

Das Kohärenzgefühl in der Ätiologie
depressiver Störungen:
Ein Schutzfaktor, der im depressiven Zustand
nicht verfügbar ist?

vorgelegt von

Julia Rottmann

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)
in der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund

Dortmund

2012

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Alexa Franke

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Heinrich Tröster

DANKSAGUNG

Der größte Teil dieser Arbeit entstand während meiner Beschäftigung als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund. Zur Fertigstellung haben viele Personen beigetragen, bei denen ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken möchte.

Mein erster Dank gilt Frau Professor Alexa Franke für ihre wissenschaftliche und persönliche Begleitung der Arbeit. Ihre salutogenetische Überzeugung und ihr Einsatz für das salutogenetische Modell eröffneten mir eine neue Perspektive auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Dieser Perspektivwechsel stand am Anfang dieser Arbeit und wird mich hoffentlich auch über ihren Abschluss hinaus begleiten. Ich danke auch Herrn Professor Heinrich Tröster für seine Unterstützung und für seine Bereitschaft, die Zweitbegutachtung der Arbeit zu übernehmen.

Ariane Raichle, Detlev Haimerl und Karin Mohn danke ich herzlich für die gute kollegiale Zusammenarbeit. Ihre menschliche und fachliche Unterstützung war eine wertvolle Ressource für mich.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer experimentellen Untersuchung und zwei Fragebogenstudien zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bereit waren, mit ihren individuellen Erfahrungen zu der Studie beizutragen, gebührt mein besonderer Dank. Herrn Dr. Harald Krauß, dem Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Marienhospitals in Dortmund, danke ich für seine Kooperationsbereitschaft. Herrn Dr. Stefan Grönniger und dem Krankenpflegepersonal der Stationen P3 und P4 des Marienhospitals danke ich für ihre Hilfsbereitschaft, die ebenfalls zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat. Ich danke auch Frau Dipl.-Psych. Babette Dlugosch, die den Kontakt zum Marienhospital hergestellt hat.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Mutter Agnes Rottmann für hilfreiche Korrekturen und Verbesserungsvorschläge.

Stefan Sommer danke ich für seine Zuversicht, seine Geduld und vor allem für ein motivierendes Versprechen, das mir stets geholfen hat, den Abschluss der Arbeit im Blick zu behalten.

DANKSAGUNG

Die vorliegende Arbeit wurde finanziell unterstützt durch die
Stiftung Depressionsforschung, gemeinnützige Stiftung, Berlin.

Die Stiftung stellte Versuchspersonengelder zur Verfügung und übernahm Materialkosten.

Die ethische Unbedenklichkeit des Forschungsvorhabens wurde begutachtet durch die
Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Zur Begutachtung vorgelegt wurden die erste und die zweite Teilstudie, die mit einer experimentellen Manipulation arbeiteten bzw. auf einer Befragung depressiver Patient/-innen beruhten. Beide Vorhaben wurden für „unbedenklich“ befunden.

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG.....	1
II. THEORIE.....	4
1. Das salutogenetische Modell.....	4
1.1 Grundlegende Annahmen des salutogenetischen Modells.....	4
1.1.1 Entropie und Heterostase.....	4
1.1.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.....	5
1.1.3 Stressoren und Widerstandsressourcen.....	6
1.1.4 Das Kohärenzgefühl.....	7
1.1.5 Die Rolle des Kohärenzgefühls im Bewältigungsprozess.....	8
1.2 Das Kohärenzgefühl als Determinante physischer und psychischer Gesundheit.....	9
2. Der Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression.....	13
2.1 Zum empirischen Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression.....	13
2.2 Theoretische Einbettung des Kohärenzgefühls als Protektivfaktor in ätiologische Modelle der Depression.....	15
2.2.1 Modelle zur Entstehung depressiver Störungen aus selbstregulatorischer Perspektive.....	15
2.2.1.1 Selbstregulation als grundlegendes Prinzip menschlichen Verhaltens.....	15
2.2.1.2 Pyszczynskis und Greenbergs Theorie der selbstregulatorischen Perseveration.....	16
2.2.1.3 Martins und Tessers Konzept der Rumination als Folge selbstregulatorischer Perseveration.....	17
2.2.1.4 Kuhls Hypothese der degenerierten Intention.....	18
2.2.1.5 Das Kohärenzgefühl als Protektor gegen depressiogene selbstregulatorische Prozesse.....	19
2.2.2 Das Zwei-Prozess-Modell: Zur Entstehung depressiver Störungen aus entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischer Perspektive.....	21
2.2.2.1 Brandtstädters Zwei-Prozess-Modell.....	21
2.2.2.2 Das Kohärenzgefühl als Motor assimilativer und akkomodativer Prozesse.....	24
2.3 Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls.....	26
2.4 Zusammenfassung und Synthese der Annahmen zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression.....	29

III. EMPIRISCHER TEIL	32
1. Überblick über die Studien und die Untersuchungshypothesen	32
2. Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von aktueller Stimmung (Studie 1)	35
2.1 Methode Studie 1.....	35
2.1.1 Design und Hypothesen.....	35
2.1.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen: Stimmungsinduktion.....	36
2.1.3 Manipulationscheck.....	37
2.1.4 Operationalisierung der abhängigen Variablen: Kohärenzgefühl.....	37
2.1.5 Operationalisierung der Kovariaten: Depressivität.....	40
2.1.6 Versuchsablauf im Überblick.....	41
2.1.7 Stichprobe.....	42
2.1.8 Datenanalyse.....	43
2.2 Ergebnisse Studie 1.....	45
2.2.1 Manipulationscheck.....	45
2.2.2 Effekte der Stimmungsinduktion auf das Kohärenzgefühl.....	46
2.2.3 Korrelative Zusammenhänge von Kohärenzgefühl und Depressivität.....	48
2.3 Diskussion Studie 1.....	50
3. Der Zusammenhang von Depressivität und Kohärenzgefühl im „remitted depression paradigm“ (Studie 2)	53
3.1 Methode Studie 2.....	53
3.1.1 Design.....	53
3.1.2 Hypothesen.....	53
3.1.3 Operationalisierung der unabhängigen Variablen: Depressivität.....	53
3.1.4 Operationalisierung der abhängigen Variablen: Kohärenzgefühl und kognitive Vulnerabilität.....	58
3.1.5 Aufbau der Fragebögen.....	59
3.1.6 Stichprobe.....	59
3.1.7 Datenanalyse.....	61
3.2 Ergebnisse Studie 2.....	63
3.2.1 Gruppenunterschiede im Kohärenzgefühl.....	63
3.2.2 Explorative Analysen.....	66
3.3 Diskussion Studie 2.....	68
4. Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und depressionsrelevanten Bewältigungsstilen (Studie 3)	73
4.1 Methode Studie 3.....	73
4.1.1 Design.....	73
4.1.2 Hypothesen.....	74

INHALT

4.1.3	Operationalisierung der untersuchten Konstrukte.....	74
4.1.4	Aufbau des Fragebogens.....	76
4.1.5	Ablauf der Datenerhebung.....	76
4.1.6	Stichprobe.....	76
4.1.7	Datenanalyse.....	77
4.2	Ergebnisse Studie 3.....	78
4.2.1	Deskriptive Darstellung der Skalenwerte.....	78
4.2.2	Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und dispositionellem Umgang mit Problemen.....	78
4.2.3	Explorative Analysen.....	80
4.3	Diskussion Studie 3.....	81
IV.	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	84
1.	Salutogenese und Pathogenese – zwei Seiten derselben Medaille?.....	86
2.	Stärkung des Kohärenzgefühls als Aufgabe in der Prävention und Therapie der Depression.....	89
2.1	Ressourcenorientierung als zentrales Prinzip.....	89
2.2	Stärkung des Kohärenzgefühls.....	90
3.	Das Kohärenzgefühl als gesunderhaltender Faktor in der postmodernen Gesellschaft.....	94
V.	ZUSAMMENFASSUNG.....	98
VI.	LITERATUR.....	100
VII.	ANHANG.....	113

I. EINLEITUNG

Die Depression gehört weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen. Beispielsweise kann in der deutschen Bevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 17 % für die Major Depression angenommen werden (Wittchen & Pittrow, 2002), wobei eine subklinisch ausgeprägte depressive Symptomatik eine noch weitere Verbreitung aufweist (Kessler, 2002). Alarmierend sind Hinweise darauf, dass die Prävalenzraten in jüngeren Kohorten noch weiter ansteigen (Kessler, 2002). Die Depression führt zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Funktionsfähigkeit, ist eine der wichtigsten Ursachen für Krankheitstage oder Erwerbsminderung und ist mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden (Wittchen & Jacobi, 2006). Die weite Verbreitung der Erkrankung in Verbindung mit ihren schwerwiegenden Auswirkungen für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft rechtfertigen es, die Depression als eine der großen Volkskrankheiten zu bezeichnen (Stoppe, Bramesfeld & Schwartz, 2006).

Fundierte Interventionen zur Prävention und Behandlung depressiver Störungen beruhen auf empirisch gesicherten ätiologischen Modellen, insbesondere auf der Kenntnis relevanter Vulnerabilitäts- und Protektivfaktoren. Dank einer großen Anzahl theoretischer und empirischer Arbeiten konnten bereits vielfältige Erkenntnisse über die Entstehung depressiver Störungen gewonnen werden. Es wurden verschiedene biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren identifiziert, die in einer wechselseitigen Interaktion für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen verantwortlich gemacht werden können. Entsprechende Befunde wurden in zahlreichen Studien repliziert und in umfassende biopsychosoziale Modelle integriert (zusammenfassend siehe z. B. Abramson, Alloy, Hankin, Haefel, MacCoon & Gibb, 2002; Hammen, 1999). Der Vielzahl der hier zu verortenden pathogenetisch orientierten Studien steht eine weit geringere Anzahl von Arbeiten gegenüber, die sich der Identifikation von Faktoren widmen, die in der Ätiologie und im Verlauf depressiver Störungen eine protektive Rolle spielen. Einen geeigneten theoretischen Rahmen zur Untersuchung protektiver Faktoren bietet das von Antonovsky (1979, 1997) entwickelte Modell der *Salutogenese*. Als Gegengewicht zur traditionell pathogenetisch ausgerichteten Perspektive auf Gesundheit und Krankheit stellt das salutogenetische Modell im Kern die Frage: Was hält Menschen gesund? Als entscheidende Determinante für Gesundheit betrachtet Antonovsky das *Kohärenzgefühl* (*Sense of Coherence, SOC*). Es beschreibt ein Gefühl des Vertrauens, dass das Leben zumindest in den persönlich wichtigen Lebensbereichen verstehbar, handhabbar und bedeutsam ist.

Wie im Hauptteil dieser Arbeit dargestellt wird, kann der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und verschiedenen Indikatoren körperlicher und psychischer Gesundheit als

belegt gelten. Wiederholt empirisch bestätigt wurde auch ein stark negativer Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität. Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Klärung dieses bislang vorwiegend korrelativ untersuchten Zusammenhangs leisten. Sie verfolgt die Frage, ob sich Defizite im Kohärenzgefühl lediglich als Begleitphänomen der depressiven Symptomatik einstellen oder ob sich zwischen vulnerablen und nicht-vulnerablen Personen auch außerhalb der akuten depressiven Symptomatik Unterschiede im Kohärenzgefühl nachweisen lassen. Die Fragestellung wird im Rahmen von drei empirischen Studien bearbeitet.

In der ersten Studie wird die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von der aktuellen Stimmung untersucht, indem eine Gruppe nicht-klinischer Probanden randomisiert einer von zwei experimentellen Bedingungen zugewiesen wird, in denen entweder positive oder negative Stimmung experimentell induziert wird. Als abhängige Variablen dienen Maße für das Kohärenzgefühl. In der zweiten Studie wird im Rahmen einer Fragebogenstudie die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von akuter depressiver Symptomatik untersucht. In Anlehnung an das in der Vulnerabilitätsforschung verbreitete *remitted depression paradigm* wird das Kohärenzgefühl einer Gruppe akut depressiver, einer Gruppe remittiert depressiver und einer Gruppe vormals nicht depressiver Personen verglichen. Sofern das Kohärenzgefühl im Rahmen einer depressiven Episode einen vorübergehenden Zusammenbruch erleidet, sollten akut depressive Personen ein geringeres Kohärenzgefühl aufweisen als remittiert depressive Personen. Stellt das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor dar, sollten sich zudem Unterschiede zwischen den remittiert depressiven Personen und den vormals nicht depressiven Personen nachweisen lassen. In der dritten Studie werden auf Basis einer Fragebogenuntersuchung mit einer nicht-klinischen Stichprobe mögliche Mediatoren des Zusammenhangs von Kohärenzgefühl und Depression betrachtet. Insbesondere interessiert, ob ein starkes Kohärenzgefühl mit einer guten Fähigkeit zu aktiver Problemlösung und zur Ablösung von unrealistischen Zielen einhergeht. Auf diese Weise könnte es vor ruminativen Reaktionen auf belastende Ereignisse schützen und so protektiv in der Entwicklung depressiver Störungen wirken.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in vier Teile. Im Anschluss an die Einleitung (I) wird im zweiten Teil der Arbeit der theoretische Hintergrund (II) der Studien dargestellt. Den Ausgangspunkt bildet das Modell der Salutogenese, welches zu Beginn in seinen grundlegenden Annahmen dargestellt wird (II.1). Anschließend wird der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität zunächst aus empirischer und dann aus theoretischer Perspektive beleuchtet (II.2). Der dritte Teil der Arbeit dient der Beschreibung der empirischen Studien (III). An einen Überblick über die Studien (III.1) knüpft sich eine Darstellung der drei Studien an (III.2, III.3, III.4). Zu jeder Studie werden die Methode, die Ergebnisse und eine Diskussion der Ergebnisse dargestellt. Im abschließenden Teil der

Arbeit (IV) werden die Ergebnisse der drei Studien in einer gemeinsamen Diskussion zusammengefasst. Ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen werden drei Fragen entwickelt: In welchem Verhältnis stehen die salutogenetische und die pathogenetische Perspektive zueinander (IV.1)? Lässt sich das Kohärenzgefühl im Rahmen von Prävention und Therapie gezielt stärken (IV.2)? Welchen Einfluss haben gesellschaftliche Entwicklungen auf das Kohärenzgefühl und auf die Prävalenz depressiver Störungen (IV.3)? Diese Fragen werden im Sinne eines Ausblicks zum Schluss der Arbeit diskutiert.

II. THEORIE

1. Das salutogenetische Modell

In Kapitel 1 wird das salutogenetische Modell als theoretischer Rahmen der vorliegenden Studien dargestellt. Dazu werden zunächst die grundlegenden Prämissen des salutogenetischen Modells erläutert (1.1). Anschließend werden Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und physischer wie psychischer Gesundheit dargestellt (1.2).

1.1 Grundlegende Annahmen des salutogenetischen Modells

Auf die salutogenetische Fragestellung stieß Antonovsky, wie er in der Einleitung eines seiner Hauptwerke „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ (1997, ins Deutsche übersetzt von Alexa Franke) darstellt, eher zufällig. Im Rahmen einer Studie, in der er die Anpassung von Frauen verschiedener ethnischer Herkunft an die Wechseljahre untersuchte, begegnete er Frauen, die den Aufenthalt in einem nationalsozialistischen Konzentrationslager überlebt hatten. Antonovsky war überrascht von der Tatsache, dass sich ein substantieller Anteil dieser Frauen trotzdem in einem guten Gesundheitszustand befand. Dies brachte ihn zu der Frage, wie es Menschen gelingt, gesund zu bleiben oder zu werden. Daraus folgend entwickelte er das Modell der Salutogenese, welches von ihm und anderen als Gegenentwurf zum pathogenetischen Modell verstanden wird. Während das pathogenetische Modell erklären möchte, warum Menschen krank werden, folgt das salutogenetische Modell einer radikal anderen Frage: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu [...]?“ (Antonovsky, 1997, S. 15). Dieser Perspektivwechsel, weg von der Erklärung von Krankheit hin zur Erklärung von Gesundheit, kennzeichnet das salutogenetische Modell. Im Folgenden werden einige zentrale Begriffe des salutogenetischen Modells kurz erläutert.

1.1.1 Entropie und Heterostase

Eine fundamentale Schwäche des pathogenetischen Modells sieht Antonovsky (1993) in der Annahme von Homöostase als Normalzustand. Die Idee der Homöostase besagt, dass Menschen normalerweise im Gleichgewicht und gesund sind, wenn nicht eine Kombination von ungünstigen Umständen auftritt. Folgt man dieser Vorstellung, stellt Krankheit eine Abweichung von der Normalität dar. Nach Antonovsky (1997) widerspricht dies der Tatsache, dass Krankheit und Leid allgegenwärtig sind. Hieraus schließt er, dass Gesundheit kein normaler, passiver Zustand des Gleichgewichts sein kann. Statt sich in einem sich selbst

regulierenden Gleichgewichtszustand zu befinden, ist der Mensch nach Antonovsky permanent Kräften ausgeliefert, die dieses Gleichgewicht stören. Er nimmt ein heterostatisches Ungleichgewicht als Normalfall an. Zur Untermauerung dieser Annahme dient Antonovsky (1997) das thermodynamische Konzept der Entropie. Entropie stellt ein Maß für die Unordnung in einem System dar, wobei ungeordnete, entropiereiche Zustände wahrscheinlicher sind als geordnete, entropiearme Zustände. Geordnete Zustände gehen leicht in ungeordnete über. Auch der menschliche Organismus unterliegt nach Antonovsky den Kräften der Entropie und ist damit stets der Auflösung und dem Zerfall ausgesetzt, sofern keine Energie in die Aufrechterhaltung der Ordnung investiert wird. Damit ergibt sich als fundamentales Postulat der salutogenetischen Orientierung, „daß Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind“ (Antonovsky, 1997, S. 29).

1.1.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Ein weiterer zentraler Unterschied zum pathogenetischen Modell liegt darin, wie das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander gesehen wird. Im pathogenetischen Modell, z. B. beschrieben durch Franke (2006), wird ein dichotomes Verhältnis von Gesundheit und Krankheit angenommen: Man ist entweder krank oder gesund, wobei die beiden Zustände klar abzugrenzen sind und sich wechselseitig ausschließen. Im salutogenetischen Modell wird diese Dichotomie aufgegeben. Stattdessen werden Gesundheit und Krankheit als Pole eines gemeinsamen Gesundheits-Krankheits-Kontinuums gesehen (Antonovsky, 1979). Das Kontinuum kann auch im Deutschen als HEDE-Kontinuum bezeichnet werden, wobei HE für „health ease“ und DE für „disease“ steht (Franke & Witte, 2009). Dieses Wortspiel drückt bereits aus, dass Gesundheit und Krankheit im salutogenetischen Modell nicht als stabile und unterscheidbare Zustände betrachtet werden, sondern eher als Prozesse der Gesundung und Ent-Gesundung. Das HEDE-Kontinuum ist mehrdimensional konzipiert, so dass unterschiedliche Indikatoren von Gesundheit und Krankheit in die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person einfließen müssen. Es werden subjektive Aspekte des Befindens (z. B. Schmerzerleben) und objektive Aspekte des medizinischen Befunds (z. B. professionelle Prognose) heran gezogen, um die Position einer Person auf dem HEDE-Kontinuum zu bestimmen (Antonovsky, 1979). Das mehrdimensionale Kontinuums-Modell impliziert, dass jeder Mensch teilweise gesund und teilweise krank ist. Völlige Gesundheit und völlige Krankheit bilden nur die Extrempunkte des Kontinuums und sind von einem lebenden Menschen nie zu erreichen. „Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (Antonovsky, 1997, S. 23).

1.1.3 Stressoren und Widerstandsressourcen

Wie beschrieben, bilden Gesundheit und Krankheit im salutogenetischen Modell keine unterscheidbaren Kategorien, sondern liegen in veränderlichen Anteilen stets gemeinsam vor. Dabei ist die aktuelle Position eines Menschen auf dem HEDE-Kontinuum aufgrund heterostatischer Prozesse nicht stabil, sondern stets in Bewegung. Wovon hängt es nun ab, ob diese Bewegung in Richtung auf den gesunden oder den kranken Pol erfolgt?

Die Bewegung auf dem HEDE-Kontinuum hängt nach Antonovsky (1979) davon ab, wie Menschen mit Stressoren umgehen. In der alltäglichen Auseinandersetzung mit den Kräften der Entropie entscheidet sich, ob ein Mensch sich in Richtung des gesunden oder des kranken Pols bewegt. Stressoren sind nach Antonovsky (1979) all jene Herausforderungen, die Entropie in das menschliche System bringen, das Gleichgewicht stören und für die keine unmittelbar verfügbare, automatische Bewältigungsreaktion zur Verfügung steht. Die Konfrontation mit einem Stressor führt nach Antonovsky (1997) zunächst zu einem undifferenzierten Spannungszustand. Nur, wenn diesem Spannungszustand nicht effektiv begegnet werden kann, entsteht Stress, der gesundheitsschädliche Auswirkungen haben kann, indem er zum Beispiel immunologische und neuroendokrine Prozesse ungünstig beeinflusst. Kann die Spannung jedoch durch adaptive Bewältigung reduziert werden, so kann die potenziell schädigende Wirkung gemindert oder neutralisiert werden. Über die Spannungsreduktion hinaus kann eine effektive Bewältigung auch eine positive, stärkende Wirkung haben (Antonovsky, 1993), wenn ein Mensch aus einem erfolgreichen Bewältigungsprozess gestärkt und mit neuer Zuversicht hervorgeht. In dieser erweiterten Sicht sind Stressoren also nur noch potenziell pathogen. Sie können ebenso eine neutrale oder salutogene Wirkung entfalten. Antonovsky hofft, dass das salutogenetische Modell auf diese Weise zu einer „Rehabilitation der Stressoren im menschlichen Leben“ (1997, S. 27) beizutragen vermag.

