  = partielles eta<sup>2</sup>; df = Anzahl der Freiheitsgrade.

Die Variablen zeigen Ausprägungen in der erwarteten Richtung. Auf allen Skalen außer *TLS-Nation*, deren empirische Validität angezweifelt wird und die daher durch die *TLS* auf Familienebene erweitert wurde (s. Kap. 2.6), zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für *Nationalität* in der erwarteten Richtung. Chilenen sind traditioneller bezüglich Geschlechterrollen, zeichnen sich durch höhere Normgebundenheit, größeres unabhängiges und interdependentes Selbstbild aus. Mit einigen Einschränkungen kann also Hypothese 17 beibehalten werden. Signifikante Unterschiede sind auf der Skala SRIS auf signifikante niedrigere Mittelwerte der Chilenen, ansonsten auf höhere Mittelwerte der Chilenen zurückzuführen.

Im Folgenden werden die Korrelationen zwischen den *FAMOS/CAEMO*-Skalen und den *HKFB*-Variablen und damit der b-Pfad des Mediatormodells untersucht.

*Hypothese 13: Es bestehen systematische korrelative Zusammenhänge zwischen den Variablen der HKFB und den motivationalen Zielen.*

Es werden Partialkorrelationen unter Berücksichtigung der entsprechenden soziodemographischen Variablen berechnet.

*13a) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen independentem Selbstbild und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Wie den Korrelationen in Tabelle 16 zu entnehmen ist, kann diese Hypothese für 10 der 14 Annäherungszielskalen beibehalten werden. Independentes Selbstbild korreliert weiterhin mit der übergeordneten Skala *Annäherungsziele* signifikant positiv in niedriger Höhe ( $r = .320$ ;  $p < .001$ ). Zwischen independentem Selbstbild und der übergeordneten Skala *Vermeidungsziele* besteht kein signifikanter Zusammenhang ( $r = -.035$ ;  $p = .697$ ). Auch auf den untergeordneten Vermeidungszielskalen ergab sich nur eine signifikante Korrelation mit der Skala *Abhängigkeit* (s. Tab. 16).

*13b) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen interdependentem Selbstbild und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Interdependentes Selbstbild und die Gesamtskala *Annäherungsziele* korrelieren signifikant positiv in niedriger Höhe ( $r = .297$ ;  $p = .001$ ). Interdependentes Selbstbild und die Gesamtskala *Vermeidungsziele* korrelieren ebenfalls signifikant positiv in niedriger Höhe ( $r = .308$ ;  $p = .001$ ). Weiterhin ergeben sich signifikante positive Korrelationen auf 6 der untergeordneten Annäherungszielskalen sowie auf 5 der untergeordneten Vermeidungszielskalen (s. Tab. 16).

*13c) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen Geschlechterrollenideologie und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

*Geschlechterrollenideologie* und *Annäherungsziele* korrelieren negativ miteinander in niedriger Höhe ( $r = -.290$ ;  $p = .001$ ). *Geschlechterrollenideologie* und *Vermeidungsziele* korrelieren negativ miteinander in niedriger Höhe ( $r = -.270$ ;  $p = .003$ ). Weiterhin ergeben sich signifikante negative Korrelationen auf 8 der untergeordneten Annäherungszielskalen sowie auf 6 der untergeordneten Vermeidungszielskalen (s. Tab. 16). Ein traditionelles Geschlechtsrollenverständnis geht demnach mit einer höheren Ausprägung der Annäherungs- und Vermeidungsziele einher.

*13d) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen hoher Normgebundenheit auf Nationenebene und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Es besteht kein systematischer Zusammenhang zwischen TLS-N und *Vermeidungszielen* ( $r = -.082$ ;  $p = .365$ ), ebenso wenig besteht ein systematischer Zusammenhang zwischen

TLS-N und *Annäherungszielen* ( $r = -.024$ ;  $p = .798$ ) oder zwischen der *TLS-N* und einer der untergeordneten Zielskalen (s. Tab. 16). Hypothese 13d wird verworfen.

*13e) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen der Skala der TLS Vorhandensein familiärer Normen und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Hohe Normgebundenheit bezüglich des Vorhandenseins familiärer Regeln (TLS-FV) und Vermeidungsziele korrelieren positiv miteinander ( $r = .220$ ,  $p = .015$ ). Das gleiche gilt für hohe Normgebundenheit bezüglich des Vorhandenseins familiärer Regeln (TLS-FV) und Annäherungsziele ( $r = .281$ ;  $p = .002$ ). Auch auf 14 der 23 Unterskalen ließen sich signifikante Zusammenhänge feststellen (s. Tab. 16).

*13f) Es besteht ein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen der Skala der TLS Konsens bezüglich familiärer Normen und den Skalen des FAMOS/CAEMO.*

Es ließ sich kein systematischer korrelativer Zusammenhang zwischen hohen Werten auf der Skala *Konsens bezüglich familiärer Normen* und *Vermeidungszielen* ( $r = .064$ ;  $p = .482$ ) oder zwischen der Skala *Konsens bezüglich familiärer Normen* und *Annäherungszielen* nachweisen ( $r = .127$ ;  $p = .171$ ). Allerdings ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen der *TLS-FK* und den -Skalen *Hilfe bekommen* und *Kontrolle* (s. Tab. 16).

Solche korrelativen Zusammenhänge zwischen Mediator- und abhängigen Variablen gelten als notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für eine vorliegende Mediation. Für die Skala *TLS-N* ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der *HKFB*, so dass die Skala *TLS-N* von den weiteren Berechnungen ausgenommen wird. Das gleiche gilt für diejenigen *FAMOS-Skalen*, für die sich kein korrelativer Zusammenhang mit den Skalen der *HKFB* ergab. Die Zusammenhänge sind Tabelle 16 zu entnehmen. Korrelationen zwischen den *HKFB-Variablen* und den übergeordneten *FAMOS/CAEMO-Skalen*, sind auch dann in der Tabelle enthalten, wenn sie nicht signifikant sind. Die *TLS-FK* korreliert nur mit den Skalen *Hilfe bekommen* und *Kontrolle*, die *SRIS* korreliert mit allen *FAMOS-Skalen* außer *Autonomie*, *Kontrolle*, *Bildung*, *Abwechslung* und *Abhängigkeit*. Die *SCSind* korreliert mit fast allen Annäherungszielskalen, jedoch nur mit einer Vermeidungszielskala: *Abhängigkeit*. Die *SCSint* korreliert mit sechs Annäherungszielskalen (*Intimität*, *Affiliation*, *Altruismus*, *Hilfe bekommen*, *Leistung*, *Glauben*) sowie mit fünf der Vermeidungszielskalen (*Ge-*

ringschätzung, Erniedrigung, Verletzungen, Schwäche, Versagen). Die TLS-FV kovariiert mit neun Annäherungs- und fünf Vermeidungszielskalen. Zwischen der TLS-FV und den Skalen *Intimität*, *Affiliation*, *Abwechslung*, *Abhängigkeit* und *Alleinsein* fanden sich keine Zusammenhänge.

Die Annäherungsziele *Anerkennung* und *Status* sowie die Vermeidungsziele *Vorwürfe* und *Hilflosigkeit* standen mit keiner der HKFB-Variablen in signifikantem Zusammenhang und unterschieden sich auch nicht signifikant zwischen den Stichproben. Diese Skalen werden im Weiteren nicht mehr berücksichtigt. *Abhängigkeit*, *Alleinsein*, *Affiliation* und *Kontrolle* unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Stichproben und werden ebenfalls aus den weiteren Analysen ausgenommen.

	SRIS	SCSind	SCSint	TLS-N	TLS-FV	TLS-FK
<b>Intimität</b>	-.264**	.317***	.272**			
<b>Affiliation</b>	-.212*		.188*			
<b>Altruismus</b>	-.246**	.215*	.435***		.282**	
<b>Hilfe</b>	-.354***	.216*	.310**		.282**	.199*
<b>Autonomie</b>		.440***			.265**	
<b>Leistung</b>	-.375***	.204*	.381***		.335*	
<b>Kontrolle</b>					.336***	.229**
<b>Bildung</b>		.238*			.184*	
<b>Glauben</b>	-.256**	.290**	.293**		.257**	
<b>Abwechslung</b>		.223*				
<b>Selbstvertrauen</b>	-.239*	.329***			.342***	
<b>Selbstbelohnung</b>	-.238*	.226*			.263**	
<b>Alleinsein</b>	-.184*					
<b>Geringschätzung</b>	-.208*		.253**		.239*	
<b>Erniedrigung</b>	-.196*		.297**		.189*	
<b>Abhängigkeit</b>		.206*				
<b>Verletzungen</b>	-.289**		.449***		.245**	
<b>Schwäche</b>	-.284**		.299**		.301**	
<b>Versagen</b>	-.185*		.337***		.279**	
<b>ANN</b>	-.290**	.320***	.297**	-.024 n.s.	.281**	.127 n.s.
<b>VERM</b>	-.270**	-.035 n. s.	.308**	-.082 n.s.	.220*	.064 n.s.
<b>RATIO</b>		-.352***				

Tab. 16 Zusammenhänge der HKFB-Variablen mit motivationalen Zielen: \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; n. s. nicht signifikant

Mit Bearbeitung der Hypothesen 11 bis 13 und deren Beibehaltung sind die Voraussetzungen für die Prüfung des Mediatormodells gegeben:

*Hypothese 14: Die Variablen der HKFB (SCS, SRIS, TLS) mediiieren den Zusammenhang zwischen Nationalität und motivationalen Annäherungs- und Vermeidungszielen.*

In Abhängigkeit von der Anzahl zu überprüfender Mediatoren wurden multiple oder simple Mediatormodelle mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, mit den entsprechenden HKFB-Variablen *SRIS*, *SCSind*, *SCSint*, *TLS-FV* und *TLS-FK* als Mediatoren sowie den *FAMOS/CAEMO-Skalen* als abhängige Variablen gerechnet. Für die einzelnen Ziele liegen noch keine verlässlichen Untersuchungen vor, sodass diese Berechnungen explorativen Charakter haben.

#### *Intimität*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSIntimität* ( $\beta(c) = .3498$ ;  $p < .001$ ;  $SE = .0835$ ;  $t = 4.1910$ ) wird weder durch *Geschlechtsrollenideologie* (Sobel's  $z = .3370$ ,  $p = .7361$ ;  $SE = .0358$ ,  $\beta = .0121$ ), noch durch ein *interdependentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 1,3132$ ,  $p = .1891$ ) sondern durch ein *independentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 2,0150$ ,  $p = .0439$ ;  $SE = .0499$ ,  $\beta = .1005$ ) vermittelt. Das mittels Bootstrapping Verfahren gewonnene Konfidenzintervall bestätigt dieses Bild. Das Intervall liegt zwischen .0035 und .2260, der indirekte Effekt unterscheidet sich demnach signifikant von null. Der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSIntimität* ist nicht signifikant [ $\beta(c') = .1594$ ;  $p < .1862$ ;  $SE = .1199$ ;  $t = 1.3292$ ]. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *FAMOSIntimität* wird vollständig von *SCSind* vermittelt.

#### *Altruismus*

Im multiplen Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSind*, *SCSint*, *SRIS* und *TLS-FV* als Mediatorvariablen, und *Altruismus* als abhängiger Variable zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Altruismus* [ $\beta(c) = .4514$ ;  $se = .0795$ ;  $t = 5.6782$ ;  $p < .001$ ] weder durch *independentes Selbstbild* (Sobel's  $z = -.8882$ ;  $p = .3744$ ), noch durch *Normgebundenheit - Vorhandensein familiärer Normen* (Sobel's  $z = 1.4614$ ,  $p = .1439$ ) oder durch *Geschlechterrollenideologie* (Sobel's  $z = .4139$ ;  $p = .6789$ ) sondern durch ein *interdependentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 2.0572$ ,  $p = .0397$ ) vermittelt



wird. Auch nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich kein signifikanter indirekter Effekt für *SCSind*, *TLS-FV* und *SRIS*; die Konfidenzintervalle liegen für *SCSind* zwischen -.1310 und .0612, für *TLS-FV* zwischen -.0088 und .0979 und für *SRIS* zwischen -.0625 und .0801. Da die Konfidenzintervalle den Wert null enthalten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Das für *SCSint* errechnete Konfidenzintervall enthält den Wert null nicht (.0108 bis .2525). Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist ebenfalls signifikant [ $\beta(c') = .3203$ ;  $SE = .1127$ ;  $t = 2.8426$ ;  $p = .0052$ ], was auf partielle Mediation hindeutet. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *FAMO-SAltruismus* wird partiell durch *interdependentes Selbstbild* vermittelt.

### Hilfe

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSHilfe* ( $\beta(c) = .4510$ ;  $SE = .0795$ ;  $t = 5.6718$ ;  $p < .001$ ) wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSind*: Sobel's  $z = -.2661$ ;  $p = .7901$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = .7462$   $p = .4556$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = 1.1634$ ;  $p = .2447$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.5467$ ;  $p = .1219$  & *TLS-FK*: Sobel's  $z = .0673$ ;  $p = .9464$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrappingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSind*: -.1328 bis .1001; *SCSint*: -.0759 bis .1666; *SRIS*: -.0319 bis .1084; *TLS-FK*: -.0572 bis .0631; *TLS-FV*: -.0097 bis .1292). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *Hilfe* signifikant wird ( $\beta(c') = .3345$ ;  $SE = .1153$ ;  $t = 2.9010$ ;  $p = .0044$ ) muss von einem direkten Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable ausgegangen werden.