Die Mittel zur erfolgreichen Bewältigung von Stressoren werden generalisierte Widerstandsressourcen (*generalized resistance resources, GRRs*, Antonovsky, 1979) genannt. Hiermit ist ein breites Spektrum von Faktoren gemeint, die zur Bekämpfung von Stressoren geeignet sind und so der Entropie entgegen wirken. Widerstandsressourcen können entweder in der Person oder in der Umwelt zu finden sein. Die in der Umwelt zu findenden Widerstandsressourcen basieren auf den gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen ein Individuum lebt. Unter anderem zählen politischer und sozialer Frieden, eine ökonomische Grundsicherung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen eines Staates zu den gesellschaftlichen Widerstandsressourcen. Zu den individuellen Widerstandsressourcen zählen u. a. kognitive (z. B. Wissen, Intelligenz), psychische (z. B. Selbstvertrauen, Optimismus), physiologische (z. B. stabile Konstitution) und materielle (z. B. finanzielle Unabhängigkeit) Ressourcen (Franke, 2006). Neben den gesellschaftlichen und individuellen Widerstandsressourcen betont

Antonovsky eine weitere Quelle für einen erfolgreichen Umgang mit Belastungen. Für ihn stellt auch der soziale Rückhalt einen wichtigen Schlüssel zur Belastungsbewältigung dar. Personen, denen man vertraut, auf die man zählen kann und deren Ressourcen neben den eigenen zur Stressbewältigung zur Verfügung stehen, werden „legitimierte andere“ (Antonovsky, 1997, S. 35) genannt und stellen ebenfalls eine generalisierte Widerstandsressource dar.

1.1.4 Das Kohärenzgefühl

Je mehr generalisierte Widerstandsressourcen einer Person zur Verfügung stehen, desto häufiger kann sie Stressoren effektiv begegnen und ihr Leben als geordnet, handhabbar und sinnvoll erleben. Diese Erfahrung bildet nach Antonovsky (1997) die Basis für die Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC), welches im salutogenetischen Modell die zentrale Determinante für die Position auf dem HEDE-Kontinuum darstellt.

Das Kohärenzgefühl ist nicht als Gefühl im engeren Sinne zu verstehen, sondern es bezeichnet eine „dispositionelle Orientierung“ (Antonovsky, 1997, S. 165) und damit ein relativ stabiles globales Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster, mit dem man der eigenen Welt begegnet. Das Kohärenzgefühl hat nach Antonovsky (1997) drei Komponenten, die auch in folgender Definition zum Ausdruck kommen.

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

Die drei Teilkomponenten werden Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit genannt.

Verstehbarkeit ist die Erwartung einer Person, dass die innere und die äußere Welt sich als kognitiv sinnhaft, geordnet und konsistent darstellt und nicht als chaotisches, ungeordnetes und unerklärliches Rauschen (Antonovsky, 1997). Eine Person, die ein starkes Erleben von Verstehbarkeit hat, erwartet also, dass die Erfahrungen, die sie im Leben machen wird, vorhersehbar sein werden oder, sofern sie doch überraschend eintreten, eingeordnet und verstanden werden können. Verstehbarkeit bezeichnet ein „kognitives Verarbeitungsmuster“

(Bengel, Strittmatter & Willmann, H., 2001, S. 29). Für die Ausbildung der Verstehbarkeitskomponente ist nach Antonovsky (1997) entscheidend, in welchem Ausmaß ein Mensch seine Umgebung als konsistent erlebt (*Erfahrung von Konsistenz*).

Die Komponente der *Handhabbarkeit* steht für die Überzeugung, über geeignete Widerstandsressourcen zur Bewältigung von Schwierigkeiten zu verfügen, und für einen daraus resultierenden Optimismus, dass Schwierigkeiten lösbar sind (Antonovsky, 1997). Wie oben beschrieben, führt nicht nur die Verfügbarkeit eigener Widerstandsressourcen zum Erleben von Handhabbarkeit, sondern auch das Wissen, dass es Menschen gibt, auf die man zählen kann und die weitere Ressourcen beisteuern können. Eine starke Handhabbarkeitskomponente trägt dazu bei, sich den Ereignissen nicht hilflos ausgeliefert zu sehen, sondern im Gegensatz dazu auch belastende Erfahrungen als Herausforderungen bewerten zu können, mit denen man umzugehen weiß (Antonovsky, 1997). Bei dieser Komponente handelt es sich um ein „kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster“ (Bengel et al., 2001, S. 29), dessen Ausbildung nach Antonovsky (1997) davon abhängt, inwiefern die individuellen Erfahrungen durch eine Balance zwischen Unter- und Überforderung geprägt sind (*Erfahrung von Belastungsbalance*).

Bedeutsamkeit, von Antonovsky (1997) als motivationales Element des Kohärenzgefühls bezeichnet, bezieht sich auf das Ausmaß, in dem das Leben als sinnvoll empfunden wird und in dem einige der Anforderungen des Lebens als so wichtig erachtet werden, dass es sich lohnt, sich dafür anzustrengen (Antonovsky, 1997). Eine starke Bedeutsamkeitskomponente kann sich nach Antonovsky (1997) nur herausbilden, wenn ein Mensch wiederholt die Möglichkeit erfährt, auf die persönliche Umwelt Einfluss nehmen und an der Gestaltung von Handlungsergebnissen teilhaben zu können (*Erfahrung von Partizipation*).

1.1.5 Die Rolle des Kohärenzgefühls im Bewältigungsprozess

Wie oben beschrieben, trägt die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren zu einer Bewegung in Richtung des gesunden Pols auf dem HEDE-Kontinuum bei. Das SOC gilt als „flexibles Steuerungsprinzip, als Dirigent“ (Bengel et al., 2001, S. 30), der die Bewältigung von Stressoren moderiert und positiv beeinflusst. Dieser moderierende Einfluss des SOC auf die Stressbewältigung soll im Folgenden skizziert werden.

Ob Stressoren erfolgreich bewältigt werden können, hängt von Prozessen der Bewertung, Ressourcenaktivierung und Bewältigung ab. In Anlehnung an das transaktionale Modell nach Lazarus (für eine zusammenfassende Darstellung siehe Lazarus, 1990) stellt Antonovsky (1997) dar, dass ein starkes SOC positiven Einfluss auf alle Phasen des Bewältigungsprozesses nehmen kann: Bereits in der primären Bewertung von potenziellen Stressoren unterscheiden sich Personen mit einem starken SOC von Personen mit einem schwachen

SOC. Personen mit starkem SOC sind eher geneigt, einen Reiz als Nicht-Stressor zu klassifizieren. Wird ein Reiz jedoch als Stressor bewertet, so kann eine Person mit starkem SOC diesen eher als positive Herausforderung denn als Bedrohung deuten. Diese primären Bewertungsprozesse bewirken bereits eine Spannungsreduktion. Grundlegend für das weitere Bewältigungsgeschehen ist dann eine differenzierte und geordnete Situationswahrnehmung, wie sie einer Person mit hohem SOC aufgrund der starken Verstehbarkeitskomponente besser gelingt. Das Erleben von Handhabbarkeit verhilft im weiteren Bewältigungsprozess zu einem starken Vertrauen in die eigenen Ressourcen und damit zu einem weiteren Spannungsabbau. Bei der Auswahl und Mobilisierung von Ressourcen gelingt Personen mit einem hohen SOC ein flexibler Einsatz der jeweils am besten geeigneten Coping-Strategien. Das große Vertrauen in die eigene Effektivität in der Stressbewältigung ermutigt außerdem dazu, die eigenen Bewältigungsbemühungen ständig zu überprüfen und ggf. zu verändern, wenn sie nicht zum Erfolg führen (Antonovsky, 1997). Ein starkes Kohärenzgefühl versetzt Menschen demnach in eine günstige emotional-motivationale Ausgangsposition zur Bewältigung von Stressoren und setzt damit eine Erfolgsspirale in Gang: Ein starkes SOC begünstigt die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren und die erfolgreiche Bewältigung schafft Erfahrungen, die ihrerseits das SOC stabilisieren und stärken.

1.2 Das Kohärenzgefühl als Determinante physischer und psychischer Gesundheit

Durch seine positive Rolle bei der Stressbewältigung kann das SOC zu einer guten Gesundheit beitragen. Antonovskys Darstellungen zum Zusammenhang von SOC und Gesundheit beziehen sich vorwiegend auf körperliche Gesundheitsaspekte. Über mögliche Beziehungen zwischen SOC und psychischer Gesundheit äußert er sich nur zurückhaltend: „Sollten andere Forscher von Daten berichten, die Zusammenhänge des SOC mit anderen Aspekten des Wohlbefindens nachweisen, wäre ich natürlich geschmeichelt, aber ich werde von eher mäßigen Ergebnissen nicht enttäuscht sein“ (Antonovsky, 1997, S. 163). Mittlerweile liegen verlässliche Daten zum Zusammenhang zwischen SOC und physischer sowie psychischer Gesundheit vor, die diese Zurückhaltung nicht rechtfertigen. Im Folgenden werden daher empirische Zusammenhänge des SOC sowohl mit physischer als auch mit psychischer Gesundheit berichtet. Aufgrund der Vielzahl veröffentlichter Studien kann hier lediglich ein Ausschnitt aus der Befundlage dargestellt werden, der diese exemplarisch verdeutlichen soll. Eine Übersicht zum Zusammenhang von SOC und Gesundheitsindikatoren findet sich bei Franke (1997) und Bengel et al. (2001). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es sich bei den nachfolgend dargestellten Untersuchungen zum Zusammenhang von

SOC und Gesundheitsindikatoren überwiegend um querschnittlich angelegte Korrelationsstudien handelt. Neben der von Antonovsky selbst entwickelten Skala (z. B. Antonovsky, 1997) wurden verschiedene andere Skalen zur Erfassung des Kohärenzgefühls entwickelt (z. B. Lutz, Herbst, Iffland & Schneider, 1998; Schumann, Hapke, Meyer, Rumpf & John, 2003; Lundberg & Nyström Peck, 1995), deren korrelative Beziehung mit Indikatoren physischer und psychischer Gesundheit erfasst wurde. Daten zum längsschnittlichen Verlauf sowie multivariate Modelle bilden bislang noch die Ausnahme. Dies kann als methodische Schwäche der aktuellen Befundlage gedeutet werden, da ein korrelativer Zusammenhang keine gesicherten Interpretationen über Fragen der Wirkrichtung sowie den Einfluss von Drittvariablen zulässt.

Zur Betrachtung des Zusammenhangs von SOC und physischer Gesundheit wurden die verfügbaren SOC-Skalen mit verschiedenen Maßen des physischen Gesundheitszustands (z. B. Symptom-Checklisten, Vorliegen spezifischer Erkrankungen, subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands) in Beziehung gesetzt. Überwiegend zeigen sich signifikante, aber schwache korrelative Zusammenhänge. Beispielsweise weisen Hood, Beaudet und Catlin (1996) anhand einer kanadischen Bevölkerungstichprobe positive Zusammenhänge zwischen SOC und dem funktionalen ($r=.31$) sowie dem subjektiven Gesundheitszustand ($r=.21$) nach. Außerdem zeigen sie einen negativen Zusammenhang zwischen SOC und dem Vorliegen chronischer Krankheiten ($r=-.10$). Die Korrelationen fallen in der Höhe jedoch gering aus und erreichen nur aufgrund des großen Stichprobenumfangs Signifikanz. Etwas größer, aber in der absoluten Höhe noch immer gering, fallen die von Bowman (1996) berichteten Zusammenhänge zwischen SOC und einer Checkliste körperlicher Symptome bei studentischen Stichproben mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund aus ($r=-.29$ bis $r=-.41$). Diese Zusammenhänge liegen in der Höhe unterhalb der für die gleichen Stichproben gefundenen Zusammenhänge zwischen SOC und psychischen Symptomen. Bei einer Gruppe von Rheumapatient/-innen finden Callahan und Pincus (1995) ähnliche Zusammenhänge zwischen SOC und einer globalen Einschätzung des körperlichen Allgemeinzustands ($r=-.37$) sowie zwischen SOC und dem Erleben von Schmerzen ($r=-.26$).

Während diese exemplarischen Befunde auf einen zwar kleinen, aber doch verlässlich nachweisbaren Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit hinweisen, stellen multivariate Zugänge diesen Zusammenhang grundlegend in Frage. Beispielsweise zeigen Schmidt-Rathjens, Benz, Van Damme, Feldt und Amelang (1997) sowie Amelang und Schmidt-Rathjens (2000), dass der prädiktive Wert des SOC im Hinblick auf die Unterscheidung körperlich gesunder und kranker Personen auf gemeinsamen Varianzanteilen mit Neurotizismus und Depressivität beruht. So entfällt der Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Erkrankung unter Kontrolle von Neurotizismus und Depressivität (Schmidt-Rathjens et al., 1997). Im Rahmen einer logistischen Regression zur Vorhersage des

Gesundheitszustands geht der Vorhersagebeitrag des SOC auf eine Suppressionswirkung zurück, bei der kriteriumsirrelevante Varianzanteile von Neurotizismus und Depressivität gebunden werden (Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000). Ähnlich argumentiert Korotkov (1993), der nachweist, dass der prädiktive Wert des SOC zur Vorhersage körperlicher Symptome sehr gering ist. Unter Kontrolle anderer Variablen, u. a. der Variable Emotionalität, entfällt der Zusammenhang von SOC und körperlicher Gesundheit auch hier fast vollständig. Zusammen genommen deuten diese Befunde darauf hin, dass zwar ein Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit besteht, dass dieser aber zu einem substantiellen Anteil auf einer gemeinsamen Überlappung mit Drittvariablen, v. a. mit Maßen der psychischen Gesundheit, beruht.

Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen SOC und psychischer Gesundheit fallen eindeutiger aus. Auch hier wurden unterschiedliche Indikatoren psychischer Gesundheit herangezogen (z. B. Neurotizismus, psychische Symptome und Syndrome, psychisches Wohlbefinden). Überwiegend finden sich stark ausgeprägte Zusammenhänge zwischen SOC und Maßen psychischer Gesundheit. Unter anderem weisen einige groß angelegte Bevölkerungsstudien aus Schweden das SOC durchgängig als verlässlichen Prädiktor psychischer Gesundheit aus. Beispielsweise berichten Lundberg und Nyström Peck (1994) einen stark negativen Zusammenhang zwischen SOC und psychischen Problemen (z. B. Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität), wobei dieser auch unter Kontrolle anderer Variablen (z. B. Alter, Geschlecht, frühere Gesundheit, soziale Schicht) bestehen bleibt. Vergleichbare Befunde liefert Lundberg (1997), der anhand einer Bevölkerungsstichprobe zeigt, dass das SOC mit psychischer Gesundheit stark assoziiert ist. Er demonstriert, dass das Risiko, unter psychischen Beschwerden (z. B. Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität) zu leiden, bei Personen mit niedrigem SOC 3,5 fach höher ist als bei Personen mit mittlerem oder hohem SOC. Auch Larsson und Kallenberg (1996) untersuchen anhand einer Bevölkerungsstichprobe Zusammenhänge des SOC zu allgemeinem psychischen Wohlbefinden, zu physischen (z. B. Rücken- oder Kopfschmerzen) und psychischen Symptomen (z. B. depressive Stimmung, Erschöpfung) sowie zum allgemeinem körperlichem Gesundheitszustand. Für alle Indikatoren körperlicher und seelischer Gesundheit zeigen sich erwartungskonforme Korrelationen mit dem SOC. Die Zusammenhänge zwischen SOC und psychischen Symptomen sind jedoch durchweg stärker ausgeprägt als zwischen SOC und körperlichen Symptomen. Am stärksten fällt der Zusammenhang zwischen SOC und allgemeinem psychischen Wohlbefinden ins Gewicht. Auch für den deutschsprachigen Raum liegen zahlreiche Hinweise darauf vor, dass ein schwaches SOC mit psychischen und psychosomatischen Symptomen assoziiert ist. Beispielsweise berichten Sack, Künsebeck und Lamprecht (1997) einen Zusammenhang zwischen SOC und psychosomatischen Beschwerden und Gebert, Broda und Lauterbach (1997) zeigen, dass

Patient/-innen einer psychosomatischen Klinik geringere SOC-Werte aufweisen als eine nicht-klinische Kontrollgruppe. In der Gruppe der Patient/-innen zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen SOC und psychischen Beschwerden ($r=-.68$).

Im Speziellen fallen die stark negativen Zusammenhänge zwischen SOC und Angst sowie zwischen SOC und Depression ins Auge. Verschiedene Studien (z. B. Carmel & Bernstein, 1989; Flannery, Perry, Penk & Flannery, 1994; Frenz, Carey & Jorgensen, 1993) zeigen hohe bis sehr hohe Korrelationen zwischen SOC und habitueller Angst, die von $r=-.43$ (Flannery et al., 1994) bis $r=-.85$ (Frenz et al., 1993) reichen. Ebenfalls hoch sind die Korrelationen zwischen SOC und üblichen Depressionsskalen wie dem BDI (z. B. $r=-.47$ bei Flannery et al., 1994; $r=-.60$ bei Frenz et al., 1993). In Übereinstimmung damit zeigen Ristkari, Sournader, Ronning und Helenius (2006) im Rahmen einer Längsschnittstudie, dass sich zahlreiche psychiatrische Erkrankungen durch das SOC statistisch vorhersagen lassen. Insbesondere das Depressionsrisiko erweist sich bei Personen mit schwachem SOC als deutlich erhöht (Odds Ratio 2.4). Auch in Stichproben von Personen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, bestätigen sich die genannten Zusammenhänge. Coe, Miller und Flaherty (1992) untersuchen die erlebte Belastung sowie die körperliche und seelische Gesundheit von Pflegepersonen älterer Patienten. Auch in dieser Gruppe sagt ein starkes SOC psychische Gesundheit vorher, insbesondere weisen pflegende Personen mit höherem SOC geringere Depressionswerte auf als solche mit niedrigem SOC. In ähnlicher Weise zeigen Hävermark und Langius-Eklöf (2006), dass das SOC bei Patienten mit Fibromyalgie einen guten Prädiktor für Wohlbefinden darstellt und negativ mit Schmerzen, Angst und Depression korreliert ist.

In Übereinstimmung mit den hier ausgewählten Studien kommen sowohl Franke (1997) als auch Bengel et al. (2001) zu dem Schluss, dass eine enge Beziehung zwischen SOC und psychischer Gesundheit als gesichert gelten kann. Als weniger eindeutig beurteilen sie die Befundlage zum Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit. Dieser Zusammenhang ist weniger konsistent nachweisbar und in der Höhe geringer ausgeprägt. Der enge Zusammenhang zwischen SOC und Depressivität ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit und wird im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt.

2. Der Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression

2.1 Zum empirischen Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression

Wie in Kapitel 1 dargestellt, lassen sich stabile Zusammenhänge zwischen SOC und psychischer Gesundheit nachweisen. Auch der hoch negative Zusammenhang von SOC und Depressivität kann als bestätigt gelten. So berichten verschiedene Autoren (z. B. Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Carstens & Spangenberg, 1997; Geyer, 1997; Kravetz, Drory & Florian, 1993; Schnyder, Büchi, Sensky & Klagenhofer, 2000; Snekkevik, Anke, Stanghelle & Fugl-Meyer, 2003) signifikant negative Korrelationen zwischen Maßen für Depressivität und der von Antonovsky (1997) entwickelten SOC-Skala. Die Höhe der gefundenen Korrelationen reicht von $r=-.48$ (Kravetz et al., 1993) bis $r=-.77$ (Geyer, 1997). Auch im Vergleich der Mittelwerte zeigen sich erhebliche SOC-Unterschiede zwischen klinischen und nicht klinischen Gruppen. Beispielsweise finden Carstens und Spangenberg (1997) signifikante Unterschiede im SOC zwischen einer Gruppe von Personen mit diagnostizierter Major Depression und einer Gruppe nicht depressiver Personen. Die berichteten Unterschiede entsprechen einem großen Effekt von $d=1.55$. Auch Skärsäter et al. (2009) untersuchen den Zusammenhang von SOC und Depressivität. Sie können zeigen, dass die SOC-Werte einer Gruppe von depressiven Patienten im Verlauf einer Besserung der Symptomatik ansteigen. Hinsichtlich der Frage, inwiefern die SOC-Werte dabei das Niveau einer gesunden Vergleichsgruppe erreichen, erlaubt das Design der Studie keine Aussage.

Da die berichteten Korrelationen, mit Ausnahme der Studie von Skärsäter et al. (2009), in der überwiegenden Mehrzahl die querschnittliche Beziehung zwischen SOC und Depressivität beschreiben, bietet die Frage nach der konzeptuellen Beschaffenheit des Zusammenhangs Raum für unterschiedliche Interpretationen. Einige Autoren sehen in der Stärke des Zusammenhangs einen Hinweis auf mangelnde Konstruktvalidität der SOC-Skala. Diese sei durch negative Affektivität im Allgemeinen oder Depressivität im Speziellen kontaminiert (z. B. Geyer, 1997). Beispielsweise werden die in Abschnitt 1.2 erwähnten regressionsanalytischen Studien zur Vorhersage von Gesundheit in diesem Sinne interpretiert. Sie zeigen, dass der prädiktive Beitrag des SOC zur Vorhersage körperlicher Beschwerden auf einer Überlappung der SOC-Skala mit Depressivität und Neurotizismus beruht (z. B. Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Korotkov, 1993; Schmidt-Rathjens et al., 1997). Die Nähe der SOC-Skala zu Maßen für Depressivität ist auch faktoranalytisch gezeigt worden: Im Zusammenspiel mit verschiedenen pathogenetisch und salutogenetisch orientierten Maßen lädt die SOC-Skala sowohl auf einem Faktor, der negative Affektivität abbildet, als auch auf einem

Faktor, der Resilienzfaktoren repräsentiert (Kravetz et al., 1993). Auch dieser Befund ist im Sinne einer Kontaminierung der SOC-Skala mit negativer Affektivität interpretiert worden. Diese Interpretation wird unterstützt durch eine Prüfung der die Skala konstituierenden Items hinsichtlich ihrer Inhaltsvalidität, wobei v. a. die negative Valenz der Mehrzahl der Items sowie die mangelnde Stringenz in der theoretischen Herleitung kritisiert werden (z. B. Korotkov, 1993; Lutz et al., 1998). Der Vorwurf der Kontamination der SOC-Skala mündet zumeist in der Forderung nach einer Skalenrevision, in welcher die SOC-Skala um Varianzanteile bereinigt werden sollte, die bereits durch Maße negativer Affektivität abgedeckt sind (z. B. Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Geyer, 1997). Die vorliegende Studie versucht, dem Vorwurf mangelnder Konstruktvalidität gerecht zu werden, indem unterschiedliche SOC-Maße, darunter auch eine positiv valente Skala, eingesetzt werden. Sofern sich für diese unabhängig voneinander konstruierten Maße ähnliche Zusammenhänge mit Depressivität ergeben, kann das als Hinweis darauf gesehen werden, dass diese Effekte nicht nur auf eine Kontaminierung der Skalen zurückgehen.