### Autonomie

Im multiplen Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSind* und *TLS-FV* als Mediatorvariablen, und *Autonomie* als abhängiger Variable zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Autonomie* ( $\beta(c) = .3476$ ;  $SE = .0835$ ;  $t = 4.1606$ ;  $p < .001$ ) zwar durch *independentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 3.2643$ ;  $p = .0011$ ) aber nicht durch *Normgebundenheit - Vorhandensein familiärer Normen* (Sobel's  $z = 1.6244$ ,  $p = .1043$ ) vermittelt wird. Auch nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich ein signifikanter indirekter Effekt für *SCSind* im Gegensatz zu *TLS-FV*; die Konfidenzintervalle liegen für *SCSind* zwischen .0446 und .3390, und für *TLS-FV* zwischen -.0120 und .1248. Da das Konfidenzintervall für *TLS-FV* den Wert null enthält, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Das für *SCSind*

errechnete Konfidenzintervall enthält den Wert null nicht. Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist nicht signifikant [ $\beta(c') = .1347$ ;  $SE = .0915$ ;  $t = 1.4719$ ;  $p = .1436$ ], was auf vollständige Mediation hindeutet. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *FAMOSAutonomie* wird durch ein *independentes Selbstbild* vermittelt.

### *Leistung*

In das multiple Mediatormodell mit *Leistung* als abhängiger Variable gingen neben *Nationalität* als unabhängiger Variable die Mediatorvariablen *Geschlechterrollenideologie*, *independentes* und *independentes Selbstbild* sowie die Skala *Vorhandensein von Normen der TLS* ein. Der Gesamteffekt von *Nationalität* auf *Leistung* ist signifikant [ $\beta(c) = .4049$ ;  $SE = .0815$ ;  $t = 4.9702$ ;  $p < .001$ ], der direkte, um die ab-Pfade bereinigte Effekt nicht [ $\beta(c') = .1838$ ;  $SE = .1138$ ;  $t = 1.6148$ ;  $p = .1089$ ]. Nach dem von normalverteilten Werten ausgehenden Sobel-Test, ergeben sich keine signifikanten indirekten Effekte (*SRIS*: Sobel's  $z = 1.5886$ ;  $p = .1122$ ; *SCSind*: Sobel's  $z = .2187$ ;  $P = .8269$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = 1.8129$ ;  $p = .0698$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.7388$ ;  $p = .0821$ ). Nach dem Bootstrappingverfahren kann aber von einer Mediation durch *TLS-FV* ausgegangen werden. Das Konfidenzintervall liegt zwischen .0007 und .1426. Die Konfidenzintervalle der übrigen als Mediatoren getesteten Variablen enthalten den Wert null (*SRIS*: -.0170 bis .1500; *SCSind*: -.0842 bis .1295 & *SCSint*: -.0010 bis .2311).

### *Glauben*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSGlauben* ( $\beta(c) = .4201$ ;  $SE = .0808$ ;  $t = 5.1963$ ;  $p < .001$ ) wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSind*: Sobel's  $z = 1.1540$ ;  $p = .2485$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = .9627$ ;  $p = .3357$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = .0638$ ;  $p = .9492$  & *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.3568$ ;  $p = .1749$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrappingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSind*: -.0332 bis .1734; *SCSint*: -.0684 bis .1851; *SRIS*: -.0976 bis .0745; *TLS-FV*: -.0176 bis .1025). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *Hilfe* signifikant wird ( $\beta(c') = .2706$ ;  $SE = .1166$ ;  $t = 2.3209$ ;  $p = .0220$ ) muss von einem Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable ausgegangen werden.

### *Abwechslung*

Für das multiple Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSind* als Mediatorvariable und *FAMOSAbwechslung* als abhängiger Variable ergibt sich folgendes Bild: der spezifische indirekte Effekt für *independentes Selbstbild* [ $\beta(ab) = .0828$ ;  $SE = .0506$ ;  $t = 1.6358$ ;  $p = .1019$ ] ist nicht signifikant. Das Konfidenzintervall aus der Bootstrapping-Methode bestätigt dies (-.0296 bis .2097). Der Gesamteffekt ist signifikant [ $\beta(c) = .2568$ ;  $SE = .0861$ ;  $t = 2.9825$ ;  $p < .0034$ ] im Gegensatz zu dem direkten Effekt ( $c'$ -Pfad) zwischen *Nationalität* und *Abwechslung* ( $\beta(c') = .1740$ ;  $SE = .0987$ ;  $t = 1.76$ ;  $p < .0803$ ). Es ergibt sich also kein Einfluss von *independentem Selbstbild* als Mediator zwischen *Nationalität* und *FAMOSAbwechslung*.

### *Selbstvertrauen*

Im multiplen Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSind*, *SRIS* und *TLS-FV* als Mediatorvariablen und *FAMOSSelbstvertrauen* als abhängiger Variable zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Selbstvertrauen* [ $\beta(c) = .3855$ ;  $SE = .0822$ ;  $t = 4.6892$ ;  $p < .001$ ] weder durch *independentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 1.8973$ ;  $p = .0578$ ), noch durch *Geschlechterrollenideologie* (Sobel's  $z = -.1637$ ;  $p = .8700$ ) vermittelt wird, sondern durch *Normgebundenheit bezüglich des Vorhandenseins familiärer Normen* (Sobel's  $z = 2.2735$ ,  $p = .0230$ ). Nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich ebenfalls kein signifikanter indirekter Effekt für *SCSind* und *SRIS*; die Konfidenzintervalle liegen für *SCSind* zwischen -.0269 und .2216, und für *SRIS* zwischen -.0951 und .0631. Da die Konfidenzintervalle den Wert null enthalten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Das für *TLS-FV* errechnete Konfidenzintervall enthält den Wert null nicht (.0186 bis .1541). Der direkte Effekt ist ebenfalls signifikant [ $\beta(c') = .2283$ ;  $SE = .0993$ ;  $t = 2.2980$ ;  $p = .0232$ ], was auf partielle Mediation hindeutet. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Selbstvertrauen* wird partiell durch die Skala *Vorhandensein familiärer Normen* der *TLS* vermittelt.

### *Selbstbelohnung*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSSelbstbelohnung* [ $\beta(c) = .3975$ ;  $SE = .0817$ ;  $t = 4.8620$ ;  $p < .001$ ] wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSind*: Sobel's  $z = .8372$ ;  $p = .4025$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = -.0602$ ;  $p = .9520$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.7463$ ;  $p = .0808$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrap-

pingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSint*: -.0484 bis .1480; *SRIS*: -.0997 bis .0631; *TLS-FV*: -.0025 bis .1046). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen Nationalität und Selbstbelohnung signifikant wird [ $\beta(c') = .3109$ ;  $SE = .1028$ ;  $t = 3.0244$ ;  $p = .0030$ ] muss von einem Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable ausgegangen werden, der durch keine der getesteten Variablen der *HKFB* mediiert wird.

### *Geringschätzung*

In das multiple Mediatormodell mit *Geringschätzung* als abhängiger Variable gingen neben *Nationalität* als unabhängiger Variable die Mediatorvariablen *Geschlechterrollenideologie*, *interdependentes Selbstbild* sowie die Skala *Vorhandensein von Normen* der *TLS* ein.

Der Gesamteffekt von *Nationalität* auf *Geringschätzung* ist signifikant [ $\beta(c) = .2500$ ;  $SE = .0863$ ;  $t = 2.8984$ ;  $p = .0044$ ], der direkte, um die ab-Pfade bereinigte Effekt nicht [ $\beta(c') = .1479$ ;  $se = .1104$ ;  $t = 1.3400$ ;  $p = .1827$ ]. Nach dem von normalverteilten Werten ausgehenden Sobel-Test ergeben sich keine signifikanten indirekten Effekte (*SRIS*: Sobel's  $z = -.2289$ ;  $p = .8189$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = 1.2079$ ;  $p = .2271$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.2614$ ;  $p = .2072$ ). Auch nach dem Bootstrappingverfahren kann nicht von einer Mediation durch *SRIS*, *SCSint* und *TLS-FV* ausgegangen werden, da die ermittelten Konfidenzintervalle null enthalten (*SRIS*: -.1085 bis .0579; *TLS-FV*: -.0235 bis .0974; *SCSint*: -.0430 bis .2062). Es besteht also ein indirekter Effekt zwischen *Nationalität* und *Geringschätzung*, der aber nicht durch die hier getesteten Mediatorvariablen erklärt werden kann.

### *Erniedrigung*

In das multiple Mediatormodell mit *Erniedrigung* als abhängiger Variable gingen neben *Nationalität* als unabhängiger Variable die Mediatorvariablen *Geschlechterrollenideologie*, *interdependentes Selbstbild* sowie die Skala *Vorhandensein von Normen* der *TLS* ein.

Der Gesamteffekt von *Nationalität* auf *Erniedrigung* ist signifikant [ $\beta(c) = .3344$ ;  $SE = .0840$ ;  $t = 3.9835$ ;  $p = .0001$ ], der direkte, um die ab-Pfade bereinigte Effekt nicht [ $\beta(c') = .1994$ ;  $SE = .1074$ ;  $t = 1.8564$ ;  $p = .0658$ ]. Nach dem von normalverteilten Werten ausgehenden Sobel-Test ergeben sich keine signifikanten indirekten Effekte (*SRIS*: Sobel's  $z =$

.5138;  $p = .6074$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = 1.6595$ ;  $p = .0970$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = .5519$ ;  $p = .5810$ ). Auch nach dem Bootstrappingverfahren kann nicht von einer Mediation durch *SRIS*, *SCSint* und *TLS-FV* ausgegangen werden, da die ermittelten Konfidenzintervalle null enthalten (*SRIS*: -.0458 bis .0827; *TLS-FV*: -.0398 bis .0774; *SCSint*: -.0307 bis .2442). Es besteht also ein indirekter Effekt zwischen *Nationalität* und *Erniedrigung*, der nicht durch die hier getesteten Mediatorvariablen erklärt werden kann.

### *Verletzungen*

Im multiplen Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSint*, *SRIS* und *TLS-FV* als Mediatorvariablen, und *Verletzungen* als abhängiger Variable zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Verletzungen* [ $\beta(c) = .3445$ ;  $SE = .0836$ ;  $t = 4.1195$ ;  $p < .001$ ] zwar durch *interdependentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 3.1856$ ;  $p = .0014$ ) aber nicht durch *Normgebundenheit - Vorhandensein familiärer Normen* (Sobel's  $z = .6947$ ,  $p = .4873$ ) oder *Geschlechterrollenideologie* (Sobel's  $z = 1.3502$ ,  $p = .1770$ ) vermittelt wird. Nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich ebenfalls ein signifikanter indirekter Effekt für *SCSint* im Gegensatz zu *TLS-FV* und *SRIS*; die Konfidenzintervalle liegen für *SCSint* zwischen .0803 und .3392, für *TLS-FV* zwischen -.0462 und .0672 und für *SRIS* zwischen -.0202 und .1214. Da die Konfidenzintervalle für *TLS-FV* und *SRIS* den Wert null enthalten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Das für *SCSint* errechnete Konfidenzintervall enthält den Wert null nicht. Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist nicht signifikant [ $\beta(c') = .0806$ ;  $SE = .1019$ ;  $t = .7913$ ;  $p = .4303$ ], was auf vollständige Mediation hindeutet. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Verletzungen* wird durch ein *interdependentes Selbstbild* vermittelt.

### *Schwäche*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSSchwäche* [ $\beta(c) = .3277$ ;  $se = .0842$ ;  $t = 3.8934$ ;  $p < .001$ ] wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSint*: Sobel's  $z = .7260$ ;  $p = .4679$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = 1.5485$ ;  $p = .1215$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.3405$ ;  $p = .1801$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrappingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSint*: -.0659 bis .1702; *SRIS*: -.0148 bis .1379; *TLS-FV*: -.0167 bis .1045). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *Schwäche* nicht signifikant wird ( $\beta(c') = .1897$ ;  $SE = .1066$ ;  $t = 1.7788$ ;  $p = .0777$ ) muss davon ausgegangen werden, dass abhängige und unabhängige

Variable indirekt miteinander zusammenhängen. Dieser indirekte Zusammenhang wird aber durch keine der hier getesteten Mediatorvariablen vermittelt.

### *Versagen*

Im multiplen Mediatormodell mit *Nationalität* als unabhängiger Variable, *SCSint*, *SRIS* und *TLS-FV* als Mediatorvariablen, und *Versagen* als abhängiger Variable zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Versagen* [ $\beta(c) = .2378$ ;  $SE = .0865$ ;  $t = 2.7479$ ;  $p = .0069$ ] zwar durch *interdependentes Selbstbild* (Sobel's  $z = 2.4062$ ;  $p = .0161$ ) aber nicht durch *Normgebundenheit - Vorhandensein familiärer Normen* (Sobel's  $z = 1.2413$ ,  $p = .2145$ ) oder *Geschlechterrollenideologie* (Sobel's  $z = .0576$ ,  $p = .9541$ ) vermittelt wird. Nach dem Bootstrappingverfahren ergibt sich ebenfalls ein signifikanter indirekter Effekt für *SCSint* im Gegensatz zu *TLS-FV* und *SRIS*; die Konfidenzintervalle liegen für *SCSint* zwischen .0315 und .2760, für *TLS-FV* zwischen -.0123 und .1077 und für *SRIS* zwischen -.0879 und .0805. Da die Konfidenzintervalle für *TLS-FV* und *SRIS* den Wert null enthalten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der indirekte Effekt signifikant von null unterscheidet. Das für *SCSint* errechnete Konfidenzintervall enthält den Wert null nicht. Der direkte Effekt ( $c'$ ) ist nicht signifikant [ $\beta(c') = .0485$ ;  $SE = .1083$ ;  $t = .4482$ ;  $p = .466$ ], was auf vollständige Mediation hindeutet. Der Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Versagen* wird durch ein *interdependentes Selbstbild* vermittelt.

### *Gesamtskala Annäherung*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSAnnäherung* [ $\beta(c) = .4273$ ;  $SE = .0805$ ;  $t = 5.3047$ ;  $p < .001$ ] wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSind*: Sobel's  $z = 1.7221$ ;  $p = .0851$ ; *SCSint*: Sobel's  $z = 1.2710$ ;  $p = .2037$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = .5199$ ;  $p = .6031$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.5412$ ;  $p = .1233$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrappingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSind*: -.0364 bis .2211; *SCSint*: -.0351 bis .1824; *SRIS*: -.0828 bis .0953; *TLS-FV*: -.0028 bis .1011). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *Schwäche* nicht signifikant wird ( $\beta(c') = .2130$ ;  $SE = .1142$ ;  $t = 1.8656$ ;  $p = .0645$ ) muss von einem indirekten Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable ausgegangen werden. Dieser wird durch keine der getesteten Mediatorvariablen vermittelt.

*Gesamtskala Vermeidung*

Der signifikante Gesamteffekt zwischen *Nationalität* und *FAMOSVermeidung*

[ $\beta(c) = .3008$ ;  $SE = .0850$ ;  $t = 3.5405$ ;  $p < .001$ ] wird über keine der berücksichtigten Mediatorvariablen (*SCSint*: Sobel's  $z = 1.8694$ ;  $p = .0616$ ; *SRIS*: Sobel's  $z = 1.1132$ ;  $p = .2656$ ; *TLS-FV*: Sobel's  $z = 1.1301$ ;  $p = .2584$ ) vermittelt. Die Konfidenzintervalle aus dem Bootstrappingverfahren bestätigen dies, da diese ausnahmslos den Wert null enthalten (*SCSint*: -.0175 bis .2538; *SRIS*: -.0312 bis .1219; *TLS-FV*: -.0191 bis .1084). Da weiterhin der direkte Effekt zwischen *Nationalität* und *Schwäche* nicht signifikant wird ( $\beta(c') = .1145$ ;  $SE = .1069$ ;  $t = 1.0706$ ;  $p = .2864$ ) muss von einem indirekten Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable ausgegangen werden. Dieser wird durch keine der getesteten Mediatorvariablen vermittelt.





## **6. Diskussion**

### **6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

#### **6.1.1 Mediiert Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depression?**

Im Rahmen dieser Fragestellung wurden die deutsche klinische und die deutsche nicht klinische Stichprobe untersucht. Die deutsche klinische Stichprobe zeichnet sich im Vergleich mit der Kontrollstichprobe durch signifikant höhere bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz aus. Weiterhin korrelieren Annäherungsinkongruenz, Vermeidungsinkongruenz und Gesamtingkongruenz positiv, hoch und hochsignifikant mit Depressivität. Die Mediatoranalysen ergaben, dass Annäherungsinkongruenz, Vermeidungsinkongruenz und Gesamtingkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität vermitteln. Ausgeprägt höhere bindungsbezogene Angst geht demnach mit erhöhtem Inkongruenzerleben einher, was wiederum höhere Depressivität zur Folge hat. Neben den indirekten Effekten sind auch die direkten Effekte signifikant geworden. Das bedeutet, dass außer dem durch Inkongruenz vermittelten Zusammenhang auch ein unvermittelter Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität besteht. Inkongruenz vermittelt den Zusammenhang also nicht vollständig sondern partiell.

#### **6.1.2 Welchen Einfluss haben Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst, Depressivität und Inkongruenz?**

Im Rahmen dieser Fragestellung wurden die deutsche klinische und die deutsche Vergleichsstichprobe untersucht. Die deutschen depressiven Patienten zeichnen sich nicht nur durch höhere Inkongruenz-, Depressivitäts- und Bindungsangstwerte aus (s. 6.1.1), sondern auch durch signifikant höhere Mittelwerte auf den Skalen für Körper- und Leistungsscham. Weiterhin ließen sich anhand der Daten signifikante positive Korrelationen zwischen Depressivität und Leistungsscham beziehungsweise Köperscham nachweisen. Im Weiteren wurde geprüft, welchen Einfluss Schamgefühle als emotionales Bindeglied auf den Zusammenhang zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität ausüben. Es wurden drei multiple Mediatormodelle mit den Skalen Körperscham und Leistungsscham als Mediatoren und mit Depressivität als abhängiger Variable berechnet. Annäherungsinkongruenz,

Vermeidung sinkongruenz und Gesamtkongruenz gingen jeweils als unabhängige Variablen in die Modelle ein. Die Zusammenhänge zwischen Depressivität und Annäherungsbeziehungswise Gesamtkongruenz wurden durch keine der beiden Schamskalen vermittelt. Der Zusammenhang zwischen Vermeidung sinkongruenz und Depressivität wird partiell durch Körperscham vermittelt, aber nicht durch Leistungsscham. Erhöhtes Erleben von Vermeidung sinkongruenz führt also zu erhöhtem Empfinden von Körperscham und Depressivität.

Weiterhin wurde geprüft, welchen Einfluss Schamgefühle auf bindungsbezogene Angst und Depressivität ausüben. Es konnte gezeigt werden, dass Körperscham als partieller Mediator zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität dient. Bindungsbezogene Angst geht also mit erhöhtem Körperschamerleben einher, was wiederum erhöhte Depressivität zur Folge hat. Für Leistungsscham konnte kein mediierender Einfluss nachgewiesen werden.

### **6.1.3 Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile finden?**

#### *Güte des INC*

Da es sich beim INC um die Übersetzung eines standardisierten Instrumentes (INK; Grosse Holtforth et al., 2004) handelt, kann von hoher Auswertungs- und Durchführungsobjektivität ausgegangen werden. Einschränkungen ergeben sich hinsichtlich der Interpretationsobjektivität, da keine chilenische Normstichprobe vorliegt.

Als Maß der Reliabilität wurde Cronbach's alpha bestimmt. Für 21 der 23 Unterskalen des INC, sowie für die drei zusammenfassenden Skalen ergaben sich akzeptable bis sehr gute Werte. Nur zwei der untergeordneten Skalen (*Sich verletzbar machen*; *Bildung*) erwiesen sich als deutlich mangelhaft hinsichtlich der Reliabilität.

Weiterhin erwies sich der INC als hinreichend valide. Die inhaltliche Validität ergibt sich aus der Konstruktion des deutschsprachigen Originals aus einer Vielzahl von Patientendaten. Die Kriteriumsvalidität konnte anhand der signifikant höheren Mittelwerte der klinischen chilenischen Stichprobe im Vergleich mit der chilenischen Kontrollstichprobe belegt werden. Zur Untersuchung der Konstruktvalidität wurde der BDI-II (Sanz et al., 2003)

herangezogen. Auf 18 der 23 Unterskalen des INC ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depressivität. Ein solcher Zusammenhang entspricht den aus der Konsistenztheorie (Grawe, 1999a, b) ableitbaren Erwartungen und belegt die Konstruktvalidität des *INC*.

#### *Lassen sich Belege für eine Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile finden?*

Inkongruenzerleben geht laut Grawe (1998) mit vermindertem psychischen Wohlbefinden und psychischer Krankheit einher. Um herauszufinden, ob diese Annahme auch in der chilenischen Kultur Gültigkeit hat, wurde geprüft, ob die chilenische depressive Stichprobe und die deutsche depressive Stichprobe sich durch höheres Inkongruenzerleben auszeichnen als die beiden Vergleichsstichproben. Die Analysen zeigen einen signifikanten Einfluss des Faktors Depressivität auf allen untergeordneten und zusammenfassenden INK-Skalen. Die untersuchten Depressiven zeichnen sich also durch signifikant höhere Inkongruenzwerte im Vergleich mit den Kontrollstichproben aus. Dies belegt zum einen die Konstruktvalidität der Übersetzung des INK (Grosse Holtforth et al., 2004) und deutet zum anderen auf die Übertragbarkeit der Konsistenztheorie in die chilenische Kultur hin.

Weiterhin wurde untersucht, ob sich auch in Abhängigkeit von der Nationalität Unterschiede im Inkongruenzerleben ergeben. Es zeigte sich, dass die deutschen Stichproben auf 16 der untergeordneten Inkongruenzskalen und auf den übergeordneten Skalen Annäherungs- und Vermeidungskongruenz signifikant höhere Inkongruenzwerte aufweisen. Eine Analyse der Interaktionseffekte ergab, dass diese Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen auf ein deutlich ausgeprägteres Inkongruenzerleben in der deutschen Vergleichsstichprobe im Vergleich mit der chilenischen Kontrollgruppe zurückzuführen sind. Nicht depressive Deutsche zeichnen sich also durch ein stärker ausgeprägteres Inkongruenzerleben aus als nicht depressive Chilenen. Die Unterschiede zwischen den Patientenstichproben sind hingegen nicht bedeutsam.

#### **6.1.4 Unterscheiden sich die motivationalen Annäherungs- und Vermeidungsziele in ihrer Bedeutsamkeit in Chile und Deutschland?**

##### *Güte des CAEMO*

Da es sich um die Übersetzung eines standardisierten Instrumentes (FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) handelt, kann von hoher Auswertungs- und Durchführungsobjektivi-

tät ausgegangen werden. Einschränkungen ergeben sich, weil keine chilenische Normstichprobe vorliegt, in der Interpretationsobjektivität.

Als Maß der Reliabilität wurde Cronbach's alpha bestimmt. Für 16 der 23 Unterskalen des CAEMO, sowie für die drei zusammenfassenden Skalen ergaben sich akzeptable bis sehr gute Werte. Sieben der untergeordneten Skalen erwiesen sich als mangelhaft hinsichtlich der Reliabilität mit Werten, die deutlich kleiner als  $\alpha = .6$  ausfielen.

Weiterhin erwies sich der CAEMO als hinreichend valide. Die inhaltliche Validität ergibt sich aus der Konstruktion des deutschsprachigen Originals (vgl. Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Die Kriteriumsvalidität konnte für den CAEMO nicht durchgängig belegt werden, da sich die Werte von klinischen und nicht klinischen Probanden nur auf wenigen Skalen signifikant unterschieden. Für die Annäherungsziele entspricht dies den Annahmen der Konsistenztheorie (Grawe, 1998). Bezüglich der Vermeidungsziele wurden signifikant höhere Werte in klinischen Stichproben erwartet. Dies ließ sich für die klinische chilenische Stichprobe nicht nachweisen, muss aber nicht im Sinne einer mangelnden Kriteriumsvalidität interpretiert werden, da andere Forschungsergebnisse auf kulturspezifische Unterschiede bezüglich der Bedeutsamkeit von Annäherungs- und Vermeidungszielen hindeuten (s. Kap. 2.6 & 6.2.4).

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität des CAEMO ließ sich aus den zur Verfügung stehenden Skalen keine Hypothese ableiten.

#### *Annäherungs- und Vermeidungsziele im Vergleich zwischen Chile und Deutschland*

Es wurde untersucht, ob sich signifikante Unterschiede in der Bedeutsamkeit der motivationalen Ziele in Abhängigkeit von Nationalität (1.) und Depressivität (2.) ergeben. Weiterhin wurde analysiert, ob sich die Deutschen und Chilenen bezüglich der Variablen der HKFB (Freund et al., im Druck; Olhaberry et al., im Druck) unterscheiden (3.) und ob korrelative Zusammenhänge zwischen den Variablen der HKFB und den motivationalen Zielen bestehen (4.). Abschließend wurde geprüft, ob die Variablen der HKFB den Zusammenhang zwischen motivationalen Zielen und Nationalität vermitteln (5.).

1. Die Chilenen unterscheiden sich von den Deutschen auf 11 der 14 Annäherungszielskalen sowie auf 5 der 9 Vermeidungszielskalen. Alle signifikanten Unterschiede sind auf höhere Mittelwerte in den chilenischen Stichproben zurückzuführen. Gleiches gilt für die zusammenfassenden Skalen, Annäherungsziele und Vermeidungsziele. Die befragten Chilenen messen also einem Großteil der motivationalen Ziele eine größere Bedeutung zu als die befragten Deutschen.