Während einige Autoren den hoch negativen Zusammenhang von SOC und Depressivität zum Anlass nehmen, die Konstruktvalidität der SOC-Skala in Frage zu stellen, betrachten andere Autoren ihn als theoriekonform und sehen darin, im Gegenteil, einen Beitrag zur Konstruktvalidierung der SOC-Skala. Es werden zwei unterschiedliche theoretische Erklärungen für den hoch negativen Zusammenhang diskutiert. Zum einen lässt sich herleiten, dass das SOC als protektiver Faktor das Depressionsrisiko senken und den Verlauf depressiver Störungen positiv beeinflussen kann. Zum anderen kann der empirisch gefundene hoch negative Zusammenhang zwischen SOC und Depressivität bedeuten, dass der Zugang zum SOC während einer depressiven Episode erschwert ist, dass also das SOC bezüglich der depressiven Symptomatik eine Zustandsabhängigkeit aufweist. In den nachfolgenden Darstellungen werden beide Annahmen theoretisch begründet.

Zunächst werden verschiedene Modelle dargestellt, die die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen erklären, und es wird anhand dieser Modelle gezeigt, wie das SOC als Protektivfaktor in depressiogene Prozesse schützend eingreifen kann (2.2). Anschließend wird erörtert, welche theoretischen und empirischen Hinweise dafür sprechen, von einer vorübergehend verminderten Zugänglichkeit des SOC während einer depressiven Episode auszugehen (2.3). Schließlich soll gezeigt werden, dass beide Annahmen einander nicht ausschließen, sondern in ein gemeinsames Modell integriert werden können (2.4).

2.2 Theoretische Einbettung des Kohärenzgefühls als Protektivfaktor in ätiologische Modelle der Depression

Die Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen hat weltweit umfassende Forschungsaktivitäten stimuliert und einen enormen Fundus an theoretischen Modellen und empirischen Arbeiten hervorgebracht. Fragen der Ätiologie wurden u. a. aus biologischer, psychoanalytischer, kognitiver, interpersoneller und handlungstheoretischer Perspektive diskutiert. Aufgrund ihrer Fruchtbarkeit für therapeutische Ansätze haben die kognitiven Theorien der Depression besondere Prominenz erlangt. Stellvertretend für kognitive Ansätze können das Kognitive Modell von Beck (z. B. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1990) sowie die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (zusammenfassend, Seligman, 1999) mit ihren Weiterentwicklungen zum Attributionsmodell (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) und zum Hoffnungslosigkeitsmodell (z. B. Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) genannt werden. Annahmen und Erkenntnisse aus biologischer, psychologischer und sozialer Perspektive wurden inzwischen in umfassende biopsychosoziale Modelle integriert. Eine Übersicht über verschiedene ätiologische Ansätze und deren Integration in biopsychosoziale Modelle findet sich beispielsweise bei Hammen (1999) oder bei Gotlib und Hammen (2002). Die vorliegende Arbeit legt einen Schwerpunkt auf Depressionsmodelle mit handlungstheoretischem Hintergrund. Insbesondere Modelle, die die Entstehung depressiver Störungen aus selbstregulatorischer Perspektive beschreiben, bieten Ansatzpunkte zur Verknüpfung pathogenetischer Erklärungsansätze mit dem salutogenetischen Konzept des Kohärenzgefühls.

Im Folgenden werden verschiedene Ansätze dargestellt, die die Ätiologie depressiver Störungen aus selbstregulatorischer Perspektive betrachten. Ausgehend von diesen Modellen wird anschließend herausgearbeitet, in welcher Weise ein starkes SOC depressive Prozesse beeinflussen und im Sinne eines Protektivfaktors vor einer depressiven Entwicklung schützen kann.

2.2.1 Modelle zur Entstehung depressiver Störungen aus selbstregulatorischer Perspektive

2.2.1.1 Selbstregulation als grundlegendes Prinzip menschlichen Verhaltens

Einen grundlegenden Ansatz zur Beschreibung der Organisation menschlichen Verhaltens bildet das Selbstregulationsmodell von Carver und Scheier (1998). Es nimmt an, dass menschliches Verhalten vorwiegend zielorientiert ist und über Feedbackschleifen gesteuert wird. Ein wesentliches Element der Feedbackschleife ist der Vergleich zwischen dem aktuellen Zustand und einem angestrebten Zielzustand. Der aktuelle Zustand geht als Ist-

Wert in die Feedbackschleife ein und wird dann mit dem Soll-Wert, der den gewünschten Zielzustand beschreibt, verglichen. Ergibt sich hierbei eine Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Wert, so wird ein Verhalten initiiert, das diese Diskrepanz reduzieren soll. Dieses Verhalten bildet den Output der Feedbackschleife. Als solches verändert es den Ist-Zustand, der dann in optimierter Form erneut mit dem Soll-Zustand abgeglichen wird. Die so entstehende geschlossene Feedbackschleife wird kontinuierlich durchlaufen, um eine Annäherung an das Ziel zu erreichen.

Zentral ist die Annahme, dass der Prozess des Vergleichens von Ist- und Soll-Zustand mit einer Erhöhung der Selbstaufmerksamkeit verbunden ist. Selbstaufmerksamkeit, auch als Selbst-Fokus bezeichnet, definieren Carver und Scheier (1998) als „focusing of attention on an aspect of the self“ bzw. als „selective processing of information about the self“ (S. 31). Es wird also angenommen, dass bei der Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen der aktuellen Situation und einem angestrebten Ziel ein innerer Zustand entsteht, der durch eine Selbstfokussierung der Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. Dieser Zustand kann funktional sein, da er die Zielannäherung erleichtern soll. Ob er mit positivem oder negativem Affekt verbunden ist, hängt nach Carver, Lawrence und Scheier (1996) von der Rate der Zielannäherung ab. Die erreichte Zielannäherung wird permanent überwacht und dahingehend geprüft, ob die Geschwindigkeit der Zielannäherung hinreichend groß ist. Carver et al. nehmen an, dass positiver Affekt entsteht, wenn die Zielannäherung schneller ist als erwartet, während negativer Affekt entsteht, wenn die Zielannäherung ins Stocken gerät oder stagniert.

2.2.1.2 Pyszczynskis und Greenbergs Theorie der selbstregulatorischen Perseveration

Anknüpfend an das Selbstregulationsmodell von Carver und Scheier erklären Pyszczynski und Greenberg (1987) die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen. Sie gehen davon aus, dass der Ausgangspunkt einer depressiven Entwicklung im Verlust eines wichtigen Objekts liegt, das als Quelle von Identität oder Selbstwert diene. Ein solcher Verlust ist mit einer Unterbrechung der üblichen Routinen und mit stark negativem Affekt verbunden. Nach Pyszczynski und Greenberg führt er unmittelbar zur Initiierung eines Selbstregulationszyklus, wie von Carver und Scheier beschrieben. Dieser soll dazu dienen, das verlorene Objekt zurück zu gewinnen. Gelingt das nicht und kann dennoch der Selbstregulationszyklus nicht verlassen werden, weil z. B. die Bindung an das Objekt zu stark ist, um es aufzugeben, entsteht ein Zustand permanenter Selbstaufmerksamkeit, der als selbstregulatorische Perseveration bezeichnet wird. Mit der exzessiven Selbstaufmerksamkeit ist nach Pyszczynski und Greenberg eine Intensivierung des negativen Affekts verbunden. Außerdem begünstigt er die Entwicklung eines internalen Attributionsstils sowie

Selbstabwertung und Selbstkritik. Da die andauernde Beschäftigung mit dem verlorenen Objekt die Fokussierung alternativer Ziele erschwert, können außerdem weitere negative Ereignisse eine Folge der permanenten Selbstaufmerksamkeit sein. Über diese Schritte führt die selbstregulatorische Perseveration nach Pyszczynski und Greenberg zur Entstehung eines depressiven Selbstaufmerksamkeits-Stils. Dieser ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit nach negativen und eine verminderte Selbstaufmerksamkeit nach positiven Ereignissen. Diese Prozesse begünstigen die Entstehung und Festigung eines negativen Selbstbilds, welches das Individuum dann zur Erklärung seiner verzweiferten Lage heranzieht. Im weiteren Verlauf der Entwicklung verstärken sich der depressive Selbstaufmerksamkeits-Stil und das negative Selbstbild gegenseitig. Auf diese Weise kommt es nach Pyszczynski und Greenberg zu einer Intensivierung und Chronifizierung negativen Affekts und letztlich zur Ausbildung des Vollbilds der depressiven Symptomatik.

2.2.1.3 Martins und Tessers Konzept der Rumination als Folge selbstregulatorischer Perseveration

Ein weiteres Modell, das die Entstehung depressiver Störungen ausgehend von der Annahme der Selbstregulation beschreibt, ist das Konzept der selbstregulatorischen Perseveration nach Martin und Tesser (1989).

Wie oben beschrieben, kann sich die Zielannäherung bei der Selbstregulation verzögern oder sogar stagnieren, so dass die Rate der Diskrepanzreduktion hinter der angestrebten Rate zurückbleibt. Tatsächlich sind Hindernisse bei der Zielannäherung im Alltag eher die Regel als die Ausnahme. Einige Autoren (z. B. Martin & Tesser, 1989) betrachten das Erleben von Verzögerung oder Stagnation bei der Zielannäherung als Ausgangspunkt für die Entstehung von depressionstypischen Grübelprozessen, welche als Rumination bezeichnet werden.

Allgemein lässt sich Rumination als mentaler Prozess beschreiben, bei dem die Aufmerksamkeit andauernd oder wiederkehrend auf einen spezifischen, oft internalen Inhalt gerichtet ist (Abramson et al., 2002). Man spricht in diesem Zusammenhang von einer Perseveration der Aufmerksamkeit sowie der damit verbundenen erlebten Gedanken. Die spezifischen Charakteristika sowie Annahmen zu Entstehungsbedingungen und Konsequenzen der Rumination werden vielerorts beschrieben. Besonders bekannt geworden sind Studien der Arbeitsgruppe um Nolen-Hoeksema, die in eindrücklicher Weise belegen konnten, dass die Neigung, auf Stressoren mit Rumination zu reagieren, depressive Symptomatik begünstigt, intensiviert und verlängert (z. B. Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994). In der Konzeption von Martin und Tesser (1989) resultiert Rumination als bewusster gedanklicher Prozess aus der Blockade eines wichtigen

Ziels und dient dazu, ein Ziel trotz bestehender Hindernisse noch erreichen zu können. Martin und Tesser beschreiben eine fünfstufige Sequenz, in der sich Rumination entwickelt, wenn die Zielverfolgung ins Stocken gerät. In einem ersten Schritt versucht das Individuum, das bereits gezeigte instrumentelle Verhalten zu wiederholen und ggf. zu verstärken. Ist dies nicht erfolgreich, bemüht sich das Individuum in einem zweiten Schritt darum, alternative zielführende Verhaltensweisen zu finden. Sobald das Kontingent instrumenteller Verhaltensweisen erschöpft ist, schließt sich eine Phase an, in der die Gedanken um das Ziel selbst und um mit dem Ziel verbundene Gefühle kreisen. Martin und Tesser bezeichnen diese dritte Phase als „End-State Thinking“ (Martin & Tesser, 1989, S. 315) und sehen in ihr den Prototyp der Rumination. Kennzeichnend für diese Phase sind der nicht-instrumentelle Charakter sowie eine emotional-negative Färbung der Gedanken. Eine vierte Phase dient nach Martin und Tesser der Beschäftigung mit einer Ablösung von dem unerreichbaren Ziel. Gelingt eine solche Ablösung nicht, resultieren ein Verharren in der Phase des „End-State-Thinking“ und ein damit verbundenes andauerndes Grübeln über das unerreichte Ziel. Die andauernde gedankliche Beschäftigung mit dem verfehlten Ziel kann nach Martin und Tesser depressive Reaktionen auf ein belastendes Ereignis begünstigen und verlängern.

2.2.1.4 Kuhls Hypothese der degenerierten Intention

Im vorangegangenen Abschnitt wurde beschrieben, dass sich Rumination als gedanklicher Ausdruck mangelnder Ablösung von einem unerreichten Ziel betrachten lässt. Ein solcher Zustand selbstregulatorischer Perseveration weist Parallelen zu dem von Kuhl in der Handlungskontrolltheorie beschriebenen Zustand der Lageorientierung auf, welcher im Folgenden kurz dargestellt werden soll (für eine umfassende Darstellung, s. Kuhl, 1983, Kuhl & Beckmann, 1994).

Die Handlungskontrolltheorie befasst sich mit volitionalen Fähigkeiten, die für eine effektive Handlungskontrolle notwendig sind. Hierunter fallen zum Beispiel die Fähigkeit, Handlungen zu initiieren, aktuelle Handlungsabsichten gegen konkurrierende Handlungstendenzen abzuschirmen oder die Fähigkeit, eine Absicht fallen zu lassen, wenn persönliche Prioritäten oder situationale Umstände dies erfordern (Kuhl, 1994a). Letztgenannte Fähigkeit gewährleistet, dass sogenannte degenerierte Intentionen (Kuhl, 1983) aufgegeben werden. Eine vollständige und damit handlungsrelevante Intention umfasst eine Repräsentation des angestrebten zukünftigen Zustands, des zu verändernden gegenwärtigen Zustands, der Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand sowie eine Handlungsabsicht, mit der die Diskrepanz überwunden werden soll. In dem Maße, in dem eines der Elemente weniger aktiviert ist, degeneriert die kognitive Repräsentation der Handlungsabsicht. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn keine geeigneten Mittel verfügbar sind, um die Zieldiskrepanz zu

überwinden, das Ziel aber dennoch weiter angestrebt wird. Bleibt eine solche degenerierte Handlungsabsicht bestehen, kann das die Handlungskontrolle nach Kuhl (1983) erheblich beeinträchtigen, da die degenerierte Absicht die Aufmerksamkeit auf sich zieht und so die Ausführung alternativer Handlungen behindern kann. Die Gedanken kreisen um handlungsirrelevante Ereignisse. Diesen Zustand, in dem die Aufmerksamkeit auf eine degenerierte Handlungsabsicht gerichtet ist, beschreibt Kuhl (1983) als Lageorientierung. In Abgrenzung davon zeichnet sich die Handlungsorientierung dadurch aus, dass alle vier Elemente der Handlungsabsicht gleichmäßig aktiviert sind und eine flexible Reaktion auf bestimmte Handlungsanforderungen ermöglichen.

Parallel zu den oben dargestellten Konzepten der selbstregulatorischen Perseveration und der Rumination nimmt Kuhl damit an, dass im Rahmen der Handlungskontrolle ein Zustand entstehen kann, in dem die Aufmerksamkeit dauerhaft auf ein unerreichbares Ziel fokussiert wird. Auch in der Handlungskontrolltheorie wird hierin ein Schlüssel zum Verständnis depressiver Störungen gesehen. Kuhl und Helle (1994) beschreiben die andauernde Beschäftigung mit degenerierten Intentionen als zentrale Determinante chronisch negativen Affekts und gehemmter Aktivität, welche typische Manifestationen depressiver Störungen sind. Theoriekonform geht dispositionelle Lageorientierung mit erhöhter Depressivität einher und depressive Probanden zeigen im Laborexperiment stärker lageorientierte Reaktionen auf Misserfolgssituationen als nichtdepressive Probanden (Kammer, 1994).

2.2.1.5 Das Kohärenzgefühl als Protektor gegen depressiogene selbstregulatorische Prozesse

Die beschriebenen Ansätze konvergieren hinsichtlich ihrer Annahmen zur Entstehung depressiver Störungen. Sie teilen die Vorstellung, dass die Blockade eines wichtigen Ziels den Ausgangspunkt einer depressiven Entwicklung bilden kann. Eine enttäuschte Hoffnung, ein Misserfolg, ein Verlusterlebnis lassen ein begehrenswertes Ziel außer Reichweite geraten. Es entsteht ein Zustand, der gekennzeichnet ist durch exzessive Selbstaufmerksamkeit, einen negativen gedanklichen Stil, negativen Affekt, kreisende Gedanken und eine Blockade des Arbeitsgedächtnisses durch die degenerierte Intention. Gelingt es nicht, diesen Zustand zu beenden, dann droht laut allen genannten Ansätzen eine depressive Entwicklung.

Nach Abramson et al. (2002) bestehen prinzipiell zwei Möglichkeiten, den Zustand selbstregulatorischer Perseveration zu verlassen: Es können entweder weitere Ressourcen mobilisiert werden, die eine Zielannäherung doch noch ermöglichen, oder das Ziel kann aufgegeben und der Verlust akzeptiert werden. Dabei kann die Zielablösung im Sinne eines Disengagement-Prozesses sowohl dauerhafter Natur sein oder im Sinne einer Ablenkung

zumindest vorübergehend eine Fokussierung auf andere Inhalte ermöglichen. Für Personen mit kognitiver Vulnerabilität für depressive Störungen ist nach Abramson et al. der Zugang zu beiden Wegen erschwert. Stabile und globale Kausalattributionen lassen die Suche nach weiteren Ressourcen zur Problemlösung aussichtslos erscheinen, was eher Resignation als aktive Problemlösung begünstigt. Die Abhängigkeit des eigenen Selbstwertes von der Zielerreichung, wie sie für kognitiv vulnerable Menschen charakteristisch ist, erschwert es, ein Ziel aufzugeben und es als verloren zu akzeptieren. Auch die zeitweise Ablösung von einem Ziel, wie sie im Rahmen von Ablenkung nötig ist, steht aus diesem Grund vulnerablen Individuen nicht zur Verfügung (Abramson et al., 2002). Während sich auf diese Weise herleiten lässt, dass kognitive Vulnerabilitätsfaktoren andauernde Zustände selbstregulatorischer Perseveration begünstigen, kann für das SOC das Gegenteil angenommen werden. Nimmt ein Mensch ein Regulationshindernis wahr, so sollte dies zu einer Aktivierung des SOC führen, welches mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann. Ein aktiviertes starkes SOC kann den Umgang mit einem blockierten Ziel günstig beeinflussen. Das Erleben von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit kann die Überzeugung fördern, dass eine aktive Problemlösung möglich ist und dass Aussicht auf erfolgreiche Zielannäherung besteht. In ähnlicher Weise kann das Erleben von Bedeutsamkeit die Motivation zum aktiven Handeln und damit die Anstrengungsbereitschaft stärken. Auf diese Weise kann ein starkes SOC die Bereitschaft zur aktiven Bewältigung von Stressoren verbessern und so die Entstehung selbstregulatorischer Perseveration verhindern. Auch Antonovsky (1997) schreibt: „Die Person mit einem starken SOC wird bei Konfrontation mit einem Stressor eher Engagement, Hingabe und Bereitschaft, sich mit dem Stressor auseinanderzusetzen, empfinden“ (S. 131). Neben aktiv problemlösendem Handeln wird, wie beschrieben, die (zeitweise oder dauerhafte) Ablösung von unerreichbaren Zielen als wesentlicher Mechanismus zur Beendigung von Rumination betrachtet. Auch diese Fähigkeit schreibt Antonovsky (1997) Personen mit stark ausgeprägtem SOC in besonderem Maße zu. Er erklärt, dass eines „der Kennzeichen der Person mit einem starken SOC ist, dass die Grenzen dessen, was bedeutungsvoll ist, flexibel sind und enger (oder weiter) gesteckt werden können“ (S. 131). Vor dem Hintergrund dieser These kann einem starken SOC nicht nur zugesprochen werden, dass es aktives Bewältigungshandeln begünstigt, sondern auch, dass es Zielablösungsprozesse erleichtert und so die Neigung zur selbstregulatorischen Perseveration in doppelter Hinsicht vermindert. Derart eingebettet in den Prozess der Selbstregulation kann ein starkes SOC einen Protektivfaktor in der Ätiologie depressiver Störungen darstellen.

2.2.2 Das Zwei-Prozess-Modell: Zur Entstehung depressiver Störungen aus entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischer Perspektive

In den vorausgehenden Abschnitten wurden verschiedene Ansätze dargestellt, die ausgehend von dem Modell der Selbstregulation erklären, wie ein dysfunktionaler Umgang mit blockierten Zielen in eine depressive Entwicklung münden kann. Im Folgenden soll das Zwei-Prozess-Modell von Brandtstädter (zusammenfassend siehe Brandtstädter, 2007) dargestellt werden, welches ähnliche depressiogene Prozesse annimmt wie die zuvor beschriebenen Ansätze. Diese Prozesse werden im Zwei-Prozess-Modell jedoch unter einer stärker entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischen Perspektive betrachtet. In diesem Rahmen sollen die oben angestellten Überlegungen zur protektiven Rolle des SOC in der Ätiologie depressiver Störungen weitergeführt und konkretisiert werden.

2.2.2.1 Brandtstädters Zwei-Prozess-Modell

Das Zwei-Prozess-Modell (Brandtstädter, 2007) beschreibt, wie Ziele und Selbstentwürfe unter den sich verändernden Gegebenheiten in der Lebensspanne aufrecht erhalten oder verändert werden können. Einmal anvisierte persönliche Ziele und normative Vorstellungen vom eigenen Selbst sind im Verlauf des Lebens nicht immer gleichermaßen realisierbar. Insbesondere im höheren Lebensalter können Verluste, Einbußen in den individuellen Fähigkeiten oder Umbrüche im Lebensumfeld die Erreichbarkeit von Zielen erschweren. Als mögliche Reaktion darauf werden die Anstrengungen oftmals zunächst verstärkt und das Ziel wird hartnäckig weiter verfolgt. Bleibt das Bemühen erfolglos, kann eine adaptive Reaktion darin bestehen, das Ziel den veränderten Gegebenheiten anzupassen oder es zugunsten eines anderen Projekts mit mehr Aussicht auf Erfolg aufzugeben. Prozesse, die dem Erhalt von Zielen und Selbstentwürfen auch angesichts von Hindernissen oder Verlusten dienen, werden mit dem Begriff der Assimilation bezeichnet; solche Prozesse, die eine Loslösung und Neuorientierung angesichts unüberwindbarer Zielblockaden fördern, werden unter dem Begriff der Akkomodation zusammengefasst. Eine Balance im Zusammenspiel von Assimilation und Akkomodation kann nach Brandtstädter (2007) zur Aufrechterhaltung des Erlebens von Selbstwirksamkeit und stabiler Identität beitragen. Hierin wird ein Schlüssel zum Erhalt von Zufriedenheit und persönlicher Identität auch im höheren Alter gesehen. Im Folgenden sollen die Prozesse der Assimilation und Akkomodation zunächst näher erläutert werden. Anschließend wird verdeutlicht, welche Annahmen das Zwei-Prozess-Modell zur Entstehung von Depressivität macht.