2. Die explorative Betrachtung des Faktors Depressivität im Zusammenhang mit den motivationalen Zielen ergab nur wenige signifikante Ergebnisse. Es zeigten sich Interaktionseffekte zwischen Nationalität und Depressivität auf den Unterskalen des CAEMO *Kontrolle* und *Altruismus*. Weiterhin weisen die depressiven Befragten auf den Skalen *Erniedrigung*, *Hilfe bekommen* und *Selbstbelohnung* signifikant höhere Werte auf als die nicht depressiven Befragten. Alle genannten Haupt- und Interaktionseffekte trugen nur in geringem Maße zur Varianzaufklärung bei. Die Bedeutsamkeit der motivationalen Ziele ist also erwartungsgemäß relativ unabhängig vom Ausmaß der Depressivität. Dies entspricht den Annahmen der Konsistenztheorie (Grawe, 1998).

3. Die Stichproben beider Länder unterscheiden sich signifikant bezüglich der kulturmittelnden Variablen der *HKFB* voneinander. Die befragten Chilenen sind signifikant traditioneller bezüglich Geschlechterrollen eingestellt, zeichnen sich durch höhere Normgebundenheit auf Familienebene aus und haben ein stärker ausgeprägtes independentes und interdependentes Selbstbild im Vergleich mit den befragten Deutschen.

4. Weiterhin fanden sich korrelative Zusammenhänge der *HKFB*-Skalen mit 19 der 23 Annäherungs- und Vermeidungszielskalen und mit den zusammenfassenden *FAMOS/CAEMO*-Skalen: Die Gesamtskala Annäherungsziele korreliert positiv mit independentem Selbstbild, interdependentem Selbstbild und mit der Skala Vorhandensein familiärer Normen. Negative Korrelationen ergeben sich zwischen der Gesamtskala Annäherungsziele und Geschlechterrollenideologie ebenso wie zwischen der Gesamtskala Vermeidungsziele und Geschlechterrollenideologie. Die Gesamtskala Vermeidungsziele korreliert weiterhin positiv mit interdependentem Selbstbild und mit der Skala Vorhandensein familiärer Normen. Die Skala *TLS-N* korreliert mit keiner der *FAMOS/CAEMO*-Skalen. Die Skala *TLS-FK* korreliert nur mit zwei der untergeordneten Skalen.

5. Für diejenigen *HKFB*- beziehungsweise *FAMOS/CAEMO*-Skalen, auf denen sich die Deutschen signifikant von den Chilenen unterscheiden und die in korrelativem Zusammenhang mit den Skalen der *HKFB* stehen, wurden multiple Mediatormodelle berechnet. Dies waren neun Mediatormodelle zu Annäherungszielen, fünf Mediatormodelle zu Vermeidungszielen sowie zwei Modelle zu den übergeordneten Skalen Annäherungs- und Vermeidungsziele. In sieben der 16 getesteten Modelle wird der Zusammenhang zwischen Nationalität und motivationalem Ziel durch eine der *HKFB*-Variablen vermittelt.

- *Independentes Selbstbild* mediiert den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Intimität* vollständig.
- *Independentes Selbstbild* mediiert den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Autonomie* vollständig.
- *Interdependentes Selbstbild* vermittelt den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Altruismus* partiell.
- *Interdependentes Selbstbild* vermittelt den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Verletzungen* vollständig.
- *Interdependentes Selbstbild* vermittelt den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Versagen* vollständig.
- *Vorhandensein familiärer Normen der TLS* vermittelt den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Selbstvertrauen* partiell.
- *Vorhandensein familiärer Normen der TLS* vermittelt den Zusammenhang zwischen *Nationalität* und *Leistung* vollständig.

Als Mediatoren haben sich die *HKFB*-Variablen *independentes Selbstbild*, *interdependentes Selbstbild* und die Skala *Vorhandensein familiärer Normen* der *TLS-F* bestätigt. Für die *FAMOS/CAEMO*-Skalen *Hilfe*, *Glauben*, *Abwechslung*, *Selbstbelohnung*, *Geringschätzung*, *Erniedrigung* und *Schwäche* konnte kein signifikanter indirekter Effekt belegt werden, ebenso wenig wie für die übergeordneten Skalen *Annäherungsziele* und *Vermeidungsziele*.

## 6.2 Einordnung in den Forschungsstand

### 6.2.1 Inkongruenz als Mediator zwischen Bindungsangst und Depression

Die in dieser Arbeit untersuchten Depressiven zeichnen sich durch höheres Inkongruenzerleben und ausgeprägtere bindungsbezogene Angst aus. Inkongruenzerleben und Depressivität korrelieren signifikant positiv miteinander. Diese Untersuchungsergebnisse entsprechen den Aussagen aus Konsistenztheorie und Bindungsforschung. Zu allen Themenbereichen gibt es Studien (vgl. Kap. 2), die die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit stützen: Zum Inkongruenzerleben liegen empirische Belege für hohe Korrelationen mit Depression sowie Belege für signifikant höhere Inkongruenzwerte für Patienten im Vergleich mit Kontrollstichproben vor (Grosse Holtforth & Grawe, 2003; Grosse Holtforth et al., 2004; Berking et al., 2003b). Weiterhin konnte in zahlreichen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Depressionen hergestellt werden (z. B. Carnelley et al., 1994; Gamble & Roberts, 2005; Hankin et al., 2005; s. Kap. 2.3.2).

Bindungsbezogene Angst gilt als Vulnerabilitätsfaktor für Depressionen (vgl. Sroufe et al., 1999; Kämmerer, 2010). Es stellt sich jedoch die Frage, wie es aufgrund eines ängstlichen Bindungsstils zur Entwicklung einer affektiven Störung kommt. In dieser Arbeit wird Inkongruenzerleben als Mediatorvariable zwischen Bindungsangst und Depressivität untersucht. Aus der Theorie (s. Kap. 2.6 & 3) wurde abgeleitet, dass ein ängstlicher Bindungsstil auf zwei Arten zu Inkongruenzerleben führen kann: Zum einen erreichen Personen mit ausgeprägter bindungsbezogener Angst ihre bindungsspezifischen Ziele nicht, zum anderen zeichnen sie sich durch eine mangelnde Fähigkeit der Zielerreichung im Allgemeinen aus. Diese wird ausgelöst durch niedrigere Autonomie, weniger Selbstwirksamkeitserleben und geringeres Explorationsverhalten (vgl. z. B. Feeney & Thrush, 2010; Green & Campbell, 2000; Martin et al., 2009; s. Kap. 2.5). Aus dem Inkongruenzerleben kann sich dann eine depressive Störung entwickeln (s. Kap. 2.1). Folgerichtig wurde in dieser Studie Inkongruenz als Mediator zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität untersucht. Die Mediatoranalysen bestätigen, dass Vermeidungsinkongruenz, Annäherungsinkongruenz und Gesamtingkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität partiell vermitteln.

Nach Kenntnis der Autorin wurde erst in einer weiteren Untersuchung der Versuch gemacht, ähnliche Variablen (Bindungsstil, Scham, Depression und Befriedigung der Grundbedürfnisse) in einem Mediatormodell zu integrieren. Aus der Studie von Wei, Shaffer et al. (2005) ergeben sich empirische Hinweise auf die Plausibilität der im Theorieteil dieser Arbeit (s. Kap. 2) angestellten Überlegungen. Die Autoren (Wei, Shaffer et al., 2005) untersuchten den Einfluss der Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse auf Depression, Scham und ambivalenten Bindungsstil. Befriedigung der Grundbedürfnisse hängt als partielle Mediatorvariable mit ängstlichem und mit ambivalentem Bindungsstil sowie mit Scham, Depression und Einsamkeit negativ zusammen (Wei, Shaffer et al. 2005). Die vorliegende Arbeit geht in zweierlei Hinsicht über die Untersuchung von Wei, Shaffer et al. (2005) hinaus: Zum einen wird in dieser Arbeit auf die Theorie Grawes (1998) zurückgegriffen, und zum anderen wird mit dem Modell von Simpson und Rholes (2004; s. Kap. 2.5) eine überzeugende theoretische Basis geschaffen. Das Modell von Simpson und Rholes (2004) kann aufgrund der in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse erweitert werden: das Gefühl der Beziehungsdeprivation aus dem Modell kann durch messbares Inkongruenzerleben ersetzt werden. Inhaltlich wird der Zusammenhang zwischen dem abstrakteren Konzept Nicht-Erreichen von Grundbedürfnissen und bindungsbezogener Angst aus der Studie von Wei, Shaffer et al. (2005) hier deutlicher herausgearbeitet: Der Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität wird durch Inkongruenzerleben vermittelt. Damit wird einem Aspekt der Selbstkritik von Wei, Shaffer et al. (2005) Rechnung getragen, die hinsichtlich ihrer Theorie eingestehen, dass das bloße Wissen um eine nicht ausreichende Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse nicht hilfreich ist, wenn es darum geht, wie dieser Zustand verändert werden kann. Operationalisiert man diese Variable über Inkongruenz ergeben sich direkte Ansatzpunkte für die Therapie (s. Exkurs, Kap. 2.1).

Es besteht natürlich außerdem die Möglichkeit, dass noch andere Variablen als Inkongruenz den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität erklären, die hier nicht erfasst wurden.



### 6.2.2 Einfluss von Schamerleben

Die in dieser Arbeit untersuchten Depressiven zeichneten sich durch signifikant ausgeprägtere bindungsbezogene Angst und durch höheres Schamerleben im Vergleich mit der Kontrollstichprobe aus. Diese Zusammenhänge konnten auch in zahlreichen anderen Studien gezeigt werden. Dies gilt für unsichere Bindung und Depressionen (z. B. Carnelley et al., 1994; Gamble & Roberts, 2005; Hankin et al., 2005; s. Kap. 2.3.2) ebenso wie für Schamerleben und Depressionen (vgl. Harder et al., 1992; Tangney et al., 1992; Kämmerer, 2010).

Scham steht weiterhin mit Selbstdiskrepanzen in Zusammenhang (Tangney et al., 1998). Schamgefühle können sowohl durch Diskrepanzen zwischen dem Ich und dem idealen Selbstbild ausgelöst werden, als auch durch Diskrepanzen zwischen dem Ich und dem Soll-Selbst (Tangney et al., 1998). Fries und Grawe (2006) schlagen vor, Inkongruenz als Selbstdiskrepanz zu operationalisieren. Schamgefühle müssten sich demnach als Folge von Inkongruenzerleben einstellen. Dem wurde in dieser Untersuchung erstmals nachgegangen, indem Inkongruenz als Selbstdiskrepanz operationalisiert und geprüft wurde, ob Scham den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und Depression vermittelt. Diese Hypothese ließ sich bestätigen: Körperscham dient als partieller Mediator zwischen Vermeidungskongruenz und Depressivität.

Für Leistungsscham ließ sich im Gegensatz zu Körperscham kein mediierender Einfluss nachweisen. Bei Kämmerer (2010) zeigten die depressiv oder rezidivierend depressiv Erkrankten ebenfalls signifikant höhere Körper- als Leistungsschamwerte. Weiterhin wiesen die Patienten mit einer depressiven Episode, aber nicht diejenigen mit einer rezidivierenden depressiven Störung signifikant höhere Werte auch auf dem Gebiet der Leistungs- und sozialen Scham auf (Kämmerer, 2010).

Diese Ergebnisse von Körperscham als Mediator zwischen Vermeidungskongruenz und Depression stärken die Interpretation von Inkongruenz als Diskrepanz zwischen Selbstbildern. Das Modell von Simpson und Rholes (2004) kann also dahingehend erweitert werden, dass der Zusammenhang von bindungsbezogener Angst und Depressionen über Inkongruenzerleben und erhöhte Schamgefühle vermittelt wird.

Die Tatsache, dass in dieser Untersuchung nur Vermeidungsinkongruenz mit Schamerleben in Zusammenhang steht, fügt sich gut in die bestehenden Studien ein: Sheikh und Janoff-Bulman (2009, 2010) konnten Scham Probanden mit höherer Vermeidungsmotivation und Schuld Probanden mit höherer Annäherungsmotivation zuordnen. Tangney et al. (1996) fanden mehr vermeidende Verhaltensweisen (Wunsch sich zu verstecken; Ungeschehen machen; nicht zugeben, was passiert war) als Antwort auf Schamgefühle im Vergleich mit Schuld. Scham entsteht aus dem Bewusstsein, gesellschaftlichen Normen nicht zu genügen (vgl. Kap. 2.2) und entspricht einer Diskrepanz zwischen Ich und Soll-Selbst. Betrachtet man die Vermeidungszielskalen des INK (Grosse Holtforth et al., 2004) mit Skalen wie Vorwürfe, Erniedrigung oder Geringschätzung scheint ein Zusammenhang mit Schamgefühlen plausibel. Möglicherweise führt Annäherungsinkongruenz mit Zielen wie Autonomie, Selbstbelohnung, Bildung zu einer anderen Art der Selbstdiskrepanz. Eine Idee wäre, dass das nicht Erreichen solcher Ziele mit einer erlebten Diskrepanz zwischen Ich und Ideal-Selbst einhergeht und eher Traurigkeit als Scham auslöst.