Wie oben definiert, umfassen assimilative Prozesse all jene Bemühungen, die darauf abzielen, das eigene Verhalten auf das Erreichen bestimmter Ziele auszurichten. Assimilatives Verhalten kann „präventive, korrektive und optimierende Intentionen verfolgen“

(Brandtstädter, 2007, S. 12). Die konkreten Ziele und Mittel assimilativer Prozesse zeigen in Abhängigkeit vom anvisierten Ziel und von der Verfügbarkeit von Ressourcen eine große Variationsbreite. Sportliches Training, um körperliche Fitness bis ins Alter zu bewahren, Nachhilfestunden, um die Schulleistung aufzubessern und das Abitur zu erreichen, Maßnahmen der plastischen Chirurgie, um ein jugendliches Erscheinungsbild zu erhalten - diese Beispiele stehen für hartnäckiges Festhalten und Verfolgen von Zielen, die nicht (mehr) unmittelbar zugänglich sind. Unter der Bezeichnung der Akkomodation werden im Zwei-Prozess-Modell hingegen solche Prozesse verstanden, die einsetzen, wenn ein attraktives Ziel durch die verfügbaren Handlungsoptionen nicht mehr erreichbar erscheint. Akkomodation kann nach Brandtstädter (2007) verschiedene Formen annehmen: Akkomodation (a) durch Zielabwertung und Ablösung von blockierten Zielen, (b) durch Neuanpassung von Ansprüchen oder (c) durch entlastende Umdeutung aversiver Ereignisse. Bei der Zielabwertung und -ablösung kommt es zur Auflösung von assoziativen Verbindungen, die dem blockierten Ziel seine positive Bedeutung verliehen haben. Hinsichtlich der oben genannten Beispiele lässt sich der Begriff der Zielablösung (a) wie folgt konkretisieren: Abwendung vom Wunsch nach Fitness bis ins hohe Alter zugunsten der Verbesserung von Wohlbefinden und sozialen Kontakten; Wechsel der Schulform, wenn die Nachhilfestunden keine Früchte tragen; Akzeptanz von Falten und anderen Alterszeichen, wenn die Rechnung des Chirurgen nicht bezahlbar ist. Ähnlich wie die Zielablösung kann auch eine Veränderung des Anspruchsniveaus (b) im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel eine akkomodative Funktion haben. „Anspruchsreduktionen sind vor allem dann zu erwarten, wenn bisherige Ambitionen sich als nicht erfüllbar erwiesen haben bzw. außer Reichweite geraten sind“ (Brandtstädter, 2007, S. 25). Für die angeführten Beispiele könnte das heißen: Weniger anspruchsvolle Auslegung des Fitnessbegriffs im Alter; Akzeptanz von „ausreichenden“ anstelle von „guten“ Schulleistungen; Zugrundelegen anderer Vergleichsstandards zur Beurteilung der eigenen Attraktivität. Neben Zielablösung und Modifikation des Anspruchsniveaus spielt die Konstruktion entlastender Bedeutungen (c) eine zentrale Rolle. Nach Brandtstädter (2007) kann die Tendenz „zur positiven Umdeutung aversiver Zustände und zur Einordnung von Verlusten in Sinnbezüge“ dann erfolgen, „wenn Möglichkeiten zur aktiven Problemlösung erschöpft scheinen“ (S. 24). Auch dies wird im Folgenden exemplarisch verdeutlicht: Der positive Wert des Verlusts körperlicher Fitness könnte darin gesehen werden, endlich zur Ruhe zu finden; im Wechsel der Schulform liegt die Chance auf einen Neubeginn in neuer Umgebung; die vorhandenen Gesichtsfalten lassen sich als Ausdruck der eigenen Lebensgeschichte und Individualität sehen.

Die Stärke und Ausdauer des Bemühens, ein blockiertes Ziel doch noch zu erreichen (Assimilation), und die Flexibilität, ein nicht erreichbares Ziel zu verändern oder aufzugeben (Akkomodation), hängen von situationalen und personalen Voraussetzungen ab. Entspre-

chend wird angenommen, dass sich Menschen hinsichtlich ihrer dispositionellen Neigung zu Assimilation und Akkomodation unterscheiden. Wesentlich für die Ausbildung entsprechender Verhaltensdispositionen sind v. a. Faktoren, die auf die Einschätzung der Wichtigkeit und der Erreichbarkeit des Zieles Einfluss nehmen (Brandtstädter, 2007). Für ein starkes assimilatives Bemühen ist es entscheidend, dass die Person eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung besitzt. Die dispositionale Überzeugung, Einfluss auf eine Situation nehmen zu können, führt zu mehr Zuversicht und größerer Hartnäckigkeit, welche auch angesichts von Schwierigkeiten aufrechterhalten werden kann (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Brandtstädter, 2007). Ebenfalls zu größerer Ausdauer in der Zielverfolgung führt es, wenn unterschiedliche Mittel zur Verfügung stehen, die zur Zielerreichung geeignet erscheinen. Umso mehr Ressourcen nutzbar sind (z. B. Kreativität, Intelligenz, soziales Geschick, soziale Kontakte, materieller Wohlstand), desto eher stehen andere Optionen zur Zielerreichung zur Verfügung, wenn sich ein Mittel als erfolglos erwiesen hat (Brandtstädter, 2007). Da für Ziele, die als persönlich bedeutsam erachtet werden, eine höhere Zielbindung besteht, begünstigt eine hohe Wichtigkeit des in Frage stehenden Ziels ebenfalls eine größere Hartnäckigkeit in der Zielverfolgung (Brandtstädter, 2007). Sind nun aber die zur Verfügung stehenden Mittel erschöpft, so hängt der Erfolg dann einsetzender akkomodativer Prozesse u. a. von der Substituierbarkeit auf Zielebene ab. Ein starres Festhalten an bestimmten Zielen erschwert die Ablösung; die Verfügbarkeit von alternativen Zielvorstellungen und Lebensentwürfen erleichtert sie (Brandtstädter, 2007). Dabei können alternative Ziele durchaus Konkretisierungen desselben übergeordneten Wertes darstellen, der auch dem blockierten Ziel seinen Sinn verlieh. Die Besinnung auf übergeordnete persönliche Orientierungen (z. B. Gerechtigkeit, Nächstenliebe, religiöse Handlungsrichtlinien), bei denen ein „finales Entwicklungsergebnis“ (Brandtstädter, 2007, S. 36) ohnehin nicht anzugeben ist, erlaubt es, verschiedene alternative Ziele bestimmen, die den entsprechenden Wert symbolisieren. Neben der Substituierbarkeit auf Zielebene hängt der Erfolg akkomodativer Prozesse von der Verfügbarkeit entlastender Kognitionen ab. Kommt es zu einer „nachträglichen Einordnung aversiver Veränderungen in Sinnbezüge“ (Brandtstädter, 2007, S. 37), kann dies die Zielablösung erleichtern.

Assimilative und akkomodative Prozesse können im Hinblick auf ein konkretes Ziel als antagonistisch betrachtet werden. Solange eine Person eine Chance sieht, ein Ziel noch zu erreichen, sind Tendenzen, das Ziel aufzugeben, gehemmt. Umgekehrt werden im akkomodativen Modus zielgerichtete Aktionen unterdrückt (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Obgleich Assimilation und Akkomodation hinsichtlich eines spezifischen Ziels zu einem spezifischen Zeitpunkt in einem antagonistischen Verhältnis stehen, können sie hinsichtlich des Umgangs mit Zielen in der Lebensspanne insgesamt eher als komplementär betrachtet werden. Beide Arten von Prozessen bewirken eine Reduktion von Zieldiskrepan-

zen und ermöglichen so ein Gefühl von Kontinuität, Selbstwirksamkeit und Selbstwert (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Konzipiert als dispositionelle Verhaltenstendenzen können sowohl Assimilation als auch Akkomodation als funktional betrachtet werden, was sich empirisch in positiven Zusammenhängen beider Modi mit subjektiver Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Optimismus und emotionaler Stabilität zeigt (Brandtstädter, 2009).

So wie Wohlbefinden und Zufriedenheit nach dem Zwei-Prozess-Modell als Resultat einer gelungenen Balance zwischen Assimilation und Akkomodation gesehen werden, sind depressive Störungen Ausdruck eines nicht aufzulösenden Konflikts zwischen beiden Prozessen. Gefühle der Hilflosigkeit und Depression entstehen dem Modell zufolge durch das Festhalten an blockierten, nicht erreichbaren Zielen und kennzeichnen damit Schwierigkeiten beim Wechsel vom assimilativen zum akkomodativen Modus. Mit der fortbestehenden Bindung an das als unerreichbar erachtete Ziel kommt es außerdem zu dem oben beschriebenen ruminativen Denken, welches für depressive Zustände charakteristisch ist (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Während Rumination in seiner ursprünglichen Konzeption als dysfunktionale Reaktion betrachtet wird, da grüblerisches Denken den negativen Affekt verlängert und intensiviert (z. B. Nolen-Hoeksema et al., 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994), betont Brandtstädter (2007) den funktionalen Charakter von Rumination, da sie sowohl zur Generierung von Problemlösungen (Assimilation) als auch von entlastenden Kognitionen (Akkomodation) beitragen kann. Ebenfalls nimmt das Zwei-Prozess-Modell an, dass die mit dem depressiven Bild verbundene Verhaltenshemmung zunächst funktional sein kann, um den Wechsel vom assimilativen zum akkomodativen Modus zu begünstigen (Brandtstädter, 2007). Somit wird erst das *Verharren* im Konflikt zwischen Assimilation und Akkomodation, also das *dauerhafte* Festhalten an einem nicht erreichbaren Ziel und der damit einhergehende dauerhafte depressive Affekt als zentrales dysfunktionales und depressiogenes Element betrachtet (Brandtstädter & Rothermund, 2002).

2.2.2.2 Das Kohärenzgefühl als Motor assimilativer und akkomodativer Prozesse

Für ein starkes Kohärenzgefühl lässt sich annehmen, dass es sowohl Assimilation als auch Akkomodation günstig beeinflusst. Förderlich für assimilatives Bemühen erscheinen v. a. die Verfügbarkeit von Generalisierten Widerstandsressourcen sowie die Handhabbarkeitskomponente des Kohärenzgefühls. Generalisierte Widerstandsfaktoren führen „weg von der Überzeugung, daß die Karten des Lebens gegen einen gemischt“ sind und hin zu dem Vertrauen, „daß eine Vielzahl von passenden Ressourcen, die sich stellenden Anforderungen zu bewältigen, verfügbar“ sind (Antonovsky, 1993, S. 12). Wie bereits näher dargestellt, liegt dieses Vertrauen in die Verfügbarkeit von Ressourcen dem Gefühl von Handhabbarkeit

zugrunde (Antonovsky, 1997). Hinsichtlich des Zwei-Prozess-Modells lässt sich herleiten, dass ein Gefühl von Handhabbarkeit die Überzeugung fördert, Einfluss auf eine Situation nehmen zu können, so dass assimilative Prozesse wahrscheinlicher werden. Die Verfügbarkeit zahlreicher Generalisierter Widerstandsressourcen führt zudem zu Substituierbarkeit auf Mittelebene, erhöht damit die Flexibilität des Bewältigungshandelns und trägt auf diese Weise zu einer Aufrechterhaltung des assimilativen Modus auch unter erschwerten Bedingungen bei. Die Hartnäckigkeit der Zielverfolgung sollte ferner durch ein ausgeprägtes Gefühl von Bedeutsamkeit begünstigt sein. Die Bedeutsamkeitskomponente des Kohärenzgefühls bezieht sich „auf das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet“ (Antonovsky, 1997, S. 35f.). Mit Bezug auf das Zwei-Prozess-Modell lässt sich sagen, dass eine starke Bedeutsamkeitskomponente die Motivation zur Assimilation durch verstärkte Bindung an das Ziel erhöht: „man muß bewältigen wollen“ (Antonovsky, 1993, S. 12). Es kann demnach angenommen werden, dass ein starkes Kohärenzgefühl assimilative Prozesse stärkt. Auf der anderen Seite lässt sich auch herleiten, dass ein starkes Kohärenzgefühl Prozesse der Akkomodation fördern kann, wenn die Ressourcen erschöpft sind und eine weitere Zielannäherung nicht mehr wahrscheinlich ist. Die im Zwei-Prozess-Modell angenommenen akkomodativen Prozesse finden eine Entsprechung im salutogenetischen Modell im Konzept der Flexibilität von Grenzen. Antonovsky (1997) beschreibt, dass Menschen Grenzen ziehen, die diejenigen Lebensbereiche umfassen, die als bedeutsam erachtet werden. „Was sich außerhalb dieser Grenzen abspielt (...) ist für uns nicht wichtig (...). Der Begriff der Grenzen bedeutet, daß man nicht notwendigerweise das Gefühl haben muß, das ganze Leben sei verstehbar, handhabbar und bedeutsam, um ein starkes SOC zu haben“ (Antonovsky, 1997, S. 39). Hieraus ergibt sich nach Antonovsky (1997) die Möglichkeit, die Grenzen flexibel an den jeweiligen Gegebenheiten und Möglichkeiten auszurichten. „Es kann durchaus sein, daß eine der effektivsten Methoden, mit denen eine Person mit einem starken SOC ihre Sicht der Welt als kohärent aufrechterhält, darin besteht, bezüglich der Lebensbereiche innerhalb der für signifikant befundenen Grenzen flexibel zu bleiben“ (Antonovsky, 1997, S. 40). Die Fähigkeit, die Grenzen dessen, was als bedeutsam erachtet wird, den aktuellen Möglichkeiten und Begrenzungen anzupassen, sprechen auch Wiesmann, Wendlandt und Hannich (2004) Personen mit starkem Kohärenzgefühl zu. Es wird angenommen, dass eine Person mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl in der Lage ist, realistisch einzuschätzen, wann die Grenzen der Optimierung erreicht sind. Eine kohärente Sicht der Welt erhält sie aufrecht, indem sie „Randbereiche (...), die für sie weniger verstehbar oder handhabbar sind, für sich ausblendet und sich gleichzeitig jenen Bereichen zuwendet, die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit fördern“ (Wiesmann,

Rölker & Hannich, 2004, S. 373). Der Prozess der Anpassung der Grenzen kann im Sinne der oben beschriebenen Substituierbarkeit auf Zielebene verstanden werden, da alte Zielbereiche ausgegrenzt und andere verstärkt in den Blick genommen werden – ohne jedoch das Erleben von Bedeutsamkeit zu beschädigen. Auch die oben beschriebene Verfügbarkeit entlastender, v. a. sinnstiftender Kognitionen, welche akkomodative Prozesse erleichtert, scheint durch ein starkes Kohärenzgefühl erhöht zu sein (z. B. Bäärnhielm, 2005; Bevvino & Sharkin, 2003). Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl gelingt es aufgrund des Erlebens von Bedeutsamkeit besser, auch verlustreichen oder schmerzlichen Ereignissen einen Sinn zu verleihen, was ihnen einen langen Prozess des Haderns und Festhaltens ersparen kann.

Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass ein starkes Kohärenzgefühl den Umgang mit einem blockierten Ziel positiv beeinflusst. Zunächst kann ein starkes Kohärenzgefühl assimilative Prozesse unterstützen, also ein vorzeitiges Aufgeben verhindern, indem es Motivation und Hartnäckigkeit bei der Zielverfolgung fördern kann. Zeigt sich auch bei vermehrter Anstrengung, dass ein Ziel nicht erreichbar ist, kann ein starkes SOC dabei helfen, den Verlust in einen sinnstiftenden Zusammenhang zu setzen oder nach einem alternativen Weg zur Realisierung des zugrunde liegenden Wertes zu suchen, so dass die Zielmodifikation oder –ablösung erleichtert ist. Es kann also angenommen werden, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit einer ausgeprägten dispositionellen Neigung zu Assimilation und Akkomodation verbunden ist und auf diese Weise vor depressiogenen Prozessen im Entwicklungsverlauf schützen kann. Diese Annahme zeigt Parallelen zu der oben dargestellten Hypothese, dass ein starkes SOC im Prozess der Selbstregulation aktive Problemlösung und Prozesse der Zielablösung begünstigt und so depressive Grübelprozesse verhindert.

2.3 Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls

Ausgehend von verschiedenen handlungstheoretischen Ansätzen zur Ätiologie depressiver Störungen wurde im vorausgehenden Abschnitt hergeleitet, wie ein starkes SOC den Umgang mit Stressoren, die wichtige Ziele einer Person gefährden, günstig beeinflussen und so vor einer längeren depressiven Reaktion schützen kann. In dieser Funktion kann ein starkes SOC als Protektivfaktor in der Ätiologie depressiver Störungen gesehen werden. Eine Person mit dispositionell stark ausgeprägtem SOC hätte demnach ein geringeres Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Wie oben angesprochen, lässt die hoch negative Beziehung von SOC und Depressivität jedoch auch eine alternative Erklärung des Zusammenhangs zu. Die negative Korrelation zwischen den Variablen könnte auch darauf zurückgehen, dass das Vorliegen einer akuten depressiven Symptomatik das Erleben von Kohärenz vorübergehend erschwert und daher

das SOC im Rahmen einer depressiven Episode vermindert zugänglich ist. In diesem Fall wären SOC-Defizite eher ein Epiphänomen der depressiven Symptomatik und würden mit der Stärke der akuten Depression variieren. Betrachtet man einige zentrale kognitive und motivationale Charakteristika depressiver Symptomatik, so erscheinen diese in der Tat unvereinbar mit dem subjektiven Erleben eines starken Kohärenzgefühls. Beispielsweise steht die in der Depression typischerweise erlebte Hilf- und Hoffnungslosigkeit einem Vertrauen in eigene Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, sprich dem Erleben von Handhabbarkeit, entgegen. In ähnlicher Weise lassen sich das Erleben von Sinnlosigkeit und Leere, der Verlust von Interesse und Freude sowie die Zweifel am Wert der eigenen Person nur schwer mit dem Erleben von Bedeutsamkeit in Einklang bringen. Leicht vorstellbar ist es auch, dass das Erleben von Verstehbarkeit während einer depressiven Symptomatik beeinträchtigt ist, wenn man berücksichtigt, dass die depressive Symptomatik alle alltäglichen Abläufe stört, selbst einfache Routinen erschwert und so die Aufrechterhaltung einer geregelten und konsistenten Tagesstruktur empfindlich stört. Vor diesem Hintergrund kommen auch Carstens und Spangenberg (1997) zu dem Schluss, dass das depressive „mindset“ (S. 1217) einen Gegensatz zum SOC darstellt und eine depressive Episode somit einem Zusammenbruch des SOC gleich kommt.

Semantische Netzwerkmodelle bieten einen theoretischen Rahmen, in dem sich herleiten lässt, dass der Zugang zum SOC in depressiver Stimmung erschwert ist. Im Rahmen seiner Assoziativen Netzwerktheorie stellt Bower (1981) die These auf, dass Emotionen als Knoten im semantischen Netzwerk abgelegt und als solche mit anderen Gedächtniselementen (z. B. Körperausdruck, auslösende Situationen, autonome Reaktion etc.) verknüpft sind. Unter entsprechender emotionaler Aktivierung sind demnach die damit verbundenen Gedächtnisinhalte aktiviert und leichter zugänglich. Darüber hinaus prägt eine bestimmte Emotion die freie Assoziation, die Interpretation von Ereignissen und die Urteilsbildung jeweils dahingehend, dass emotionskongruente Kognitionen wahrscheinlicher sind als emotionsinkongruente. Bower (1981) sieht seine These durch zahlreiche experimentelle Hinweise gestützt. Er kann beispielsweise belegen, dass unter Induktion negativer bzw. positiver Stimmung entsprechend valente autobiographische Erinnerungen vermehrt abgerufen werden. In ähnlicher Weise können Probanden, die Wortlisten lernen, diese leichter wiedergeben, wenn Wiedergabe und Lernen in gleicher emotionaler Verfassung stattfinden. Insgesamt sprechen die Annahmen von Bower dafür, dass depressive Stimmung depressiv getönte Gedächtnisinhalte und Kognitionen aktiviert und stimmungsinkongruente kognitive Inhalte hemmt.

Aufbauend auf dem Netzwerkmodell von Bower argumentiert Teasdale (1983), dass durch depressive Stimmung v. a. solche kognitiven Konzepte (z. B. negatives Selbstkonzept) aktiviert werden, die aufgrund früherer Erfahrungen eine starke Assoziation mit dem semantischen Knoten „Depression“ aufweisen. Da Personen sich in ihren früheren Erfahrun-

gen mit negativer Stimmung unterscheiden, nimmt Teasdale (1983) interindividuelle Unterschiede in Art und Ausmaß der in depressiver Stimmung aktivierten Kognitionen an. Bei Personen mit negativen Vorerfahrungen ist negative Stimmung eng mit entsprechenden negativen kognitiven Schemata verknüpft, die unter negativer Stimmung salient werden und ihrerseits die weitere Informationsverarbeitung steuern. Durch die negativ gefärbte Informationsverarbeitung wird die depressive Stimmung weiter verstärkt. Auf diese Weise entsteht eine reziproke Beziehung zwischen depressiver Stimmung und negativen Schemata: Durch die depressive Stimmung werden frühe negative Schemata aktiviert, die durch ihren dysfunktionalen Einfluss auf Informationsverarbeitungsprozesse die depressive Stimmung weiter verstärken. Die Annahme, dass Menschen sich dahingehend unterscheiden, welche Schemata in einem bestimmten emotionalen Zustand aktiviert werden, ist als These der differentiellen Aktivierung („differential activation“, Teasdale & Dent, 1987, S. 114) bekannt geworden. Die These der differentiellen Aktivierung findet Unterstützung in Studien, die zeigen, dass sich negative Gedanken bei Personen mit vorhandener Vulnerabilität für Depression v. a. unter negativer Stimmung nachweisen lassen. Beispielsweise untersuchten Miranda und Persons (1988) die Stärke dysfunktionaler depressionsrelevanter Kognitionen in Abhängigkeit von aktueller Stimmung und dem Vorhandensein depressiver Phasen in der Vorgeschichte. Sie konnten zeigen, dass eine Induktion negativer Stimmung bei Personen ohne depressive Vorgeschichte keinen Effekt auf die Stärke dysfunktionaler Kognitionen hatte, bei remittiert depressiven Personen aber zu einer stärkeren Ausprägung des dysfunktionalen Denkens führte. Hierin kommt zum Ausdruck, dass Personen mit einer latenten kognitiven Vulnerabilität unter negativer Stimmung stärker in negatives Denken verfallen als Personen ohne ein entsprechendes Risiko.

Nimmt man an, dass das SOC als kognitiv-emotionales Schema im semantischen Netzwerk abgelegt ist, so ergibt sich aus Bowers (1981) Netzwerkmodell, dass die Zugänglichkeit des SOC mit der aktuellen Stimmung variieren kann. Unter negativer Stimmung wäre demnach das Erleben von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit erschwert. Berücksichtigt man zusätzlich die These der differentiellen Aktivierung von Teasdale, so betrifft dies vor allem Personen, die in der Vergangenheit im Umgang mit Belastungen und damit verbundene negativem Affekt nicht genügend Erfahrungen von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation gemacht haben und daher kein starkes SOC ausbilden konnten. Für diese Gruppe kann in besonderem Maße angenommen werden, dass das Erleben von Kohärenzgefühl in depressiver Stimmung zusätzlich erschwert ist. Dies bietet eine theoretische Erklärung für den von Carstens und Spangenberg (1997) beobachteten Zusammenbruch des SOC in depressiven Episoden: Sofern eine Person in der bisherigen Lerngeschichte v. a. die Erfahrung gemacht hat, dass sie im Umgang mit Stressoren unkontrollierbaren Kräften hilflos ausgeliefert ist und keinen Einfluss auf die Situation nehmen kann, so wird diese

Erfahrung im semantischen Netz mit negativer Stimmung assoziiert. In negativer Stimmung wird dann auch in Zukunft v. a. ein Gefühl von Hilflosigkeit aktiviert und das Erleben von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit gehemmt. Entsprechend kann angenommen werden, dass das Kohärenzerleben bei Personen mit habituell schwachem SOC unter depressiver Stimmung zusätzlich erschwert ist.

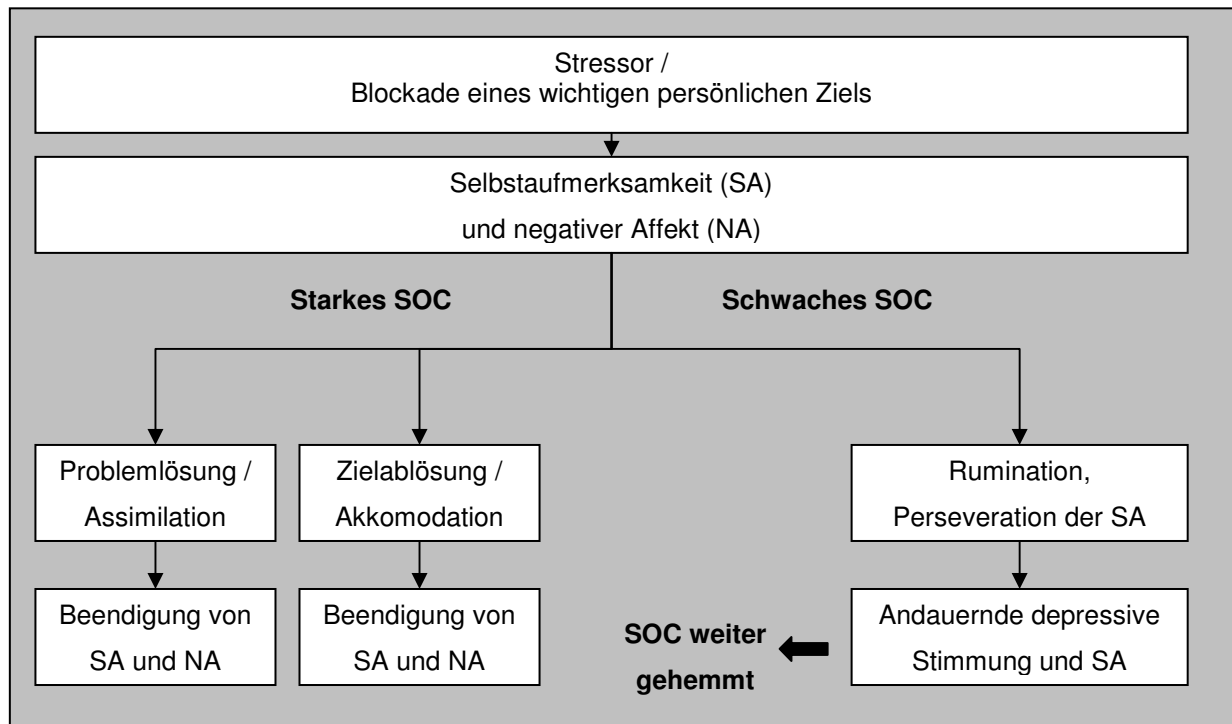
Dieser Argumentation folgend, kann aus theoretischer Perspektive eine Zustandsabhängigkeit des SOC von depressiver Verfassung angenommen werden. Ihre empirische Entsprechung findet diese Annahme im Nachweis von Schwankungen des SOC im längsschnittlichen Verlauf. Antonovsky (1997) selbst postuliert zwar eine Stabilität des SOC im Erwachsenenalter, empirische Arbeiten deuten jedoch insgesamt auf eine bestehende Variabilität hin, welche v. a. bei der Betrachtung individueller SOC-Werte (vs. Betrachtung von Mittelwerten) im Längsschnitt deutlich wird. Beispielsweise zeigen Sack et al. (1997), dass bei Subgruppen psychosomatischer Patienten die SOC-Werte im Laufe einer stationären Behandlung stark ab- oder zunehmen. In ähnlicher Weise beschreiben Snekkevik et al. (2003) interindividuell unterschiedliche, aber z. T. stark variable SOC-Verläufe bei Personen nach einem traumatischen Ereignis. Dass eine Besserung depressiver Symptomatik mit einem Anstieg der SOC-Werte einhergehen kann, belegen Skärsäter et al. (2009) in einer Längsschnittstudie. Insgesamt erscheint demnach eine Abhängigkeit des SOC von der aktuellen depressiven Symptomatik sowohl theoretisch plausibel als auch empirisch möglich.

2.4 Zusammenfassung und Synthese der Annahmen zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depression

In den vorausgehenden Ausführungen wurde beschrieben, dass der Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depressivität durch eine hohe negative Korrelation gekennzeichnet ist: Umso stärker das SOC ausfällt, desto geringer ist die messbare Depressivität. Umso stärker die Depressivität ausgeprägt ist, desto schwächer ist das zu findende SOC. Ausgehend von diesem Befund wurden zwei Erklärungen des Zusammenhangs einander gegenüber gestellt. Zunächst wurde hergeleitet, auf welche Weise ein starkes SOC als Protektivfaktor in die Ätiologie depressiver Störungen eingreifen und eine depressive Entwicklung verhindern kann. Anschließend wurde dargestellt, wie depressive Stimmung zu einer Hemmung des SOC beitragen kann. Beide Ansätze müssen sich keinesfalls ausschließen, sondern lassen sich in ein gemeinsames Modell integrieren, in dem depressiver Affekt und SOC eine reziproke Beziehung eingehen. Die angenommenen Zusammenhänge zwischen Selbstregulation, SOC und Depression werden in Abbildung 1 zusammenfassend illustriert und lassen sich durch zwei Annahmen zusammenfassen:

Abbildung 1

Angenommene Beeinflussung des Selbstregulationsprozesses durch das SOC sowie Hemmung des SOC durch depressiven Affekt bei vulnerablen Personen



1. Das SOC beeinflusst den Selbstregulationsprozess im Umgang mit Stressoren, indem es aktiv problemlösende Verhaltensweisen (Assimilation) und erforderliche Zielablösungsprozesse (Akkomodation) gegenüber ruminativen Reaktionen begünstigt. Auf diese Weise wirkt es im Prozess der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressivität als Protektivfaktor.
2. Es besteht eine Zustandsabhängigkeit des SOC von depressiver Stimmung, die auf einer erschwerten Zugänglichkeit stimmungsinkongruenter kognitiver Konzepte beruht. Die damit angenommene Hemmung des SOC unter depressiver Stimmung wird vorwiegend für Personen angenommen, die in der Vergangenheit wenig positive Bewältigungserfahrungen machen und somit kein starkes SOC ausbilden konnten. Der Bewältigungsprozess ist für diese Personengruppe unter negativer Stimmung weiter erschwert.

Im folgenden Kapitel werden drei Studien dargestellt, die ausgehend von diesen beiden Annahmen den Zusammenhang zwischen Depressivität und Kohärenzgefühl aus empirischer Perspektive betrachten. Die Studien beschäftigen sich im Kern mit den Fragen, inwiefern das Kohärenzgefühl unter depressiver Stimmung gehemmt ist und ob vulnerable Personen generell über ein schwächeres Kohärenzgefühl verfügen als nicht-vulnerable Personen. Darüber hinaus wird untersucht, ob ein starkes Kohärenzgefühl assimilatives und

akkomodatives Bewältigungshandeln begünstigt und so ruminative Reaktionen auf Belastungen vermindern kann.

III. EMPIRISCHER TEIL

1. Überblick über die Studien und die Untersuchungshypothesen

Im vorherigen Kapitel wurde der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität vor dem Hintergrund empirischer Befunde aus theoretischer Perspektive betrachtet. Zur Erklärung des empirisch belegten hoch negativen Zusammenhangs der beiden Variablen wurden zwei Annahmen dargestellt. Zum einen wurde angenommen, dass das Kohärenzgefühl im Sinne eines überdauernden Protektivfaktors vor einer depressiven Entwicklung schützen kann. Zum anderen wurde hergeleitet, dass das Kohärenzgefühl im Rahmen einer depressiven Episode einen vorübergehenden Zusammenbruch erleiden kann. Im Rahmen von drei Teilstudien soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur empirischen Überprüfung dieser Annahmen leisten. In einer ersten Studie wird die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von aktueller Stimmung betrachtet, um ausschließen zu können, dass der Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depressivität auf einem einfachen Stimmungseffekt beruht. Die zweite Studie befasst sich mit der Frage der Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls von akuter depressiver Symptomatik. Sie fragt danach, ob Defizite im Kohärenzgefühl, die während einer depressiven Phase bestehen, mit Rückgang der Symptomatik ebenfalls rückläufig sind. Dies würde für einen vorübergehenden Zusammenbruch des Kohärenzgefühls während einer depressiven Episode sprechen. Außerdem prüft die zweite Studie, ob trotz einer möglichen Erholung des Kohärenzgefühls im Zuge der Remission das erreichte Niveau unter dem von nicht depressiven Menschen zurückbleibt. Dies wäre zu erwarten, wenn das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor darstellt, der vulnerablen Personen dauerhaft weniger zur Verfügung steht. In der dritten Studie werden schließlich Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und depressionsrelevanten Bewältigungsstrategien untersucht. Insbesondere wird die Annahme geprüft, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit einer stärkeren Neigung zu Assimilation und Akkomodation sowie mit einer geringeren Grübelneigung verknüpft ist. Der Aufbau aller drei Studien wird im Folgenden kurz dargestellt. Daran schließt sich jeweils eine Herleitung der zugehörigen Untersuchungshypothesen an.

Studie 1. Die erste Studie untersucht die Abhängigkeit des SOC von der aktuellen Stimmung bei einer nicht-klinischen Stichprobe. Zu diesem Zweck wird das SOC anhand verschiedener Skalen nach experimenteller Manipulation der Stimmung (positiv vs. negativ) erfasst.

Die Herleitung der Untersuchungshypothesen stützt sich auf die „These der differentiellen Aktivierung“ (Teasdale, 1983). Hiernach lässt sich kein personenübergreifender Effekt von

Stimmung auf die Zugänglichkeit kognitiver Konzepte vorhersagen, da sich Menschen in Art und Ausmaß der unter negativer Stimmung aktivierten Konzepte unterscheiden. Diese Annahme lässt sich durch empirische Befunde bestätigen, die mehrheitlich zeigen, dass die Induktion negativer Stimmung nur bei Personen mit positiver Depressionsanamnese kognitive Prozesse signifikant beeinflusst. Bei Personen ohne depressive Vorgeschichte bleibt sie zumeist ohne Effekt (zusammenfassend siehe Segal & Ingram, 1994). Im Hinblick auf die vorliegende Studie bedeutet das, dass kein signifikanter SOC-Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen erwartet wird. Damit ergibt sich folgende Hypothese:

Hypothese 1.1: Bei Personen ohne aktuelle depressive Symptomatik und ohne depressive Episoden in der Vorgeschichte führt die Induktion negativer Stimmung im Vergleich zur Induktion positiver Stimmung nicht zu einem verminderten SOC.

Studie 2. Der Aufbau der zweiten Studie lehnt sich an das in der Vulnerabilitätsforschung verbreitete „remitted depression paradigm“ (z. B. Just, Abramson & Alloy, 2001, S. 64) an. Im Zentrum dieses Untersuchungsparadigmas steht der Vergleich von depressiven Personen im akuten und remittierten Zustand mit nicht-depressiven Vergleichspersonen. Es basiert auf der Prämisse, dass kognitive Auffälligkeiten nur dann als Vulnerabilitätsfaktoren betrachtet werden können, wenn sie sich als stabil erweisen und über eine aktuelle depressive Episode hinaus nachweisbar sind. Jedes kognitive Muster, das zwar charakteristisch für Menschen mit akuter depressiver Symptomatik ist, aber nicht zwischen remittiert depressiven und nicht-depressiven Menschen unterscheiden kann, kommt hiernach nicht als Vulnerabilitätsfaktor in Frage. Es muss vielmehr als Begleiterscheinung der Depression eingeordnet werden.

Hieran anknüpfend werden in Studie 2 die SOC-Werte einer Gruppe akut depressiver, einer Gruppe remittiert depressiver und einer Gruppe vormals nicht depressiver Personen verglichen. Der Vergleich der remittiert depressiven Gruppe mit der nicht-depressiven Kontrollgruppe erlaubt Rückschlüsse darauf, ob ein starkes Kohärenzgefühl als überdauernder Protektivfaktor in Frage kommt. Sofern das SOC als stabiler Protektivfaktor vor einer depressiven Episode schützen kann, sollten sich vulnerable Personen – unabhängig vom jeweiligen Stadium der Erkrankung – im Vergleich zu nicht-vulnerablen Personen durch ein niedrigeres SOC auszeichnen. Zum zweiten lassen sich anhand des Vergleichs der Gruppen der akut depressiven und der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen Hinweise für eine Zustandsabhängigkeit des SOC von akuter depressiver Symptomatik finden. Nimmt man an, dass Personen, die zu Depression neigen, in der Vorgeschichte ungünstige Erfahrungen in der Belastungsbewältigung (mangelnde Konsistenz, mangelnde Belastungsbalance, mangelnde Partizipation) gemacht haben, sollte unter depressiver Stimmung der assoziative Zugang zum SOC erschwert sein. Für die untersuchte klinische Stichprobe wird daher ein vermindertes Kohärenzerleben im

depressiven im Vergleich zum remittierten Zustand erwartet. Aus den angestellten Überlegungen ergeben sich Hypothesen 2.1 und 2.2.

Hypothese 2.1: Remittiert depressive Personen zeichnen sich im Vergleich zu gesunden, vormals nicht depressiven Personen durch ein geringer ausgeprägtes SOC aus.

Hypothese 2.2: Akut depressive Personen zeichnen sich im Vergleich zu remittiert depressiven Personen durch ein geringer ausgeprägtes SOC aus.

Neben Depressivität und Kohärenzgefühl werden in der zweiten Studie auch dysfunktionale depressionsförderliche Einstellungen erhoben. Das erlaubt, neben der Untersuchung der genannten Hypothesen, auch der Frage nachzugehen, in welchem Zusammenhang das Kohärenzgefühl zu kognitiven Vulnerabilitätsfaktoren steht.

Studie 3. Die dritte Studie soll angenommene Mediatoren des Zusammenhangs zwischen SOC und Depressivität in den Blick nehmen. Wie oben dargestellt, kann ein starkes SOC den Umgang mit Belastungen und Stressoren positiv beeinflussen, indem es die Neigung zu Assimilation und zu Akkomodation stärkt sowie ruminative Reaktionen verringert. Zur Überprüfung werden in Studie 3 anhand einer unselektierten Stichprobe die korrelativen Zusammenhänge zwischen SOC und Skalen zur Erfassung von Assimilation, Akkomodation und ruminativer Beschäftigung mit blockierten Zielen erfasst. Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 3.1: Ein stärkeres SOC geht mit einer stärkeren Neigung zu Assimilation und Akkomodation einher.

Hypothese 3.2: Ein stärkeres SOC geht mit einer geringeren Tendenz zu Rumination einher.

Hypothese 3.3: Diese Zusammenhänge bestehen auch unter Kontrolle von Depressivität.

2. Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von aktueller Stimmung (Studie 1)

In diesem und den beiden nächsten Kapiteln werden die drei Teilstudien separat dargestellt. Eine zusammenfassende Diskussion der drei Studien und eine Betrachtung möglicher Schlussfolgerungen erfolgen im Teil IV dieser Arbeit. Zunächst wird die erste Studie dargestellt, welche der Frage nachgeht, ob das Kohärenzgefühl durch die aktuelle Stimmung beeinflusst ist. Beschrieben werden das methodische Vorgehen (2.1), die Ergebnisse (2.2) sowie eine Diskussion der Ergebnisse (2.3).

2.1 Methode Studie 1

2.1.1 Design und Hypothesen

Eine Gruppe nicht-klinischer Teilnehmer/-innen wurde randomisiert einer von zwei experimentellen Bedingungen zugewiesen. In der einen experimentellen Gruppe wurde negative Stimmung induziert, in der anderen Gruppe erfolgte unter sonst konstanten Bedingungen eine Induktion positiver Stimmung. Im Anschluss an die Stimmungsmanipulation wurde das Kohärenzgefühl erfasst. Die beiden experimentellen Gruppen bilden den zweifach gestuften Zwischensubjektfaktor *Stimmung*, welcher die unabhängige Variable darstellt. Das *Kohärenzgefühl* stellt die abhängige Variable dar. *Depressivität* wurde als mögliche Kovariate des Zusammenhangs einbezogen.

Die Induktion positiver Stimmung stellt aus zwei Gründen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Stimmungsinduktion die günstigere Vergleichsbedingung dar: Zum einen können potentielle Effekte der Manipulation auf das SOC eindeutiger auf die induzierte Valenz der Stimmung attribuiert werden, da die experimentelle Manipulation als solche zwischen den Bedingungen konstant bleibt. Zum anderen stellt der Vergleich zwischen positiver und negativer Stimmung zur Überprüfung der Nullhypothese das stärkere Design dar, da eine größere Variation der unabhängigen Variablen erreicht wird. Wie oben dargestellt, wird in der ersten Studie die folgende Untersuchungshypothese überprüft:

Hypothese 1.1: Bei Personen ohne aktuelle depressive Symptomatik und ohne depressive Episoden in der Vorgeschichte führt die Induktion negativer Stimmung im Vergleich zur Induktion positiver Stimmung nicht zu einem verminderten SOC.

2.1.2 Operationalisierung der unabhängigen Variablen: Stimmungsinduktion

Die Stimmungsinduktion erfolgte durch die kombinierte Darbietung von stimmungskongruenter Musik und einer Aufgabe zur autobiographischen Erinnerung an emotional relevante Lebensereignisse. Die Wirksamkeit dieser Methode konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden (z. B. Heene, de Raedt, Buysse & van Oost, 2007; Segal et al., 2006; Watkins, Teasdale & Williams, 2003). Zudem weist sie im Vergleich zu anderen Methoden hinsichtlich der Induktion depressiver Stimmung eine hohe theoretische Plausibilität auf, da sie den Selbstfokus der Teilnehmer/-innen erhöht und an persönliche Erfahrungen anknüpft. Je nach experimenteller Bedingung wurden die Teilnehmer/-innen dazu aufgefordert, sich entweder an ein fröhliches oder an ein trauriges Lebensereignis zu erinnern und dieses möglichst anschaulich zu beschreiben, während stimmungskongruente Musik eingespielt wurde. Die Instruktion zum Erinnern wurde auditiv in Form einer Tonbandaufnahme dargeboten. Sie orientierte sich an der von Abele (1990) verwendeten Instruktion und wurde ergänzt durch die explizite Aufforderung, sich mit Hilfe der Musik in die gewünschte Stimmung zu versetzen. Diese Ergänzung kann die Effekte der Stimmungsmanipulation verstärken (Westermann, Spies, Stahl & Hesse, 1996). Die Instruktion lautete wie folgt:

Instruktion zur Induktion positiver Stimmung. „In einem kurzen Moment wird Ihnen ein Musikstück vorgespielt. Während Sie diese Musik hören, erinnern Sie sich bitte an ein Ereignis, bei dem Sie sehr fröhlich waren und sich in Hochstimmung befanden. Es sollte sich um ein Ereignis handeln, das noch heute nachwirkt. Lassen Sie innerlich ein Bild von alledem entstehen, was passierte und was Sie fühlten. Versuchen Sie bitte, sich auch in die fröhliche Stimmung zurückzusetzen, die Sie damals gespürt haben. Sie können dazu auch die Augen schließen. Wenn Sie die Situation wieder genau vor Augen haben, beschreiben Sie die Szene in einigen Sätzen möglichst konkret und anschaulich.“

Instruktion zur Induktion negativer Stimmung. „In einem kurzen Moment wird Ihnen ein Musikstück vorgespielt. Während Sie diese Musik hören, erinnern Sie sich bitte an ein Ereignis, bei dem Sie sehr traurig waren und sich in sehr schlechter Stimmung befanden. Es sollte sich um ein Ereignis handeln, das noch heute nachwirkt. Lassen Sie innerlich ein Bild von alledem entstehen, was passierte und was Sie fühlten. Versuchen Sie bitte, sich auch in die traurige Stimmung zurückzusetzen, die Sie damals gespürt haben. Sie können dazu auch die Augen schließen. Wenn Sie die Situation wieder genau vor Augen haben, beschreiben Sie die Szene in einigen Sätzen möglichst konkret und anschaulich.“

Zur Beschreibung des Ereignisses erhielten die Teilnehmer/-innen ein Arbeitsblatt, welches die Instruktion in Kurzform wiedergab und ansonsten liniert war (siehe Anhang A-3, A-4).

Das schriftliche Festhalten der Erinnerungen diente zur Überprüfung, ob die Teilnehmer/-innen der Instruktion folgten.