#### *Bindungsbezogene Angst und Scham*

Ein weiterer Vorschlag zur Erweiterung des Modells von Simpson und Rholes (2004) bezieht sich darauf, dass Schamerleben mit bindungsbezogener Angst in Zusammenhang stehen könnte (vgl. Kap. 2.5). Studien belegen einen solchen positiven Zusammenhang zwischen Scham und ängstlicher Bindung (vgl. z.B. Sherry, 2007). Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass Erfahrungen und Informationen, die mit dem gleichen Gefühl, zum Beispiel Scham, einhergehen, in die gleiche kognitive Kategorie eingeordnet werden (Halberstadt & Niedenthal, 1997; Niedenthal et al., 1997). Aus diesem theoretischen Hintergrund wurde in dieser Arbeit die Hypothese abgeleitet, dass Scham als Folge der Aktivierung von Bindungsangst auftritt und so den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität vermittelt. Tatsächlich konnte *Körperscham* als partieller Mediator zwischen *bindungsbezogener Angst* und *Depressivität* in dieser Untersuchung bestätigt werden. Dies spricht für die Idee von Schamgefühlen als „emotionaler Klebstoff“ von Bindungserfahrungen, beziehungsweise für ein mit erhöhtem Schamempfinden einhergehendes Muster bindungsbezogener Angst, das zu Depressionen führt. Beide Variablen werden als Vulnerabilitätsfaktoren im Zusammenhang mit Depressionen gehandelt (Kämmerer, 2010; Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Die vorliegenden Ergebnisse hel-

fen, genauer zu erklären, wie bindungsbezogene Angst und Schamerleben interagieren und so um zum Entstehen von Depressionen beitragen.

Ein Zusammenhang mit Leistungs- und sozialer Scham konnte nicht nachgewiesen werden. Es zeigt sich, dass die Mittelwerte der Stichproben auf der Skala Körperscham höher ausfallen als die der Skala Leistungsscham. Das gleiche gilt für die Korrelationen mit Depressivität. Möglicherweise sind die Szenarien zu Körperscham des HFS (Kämmerer et al., 2003) stärker Scham auslösend als die Szenarien zu Leistungs- und sozialer Scham. Weiterhin lässt sich die inhaltliche Überlegung anstellen, dass Körperscham eher mit bindungsbezogener Angst in Verbindung steht, da beide Variablen die Nähe mit anderen Personen zum Thema haben.

### **6.2.3 Übertragbarkeit von Inkongruenz nach Chile**

Die Bearbeitung dieser Fragestellung stellt per se einen wissenschaftlichen Zugewinn durch die erstmalige Anwendung konsistenztheoretischer Konzepte in Chile dar. Konsistenztheoretische Annahmen wurden bereits auf andere Kulturen übertragen, aber in spanischer Sprache lagen die entsprechenden Instrumente bislang noch nicht vor (vgl. Tamcan, 2005) und wurden demnach auch noch nicht in Chile eingesetzt. Im Rahmen dieser Arbeit konnten erste Belege für die Validität der übersetzten Instrumente INC und CAEMO erbracht werden (s. Kap. 5.1.2.1 & 6.1).

Weiterhin konnten Hinweise auf die Übertragbarkeit der Konzepte Inkongruenz und motivationale Ziele in die chilenische Kultur gewonnen werden. In dieser Arbeit konnten für die chilenischen Depressiven deutlich erhöhte Inkongruenzwerte im Vergleich mit der chilenischen Kontrollstichprobe nachgewiesen werden. Dies entspricht den Ergebnissen aus vorliegenden deutschsprachigen Untersuchungen (Grosse Holtforth et al., 2004; Berking et al., 2003b) und den Annahmen der Konsistenztheorie (Grawe, 1998). Beim kulturübergreifenden Vergleich der Inkongruenz zeigte sich, dass Depressive auch unabhängig von der Nationalität signifikant höhere Inkongruenzwerte auf allen Skalen aufweisen als nicht Depressive. Das heißt, dass sich chilenische und deutsche Depressive nicht signifikant bezüglich des Inkongruenzerlebens unterscheiden.

Beim Vergleich der Daten in Abhängigkeit von der Nationalität zeigte sich, dass signifikante Unterschiede im Inkongruenzerleben ohne Ausnahme auf höhere Mittelwerte in den deutschen Stichproben zurückzuführen sind. Möglicherweise sind die Deutschen kritischer mit sich selbst und empfinden daher stärkere Inkongruenz. Die Betrachtung der Interaktionseffekte bestätigt diese Interpretation, denn es zeigt sich, dass die Inkongruenzwerte in der deutschen Kontrollstichprobe signifikant höher ausfallen als in der chilenischen Kontrollstichprobe, während sich die Inkongruenzwerte zwischen der klinischen deutschen und der klinischen chilenischen Stichprobe nicht unterscheiden. An dieser Stelle wäre die Betrachtung weiterer klinischer und Kontrollstichproben, beispielsweise aus einem dritten Land, aufschlussreich, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die Werte der Deutschen und Chilenen im Verhältnis zu dieser Referenz bewegen.

#### **6.2.4 Unterschiede der motivationalen Ziele in Deutschland und Chile**

##### *Ziele und Depressivität*

In dieser Arbeit zeigten sich nur wenige systematische Zusammenhänge zwischen Depressivität und der Ausprägung spezifischer Ziele. Dies entspricht den Annahmen der Konsistenztheorie, denn im Gegensatz zur Inkongruenz, dem Gefühl des Nicht-Erreichens von Zielen, gilt der Inhalt der Ziele als unabhängig vom psychischen Wohlbefinden (vgl. Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Bezüglich der übergeordneten Skala des FAMOS, Vermeidungsziele, wird ein Zusammenhang mit Depressivität angenommen (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Studien aus dem deutschsprachigen Raum konnten Belege für einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Vermeidungsziele und Depressionen liefern (vgl. Kap. 2.1; z.B. Coats et al., 1996; Elliot & Church, 2002; Wollburg & Braukhaus, 2010; Grosse Holtforth et al., 2005). In der vorliegenden Arbeit konnte hingegen kein Zusammenhang zwischen Depressivität und der Skala Vermeidungsziele festgestellt werden. Dies widerspricht den deutschsprachigen Untersuchungen, wird aber durch die Ergebnisse kulturvergleichender Studien zur Bedeutsamkeit von Annäherungs- und Vermeidungszielen relativiert: In diesen Untersuchungen wurde festgestellt, dass sich Kulturen bezüglich der Motivation unterscheiden (Lockwood et al., 2005; Heine & Rainieri, 2009). Das heißt, dass Vermeidungsmotivierung in Abhängigkeit vom kulturellen Rahmen auch bei Gesunden im Vordergrund stehen kann. Der Ge-

danke von im Vordergrund stehenden Vermeidungszielen bei Depressionen ist also interkulturell nicht unbedingt übertragbar (vgl. z. B. Tamcan, 2005), wie auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen.

### *Ziele und Nationalität*

Laut konsistenztheoretischem Ansatz hängt die Bedeutsamkeit spezifischer motivationaler Ziele vom gesellschaftlichen Hintergrund ab (vgl. Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Ein Vergleich motivationaler Ziele unter der Berücksichtigung kulturvermittelnder Variablen wurde nach Kenntnis der Autorin bislang nicht vorgenommen. Bisherige Studien konnten aber einen Zusammenhang von Annäherungs- oder Vermeidungsmotivation in Abhängigkeit von der Selbstrepräsentation belegen: Interdependenz geht mit Vermeidungsorientierung, Independenz mit Annäherungsorientierung einher (Lee et al., 2000). Auch in dieser Arbeit stehen die bei den Chilenen gemessene hohe Independenz und stärker ausgeprägte Annäherungsziele in Zusammenhang miteinander. Weiterhin mediiert ein independentes Selbstbild den Zusammenhang zwischen Nationalität und Autonomie vollständig. Die chilenischen Studienteilnehmer sehen sich im Gegensatz zu den deutschen als unabhängiger von anderen und messen folglich Autonomie und Selbstbestimmung einen höheren Wert zu. Auch der Zusammenhang zwischen Intimität und Nationalität wird vollständig durch ein independentes Selbstbild vermittelt. Ein stärker independentes Selbstbild der Chilenen führt zu größerer Bedeutsamkeit des Annäherungsziels Intimität. Gleichzeitig erleben Chilenen weniger Inkongruenz bezüglich dieses Ziels. Daraus lässt sich schließen, dass ein independenteres Selbstbild hilfreich ist, um das Ziel Intimität zu erreichen.

Lee et al. (2000) sehen Interdependenz in Zusammenhang mit einem vermeidungsorientierten Fokus; auch das bildet sich in den Ergebnissen dieser Studie ab. Die *Gesamtskala Vermeidung* korreliert positiv mit *Interdependenz*. Der Zusammenhang zwischen Nationalität und den Vermeidungszielen *Verletzungen* und *Versagen* wird durch eine interdependente Selbstrepräsentation mediiert. Chilenen zeichnen sich durch höhere Interdependenz aus, was zu einer größeren Bedeutsamkeit der Vermeidungsziele *Verletzungen* und *Versagen* führt. Beide Vermeidungszielskalen stehen inhaltlich in Zusammenhang mit dem Einfluss anderer Menschen. Es ist leicht vorstellbar, dass *Verletzungen* durch Andere bedeutsamer sind, wenn das Selbstbild in Abhängigkeit von der Gruppe definiert wird. Ebenso ist *Versagen* schwerwiegender, wenn dadurch die ganze Gruppe betroffen ist. Möglicherweise

liegt dieser Zusammenhang auch in den soziodemographischen Eigenschaften der chilenischen Gruppen begründet, die aus höheren Schichten stammen, vielleicht eher beruflich erfolgreich und gebildet sind und wo der Leistungsanspruch der Gruppe und die Angst vor Versagen größer sein könnten.

Interdependenz steht auch mit Annäherungszielen in Zusammenhang. Dieses Ergebnis der vorliegenden Arbeit scheint zunächst dem aus der Studie von Lee et al. (2000) entgegen zu stehen, die nur Vermeidungsmotivation mit Interdependenz verbinden. Betrachtet man jedoch den einzigen signifikant gewordenen Mediationseffekt zwischen Interdependenz und einem Annäherungsziel, passt das Ergebnis sehr gut ins Bild: Der Zusammenhang von Nationalität und Altruismus wird partiell durch ein interdependentes Selbstbild vermittelt. Bei Altruismus handelt es sich um ein Annäherungsziel, das inhaltlich sehr gut zu einer interdependenten Selbstrepräsentation passt, in der es darum geht, die eigenen Bedürfnisse denen der Gruppe unterzuordnen.

Zur Geschlechtsrollenideologie und motivationalen Zielen liegen nach Kenntnisstand der Autorin noch keine Studien vor. Geschlechtsrollenideologie konnte sich weiterhin in dieser Untersuchung nicht als Mediator bewähren. Auch die explorative These, dass traditioneller eingestellte Personen eher vermeidungsorientiert sind, ließ sich nicht anhand der Daten belegen. Wie auch bei vielen der anderen Zusammenhänge, wäre eine dritte Stichprobe aus einer anderen Kultur hilfreich, um die Ergebnisse besser einordnen zu können. Es bleibt unklar, ob die Chilenen eine deutlich traditionellere Geschlechtsrollenideologie aufweisen als andere Kulturen, oder ob sich die Chilenen im Mittel bewegen, während die Deutschen besonders egalitär eingestellt sind.

Auch zu Normgebundenheit und motivationalen Zielen liegen nach Kenntnisstand der Autorin noch keine Studien vor. Es wurde angenommen, dass Menschen, die Teil einer normgebundenen Gemeinschaft sind, eher nach der Erfüllung des Soll- als des Ideal-Selbst streben und somit eher vermeidungsorientiert agieren (Higgins, 1987; Pelto, 1968). Daraus wurde die explorative Hypothese abgeleitet, dass höhere Normgebundenheit mit stärkerer Vermeidungsmotivation einhergeht. Diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen, da der in dieser Arbeit gefundene Zusammenhang zwischen Normgebundenheit und Annäherungszielen auch signifikant ist und stärker ausfällt als der Zusammenhang zwischen Normge-

bundenheit und Vermeidungszielen. Möglicherweise entspricht der postulierte Zusammenhang nicht der Realität und das Vorhandensein von Normen wird als etwas Stützendes, Autonomie und Verwirklichung Förderndes wahrgenommen und nicht so sehr als Einschränkung, die es zu vermeiden gilt. Diesem Gedanken der Wahrnehmung von Normen als stützend entspricht auch das Ergebnis, dass die Skala Vorhandensein familiärer Normen der TLS den Zusammenhang zwischen Nationalität und Selbstvertrauen partiell vermittelt. Das gleiche gilt für den durch Vorhandensein familiärer Normen vollständig vermittelten Zusammenhang zwischen Nationalität und Leistung. Die Chilenen berichten von höherer Normgebundenheit auf Familienebene, durch die sich die Bedeutsamkeit von Selbstvertrauen und Leistung erhöht. Familiäre Normen könnten einerseits mehr Leistung fordern, andererseits auch mehr Leistung ermöglichen durch das Schaffen eines sicheren Rahmens. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Zusammensetzung der Stichproben in Chile sicherlich eher einer gehobenen und vermutlich leistungsorientierteren Gesellschaftsschicht entspricht.