Die Musik wurde unmittelbar im Anschluss an die auditiv dargebotene Instruktion eingespielt. Zur Induktion positiver Stimmung wurde das Stück „Morgenstimmung“ von Edvard Grieg mit einer Spieldauer von ca. 5 Minuten eingesetzt (vgl. de Jong-Meyer, Kuczmera & Tripp, 2007). Zur Induktion negativer Stimmung diente das Stück „Russland unter dem mongolischen Joch“ von Prokofiev aus dem Film „Alexander Nevsky“, welches in halber Bandgeschwindigkeit dargeboten wurde und damit eine Spieldauer von ca. 6 Minuten erreichte (vgl. de Jong-Meyer et al.; 2007; Hepburn, Barnhofer & Williams, 2006; Mathews & Bradley, 1982; Segal et al., 2006; Watkins et al., 2003). Die Teilnehmer/-innen wurden gebeten, sich für die Bearbeitung der Erinnerungsaufgabe unabhängig von der Dauer der Musikstücke so viel Zeit zu nehmen, wie sie dazu benötigten.

2.1.3 Manipulationscheck

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Stimmungsinduktion wurde ein Manipulationscheck eingesetzt. Hierzu schätzten die Teilnehmer/-innen vor und nach der Stimmungsinduktion ihre aktuelle Stimmung ein. Um der engen zeitlichen Begrenzung der Stimmungsveränderung Rechnung zu tragen, wurden visuelle Analogskalen (VAS) eingesetzt, die sich in zahlreichen Studien als zeitökonomisches Instrument zur Erfassung von Stimmungsveränderungen bewährt haben (z. B. Hepburn et al., 2006; Mathews & Bradley, 1982; Segal et al., 2006; Slyker & McNally, 1991; Sutton, Teasdale & Broadbent, 1988). Um die Unabhängigkeit von positivem und negativem Affekt (z. B. Egloff, 1998) zu berücksichtigen, wurden getrennte Skalen für positive und negative Stimmung verwendet. Bei den visuellen Analogskalen handelte es sich um zwei nicht untergliederte Linien mit einer Länge von je 10 cm, auf welchen die Teilnehmer/-innen durch Setzen eines Kreuzes angaben, wie fröhlich bzw. traurig sie sich im Moment fühlten. Die Endpunkte der Skalen waren markiert durch die Verankerungen „gar nicht“ und „äußerst“ (siehe Anhang A-5).

2.1.4 Operationalisierung der abhängigen Variablen: Kohärenzgefühl

Die abhängige Variable *Kohärenzgefühl* wurde zum einen anhand der Kurzform der *Sense of Coherence Scale (SOC-13)* (Antonovsky, 1997; Singer & Brähler, 2007, siehe Anhang B-1) zum anderen anhand des *Marburger Fragebogens zum Kohärenzgefühl (MR-SOC-20)* (Lutz et al., 1998, siehe Anhang B-2) erfasst. Beide Instrumente werden im Folgenden beschrieben.

Sense of Coherence Scale (SOC-13). Antonovsky (1997) entwickelte einen 29 Items umfassenden Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls, dessen psychometrische Qualität in zahlreichen Studien untersucht wurde. Singer und Brähler (2007) fassen die Befunde wie folgt zusammen: Die Reliabilität des Instruments kann überwiegend als gut bewertet werden; die Validität wurde durch ein weitgehend theoriekonformes Interkorrelationsmuster mit verwandten Konstrukten und verschiedenen Merkmalen psychischer und physischer Gesundheit wiederholt bestätigt. Lediglich die zum Teil ausgesprochen hohen negativen Zusammenhänge mit Angst und Depression müssen als problematisch eingeordnet werden, da sie die Eigenständigkeit des Konstrukts in Frage stellen. Zudem konnte die angenommene dreidimensionale Struktur des Kohärenzgefühls faktoranalytisch in der Mehrzahl der Studien nicht bestätigt werden. Zur ökonomischen Erfassung des SOC wurden inzwischen verschiedene Kurzversionen der SOC-Skala entwickelt (z. B. SOC-13, Antonovsky, 1997; SOC-L9, Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000; SOC-3, Schumann et al., 2003). In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Kurzversion der Langversion vorgezogen, da das Zeitfenster zur Erfassung des SOC aufgrund der Flüchtigkeit der induzierten Stimmung als begrenzt angenommen wurde. Verwendet wurde die Skala SOC-13 (Singer & Brähler, 2007). Anhand von 13 Items mit einer 7-stufigen Antwortskala erfasst die SOC-13 das Kohärenzgefühl, ohne zwischen den drei Teilkomponenten zu differenzieren. Das Format der Items sowie die Verankerung der Antwortskalen variieren zwischen den Items, wie folgende Beispiele illustrieren: Item 7 basiert auf einer Satzergänzung, indem die Teilnehmer/-innen den Satz „Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...“ anhand folgender Antwortskala ergänzen: „eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – eine Quelle von Schmerz und Langeweile“. Das darauf folgende Item 8 erfordert hingegen eine Häufigkeitsschätzung, indem gefragt wird: „Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?“. Die zugehörige Antwortskala ist wie folgt verankert: „sehr oft – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – sehr selten oder nie“. Der Skalenwert der SOC-13 wird nach Invertierung der negativ gepolten Items durch Summenbildung der Itemwerte gebildet und bewegt sich im Wertebereich 13 bis 91. Die SOC-13 zeigt eine hohe Übereinstimmung mit dem Originalfragebogen SOC-29 (z. B. $r=.95$, Hannover et al., 2004; $r=.94$, Singer & Brähler, 2007) sowie ein vergleichbares Interkorrelationsmuster mit externen Validitätskriterien (Singer & Brähler, 2007). Außerdem zeigt sie, wie die SOC-29, hohe negative Zusammenhänge mit Depressivität (z. B. Ristkari et al., 2006; Snekkevik et al., 2003). Die interne Konsistenz der SOC-13-Skala kann mit $\alpha=.85$ (Singer & Brähler, 2007) als gut bewertet werden.

Marburger Fragebogen zum Kohärenzgefühl (MR-SOC). Die hohe Korrelation der SOC-13 mit Depressivität und Angst stellt ihre Konstruktvalidität in Frage, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Daher wurde mit dem Marburger Fragebogen zum Kohärenzgefühl

(MR-SOC-20, Lutz et al., 1998) ein weiteres Instrument zur Erfassung des SOC eingesetzt. Gegenüber der Originalskala bietet der MR-SOC einige Vorteile, die die Interpretierbarkeit der Ergebnisse erleichtern. Während die Items der Originalskala keiner einheitlichen Struktur folgen, so dass zusätzliche Varianz in den Antworten entsteht, sind die 20 Items des MR-SOC in einem einheitlichen verhaltensorientierten Format formuliert. Sie bestehen aus kurz formulierten Selbstverbalisationen (z. B. „Das schaff ich schon“, „Es ist zwar anstrengend, aber es lohnt sich“), zu denen die Teilnehmer/-innen unter Verwendung einer vierstufigen Antwortskala („nie – selten – öfter – häufig“) angeben sollen, wie oft sie diesen Satz in den letzten beiden Wochen zu sich gesagt haben. Die Items wurden ausgehend von der salutogenetischen Theorie formuliert und lassen sich inhaltlich den drei Komponenten des SOC zuordnen, die sich faktoranalytisch jedoch ebenfalls nicht bestätigen ließen (Lutz et al., 1998). Stattdessen ergab sich eine Zwei-Faktoren-Lösung mit einer positiv valenten Skala (MR-SOC-pos), die sich aus den positiv formulierten Items zusammensetzt (z. B. „Mir wird schon eine Lösung einfallen“), und einer negativ valenten Skala (MR-SOC-neg), die sich aus den negativ formulierten Items zusammensetzt (z. B. „Dagegen bin ich machtlos“). Die beiden konträr valenten Subskalen werden durch je 10 Items gebildet, deren arithmetische Mittel die Skalenwerte ergeben. Die Skalenwerte variieren demnach zwischen 1 und 4. Die Entwicklung der positiven und negativen Subskala stellt einen Vorteil des MR-SOC gegenüber der Originalskala dar, da er so der Tatsache gerecht wird, dass positiv und negativ formulierte Items mit externen Validitätskriterien (z. B. Depressivität) unterschiedlich hoch korrelieren. Außerdem entspricht er mit den konträr valenten Skalen stärker der salutogenetischen Vorstellung, dass sich salutogene Faktoren nicht allein durch die Abwesenheit von Risikofaktoren definieren lassen. Einen weiteren Vorzug bietet das verhaltensorientierte Format der Items, welches dem Fragebogen gegenüber der Originalskala eine verbesserte Änderungssensitivität verleiht. Die Änderungssensitivität des MR-SOC konnte empirisch bestätigt werden (Lutz et al., 1998) und stellt eine wichtige Voraussetzung zur Überprüfung der Stimmungsabhängigkeit des SOC dar. Der MR-SOC zeigt eine gute interne Konsistenz mit $\alpha=.90$ für die positive Skala und $\alpha=.88$ bis $\alpha=.91$ für die negative Skala (Lutz et al., 1998). Als Hinweis auf gute Konstruktvalidität ist zu sehen, dass der MR-SOC signifikant mit verschiedenen Indikatoren von Gesundheit und Krankheit korreliert, wobei die positive Skala eine stärkere Verbindung zu Gesundheitsmaßen und die negative Skala eine stärkere Verbindung zu Krankheitsmaßen aufweist (Lutz et al., 1998; Lutz, persönliche Mitteilung). Auch mit Depressivität zeigen beide Skalen unterschiedlich hohe Zusammenhänge: Die positive Skala korreliert zu $r=-.55$, die negative Skala zu $r=.73$ mit der allgemeinen Depressionsskala von Hautzinger (Lutz, persönliche Mitteilung). Hinsichtlich des Zusammenhangs zur SOC-29 muss auf Daten zu einer früheren Version des MR-SOC zurückgegriffen werden. Hier zeigt sich ein stärkerer Zusammenhang der SOC-29

mit der negativen Skala des MR-SOC ($r=-.64$) als mit der positiven Skala des MR-SOC ($r=.46$), was nach Lutz et al. (1998) auf die überwiegend negativ formulierten Items der SOC-29-Skala zurückzuführen ist.

2.1.5 Operationalisierung der Kovariaten: Depressivität

Um *Depressivität* als möglichen Moderator des untersuchten Zusammenhangs zwischen Stimmung und SOC berücksichtigen zu können, war der Einsatz von Depressionsskalen erforderlich. Hierbei interessierten sowohl das Vorliegen akuter depressiver Symptomatik als auch das Vorkommen depressiver Episoden in der Vorgeschichte. Es wurden eine vereinfachte Form des Beck-Depressions-Inventars (siehe Anhang B-3) sowie eine Version des Fragebogens zur Depressionsdiagnostik (siehe Anhang B-4) eingesetzt, die im Folgenden beschrieben werden.

Vereinfachte Version des Beck-Depressions-Inventars (BDI-V; Schmitt & Maes, 2000). Die Originalversion des BDI (Beck & Steer, 1987) ist eines der weltweit am häufigsten eingesetzten Depressionsmaße. Zur Verbesserung der Ökonomie entwickelten Schmitt und Maes (2000) eine vereinfachte Version des Inventars, in welcher 20 affektive, kognitive, motivationale und physiologische Depressionssymptome anhand je eines Items erfasst werden. Jedes Symptom wird in einer kurzen Aussage beschrieben (z. B. „Ich bin von mir enttäuscht“). Die Einschätzung der Schwere des jeweiligen Symptoms erfolgt anhand einer sechsstufigen Ratingskala, die durch die Endpunkte „nie“ und „fast immer“ verankert ist. Hieraus ergibt sich ein Skalenwertebereich von 0 bis 100. Als möglichen Cut-Off zur Identifikation von Teilnehmer/-innen mit klinisch relevanter depressiver Symptomatik schlagen Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes und Brähler (2006) einen Wert von 35 vor, für den sich eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 91% ergeben. Die Gütekriterien des BDI-V sind mit denen der Originalversion vergleichbar: Das BDI-V besitzt eine interne Konsistenz von $\alpha=.93$. Es korreliert mit $r=.82$ hoch mit der Originalversion des BDI und ähnlich hoch wie letzteres mit anderen Depressionsskalen (Schmitt et al., 2006; Schmitt et al., 2003).

Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD, Kühner, 1997, lifetime-Version). Um depressive Episoden in der Vorgeschichte erfassen zu können, wurde der *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik* in einer Version eingesetzt, die depressive Episoden unter einer Lebenszeitperspektive erfasst. Der FDD ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung depressiver Symptome, der sich an den operationalen diagnostischen Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) für das Vorliegen einer Episode der Major Depression orientiert. Erfragt wird das Vorliegen von 18 depressiven Symptomen anhand von je fünf hinsichtlich der Schwere des Symptoms abgestuften Aussagen.

Beispielsweise wird das Symptom „Energieverlust“ durch die abgestuften Aussagen (0) „ich ermüde nicht schneller als sonst“, (1) „manchmal ermüde ich etwas schneller als gewöhnlich“, (2) „ich ermüde eher oder habe weniger Energie als sonst“, (3) „ich ermüde bei fast allem, was ich tue“ und (4) „ich bin fast ständig müde und erschöpft“ hinsichtlich seiner Schwere abgestuft. Zur Berechnung des dimensionalen FDD-Skalenwertes werden die Werte der Items summiert, so dass sich ein Wertebereich von 0 bis 72 ergibt. Für die englische Version des FDD, den *Inventory to Diagnose Depression* (IDD), existiert eine adaptierte Version, welche darauf abzielt, depressive Episoden unter einer Lebenszeitperspektive zu erheben (Zimmerman & Coryell, 1987). Die Teilnehmer/-innen werden hier aufgefordert, die beschriebenen Symptome im Hinblick auf die Woche ihres Lebens zu beurteilen, in der sie sich am depressivsten gefühlt haben. Diese Adaptation wurde für die vorliegende Studie auf den FDD übertragen, um depressive Symptome in der Vorgeschichte erfassen zu können. Diese auf eine Lebenszeitperspektive abzielende Version des FDD wird im Folgenden FDDL genannt. Für die lifetime-Version des IDD werden folgende Gütekriterien berichtet: Er besitzt mit $\alpha=.92$ eine gute interne Konsistenz und erbringt mit $kappa=.60$ eine hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen eines diagnostischen Interviews (Zimmermann & Coryell, 1987).

2.1.6 Versuchsablauf im Überblick

Studierende, die Interesse an der Teilnahme bekundeten, wurden zu einem individuell vereinbarten Termin in einem Raum der TU Dortmund einzeln empfangen. Die Teilnehmer/-innen wurden schriftlich über den Versuchsablauf informiert und über die Möglichkeit aufgeklärt, die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden zu können (siehe Anhang A-1, A-2). Sie bestätigten ihre Einwilligung zur Teilnahme schriftlich. Dann bearbeiteten sie einen ersten Fragebogen, der das BDI-V sowie die VAS zur Prä-Messung der aktuellen Stimmung umfasste. Anschließend erfolgte die Stimmungsinduktion. Nach der Stimmungsinduktion wurde ein weiterer Fragebogen ausgehändigt, welcher die Post-Messung der Stimmung (VAS), die SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC) sowie den FDDL umfasste. Die Abfolge der beiden SOC-Skalen innerhalb des Fragebogens wurde variiert, um eventuell bestehende Reihenfolgeeffekte ausschließen zu können. Außerdem erfolgte vor der Bearbeitung der an zweiter Stelle stehenden SOC-Skala erneut ein kurzes Stimmungsrating anhand der VAS, um sicher zu stellen, dass die Stimmungsinduktion noch wirksam war. Der zweite Fragebogen schloss mit der Erhebung einiger demographischer Angaben (Geschlecht, Alter, Studienfach, Semester, Muttersprache). Im Anschluss an den Versuch wurden die Teilnehmer/-innen über die Hintergründe des Versuchs aufgeklärt. Zur Kontrolle möglicher Effekte von „demand characteristics“ wurden die Teilnehmer/-innen im

Zuge dessen auch befragt, ob sie *tatsächlich* eine Stimmungsveränderung wahrgenommen hatten (Clark, 1983). Bevor die Teilnehmer/-innen verabschiedet wurden, wurde im Gespräch geklärt, ob die Stimmungsveränderung noch Wirkung zeigte. Sofern die Teilnehmer/-innen angaben, dass die Induktion negativer Stimmung noch nachwirkte, wurden im Gespräch Ideen zur Bewältigung der negativen Stimmung gesammelt. Zudem wurde die Darbietung von positiven Filmausschnitten angeboten, die sich im Rahmen anderer Studien als besonders wirksam zur Induktion von Fröhlichkeit erwiesen hatten (Hagemann et al., 1999). Alle Teilnehmer/-innen lehnten dieses Angebot allerdings als „unnötig“ ab. Zuletzt erhielten die Teilnehmer/-innen eine Teilnahmebestätigung und nahmen an einer Verlosung von Kinogutscheinen teil. Der gesamte Versuchsablauf dauerte ca. 45 Minuten.

2.1.7 Stichprobe

Die Stichprobengröße richtete sich nach dem anhand des Programms G*Power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) berechneten optimalen Stichprobenumfang. Zugrunde gelegt wurde ein Mittelwertsvergleich, bei dem große Effekte ab $d=.8$ auf einem α -Fehler-Niveau von $\alpha=.05$ mit einer Power von $1-\beta=.80$ entdeckt werden können. Hierzu wurde eine Stichprobe von $N=42$ Teilnehmer/-innen ($N=21$ pro Bedingung) benötigt.

Bei der Stichprobe in Studie 1 handelt es sich um eine unselektierte studentische Stichprobe. Die Teilnehmer/-innen wurden durch Aushänge und Ansprache in Seminaren an der TU Dortmund gewonnen. Als Anreize zur Teilnahme dienten die Bescheinigung von Versuchspersonenstunden sowie eine Verlosung von Kinogutscheinen. Insgesamt $N=45$ Studierende wurden rekrutiert und durchliefen die experimentelle Anordnung. Hiervon berichteten $N=3$ Teilnehmer/-innen in der postexperimentellen Aufklärung, dass sie sich auf die Aufgabe zur Stimmungsinduktion nicht eingelassen und keine Stimmungsveränderung erlebt hätten. Diese Teilnehmer/-innen wurden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich demnach auf $N=42$ Teilnehmer/-innen ($N=21$ pro experimenteller Bedingung). Die Stichprobe umfasste $N=28$ weibliche und $N=14$ männliche Studierende. Alle Teilnehmer/-innen gaben Deutsch als ihre Muttersprache an. Die Mehrzahl der Teilnehmer/-innen ($N=36$) studierte Rehabilitationspädagogik; andere studierten Erziehungswissenschaften, Lehramt, Musik oder Psychologie. Das Alter der Teilnehmer/-innen reichte von $min=19$ bis $max=34$ Jahre; im Mittel waren die Teilnehmer/-innen $M=24.86$ ($SD=2.96$) Jahre alt. Im BDI-V erreichten sie Werte von $min=7$ bis $max=54$. Der durchschnittliche Wert im BDI-V entspricht mit $M=26.19$ ($SD=10.17$) einem Normwert von $T=55.7$ (Schmitt et al., 2006) und fällt damit in den Normbereich ($T=50\pm 10$) für nicht-klinische Stichproben. Die Verteilung der BDI-V-Werte zeigt jedoch, dass bei einzelnen Teilnehmer/-

innen von einer bestehenden depressiven Symptomatik ausgegangen werden muss. Die BDI-V-Werte von $N=7$ Teilnehmer/-innen überschritten den von Schmitt et al. (2006) empfohlenen Cut-Off-Wert von 35. Die beiden experimentellen Gruppen unterschieden sich hinsichtlich keiner der genannten Variablen signifikant voneinander.

2.1.8 Datenanalyse

Im Folgenden werden diejenigen statistischen Verfahren dargestellt, die zur Überprüfung der zentralen Annahmen der Studie dienen. Darüber hinausgehende Berechnungen werden im Ergebnisteil angeführt. Die Analysen erfolgten mit Hilfe des Datenanalysepakets SPSS. Sofern nicht anders berichtet, wurde für alle inferenzstatistischen Analysen ein α -Fehler-Niveau von .05 festgelegt.

In einem ersten Schritt wurde die Wirksamkeit der Stimmungsmanipulation anhand des Manipulationschecks überprüft. Hierzu wurde getrennt für die beiden VAS-Skalen je eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Als zweistufiger Zwischensubjektfaktor gingen die beiden experimentellen Gruppen ein. Die anhand der jeweiligen VAS zu drei Messzeitpunkten erfasste Stimmung bildete den dreistufigen Innersubjektfaktor. Als Voraussetzung für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung nennen Bühner und Ziegler (2009) fünf Merkmale, die für den vorliegenden Datensatz geprüft wurden: (1) *Intervallskalenniveau der Daten*: Es wird von intervallskalierten Daten ausgegangen. Dies entspricht den Konventionen im Umgang mit Daten, die mit visuellen Analogskalen gewonnen werden (vgl. z. B. Hepburn et al., 2006). (2) *Normalverteilung der Messwerte in allen Teilstichproben*: Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt keine signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung in den Teilstichproben an. (3) *Homogenität der Gruppenvarianzen*: Der Levene-Test bestätigt die Homogenität der Gruppenvarianzen mit Ausnahme der negativen VAS zum zweiten Messzeitpunkt. Bei gleichen Stichprobengrößen, wie sie in diesem Fall vorliegen, ist die Varianzanalyse jedoch gegenüber einer Verletzung dieser Voraussetzung robust (Nachtigall & Wirtz, 1998). (4) *Sphärizität*: Der Mauchly-Test zeigt keine Verletzung der Sphärizität an. (5) *Balanciertheit des Designs*: Für jeden Teilnehmer / jede Teilnehmerin liegt ein Messwert für jeden Messzeitpunkt vor, so dass die Balanciertheit des Designs gegeben ist. Insgesamt können die Voraussetzungen demnach als erfüllt angenommen werden.

In einem zweiten Schritt wurden anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben die Effekte der Stimmungsmanipulation auf das Kohärenzgefühl überprüft. Die experimentellen Gruppen bilden die unabhängige Variable, die SOC-Maße (SOC-13-Skala, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) stellen die abhängigen Variablen dar. Folgende Voraussetzungen für den t-Test für unabhängige Stichproben sind nach Bühner und Ziegler (2009) erforderlich: (1)

Unabhängigkeit der Messwerte: Diese Voraussetzung ist durch die erfolgte Randomisierung gegeben. (2) *Intervallskalierung der Messwerte:* Den Konventionen folgend wird für die Fragebogendaten Intervallskalenniveau angenommen. (3) *Normalverteilung:* Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt für keine der beiden Gruppen signifikante Abweichungen von der Normalverteilung an. (4) *Varianzhomogenität:* Der Levene-Test erbringt keine Hinweise auf Abweichungen von der Varianzhomogenität. Die Voraussetzungen zur Anwendung des Verfahrens sind also insgesamt erfüllt.