Zur Normgebundenheit auf Länderebene ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die TLS-N erfragt, wie die Normgebundenheit im Land generell ausgeprägt ist. Möglicherweise deckt sich die Einschätzung der allgemeinen Normgebundenheit im Land nicht mit der persönlichen. Die anhand der TLS auf Familienebene gewonnenen signifikanten Ergebnisse sprechen für diese Interpretation der Daten (vgl. Kap. 2.6).

Eine spezifische Betrachtung kulturvermittelnder Variablen auf individueller Ebene in Zusammenhang mit motivationalen Zielen wurde bislang noch nicht vorgenommen. Die hier zitierten ersten Erkenntnisse aus der kulturvergleichenden Untersuchung untermauern aber rückblickend die Sinnhaftigkeit dieses Vorhabens. Es konnte gezeigt werden, dass Unterschiede in der Bedeutsamkeit spezifischer Ziele bestehen. Diese Unterschiede konnten mithilfe der kulturvermittelnden Variablen independentes und interdependentes Selbstbild sowie Normgebundenheit auf Familienebene erklärt werden.

### 6.3 Einschränkungen der Generalisierbarkeit

#### *Zur Stichprobe*

Die Erhebung wurde in zwei sehr weit voneinander entfernten Ländern durchgeführt. Das ging mit einigen Schwierigkeiten in der Erhebung einher und führte zu verschiedenen Mängeln. Im Gegensatz zu den deutschen Depressiven wurden die chilenischen Depressiven keiner SKID- bzw. CIDI-Diagnostik unterzogen. Weitere Einschränkungen ergeben sich aus dem Mangel an Vergleichsstichproben, denn es wurden weder klinische Vergleichsstichproben in Chile und Deutschland berücksichtigt, noch Vergleichsstichproben aus anderen Nationen.

Die chilenische Vergleichsstichprobe wurde an einer Universität rekrutiert, was zu starken Unterschieden bezüglich soziodemographischer Variablen im Vergleich mit den anderen Stichproben führt. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, auf gematchte Stichproben zurückzugreifen. Weiterhin fanden sich viele hohe Depressivitätswerte in der chilenischen Vergleichsstichprobe. Durch den Ausschluss der entsprechenden Fälle wurde diese sehr klein ( $n = 13$ ).

#### *Zur Methode*

Es wurde ein querschnittliches Design verwendet. In einer zukünftigen längsschnittlichen Untersuchung könnte die Entwicklung und Rolle von Inkongruenz im Verlauf der Entwicklung einer psychischen Störung genauer betrachtet werden.

Trotz sorgfältigen Vorgehens bei der Übersetzung ins Chilenische ist bei einigen Items wie beispielsweise Schulabschluss von eingeschränkter Äquivalenz aufgrund kultureller Gegebenheiten auszugehen. Weiterhin wurden die soziodemographischen Variablen für die statistischen Berechnungen dichotomisiert. Die Dichotomisierung hat einen Informationsverlust zur Folge. Zur Kontrolle des Einflusses soziodemographischer Variablen wurden Partialkorrelationen berechnet. Bortz und Schuster (2010) weisen darauf hin, dass die Eigenschaften der bivariaten Korrelation sich nicht ohne Weiteres auf die Partialkorrelation übertragen lassen. Weiterhin liegt bis heute kein Test vor, mit dem sich die Annahme der multivariaten Normalverteilung überprüfen lässt. Eine im univariaten Zusammenhang vorliegende Normalverteilung muss hier nicht gelten (Bortz & Schuster, 2010). Damit geht die eingeschränkte Interpretierbarkeit von Partialkorrelationen einher.



Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnten die Fragebögen nur eingeschränkt auf ihre Güte getestet werden. Es konnten keine Faktorenanalysen berechnet werden. Die Validierung erfolgte an der gleichen Stichprobe wie die Erhebung. Weiterhin liegen keine Daten zur Retest-Reliabilität vor. Eine komplette Validierung der Instrumente ist für die Zukunft wünschenswert. Nichtsdestotrotz ist mit deren sorgfältiger Übersetzung und erstem Einsetzen ein wichtiger Schritt bereits getan.

Nicht alle der geprüften statistischen Zusammenhänge ließen sich aus der Literatur ableiten. Insbesondere das Vorgehen beim interkulturellen Vergleich motivationaler Ziele hat teilweise explorativen Charakter, da bestehende Forschung sich entweder auf übergreifende Aspekte wie Vermeidung und Annäherung bezieht oder methodisch nicht über den hier gewählten Ansatz mit kulturvermittelnden Variablen realisiert wurde. Dieser Ansatz stellt eine besondere Stärke dieser Arbeit dar.

Es ist nicht auszuschließen, dass einige der Ergebnisse auf einen Effekt der Akquieszenz bei den Chilenen zurückzuführen sind. Signifikante Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen sind fast ausschließlich auf höhere Mittelwerte in der chilenischen Stichprobe zurückzuführen. BDI-II, SCS, TLS, INK und FAMOS enthalten keinen Wechsel negativ und positiv gepolter Items innerhalb der einzelnen Skalen, die diesen Effekt kontrollieren würden. Die SRIS hingegen verfügt über umgepolte Items. Dies ist ausgerechnet die einzige HKFB-Skala, auf der die Chilenen signifikant niedrigere Mittelwerte aufweisen als die Deutschen. In zukünftigen Untersuchungen, sollte also auf die Kontrolle dieses Effekts geachtet werden. Allerdings ergaben sich im INK zahlreiche signifikante Haupteffekte für Nationalität, die alle auf höhere Mittelwerte in den deutschen Stichproben zurückzuführen sind und die gegen eine Akquieszenz der Chilenen sprechen. Generell wäre das Einbeziehen einer dritten Stichprobe als Referenz zur besseren Interpretierbarkeit der Daten wünschenswert.

#### 6.4 Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick

Im einleitenden Kapitel wurden drei Fragen aufgeworfen, in denen das Ziel dieser Arbeit umrissen ist:

*Wie interagieren Inkongruenzerleben, Scham und bindungsbezogene Angst im Rahmen depressiver Erkrankungen?*

*Lässt sich das Konzept der Inkongruenz nach Chile übertragen?*

*Gibt es Unterschiede in der Bedeutsamkeit motivationaler Ziele zwischen depressiven und nicht depressiven Chilenen und Deutschen?*

Diese Arbeit erbringt einige aufschlussreiche Erkenntnisse zur Beantwortung der gestellten Fragen. Inkongruenz wurde im Sinne Grawe und Fries' (2006) erstmals als Mediatorvariable eingesetzt und konnte den Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität partiell vermitteln. Damit kann wahrgenommene mangelnde Zielerreichung als Erklärung dafür dienen, wie bindungsbezogene Angst die Vulnerabilität für affektive Störungen erhöht.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Inkongruenzerleben zu Schamempfinden führen und so den Zusammenhang mit Depressivität auf emotionale Weise erklären kann. Damit wurde Inkongruenz erstmals im Sinne einer Selbstdiskrepanz eingesetzt (vgl. Fries & Grawe, 2006). Mit Scham als Mediator zwischen bindungsbezogener Angst und Depressivität kann Scham als emotionales Bindeglied zwischen diesen beiden Variablen gelten und erklären, wie Bindungsangst die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen erhöht.

Auch die zweite und dritte Frage konnten beantwortet werden. Ausgeprägtes Inkongruenzerleben ist auch in Chile im Rahmen von Depressionen von Bedeutung. Bezüglich des Inkongruenzerlebens konnte weiterhin ein interessanter Interaktionseffekt aufgedeckt und gezeigt werden, dass deutsche Gesunde deutlich höhere Inkongruenzwerte aufweisen als chilenische Gesunde, während sich die klinischen Stichproben nicht voneinander unterscheiden. Damit eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten der Erforschung und Therapie von Depressionen in Chile.

Bei einem Vergleich der motivationalen Ziele konnte gezeigt werden, dass mangelndes psychisches Wohlbefinden nicht unbedingt mit einer stärkeren Bedeutsamkeit von Ver-

meidungszielen einhergeht. Kulturspezifische Unterschiede bezüglich motivationaler Ziele konnten nicht nur festgestellt, sondern über kulturvermittelnde Variablen auch erklärt werden.

Rückblickend hat diese Arbeit ihren Anspruch eingelöst und interessante Ergebnisse erbracht, die eine Fülle von Anregungen für künftige Forschung zu interkulturellen Aspekten von motivationalen Zielen und Depression ergeben. Weitere Forschung sollte zunächst die Fortsetzung der Validierung der Instrumente INC und CAEMO zum Ziel haben. Weitergehende kulturvergleichende Studien sollten eine dritte Stichprobe als Referenz einbeziehen. Die Erkenntnisse zu Inkongruenz als Mediatorvariable und der Ansatz zu Inkongruenz als Selbstdiskrepanz (Higgins, 1987) sollten weiter auch in kulturvergleichenden Studien beforscht werden. Weitere Ideen für Fragestellungen wären: Welche Gefühle stehen mit spezifischen Inkongruenzskalen in Zusammenhang? Welche Gefühle mediiieren den Zusammenhang zwischen Inkongruenzerleben und Depressivität abgesehen von Scham? Welche Gefühle stehen im Zusammenhang mit Inkongruenzerleben und anderen psychischen Erkrankungen?



## Literaturverzeichnis

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum.

Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.

Alexander, B., Brewin, C. R., Vearnals, S., Wolff, G. & Leff, J. (1999). An investigation of shame and guilt in a depressed sample. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 323-338.

Allan, S. S., Gilbert, P. P., & Goss, K. K. (1994). An exploration of shame measures: II. Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 719-722.

Anderson, J. R. (2007). *Kognitive Psychologie*. Berlin Heidelberg: Springer Spektrum.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., & ... Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21.

Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.

Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality* (Vols. 1 and 2). New York: Columbia University Press.

Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338-375.

Averill, J. R. (1980a). A constructivist view of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.). *Emotion: Theory, Research, Experience* (Vol. 1, pp 305-339). New York: Academy Press.

Averill, J. R. (1980b). The emotions. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp 134-199). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Baldwin, M. W., Fehr, B., Keedian, E., & Seidel, M. (1993). An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(6).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Barry, D. & Beitel, M. (2006). Sex role ideology among East Asian Immigrants in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 512-517.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.

Beck, A.T. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996) *Beck Depression Inventory, 2nd edn. Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio.

- Beesko, K. & Wittchen, H.-U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 731-762). Heidelberg: Springer.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003a). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 53, 171-177.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003b). Reduction of Incongruence in Inpatient Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 86-92.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C. & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67.
- Birbaumer, N & Schmidt, R. F. (2010). *Biologische Psychologie*. 7., überarb. u. erg. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Blöschl, L. (1998). Depressive Störungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Bond, M., Leung, K., Au, A., Tong, K., Reimel De Carrasquel, S., Murakami, F., Yamaguchi, S., Bierbrauer, G. et al. (2004). Culture-level dimensions of social axioms and their correlates across 41 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (5), 548-570.
- Bond, M. H. & Tedeschi, J. T. (2001). Polishing the jade: A modest proposal for improving social psychology across cultures. In: D. Matsumoto (Ed.), *Handbook of culture and psychology* (pp. 309-324). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2., vollst. überarb. u. aktualisierte Aufl. Berlin; Heidelberg [u.a.]: Springer

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Depression, and Sadness*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1983). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main: Fischer.

Bramesfeld, A., Grobe, T., & Schwartz, F. (2010). Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: An analysis of health insurance data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 329-335.

Bramesfeld, A. & Stoppe, G. (2006). Einführung. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 1-12). Heidelberg: Springer.

Brennan, J. F. (1998). *Readings in the History and Systems of Psychology*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Brennan, K. A. & Morris, K. A. (1997). Attachment styles, self-esteem, and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(1), 23-31.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3-35.



- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 10. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison Wesley.
- Bylsma, W. H., Cozzarelli, C. & Sumer, N. (1997). Relation between adult attachment styles and global self-esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(1), 1-16.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J. & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of Conflict and Support in Romantic Relationships: The Role of Attachment Anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 510–531.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R. & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 127-140.
- Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotion*, 30(2), 105-110.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cassidy, J. & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky, T. Nezworski, J. Belsky, T. Nezworski (Eds.): *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chan, D. K. S., Gelfand, M. J., Triandis, H. C. & Tzeng, O. (1996). Tightness-looseness revisited: Some preliminary analyses in Japan and the United States. *International Journal of Psychology*, 31(1), 1-12.

Coats, E. J., Janoff-Bulman, R. & Alpert, N. (1996). Approach Versus Avoidance Goals: Differences in Self-Evaluation and Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1057-1067.

Cohen, A. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64(3), 194-204.