Um Depressivität als Kovariate einzubeziehen, wurde schließlich eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem zweistufigen unabhängigen Faktor Stimmungsmanipulation, den Depressionsskalen (BDI-V, FDDL) als Kovariaten und den SOC-Skalen (SOC-13-Skala, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) als abhängige Variablen durchgeführt. Die Voraussetzungen sind die gleichen wie zur Durchführung des t-Tests und damit ebenfalls erfüllt.

2.2 Ergebnisse Studie 1

2.2.1 Manipulationscheck

In einem ersten Schritt wurde die Wirksamkeit der Stimmungsmanipulation anhand des Manipulationschecks überprüft. Wie Tabelle 1 zeigt, veränderte sich die Stimmung in den experimentellen Bedingungen in erwarteter Richtung. Durch die Induktion positiver Stimmung nahm die positive Stimmung (VAS-pos) von $M=6.00$ zum ersten Messzeitpunkt nach $M=7.83$ zum zweiten Messzeitpunkt zu; die negative Stimmung (VAS-neg) reduzierte sich von $M=2.52$ auf $M=1.03$. Zum dritten Messzeitpunkt (nach Bearbeitung der ersten SOC-Skala) war der Effekt bereits rückläufig mit $M=6.82$ für die VAS-pos und $M=1.77$ für die VAS-neg. Durch die Induktion negativer Stimmung ergab sich ein gegenläufiges Muster: Die positive Stimmung (VAS-pos) nahm vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt von $M=6.55$ auf $M=3.24$ ab. Die negative Stimmung (VAS-neg) nahm von $M=1.37$ auf $M=5.56$ zu. Zum dritten Messzeitpunkt war auch dieser Effekt bereits rückläufig mit $M=4.80$ für die VAS-pos und $M=3.33$ für die VAS-neg.

Tabelle 1

Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der positiven und negativen visuellen Analogskalen (VAS) zu den drei Messzeitpunkten getrennt nach experimenteller Bedingung

		t_1	t_2	t_3
Induktion positiver Stimmung (N=21)	VAS-pos	6.00 (2.08)	7.83 (1.73)	6.82 (2.08)
	VAS-neg	2.52 (1.68)	1.03 (1.02)	1.77 (1.32)
Induktion negativer Stimmung (N=21)	VAS-pos	6.55 (1.92)	3.24 (2.37)	4.80 (2.49)
	VAS-neg	1.37 (1.65)	5.56 (2.50)	3.33 (2.00)

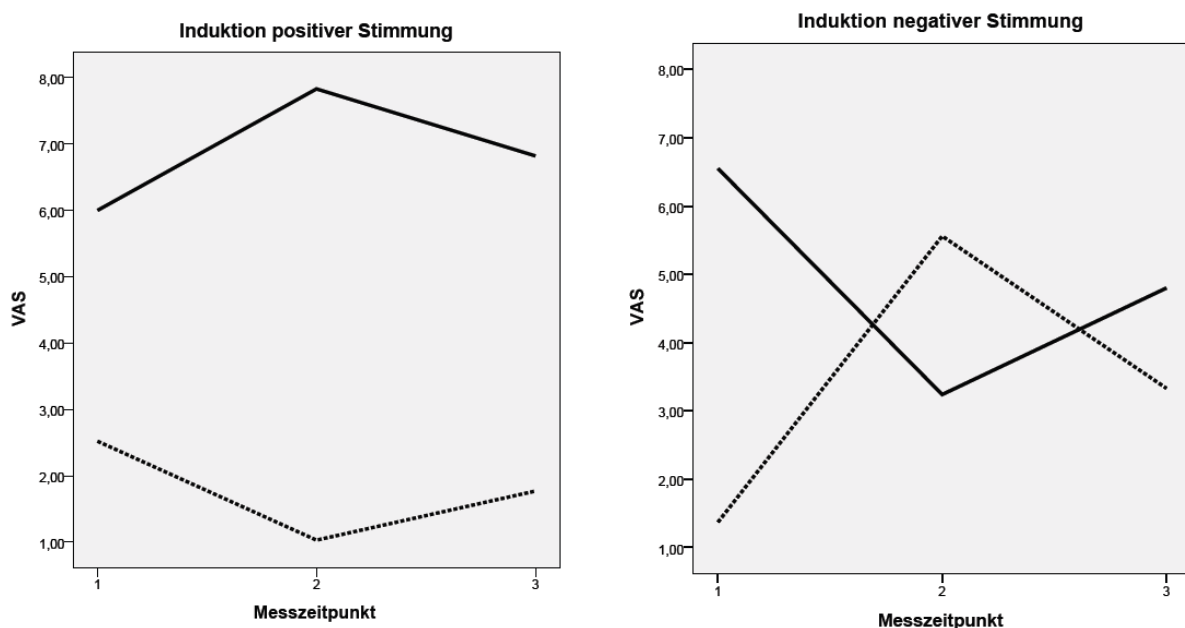
Anmerkung. Die Spannweite möglicher Werte beträgt in den visuellen Analogskalen [0-10]. Die aktuelle Stimmung wurde vor der Stimmungsinduktion (t_1), unmittelbar nach der Stimmungsinduktion (t_2) sowie nach Bearbeitung der ersten SOC-Skala (t_3) erhoben.

Zur Überprüfung der Bedeutsamkeit des Effekts wurde getrennt für die positive und die negative VAS je eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, wobei die experimentelle Manipulation den Zwischensubjektfaktor *Stimmungsinduktion* definierte und die zu drei Messzeitpunkten erfasste Stimmung den dreistufigen Innersubjektfaktor *Stimmung* bildete. Es ergaben sich sowohl für die VAS-pos als auch für die VAS-neg signifikante Interaktionen zwischen den beiden Faktoren *Stimmungsinduktion* und *Stimmung* (VAS-pos: $F(2, 80)=58.34$, $p<.001$; VAS-neg: $F(2, 80)=48.09$, $p<.001$). Diese belegen die Wirksamkeit der Stimmungsmanipulation. Da der Effekt wie oben dargestellt zeitlich begrenzt war und sich bereits nach der Bearbeitung der ersten SOC-Skala zurück

entwickelte, wurden anhand zusätzlicher t-Tests für unabhängige Stichproben die Mittelwerte der beiden experimentellen Gruppen in den visuellen Analogskalen für alle drei Messzeitpunkte separat verglichen. Vor der Stimmungsmanipulation unterschieden sich die experimentellen Gruppen bereits in der VAS-neg ($t(40)=2.25$, $p<.05$); in der VAS-pos bestand kein signifikanter Gruppenunterschied ($t(40)=-0.90$, ns). Wie Tabelle 1 darstellt, bestand in der experimentellen Gruppe, in der negative Stimmung induziert wurde, vor der Stimmungsinduktion eine positivere Ausgangsstimmung als in der Vergleichsgruppe, so dass der Unterschied im Vortest die Effektivität der Stimmungsinduktion nicht in Frage stellt. Zu t_2 unterschieden sich die Gruppen in der VAS-pos ($t(40)=7.16$, $p<.01$) und in der VAS-neg ($t(40)=-7.68$, $p<.01$). Trotz Rückläufigkeit des Effekts blieb der Unterschied auch zu t_3 signifikant für die VAS-pos ($t(40)=2.86$, $p<.01$) und für die VAS-neg ($t(40)=-2.98$, $p<.01$). Die Ergebnisse des Manipulationschecks sprechen also insgesamt für die Effektivität der Stimmungsmanipulation. Abbildung 2 dient der Illustration des Effekts.

Abbildung 2

Veränderung der positiven und negativen Stimmung in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung



Anmerkung. Die durchgezogene Linie repräsentiert den Verlauf der positiven Stimmung (VAS-pos); die gestrichelte Linie repräsentiert den Verlauf der negativen Stimmung (VAS-neg).

2.2.2 Effekte der Stimmungsinduktion auf das Kohärenzgefühl

Im Anschluss an die Überprüfung der Effektivität der Stimmungsmanipulation wurde in einem t-Test für unabhängige Stichproben der Effekt der Stimmungsinduktion auf die SOC-Maße (SOC-13, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) untersucht. Die unter den beiden experimentellen Bedingungen gefundenen Skalenmittelwerte sind Tabelle 2 zu entnehmen. Für keine der abhängigen Variablen fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den experimentellen

Bedingungen. Die Prüfgrößen betragen $t(39)=-1.00$ (*ns*) für die SOC-13, $t(39)=0.10$ (*ns*) für die MR-SOC-pos sowie $t(39)=0.45$ (*ns*) für die MR-SOC-neg. Es machte demnach für die Ausprägung der SOC-Skalen keinen Unterschied, ob die Teilnehmer/-innen zuvor in positive oder negative Stimmung versetzt worden waren.

Tabelle 2

Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der SOC-Skalen getrennt nach experimenteller Bedingung und für die Gesamtstichprobe

	Induktion positiver Stimmung (N=21)	Induktion negativer Stimmung (N=21)	Gesamtstichprobe (N=42)
SOC-13	63.10 (9.71)	65.52 (6.95)	64.31 (8.43)
MR-SOC-pos	2.82 (0.66)	2.86 (0.52)	2.84 (0.58)
MR-SOC-neg	2.06 (0.35)	2.11 (0.35)	2.09 (0.35)

Anmerkung. Die SOC-13 besitzt einen Wertebereich von [7-91]; die Werte der positiven (MR-SOC-pos) und der negativen (MR-SOC-neg) Skala des MR-SOC liegen im Bereich [1-4].

Um zu überprüfen, ob der getestete Zusammenhang zwischen Stimmungsmanipulation und SOC von der aktuellen Depressivität der Teilnehmer/-innen abhängig ist, wurde eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit dem zweistufigen unabhängigen Faktor Stimmungsinduktion, der Depressionsskala BDI-V als Kovariate und den SOC-Skalen (SOC-13-Skala, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) als abhängige Variablen durchgeführt. Das BDI-V besitzt als Kovariate einen signifikanten Einfluss auf die abhängigen Variablen SOC-13 ($F(1,38)=25.11$, $p<.01$) und MR-SOC-neg ($F(1, 38)=26.07$, $p<.01$), jedoch keinen Einfluss auf die abhängige Variable MR-SOC-pos ($F(1,38)=2.34$, *ns*). Für keine der abhängigen Variablen findet sich eine signifikante Interaktion zwischen dem unabhängigen Faktor Stimmungsinduktion und der Kovariaten BDI-V (SOC-13: $F(1, 38)=.28$, *ns*; MR-SOC-pos: $F(1, 38)=.49$, *ns*; MR-SOC-neg: $F(1, 38)=.52$, *ns*). In einem zweiten Schritt wurde der FDDL anstelle des BDI-V als Kovariate einbezogen, um zu überprüfen, ob Depressivität in der Vorgeschichte den Zusammenhang zwischen Stimmungsmanipulation und SOC beeinflusst. Der FDDL besitzt als Kovariate einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable SOC-13 ($F(1, 38)=5.83$, $p<.05$); kein Einfluss besteht für die abhängigen Variablen MR-SOC-pos ($F(1, 38)=2.15$, *ns*) und MR-SOC-neg ($F(1,38)=1.18$, *ns*). Auch für den FDDL findet sich kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Faktor Stimmungsinduktion und der Kovariaten (SOC-13: $F(1, 38)=.53$, *ns*; MR-SOC-pos: $F(1, 38)=.30$, *ns*; MR-SOC-neg: $F(1, 38)=1.37$, *ns*).

2.2.3 Korrelative Zusammenhänge von Kohärenzgefühl und Depressivität

Neben der Überprüfung der Haupthypothesen interessierten die Interkorrelation der eingesetzten SOC-Skalen sowie die korrelativen Zusammenhänge zwischen Depressivität und Kohärenzgefühl. Tabelle 3 zeigt die Interkorrelationsmatrix der eingesetzten SOC- und Depressionsskalen.

Tabelle 3

Interkorrelationsmatrix der SOC- und der Depressionsskalen

	SOC-13	MR-SOC-pos	MR-SOC-neg	BDI-V	FDDL
SOC-13	1	.44**	-.61**	-.64**	-.37*
MR-SOC-pos		1	-.02	-.24	-.23
MR-SOC-neg			1	.60**	.14
BDI-V				1	.40**
FDDL					1

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$. Dargestellt wird jeweils die Produkt-Moment-Korrelation.

In der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den SOC-Skalen zeigen sich substantielle Zusammenhänge zwischen der SOC-13 und den beiden Subskalen des MR-SOC, wobei die Beziehung der SOC-13 zur MR-SOC-neg mit $r = -.61$ ($p < .01$) stärker ausfällt als zur MR-SOC-pos mit $r = .44$ ($p < .01$). Zwischen den beiden Subskalen des MR-SOC besteht mit $r = -.02$ (*ns*) kein signifikanter Zusammenhang.

Der korrelative Zusammenhang zwischen SOC und Depressivität muss in Abhängigkeit von der jeweiligen SOC-Skala betrachtet werden. Die beiden in der Itemformulierung überwiegend (SOC-13) bzw. vollständig (MR-SOC-neg) negativ valenten SOC-Skalen zeigen hochsignifikante Korrelationen zu akuter Depressivität. Die SOC-13 korreliert aufgrund der Invertierung der Items mit $r = -.66$ ($p < .01$) hoch negativ mit dem BDI-V; die MR-SOC-neg zeigt mit $r = .60$ ($p < .01$) eine positive Korrelation mit dem BDI-V in vergleichbarer Größe. Die Zusammenhänge der beiden SOC-Skalen zum FDDL, der in der Erfassung von Depressivität eine Lebenszeitperspektive einnimmt, fallen geringer aus. So korreliert die SOC-13 mit dem FDDL lediglich zu $r = -.37$ ($p < .05$); die Korrelation zwischen MR-SOC-neg und FDDL fällt mit $r = .14$ (*ns*) nicht signifikant aus. Die positiv valente Skala des MR-SOC (MR-SOC-pos) weist weder zum BDI-V ($r = -.24$, *ns*) noch zum FDDL ($r = -.23$, *ns*) signifikante Korrelationen auf.

Als einzige SOC-Skala zeigt also die SOC-13 einen signifikanten Zusammenhang nicht nur zum BDI-V, der akute Depressivität abbildet, sondern auch zum FDDL, der frühere depressive Phasen erfasst. Dieser Zusammenhang reduziert sich jedoch deutlich, wenn das

BDI-V als Kontrollvariable einbezogen wird: Die Partialkorrelation zwischen der SOC-13 und dem FDDL unter Kontrolle des BDI-V beträgt lediglich $r=-.17$ (*ns*), erreicht also keine Signifikanz mehr. Ein substantieller Anteil der Korrelation zwischen der SOC-13 und dem FDDL geht damit auf den geteilten Zusammenhang mit dem BDI-V zurück.

2.3 Diskussion Studie 1

In Studie 1 wurde die Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls von der aktuellen Stimmung untersucht. Zu diesem Zweck wurde das Kohärenzgefühl anhand verschiedener SOC-Skalen nach der experimentellen Induktion positiver vs. negativer Stimmung erfasst. Als Untersuchungsstichprobe diente eine unselektierte Gruppe von Personen, bei denen zum Untersuchungszeitpunkt oder in der Vorgeschichte überwiegend keine relevante depressive Symptomatik bestand. Es wurde kein signifikanter SOC-Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen erwartet.

Zunächst wurde die Wirksamkeit der Stimmungsmanipulation anhand des Manipulationschecks überprüft. Die durchgeführten Analysen sprechen insgesamt für die Wirksamkeit der experimentellen Manipulation. Zu den relevanten Messzeitpunkten unterschieden sich die experimentellen Gruppen in der Stimmung signifikant. Damit wurde das SOC in der vorliegenden Studie entweder unter positiver oder unter negativer Stimmung erfasst. Zur Überprüfung der Untersuchungshypothese wurden die beiden experimentellen Gruppen hinsichtlich der eingesetzten SOC-Skalen verglichen. In keiner der SOC-Skalen fanden sich signifikante Gruppenunterschiede, so dass die Nullhypothese bestätigt wurde. Das gefundene Ergebnis steht, wie im Theorieteil beschrieben, in Einklang mit der „These der differentiellen Aktivierung“ (Teasdale, 1983), wonach bei einer nicht-klinischen Stichprobe nicht mit einem personenübergreifenden Effekt der Stimmung auf die Zugänglichkeit kognitiver Konzepte zu rechnen ist. Vielmehr wird angenommen, dass Personen sich interindividuell in Art und Ausmaß der unter negativer Stimmung aktivierten Schemata unterscheiden. Für Personen ohne depressive Anamnese ist unter negativer Stimmung nicht mit einer Hemmung des SOC zu rechnen. Für Personen mit nachgewiesener depressiver Anamnese lässt sich eine andere Vorhersage treffen. Sofern das Kohärenzgefühl als latentes Schema konzipiert wird, sollten sich die für diese Gruppe angenommenen SOC-Defizite verstärkt unter Aktivierungsbedingungen, z. B. unter Induktion negativer Stimmung, zeigen. In der vorliegenden Studie erwies sich jedoch weder akute Depressivität noch Depressivität in der Vorgeschichte als bedeutsamer Moderator des Effekts der Stimmungsmanipulation auf das SOC. Dies spricht zunächst gegen die Annahme, dass negative Stimmung bei vulnerablen Personen zu einer Hemmung des SOC führt. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die vorliegenden Daten auf einer nicht-klinischen Stichprobe beruhen. Somit konnte hier lediglich der Effekt von überwiegend subklinisch ausgeprägter depressiver Symptomatik untersucht werden. Inwiefern die aktuelle Stimmung bei Teilnehmer/-innen mit klinisch relevanter Depression in der Vorgeschichte einen Einfluss auf die Höhe des Kohärenzgefühls besitzt, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Zusammenfassend kann aus der Bestätigung der Nullhypothese in der

vorliegenden Untersuchung geschlossen werden, dass der in zahlreichen Studien berichtete starke Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depressivität nicht auf einen einfachen Stimmungseffekt zurückzuführen ist.

Das Interkorrelationsmuster der eingesetzten SOC- und Depressions-Skalen erlaubt weitere Schlüsse über den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität. Die hohe Korrelation zwischen der SOC-13 und dem BDI-V bestätigt den vielfach gezeigten hoch negativen Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Depressivität. Wie in der Einleitung dargestellt, lässt sich fragen, ob dieser auf einen Zusammenbruch des SOC in depressiven Phasen zurückgeht oder einen überdauernden Zusammenhang zwischen SOC-Defiziten und depressiver Vulnerabilität anzeigt. Hier können die vorliegenden Daten erste Anhaltspunkte liefern. Der Zusammenhang der SOC-13 zu akuter Depressivität, erfasst durch das BDI-V, fällt deutlich größer aus als der Zusammenhang zu Depressivität in der Vorgeschichte, erfasst durch den FDDL. Letzterer Zusammenhang fällt unter Bereinigung um akute Depressivität sogar insignifikant aus. Ein ähnliches Muster findet sich auch für den MR-SOC-neg. Zusammen sprechen diese Ergebnisse dafür, dass die bei depressiven Menschen gefundenen SOC-Defizite stärker darauf zurückgehen, dass das SOC durch den depressiven Zustand Schaden nimmt, als darauf, dass Menschen mit depressiver Vulnerabilität generell über ein schwächer ausgeprägtes SOC verfügen. Inwiefern dies auch für Menschen mit klinisch relevanter Depression zutrifft, wird in Studie 2 überprüft.

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität ist es von Bedeutung, ob negativ- oder positiv-valente Skalen zur Erfassung des SOC eingesetzt werden. Wie bereits von Lutz (1995) und Lutz et al. (1998) beschrieben, zeigen positiv und negativ valente Skalen des gleichen Konstrukts unterschiedlich hohe Korrelationen mit externen Kriterien. Auch in der vorliegenden Untersuchung fand sich ein Zusammenhang zu akuter depressiver Symptomatik, hier durch das BDI-V abgebildet, v. a. für die SOC-13 und die negative Skala des MR-SOC. Der Zusammenhang des BDI-V mit der positiven Skala des MR-SOC fiel deutlich geringer aus und erreichte keine statistische Signifikanz. Auch die Interkorrelation der SOC-Skalen ist abhängig von der Valenz. Es zeigt sich ein größerer Zusammenhang zwischen der SOC-13 und der negativen Skala des MR-SOC als zwischen der SOC-13 und der positiven Skala des MR-SOC. Lutz et al. (1998) beschreiben einen vergleichbaren Befund in der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen einer früheren Form des MR-SOC und der Langform der SOC-Skala von Antonovsky. Der stärkere Zusammenhang zwischen der SOC-Skala und der negativ valenten Skala des MR-SOC geht nach Lutz et al. (1998) auf die überwiegend negativ formulierten Items der SOC-Skala zurück. Auch in der SOC-13 stehen 2 positiven 11 negative Items gegenüber, die durch Invertieren zu einem positiven Summenwert zusammengefasst werden. Insbesondere in der Diagnostik salutogenetischer Variablen erscheint dieses Vorgehen kritisch, da im

salutogenetischen Ansatz Gesundheit nicht als die Abwesenheit von Krankheit definiert wird und entsprechend salutogenetische Faktoren nicht lediglich in der Abwesenheit von Risikofaktoren bestehen sollten. Lutz (1995) fragt in diesem Zusammenhang: „Sollen Gesundheit indizierende Skalen und Skalen zur Patho-Diagnostik nicht oder nicht hoch miteinander korrelieren, oder sollen sie sich ausschließen, was einer bedeutsamen negativen Korrelation entspricht? Diese Konzeptionsfrage entscheidet über Sinn und Unsinn des Invertierens: Nur wenn Gesundheit als die Negation von Krankheit begriffen wird, ist das Invertieren von (Neurose-)Items angezeigt“ (Lutz, 1995, S. 168). Die Kritik an der überwiegenden Negativformulierung der SOC-13 aus theoretischer Sicht wird empirisch untermauert durch den hier gefundenen differentiellen Zusammenhang zu den beiden Subskalen des MR-SOC. Ebenfalls gegen eine Invertierung negativer Items spricht der Befund, dass die Subskalen des MR-SOC keine signifikante Korrelation untereinander aufweisen. Dies repliziert den Befund von Lutz et al. (1998), der bei einer nicht-klinischen Stichprobe ebenfalls eine Unabhängigkeit der positiven und negativen Skala des MR-SOC belegt. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich die Notwendigkeit, salutogenetische Konstrukte nicht nur durch negativ formulierte Items zu erfassen, sondern eigenständige positive Items in die Messung einzubeziehen.