Cohen, D. (2007). Methods in cultural psychology. In: S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 196-236). New York, NY US: Guilford Press.

Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment Processes in Eating Disorder and Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 282-290.

Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2004). Working Models of Attachment Shape Perceptions of Social Support: Evidence From Experimental and Observational Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 363-383.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.

Cota, A. A. & Xinaris, S. (1993). Factor Structure of the Sex-Role Ideology Scale: Introducing a Short Form. *Sex Roles*, 29 (5/6), 345-358.

Davis, S. & Greenstein, T. (2009). Gender ideology: Components, predictors, and consequences. *Annual Review of Sociology*, 35, 87-105.

Dickson, J. M. & MacLeod, A. K. (2004). Approach and Avoidance Goals and Plans: Their Relationship to Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (3), 415-432.

Dinero, R. E., Conger, R. D., Shaver, P. R., Widaman, K. F. & Larsen-Rife, D. (2008). Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 622-632.

- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46.
- Ehrental, J. C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B. & Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens 'Experiences in Close Relationships—Revised' (ECR–RD). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(6), 215-223.
- Elison, J. (2005). Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. *New Ideas in Psychology*, 23(1), 5-32.
- Elliot, A. J., Chirkov, V. I., Kim, Y. & Sheldon, K. M. (2001). A cross-cultural analysis of avoidance (relative to approach) personal goals. *Psychological Science*, 12(6), 505-510.
- Elliot, A. J. & Church, M. A. (2002). Client articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 243-254.
- Elliot, A. J., Sheldon, K. M. & Church, M. A. (1997). Avoidance personal goals and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(9), 915-927.
- Emmons, R. A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. In P. M. Gollwitzer, J. A. Bargh, P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 313-337). New York, NY US: Guilford Press.
- Evans, C. D., & Diekmann, A. B. (2009). On motivated role selection: Gender beliefs, distant goals, and career interest. *Psychology of Women Quarterly*, 33(2), 235-249.
- Feeney, B. C. (2007). The Dependency Paradox in Close Relationships: Accepting Dependence Promotes Independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (2), 268-285.

Feeney, B. C. & Thrush, R. L. (2010). Relationship Influences on Exploration in Adulthood: The Characteristics and Function of a Secure Base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57-76.

Fishtein, J., Pietromonaco, P. R. & Barrett, L. (1999). The contribution of attachment style and relationship conflict to the complexity of relationship knowledge. *Social Cognition*, 17(2), 228-244.

Fiske, A. (2002). Using individualism and collectivism to compare cultures – A critique of the validity and measurement of the constructs: Comment on Oyserman et al. (2002). *Psychological Bulletin*, 128(1), 78-88.

Florian, V., Mikulincer, M. & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 129(6), 665-676.

Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.

Fraley, R., Davis, K. E. & Shaver, P. R. (1998). Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In J. A. Simpson, W. Rholes, J. A. Simpson, W. Rholes (Eds.) , *Attachment theory and close relationships* (pp. 249-279). New York, NY US: Guilford Press.

Freund, H., Zimmermann, J., Pfeiffer, N., Conradi, A., Hunger, C. et al. (2010). Wie lässt sich der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten messen? Konzeptuelle und empirische Einführung einer multidimensionalen Kultur-Fragebogenbatterie. Im Druck.

Friedlmeier, W., Schäfermeier, E., Vasconcellos, V. & Trommsdorff, G. (2008). Self-construal and cultural orientation as predictors for developmental goals: A comparison between Brazilian and German caregivers. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(1), 39-67.

Fries, A. & Grawe, K. (2006). Inkonsistenz und psychische Gesundheit: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(2), 133-148.

Gamble, S. A. & Roberts, J. E. (2005). Adolescents' Perceptions of Primary Caregivers and Cognitive Style: The Roles of Attachment Security and Gender. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 123-141.

Gelfand, M. J., Nishii, L. H. & Raver, J. L. (2006). On the Nature and Importance of Cultural Tightness-Looseness. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1225-1244.

Gelfand, M. J., Raver, J. L., Nishii, L. H., Leslie, L., Duan, L. & Lim, B. C. (2007). *Assessment of cultural tightness-looseness across nations*. Unveröffentlichte Forschungsskala.

Georgas, J., Berry, J., van de Vijver, F., Kağıtçıbaşı, Ç. & Poortinga, Y. (2006). *Families across cultures: A 30-nation psychological study*. New York, NY US: Cambridge University Press.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview protocol*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview protocol* (2nd ed.). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol* (3rd ed.). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

Gilbert, P. (2007). The Evolution of Shame as a Marker for Relationship Security. A Biopsychosocial Approach. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.). *The Self-conscious Emotions* (pp. 283-310). New York: The Guilford Press.

Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B. & ... López, W. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763-775.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1999a). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 350-359.

Grawe, K. (1999b). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In: R. F. Wagner & P. Becker (Hrsg.). *Allgemeine Psychotherapie* (S.117-167).

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Green, J. D. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: Chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 452-461.

Griffin, D. W. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445.

Gross, J. & Munoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2, 151-164.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 170-179.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS)*. Göttingen: Hogrefe.

Grosse Holtforth, M & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(4), 315-323.

Grosse Holtforth, M & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 36(1), 9-21.

Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Castonguay, L. G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, 16(5), 639-644.

Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Egger, D. & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 261–271.

Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Fries, A. & Znoj, H. (2008). Inkonsistenz als differentielles Indikationskriterium in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 103-111.

Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen* Göttingen: Hogrefe.

Gruenewald, T. L., Dickerson, S. S. & Kemeny, M. E. (2007). A social function for self-conscious emotions: The social self-preservation theory. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.): *The self conscious emotions: Theory and research* (pp. 68–87). New York, NY: Guilford Press.

Gudykunst, W., Matsumoto, Y., Ting-Toomey, S., Nishida, T., Kim, K. & Heyman, S. (1996). The influence of cultural individualism-collectivism, self construals, and individual values on communication styles across cultures. *Human Communication Research*, 22(4), 510-543.

Halberstadt, J. & Niedenthal, P. M. (1997). Emotional state and the use of stimulus dimensions in judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1017-1033.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development*, 71(3), 690-694.

Hankin, B. L., Kassel, J. D. & Abela, J. Z. (2005). Adult Attachment Dimensions and Specificity of Emotional Distress Symptoms: Prospective Investigations of Cognitive Risk and Interpersonal Stress Generation as Mediating Mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 136-151.

Hannover, B., Kühnen, U. & Birkner, N. (2000). Independentes und interdependentes Selbstwissen als Determinante von Assimilation und Kontrast bei kontextuellem Priming. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 31, 44-56.

Harder, D. W., Cutler, L. & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59(3), 584-604.

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, 327-345.

Hautzinger, M. (2005). Depressionen. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 449-462). Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar. BDI II. Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.



Heine, S. J., Kitayama, S., Lehman, D. R., Takata, T., Ide, E., Leung, C. & Matsumoto, H. (2001). Divergent consequences of success and failure in Japan and North America: An investigation of self-improving motivations and malleable selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 599-615.

Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard?. *Psychological Review*, 106(4), 766-794.

Heine, S. J. & Raineri, A. (2009). Self-improving motivations and collectivism: The case of Chileans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(1), 158-163.

Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.

Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R. & T. Strauman (2003). Self-Discrepancies and Emotional Vulnerability: How Magnitude, Accessibility, and Type of Discrepancy Influence Affect. In: A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Hrsg.). *Social Psychology* (S. 185-201). New York: Psychology Press.

Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (1999). *Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin*. Ausgabe:6., neu bearb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work related values*. London: Newbury Park.

Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2006). *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. & Schutte, K. K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.

Inglehart, R. & Baker, W. (2000). Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review*, 65(1), 19-51.

Inglehart, R. & Norris, P. (2003). *Rising Tide. Gender equality and cultural change around the world*. Cambridge: University Press.

Jacobi, F. F., Wittchen, H. U., Höltling, C. C., Höfler, M. M., Pfister, H. H., Müller, N. N. & Lieb, R. R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 34(4), 597-611.

Jahoda, G. (1996). Ansichten über die Psychologie und die „Kultur“. In A. Thomas (Hrsg.). *Psychologie interkulturellen Handelns* (S. 33-42). Göttingen: Hogrefe.

Jahoda, G. (2007). Kulturkonzepte im Wandel. In: G. Trommsdorf & H.-J. Kornadt (Hrsg.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie* (S. 3-25). Göttingen: Hogrefe.

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798-1809.

Kämmerer, A. (2010). Zur Intensität des Erlebens von Schamgefühlen bei psychischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(7), 262-270.

Kämmerer, A., Rosenkranz, J., Parzer, P. & Resch, F. (2003). *Heidelberger Fragebogen zu Schamgefühlen. Skala-1: Körper und Sexualität, Skala-2: Leistung und Soziale Kompetenz*. Frankfurt: Harcourt Test.

Kalin, R. & Tilby, P. J. (1978). Development and validation of a sex-role ideology scale. *Psychological Reports*, 42(3), 731-73.

- Keltner, D., Young, R. C. & Buswell, B. N. (1997). Appeasement in human emotion, social practice, and personality. *Aggressive Behavior*, 23(5), 359-374.
- Kemper, T. D. (1987). "How Many Emotions are There?", *American Journal of Sociology*, 93, 263 - 289.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Klein, D. N. (2010). Chronic Depression: Diagnosis and Classification. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 96-100.
- Kobak, R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R. & Fleming, W. S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231-245.
- Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Kühnen, U. (1999). *Verzerrungen bei direkten und indirekten selbstbezogenen Ähnlichkeitsurteilen als Konsequenz hoch zugänglichen Selbstwissens*. Lengerich: Pabst, Science Publishers.
- Kühner, C. C., Bürger, C. C., Keller, F. F. & Hautzinger, M. M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-Inventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78(6), 651-656.
- Larose, S. & Bernier, A. (2001). Social support processes: Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96-120.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lee, A. Y., Aaker, J. L. & Gardner, W. L. (2000). The pleasures and pains of distinct self-construal: The role of interdependence in regulatory focus. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1122-1134.

Lefrançois, G. R. (2006). *Psychologie des Lernens*. Heidelberg: Springer.

Lemke, M. R. (2004). Ätiologie und Krankheitsmodelle. In M. R. Lemke (Hrsg.). *Affektive Störungen* (S. 7-18). Stuttgart: Thieme.

Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lewis, H. B. (1987). Ed. *The Role of Shame in Symptom Formation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Lewis, M. (1992). *Shame: the exposed self*. New York: The Free Press.

Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride shame, and guilt. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions* (2nd. ed.) (pp. 623-636). New York: Guilford Press.

Lockwood, P., Marshall, T. C. & Sadler, P. (2005). Promoting Success or Preventing Failure: Cultural Differences in Motivation by Positive and Negative Role Models. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 379-392.

MacKinnon, D., Fairchild, A. & Fritz, M. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614.

Main, M. (2001). Aktuelle Studien zur Bindung. In: G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 1-51). Bern: Hans Huber.

- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98 (2), 224-253.
- Marshall, T. (2008). Cultural differences in intimacy: The influence of gender-role ideology and individualism-collectivism. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25 (1), 143-168.
- Martin, A., Paetzold, R. L. & Rholes, W. (2010). Adult attachment and exploration: Linking attachment style to motivation and perceptions of support in adult exploration. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(2), 196-205.
- McGinn, L. K., Cukor, D. & Sanderson, W. C. (2005). The Relationship Between Parenting Style, Cognitive Style, and Anxiety and Depression: Does Increased Early Adversity Influence Symptom Severity Through the Mediating Role of Cognitive Style?. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219-242.
- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where Do We Go From Here? The Goal Perspective in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 346-365.
- Mickelson, K., Kessler, R. & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Mikulincer, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 513-524.
- Mikulincer, M. (1998b). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1209-1224.

Mikulincer, M. & Arad, D. (1999). Attachment working models and cognitive openness in close relationships: A test of chronic and temporary accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 710-725.

Mikulincer, M. & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 1022-1034.

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Bar-On, N. & Ein-Dor, T. (2010). The pushes and pulls of close relationships: Attachment insecurities and relational ambivalence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 450-468.

Niedenthal, P. M., Halberstadt, J. B. & Setterlund, M. B. (1997). Being happy and seeing 'happy': Emotional state mediates visual word recognition. *Cognition and Emotion*, 11(4), 403-432.

Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S. & Ric, F. (2006). *Psychology of Emotion. Interpersonal, Experiential, and Cognitive Approaches*. New York: Psychology Press.

Nisbett, R. (2003). *The geography of thought: How Asians and Westerners think differently ... and why*. New York, NY, US: Free Press.

Oerter, R. (2007). Werte, Werthaltungen, Valenzen. In G. Trommsdorff (Hrsg.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (Bd. 1, S. 97-118). Göttingen: Hogrefe.

Oishi, S. & Diener, E. (2001). Goals, Culture and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1674-1682.

Olhaberry, M., Biedermann, K., Crempien, C., Cruzat, C., Martínez, V., Martínez, F. & Krause, M. Battery of Multidimensional Cultural Questionnaires for Research in Psychology: Application in a Chilean Population Sample. Im Druck.

Orth, U., Berking, M. & Burkhardt, S. (2006). Self-Conscious Emotions and Depression: Rumination Explains Why Shame But Not Guilt is Maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 1608–1620.

Owens, G., Crowell, J. A., Pan, H. & Treboux, D. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 216-233.

Pelto, P. (1968). The difference between "tight" and "loose" societies. *Transaction*, 5, 37-40.

Pereg, D. & Mikulincer, M. (2004). Attachment style and the regulation of negative affect: Exploring individual differences in mood congruency effects on memory and judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(1), 67-80.

Pfeifer, (1993). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. Berlin: Akademie Verlag.

Pietromonaco, P. R. & Barrett, L. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1409-1423.

Pietromonaco, P. R. & Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175.

Pietromonaco, P. R. & Carnelley, K. B. (1994). Gender and working models of attachment: Consequences for perceptions of self and romantic relationships. *Personal Relationships*, 1(1), 63-82.

Poortinga, Y., van de Vijver, F., Joe, R. & van de Koppel, J. (1987). Peeling the onion called culture: A synopsis. In: Ç. Kagitçibaşı (Ed.), *Growth and progress in cross-cultural psychology* (pp. 22-34). Berwyn: Swets.

Potthoff, J. G., Holahan, C. J. & Joiner, T. E. (1995). Reassurance seeking, stress generation, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 664-670.

Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. New York: Aldine.

Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 7171-731.

Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008a). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.

Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008b). <http://www.afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html#indirect>. [11.04.2011].

Rauh, H. (2008). Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 149-224). Weinheim: Beltz.

Reizer, A. & Mikulincer, M. (2007). Assessing individual differences in working models of caregiving: The construction and validation of the Mental Representation of Caregiving scale. *Journal of Individual Differences*, 28(4), 227-239.

Rheinberg, Falko (2008). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.

Rholes, W., Simpson, J. A., Tran, S., Martin, A. & Friedman, M. (2007). Attachment and Information Seeking in Romantic Relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(3), 422-438.



- Roberts, J. E., Gotlib, I. H. & Kassel, J. D. (1996). Adult Attachment Security and Symptoms of Depression: The Mediating Roles of Dysfunctional Attitudes and Low Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310–320.
- Roberts, B. W. & Robins, R. W. (2000). Broad dispositions, broad aspirations: The intersection of personality traits and major life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1284-1296.
- Roisman, G. I., Collins, W., Sroufe, L. & Egeland, B. (2005). Predictors of young adults' representations of and behavior in their current romantic relationship: Prospective tests of the prototype hypothesis. *Attachment & Human Development*, 7(2), 105-121.
- Rom, E. & Mikulincer, M. (2003). Attachment theory and group processes: The association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1220-1235.
- Rowe, A. & Carnelley, K. B. (2003). Attachment style differences in the processing of attachment-relevant information: Primed-style effects on recall, interpersonal expectations, and affect. *Personal Relationships*, 10(1), 59-75.
- 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.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.

- Schandry, R. (2006). *Biologische Psychologie*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Scherer, K. R. (1997). Profiles of emotion-antecedent appraisal: testing theoretical predictions across cultures. *Cognition and Emotion*, 11, 113-150.
- Schermer, F. (2002). *Lernen und Gedächtnis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmader, T. & Lickel, B. (2006). The Approach and Avoidance Function of Guilt and Shame Emotions: Comparing Reactions to Self-Caused and Other-Caused Wrongdoing. *Motivation and Emotion*, 30(1), 43-56.
- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmitt, M. & Eid, M. (2007). Richtlinien für die Übersetzung fremdsprachlicher Messinstrumente. *Diagnostica*, 53(1), 1-2.
- Schneewind, K. A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwartz, S. H. (2004). Mapping and interpreting cultural differences around the world. In: H. Vinken, J. Soeters & P. Ester (Eds.), *Comparing cultures: Dimensions of culture in a comparative perspective* (pp. 43-73). Leiden: Brill.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (3), 550-562.
- Schwartz, S. H. & Rubel, T. (2005). Sex differences in value priorities: Cross-cultural and multimethod studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 1010-1028.
- Segall, N. H. (1983). On the search for the independent variable in cross-cultural psychology. In S. H. Irvine & J. W. Berry (Eds.), *Human assessment and cultural factors* (pp. 127-137). New York, NY, US: Plenum Press.

Segall, M., Lonner, W. & Berry, J. (1998). Cross-cultural psychology as a scholarly discipline: On the flowering of culture in behavioral research. *American Psychologist*, 53(10), 1101-1110.

Seligman, M. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York, NY US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Shaver, P. R. & Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the 'Big Five' personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536-545.

Shaver, P. R., Schachner, D. A. & Mikulincer, M. (2005). Attachment Style, Excessive Reassurance Seeking, Relationship Processes, and Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343-359.

Sheikh, S. & Janoff-Bulman, R. (2009). The “shoulds” and “should nots” of moral emotions: A self-regulatory perspective on shame and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(2), 213-224.

Sheikh, S. & Janoff-Bulman, R. (2010). Tracing the self-regulatory bases of moral emotions. *Emotion Review*, 2(4), 386-396.

Sheldon, K. M. & Niemiec, C. P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-341.

Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and adult attachment: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2, 219–225.

Simpson, J. A., Collins, W., Tran, S. & Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 355-367.

Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (2004). Anxious attachment and depressive symptoms. An interpersonal perspective. In: J. A. Simpson & W. S. Rholes (Hrsg.). *Attachment theory and close relationships* (pp 408-437).

Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (2010). Attachment and Relationships: Milestones and Future Directions. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 173-181.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446.

Singelis, T. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 580-591.

Singelis, T. & Brown, W. (1995). Culture, self, and collectivist communication: Linking culture to individual behavior. *Human Communication Research*, 21(3), 354-389.

Singelis, T., Yamada, A., Barrio, C., Laney, J., Her, P., Ruiz-Anaya, A. & Lennertz, S. (2006). Metric Equivalence of the Bidimensional Acculturation Scale, the Satisfaction With Life Scale, and the Self-Construal Scale Across Spanish and English Language Versions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 28(2), 231-244.

Solomon, R. C., Stearns, P. N., White, G. M., Kemper, T. D., Frijda, N. H., Brown, G. W., & ... Tan, E. S. (2000). Part I: Interdisciplinary foundations. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 3-134). New York, NY US: Guilford Press.

Sroufe, L., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.

Tamcan, Ö. (2005). *Kultur, Migration und Motivationale Ziele*. Bern: Selbstverlag.

Tangney, J. P. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 598-607.

Tangney, J. P., Burggraf, S. A. & Wagner, P. E. (1995). Shame-Proneness, Guilt-Proneness, and Psychological Symptoms. In: J. P. Tangney & K. W. Fischer (Hrsg.). *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride* (pp. 343-367). New York: Guilford Press.

Tangney, J. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York, NY US: Guilford Press.

Tangney, J. P. & Fisher, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions*. New York: Guilford Press.

Tangney, J., Miller, R. S., Flicker, L. & Barlow, D. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1256-1269.

Tangney, J., Niedenthal, P. M., Covert, M. & Barlow, D. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 256-268.

Tangney, J. P., Wagner, P. & Gramzow, R. (1992). Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 469-478.

Thomas, A. (Hrsg.) (2003). *Kulturvergleichende Psychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2004a). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.

Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2004b). Keeping the self in self-conscious emotions: Further arguments for a theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 171-177.

- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2006). Appraisal Antecedents of Shame and Guilt: Support for a Theoretical Model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1339-1351.
- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2007). The Self in Self-Conscious Emotions: A cognitive Appraisal Approach. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The Self-conscious Emotions* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51(4), 407-415.
- Triandis, H. C. (2007). Culture and psychology: A history of the study of their relationship. In: S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 59-76). New York, NY, US: Guilford Press.
- Triandis, H. C., Leung, K., Villareal, M. & Clack, F.L. (1985). Allocentric vs. idiocentric tendencies: Convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality*, 19 (4), 395-415.
- Van de Vijver, F. & Leung, K. (1997). *Methods and data analysis for cross-cultural research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 8-21.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1362-1370.
- Waters, E., Hamilton, C. E. & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development*, 71(3), 678-683.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Alberheim, L. (2000). Attachment security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71 (3), 684-689.

Waters, E., Weinfield, N. S. & Hamilton, C. E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development*, 71(3), 703-706.

Wei, M., Heppner, P. & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 438-447.

Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M. & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Depressive Symptoms, and Validation From Self Versus Others. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 368-377.

Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K. & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 591-601.

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24.

Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, Heidelberg: Springer.

Weltgesundheitsorganisation. *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. H. Dilling & H.J. Freyberger (Hrsg.) (2008). 4. überarbeitete Auflage. Hans Huber: Bern.

Whiting, B. B. (1976). The problem of the packaged variable. In: K. F. Riegel & J. A. Meacham (Eds.), *The developing individual in a changing world* (Vol. 1, pp. 303-309). Chicago: Aldine.

Wiebe, J. S., & Penley, J. A. (2005). A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment*, 17(4), 481-485.

Williams, J. & Best, D. (1990). *Sex and psyche: Gender and self viewed cross-culturally*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications.

Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126.

Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm*. Swets & Zeitlinger, Frankfurt.

Wittchen, H. U., Lachner, G. G., Wunderlich, U. U., & Pfister, H. H. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(11), 568-578.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 15-37). Heidelberg: Springer.

Wollburg, E., & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy: The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 488-494.



---

Zimmermann, J. (2009). *Die Bedeutung der Self-Construal Scale (SCS) für kulturvergleichende psychologische Forschung: Ein systematisches Review*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

## Abbildungen

Abb. 1: Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens .....	18
Abb. 2: Process model of self-conscious emotions .....	29
Abb. 3: Grundzüge eines biopsychosoz. Modells d. Genese v. depressiven Störungen .....	51
Abb. 4: Interpersonal Model of Attachment Ambivalence and Depressive Symptoms .....	55
Abb. 5: Interpersonal Model of Attachment Ambivalence and Depressive Symptoms – erweitert .....	60
Abb. 6: Einfache Mediation .....	101
Abb. 7: Multiple Mediation .....	102
Abb. 8: Interne Konsistenzen CAEMO Vermeidungsziele .....	110
Abb. 9: Interne Konsistenzen CAEMO Annäherungsziele .....	111
Abb. 10: Interne Konsistenzen INC Vermeidungsziele .....	112
Abb. 11: Interne Konsistenzen INC Annäherungsziele .....	112
Abb. 12: Verteilung der Diagnosen in den klinischen Stichproben .....	132
Abb. 13: Einfaches Mediatormodell zu Inkongruenz, Bindungsangst und Depression .....	140
Abb. 14: Multiples Mediatormodell zu Inkongruenz, bindungsbezogener Angst und Depression .....	141
Abb. 15 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Gesamtingkongruenz .....	148
Abb. 16 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Vermeidungssinkongruenz .....	149
Abb. 17 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Annäherungssinkongruenz .....	150
Abb. 18 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Hilfe bekommen .....	151
Abb. 19 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Intimität .....	152
Abb. 20 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Geselligkeit .....	152
Abb. 21 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Selbstbelohnung .....	153
Abb. 22 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Alleinsein .....	153
Abb. 23 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Geringschätzung .....	154
Abb. 24 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Erniedrigung .....	154
Abb. 25 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Vorwürfe .....	155
Abb. 26 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Sich verletzbar machen .....	155
Abb. 27 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Versagen .....	156
Abb. 28 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Altruismus .....	163
Abb. 29 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Kontrolle .....	164
Abb. 30 Interaktionseffekt von Nationalität und Depressivität auf Alleinsein .....	169
Abb. 31: Ausprägung der motivationalen Annäherungsziele in Chile und Deutschland .....	171
Abb. 32: Ausprägung der motivationalen Vermeidungsziele in Chile und Deutschland .....	171

## Tabellen

Tab. 1: Tabelle 1 Epidemiologie unipolarer Depression in Deutschland .....	48
Tab. 2: Epidemiologie affektiver Störungen in Chile .....	49
Tab. 3: Epidemiologie affektiver Störungen in Chile und Deutschland .....	49
Tab. 4: Tests auf Normalverteilung .....	107-108
Tab. 5: Interne Konsistenzen INC und CAEMO .....	113-114
Tab. 6: Mittelwerte INC und CAEMO .....	117-121
Tab. 7: Korrelationen INC und BDI-II .....	122-123
Tab. 8: Interne Konsistenzen .....	124-125
Tab. 9: Soziodemographische Daten deutsche klinische Stichproben .....	126
Tab. 10: Soziodemographische Daten .....	127
Tab. 11: Korrelationen Soziodemographie .....	133-134
Tab. 12: Korrelationen zwischen INK und BDI-II .....	138
Tab. 13: Haupteffekte von Depressivität und Nationalität auf INC und INK .....	157-160
Tab. 14: Haupteffekte von Depressivität und Nationalität auf die Ausprägung motivationaler Ziele .....	165-167
Tab. 15: Haupteffekte von Nationalität auf die Ausprägung kulturvermittelnder Variablen .....	173-174
Tab. 16: Zusammenhänge der HKFB-Variablen mit motivationalen Zielen .....	177