3. Der Zusammenhang von Depressivität und Kohärenzgefühl im „remitted depression paradigm“ (Studie 2)

Die zweite Teilstudie untersucht in Anlehnung an das in der Vulnerabilitätsforschung verbreitete „remitted depression paradigm“ die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von akuter depressiver Symptomatik. Sie geht der Frage nach, ob SOC-Defizite im Rahmen einer Remission der Depression rückläufig sind und ob sich bei vulnerablen Personen auch außerhalb einer depressiven Phase SOC-Defizite nachweisen lassen.

3.1 Methode Studie 2

3.1.1 Design

Studie 2 beinhaltet einen Gruppenvergleich zwischen akut depressiven, remittiert depressiven und vormals nicht depressiven Personen im Hinblick auf das SOC-Niveau. Die Gruppen bilden den dreifach gestuften Zwischensubjektfaktor *Depressivität*; das anhand verschiedener Skalen operationalisierte *Kohärenzgefühl* stellt die abhängige Variable dar. Um den Zusammenhang von Kohärenzgefühl und kognitiver Vulnerabilität zu beleuchten, wurde als weitere abhängige Variable ein Maß für depressionsrelevante dysfunktionale Einstellungen erhoben. Die Untersuchung wurde als Fragebogenstudie durchgeführt.

3.1.2 Hypothesen

Wie oben hergeleitet, wurden in der zweiten Studie folgende Untersuchungshypothesen geprüft:

Hypothese 2.1: Remittiert depressive Personen zeichnen sich im Vergleich zu gesunden, vormals nicht depressiven Personen durch ein geringer ausgeprägtes SOC aus.

Hypothese 2.2: Akut depressive Personen zeichnen sich im Vergleich zu remittiert depressiven Personen durch ein geringer ausgeprägtes SOC aus.

3.1.3 Operationalisierung der unabhängigen Variablen: Depressivität

Im Folgenden sollen zunächst Definition und Operationalisierung der Stufen des unabhängigen Faktors *Depressivität* dargestellt werden. Die Definition der Faktorstufen *akut depressiv*, *remittiert depressiv* und *vormals nicht depressiv* orientiert sich an folgenden

Kriterien: Zur Zuordnung einer Person zur Faktorstufe *akut depressiv* wurde gefordert, dass aktuell eine Episode einer Major Depression (American Psychiatric Association, 1994) vorliegt. In diese Gruppe wurden nur Personen einbezogen, bei denen, sofern komorbide Störungen vorlagen, die Depression die primäre Diagnose darstellte. Um der Tatsache der hohen Komorbidität mit Angst (z. B. Kessler, 2002) Rechnung zu tragen, wurden komorbid vorliegende Angststörungen erfasst, führten aber nicht zum Ausschluss der betroffenen Teilnehmer/-innen. Zur Klassifizierung einer Person als *remittiert depressiv* wurde zum einen das Vorliegen mindestens einer Episode einer Major Depression in der Vorgeschichte gefordert, zum anderen war der Nachweis erforderlich, dass zum Untersuchungszeitpunkt keine oder nur geringfügige depressive Symptome vorlagen. Einem Vorschlag zur Konsensbildung über die Verlaufsbeschreibung depressiver Störungen folgend (Frank et al., 1991) wurde der Remissionsbegriff dann angewandt, wenn eine Person nach einer depressiven Episode über einen Zeitraum mit einer bestimmten Mindest- und Höchstdauer asymptomatisch war. In der Nomenklatur von Frank et al. entspricht das dem Begriff der „full remission“ (Frank et al., 1991, S. 853). Es wurde festgelegt, dass die letzte depressive Episode mindestens 8 Wochen, jedoch maximal 24 Monate zurückliegen sollte (z. B. Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000). Um Personen in die Gruppe *vormals nicht depressiv* einzuordnen, sollten in der Vorgeschichte niemals die Kriterien für eine Episode der Major Depression erfüllt gewesen sein und zudem sollten aktuell keine oder nur minimale depressive Symptome vorliegen. Außerdem sollte bei dieser Gruppe das Vorliegen anderer psychischer Störungen zum Untersuchungszeitpunkt soweit wie möglich ausgeschlossen werden.

Das Vorgehen zur Messung der früheren und akuten depressiven Symptomatik ist eng mit dem Vorgehen zur Rekrutierung der Teilnehmer/-innen verbunden, so dass beide Aspekte im Folgenden gemeinsam dargestellt werden. Um Konfundierungen zu vermeiden, sollten die Stichproben der akut depressiven und der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen aus der gleichen Population stammen. Deshalb wurden beide Gruppen auf dem gleichen Wege rekrutiert. Hierzu wurden Patient/-innen, die sich aufgrund einer akuten depressiven Symptomatik in stationärer Behandlung befanden, für die Teilnahme an der Studie gewonnen und zu einem späteren Zeitpunkt, nach erfolgter Remission, den Gruppen *akut depressiv* bzw. *remittiert* zugewiesen. Dieses Vorgehen wird unten näher erläutert. Bereits während des stationären Aufenthalts erfolgte eine diagnostische Einschätzung der depressiven Symptomatik (erster Messzeitpunkt, t_1). Hierzu erfolgte zunächst eine Vorauswahl der Patient/-innen durch die behandelnden Ärzte, wobei nur Patient/-innen um ihre Teilnahme gebeten wurden, bei denen laut klinischer Eingangsdiagnostik eine depressive Episode vorlag, die als Erstdiagnose vergeben wurde. Anhand psychometrischer Verfahren wurde die diagnostische Einschätzung validiert. Zu diesem Zweck bearbeiteten

die Teilnehmer/-innen die Module *Depression* und *Angst* der deutschen Version des *Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)*; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002, siehe Anhang B-5). Zudem wurde die Schwere der depressiven Symptomatik anhand des *vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V)*; Schmitt & Maes, 2000) erfasst. Das BDI-V wurde in Abschnitt 2.1.5 bereits beschrieben. Der PHQ-D wird im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D); Löwe et al., 2002). Der Gesundheitsfragebogen für Patienten wurde als Screening-Instrument entwickelt, um die Erkennung der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin zu erleichtern. Er enthält Module zur Erfassung von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Ergänzend werden die psychosoziale Funktionsfähigkeit und psychosoziale Stressoren erfragt. In der Komplettversion setzt sich der Fragebogen aus 78 Items zusammen, die unmittelbar aus den diagnostischen Kriterien des DSM-IV abgeleitet sind. Pro Item wird ein relevantes Symptom beschrieben, dessen Vorliegen die Teilnehmer/-innen auf 2- bis 5-stufigen Antwortskalen einschätzen sollen. Auf Basis dieser Selbsteinschätzung erlaubt der PHQ-D eine Diagnostik der genannten Störungen auf Syndromebene. Das Depressionsmodul und das Modul für somatoforme Störungen erlauben daneben auch eine dimensionale Auswertung. Die Module des PHQ-D können in Abhängigkeit von der untersuchten Fragestellung flexibel ausgewählt und kombiniert werden. Der klinischen Stichprobe in der zweiten Studie wurden das Angst- und das Depressionsmodul vorgelegt. Das für die vorliegende Fragestellung zentrale Depressionsmodul setzt sich aus den neun im DSM-IV definierten Depressionssymptomen zusammen. Für jedes Symptom schätzen die Probanden ein, wie oft sie sich in den letzten zwei Wochen dadurch beeinträchtigt fühlten. Ihre Antwort geben sie auf einer 4-stufigen Ratingskala mit den Abstufungen: „Überhaupt nicht – An einzelnen Tagen – An mehr als der Hälfte der Tage – Beinahe jeden Tag“. Den Antwortkategorien werden Werte zwischen 0 und 3 zugewiesen, so dass sich für die Depressionsskala ein Skalenwert zwischen 0 und 27 ergibt. Bei einem Cut-Off-Wert von 11 ergeben sich eine Sensitivität von 98% und eine Spezifität von 80%. Bei kategorialer Auswertung ergeben sich für das Depressionsmodul eine Sensitivität von 83% und eine Spezifität von 90% (Löwe et al., 2004). Die Depressionsskala besitzt eine hohe interne Konsistenz von $\alpha=.88$ (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Insgesamt wird der PHQ-D als valides Screeninginstrument, insbesondere zur Erfassung depressiver Störungen, beschrieben (Gräfe et al., 2004; Löwe et al., 2004).

Alle nachfolgend beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien werden in Tabelle 4 zusammenfassend darstellt.

Tabelle 4

Überblick über die gewählten kritischen Werte in den diagnostischen Instrumenten zur Abgrenzung der Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv).

	PHQ-D (Depressionsmodul)	BDI-V	FDDL
Akut depressiv	Kategoriale Auswertung: Kriterien für Major Depression erfüllt Funktionsfähigkeit „relativ stark erschwert“ oder „sehr stark erschwert“	Summenwert ≥ 40	Nicht relevant
Remittiert depressiv	Summenwert < 11 Funktionsfähigkeit „überhaupt nicht erschwert“ oder „etwas erschwert“	Summenwert < 30	Nicht relevant
Vormals nicht depressiv	Summenwert < 11 Funktionsfähigkeit „überhaupt nicht erschwert“ oder „etwas erschwert“ Keine Hinweise auf andere psychische Störungen	Summenwert < 30	Kategoriale Auswertung: Kriterien für Major Depression in der Vorgeschichte nicht erfüllt Summenwert < 20

Anmerkung. Die unterschiedlichen Cut-Off-Werte stellen einen jeweils optimalen Kompromiss zwischen Sensitivität und Spezifität sicher.

In die klinischen Stichproben wurden nur Patient/-innen aufgenommen, bei denen zum ersten Messzeitpunkt laut kategorialem Auswertungsalgorithmus des Depressionsmoduls des PHQ-D das Vorliegen einer Major Depression angenommen werden konnte. Zum Einschluss wurde zudem ein BDI-V-Wert von mindestens 40 Punkten gefordert (Schmitt et al., 2006). Diese Kriterien sollen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die eingeschlossenen Personen zu t_1 tatsächlich die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten. Damit wird eine hohe Spezifität sichergestellt.

Die zur Teilnahme gewonnenen Personen wurden, sofern sie zu t_1 darin eingewilligt hatten, ca. drei Monate nach Entlassung telefonisch zu Hause kontaktiert. Am Telefon wurden die Teilnehmer/-innen gebeten, einzuschätzen, ob es zwischenzeitlich zu einer Besserung der depressiven Symptomatik gekommen war. Sofern sie dies bejahten, wurde ihnen postalisch ein Fragebogen zugesandt (zweiter Messzeitpunkt, t_2). Sofern sie eine Besserung verneinten, wurde ein zweiter Anruf nach weiteren drei Monaten vereinbart. Der zu t_2 zugesandte Fragebogen enthielt erneut das Depressions- und das Angstmodul des PHQ-D sowie das BDI-V, um den Remissionsstatus zu erfassen. Bei der Festlegung der Remissionskriterien wurde im Abwägen zwischen Sensitivität und Spezifität nun der Fokus

auf eine hohe Sensitivität gelegt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass nur Personen ausgewählt wurden, bei denen tatsächlich eine Remission stattgefunden hatte. Es wurden nur solche Teilnehmer/-innen als remittiert eingestuft, die im Depressionsmodul des PHQ-D einen Wert unterhalb von 11 (Löwe et al., 2004) und im BDI-V einen Wert unterhalb von 30 (Schmitt et al., 2006) erreichten.

Der ursprünglichen Planung zufolge sollten in die weiteren Berechnungen nur Personen eingehen, die zu t_1 depressiv und zu t_2 remittiert waren. Durch Randomisierung sollten diese einer der beiden Gruppen (*akut depressiv vs. remittiert depressiv*) zugewiesen werden. Dabei sollten für die Gruppe der akut depressiven Personen die zu t_1 gemessenen, für die Gruppe der remittiert depressiven Personen die zu t_2 gemessenen SOC-Werte in die Analysen eingehen. Leider konnte die geplante Randomisierung nicht komplett realisiert werden, da nicht genügend Teilnehmer/-innen eine vollständige Remission erreichten, um beide Stichproben zu besetzen. Das geplante Vorgehen wurde daher im Verlauf der Datenerhebung modifiziert. Aus der Gruppe derjenigen Teilnehmer/-innen, die zu beiden Messzeitpunkten die Einschlusskriterien erfüllten, wurde zunächst per Zufall die Gruppe der *remittiert depressiven* Teilnehmer/-innen gebildet. Die verbleibenden Teilnehmer/-innen, die zu beiden Messzeitpunkten die Kriterien erfüllten, wurden der Gruppe *akut depressiv* zugeordnet. Diese Gruppe wurde dann ergänzt durch Teilnehmer/-innen, die zum zweiten Messzeitpunkt zwar keine vollständige Remission, aber eine signifikante Besserung erreicht hatten. Von einer signifikanten Besserung wurde ausgegangen, wenn die Abnahme des BDI-V-Summenwertes von t_1 nach t_2 die von Schmitt et al. (2006) angegebene kritische Differenz von 8.8 überschritt. Der für die Fragestellung zentrale Vergleich zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen ist von der nicht vollständig erfolgten Randomisierung und der damit verbundenen methodischen Einschränkung nicht berührt. Der Vergleich zwischen den akut depressiven und den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen ist davon berührt, kann aber durch eine längsschnittliche Betrachtung der Daten abgesichert werden.

Die Teilnehmer/-innen der Gruppe der vormals nicht depressiven Personen wurden durch persönliche Ansprache im Umfeld der Studienleiterin gewonnen. Wie beschrieben, musste zum Einschluss in diese Gruppe v. a. sichergestellt werden, dass die Teilnehmer/-innen in der Vorgeschichte niemals die Kriterien für eine Episode einer Major Depression erfüllten. Hierzu wurde der *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD, Kühner, 1997)* in der oben beschriebenen *lifetime-Version (FDDL)* eingesetzt. Um ausschließen zu können, dass zum Untersuchungszeitpunkt eine depressive Symptomatik vorlag, wurden zudem das Depressionsmodul des PHQ-D sowie das BDI-V eingesetzt. Weitere Module des PHQ-D erlaubten ein Screening der häufigsten psychischen Störungen. Neben Depression und Angst wurden somatoforme Störungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch sowie die

psychosoziale Funktionsfähigkeit erfasst (siehe Anhang B-6). Zur Einstufung in die Gruppe *vormals nicht depressiv* wurden folgende Kriterien festgelegt: Im FDDL musste die Verwendung des kategorialen Auswertungsalgorithmus einen negativen Befund erbringen und ein kritischer Wert von 20 Punkten musste unterschritten werden (Roberts & Kassel, 1996). Im Depressionsmodul des PHQ-D wurde die sensitivere dimensionale Auswertung mit einem Cut-Off-Wert von 11 (Löwe et al., 2004) gewählt, den die Teilnehmer/-innen unterschreiten mussten. Die anderen Module durften keine Hinweise auf das Vorliegen einer anderen Störung liefern. Im BDI-V musste ein Cut-Off von 30 (Schmitt et al., 2006) unterschritten werden. Durch die gewählten Cut-Off-Werte wurde erneut der Schwerpunkt auf eine gute Sensitivität gesetzt, um Personen mit psychischen Störungen sicherer aus der Stichprobe ausschließen zu können.

3.1.4 Operationalisierung der abhängigen Variablen: Kohärenzgefühl und kognitive Vulnerabilität

Wie in der ersten Teilstudie wurde die abhängige Variable *Kohärenzgefühl* zum einen anhand der Kurzform der *Sense of Coherence Scale (SOC-13; Antonovsky, 1997)*, zum anderen anhand des *Marburger Fragebogens zum Kohärenzgefühl (MR-SOC, Lutz et al., 1998)* erfasst. Beide Instrumente wurden bereits in Kapitel 2.1.4 dargestellt.

Um den Zusammenhang von SOC und kognitiver Vulnerabilität zu beleuchten, wurde zudem ein Maß für depressionsrelevante dysfunktionale Einstellungen als weitere abhängige Variable erhoben. Als Maß für kognitive Vulnerabilität wurde eine Kurzform der *Dysfunctional Attitude Scale (DAS)* in der deutschen Version (Hautzinger, Joormann & Keller, 2005, siehe Anhang B-7) eingesetzt.

Dysfunctional Attitude Scale (DAS, Hautzinger et al., 2005). Die DAS bildet dysfunktionale Einstellungen ab, wie sie im kognitiven Modell von Beck (z. B. Beck et al., 1990) angenommen werden. In der Langversion umfasst die DAS 40 Items, die jeweils eine dysfunktionale, depressionsförderliche Einstellung beschreiben, z. B. „Die Leute denken schlecht über mich, wenn ich einen Fehler mache“. Laut Faktorenanalyse lassen sich die Items zwei Faktoren zuordnen, die sich als „Leistungsbewertung / Perfektionismus“ sowie als „Anerkennung durch andere“ kennzeichnen lassen (Hautzinger & Meyer, 2002). Zu den Einstellungen geben die Teilnehmer/-innen anhand einer 7-stufigen Antwortskala („totale Zustimmung – starke Zustimmung – leichte Zustimmung – neutral – leichte Ablehnung – starke Ablehnung – totale Ablehnung“) den Grad ihrer Zustimmung an. Der DAS wird mit $\alpha=.87$ bis $\alpha=.95$ (Hautzinger & Meyer, 2002) eine gute interne Konsistenz bescheinigt. Hohe Korrelationen mit Depressionsskalen ($r=.71$ bis $r=.79$) sowie mit anderen Skalen zur Erfassung depressionsrelevanter Kognitionen ($r=.85$) sprechen für eine gute Validität

(Hautzinger & Meyer, 2002). Zur Reduzierung der langen Bearbeitungszeit der Originalversion entwickelten Hautzinger, Luka und Trautmann (1985) eine Kurzversion der DAS mit 30 Items, die mit $\alpha=.80$ bis $\alpha=.95$ ebenfalls eine sehr gute interne Konsistenz aufweist. Diese Version wurde in der vorliegenden Studie der Langform vorgezogen. Den Antwortstufen werden die Werte 1 bis 7 zugeordnet und ein Skalensummenwert wird gebildet. Für die Kurzform ergibt sich ein möglicher Wertebereich von 30 bis 210, wobei höhere Werte eine stärkere kognitive Vulnerabilität für Depression anzeigen.

3.1.5 Aufbau der Fragebögen

Das Fragebogenpaket für die Gruppe der depressiven Personen umfasste damit zum ersten Messzeitpunkt folgende Selbstbeschreibungsinventare: PHQ-D (Module: Depression, Angst, psychosoziale Funktionsfähigkeit), BDI-V, SOC-13, MR-SOC, DAS, demographische Angaben. Abgesehen von den Fragen zu den demographischen Angaben wurden alle Instrumente zum zweiten Messzeitpunkt erneut vorgelegt. Außerdem wurden Angaben zu Art und Umfang der zwischenzeitlich in Anspruch genommenen therapeutischen Behandlung erhoben. Den vormals nicht depressiven Personen wurden folgende Fragebögen vorgelegt: PHQ-D (Module: Depression, Angst, somatoforme Störungen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch, psychosoziale Funktionsfähigkeit), FDDL, BDI-V, SOC-13, MR-SOC, DAS, demographische Angaben.

3.1.6 Stichprobe

Zur Berechnung des optimalen Stichprobenumfangs wurde das Programm G*Power (Faul et al., 2007) verwendet. Dem Design entsprechend wurde eine einfaktorielle ANOVA mit 3 unabhängigen Stichproben angenommen. Als zu erwartende Effektstärke wurde ein Effekt von $d=1.55$ zugrunde gelegt, welchen Carstens und Spangenberg (1997) beim Vergleich der SOC-Werte depressiver und nicht-depressiver Personen finden. Legt man diese Effektstärke als maximal zu erwartenden Unterschied zwischen zwei der drei Gruppen fest, so ergibt sich nach einem Umwandlungsalgorithmus von Bortz und Döring (2002) eine Effektstärke von $f=.63$. Unter Annahme dieser Effektstärke, eines α -Fehler-Niveaus von $\alpha=.05$ sowie eines β -Fehler-Niveaus von $\beta=.20$ ergibt sich eine erforderliche Stichprobengröße von $N=30$, also $N=10$ pro Gruppe.

Zur Bildung der Stichproben der akut depressiven und der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen wurden $N=38$ Personen während ihres stationären Aufenthalts angesprochen. Sie wurden schriftlich und mündlich über den Versuchsablauf informiert, die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde ebenso betont wie die Möglichkeit, jederzeit ohne Angabe

von Gründen von dieser Einwilligung zurückzutreten. Die schriftliche Aufklärung und Einwilligung finden sich in Anhang A-6, A-7 und A-8. Um den Anreiz zur Teilnahme zu erhöhen, wurde den Teilnehmer/-innen eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro angeboten, die ihnen nach vollständiger Bearbeitung und Zusendung aller Fragebögen auf ihr persönliches Konto überwiesen wurden. Von den 38 Personen, die angesprochen wurden, willigten $N=33$ in die Teilnahme ein (t_1). Alle $N=33$ Teilnehmer/-innen wurden nach drei Monaten und – falls zu diesem Zeitpunkt keine Hinweise auf einen signifikanten Rückgang der Symptomatik vorlagen – weitere drei Monate später erneut angerufen. $N=7$ Teilnehmer/-innen waren zum zweiten Messzeitpunkt (t_2) weder telefonisch noch postalisch zu erreichen. Damit liegen für $N=26$ Teilnehmer/-innen für beide Messzeitpunkte Daten vor. Alle $N=26$ Teilnehmer/-innen erfüllten die Einschlusskriterien zu t_1 . $N=15$ Teilnehmer/-innen erreichten zu t_2 die definierten Kriterien für eine vollständige Remission, für weitere $N=9$ Teilnehmer/-innen konnte eine bedeutsame Besserung verzeichnet werden. Die Teilnehmer/-innen wurden wie oben beschrieben den Gruppen zugeordnet. Auf diese Weise ergaben sich folgende Stichproben: Die Gruppe der akut depressiven Teilnehmer/-innen ($N=12$) bestand aus $N=2$ Männern und $N=10$ Frauen. Das Durchschnittsalter betrug $M=48.00$ Jahre ($SD=13.17$). In der Depressionsskala des PHQ-D betrug der mittlere Wert $M=19.83$ ($SD=3.83$) und im BDI-V $M=65.75$ ($SD=17.57$) Punkte. Die Gruppe der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen ($N=12$) bestand aus $N=3$ Männern und $N=9$ Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei $M=43.67$ Jahren ($SD=10.25$). Im Mittel erreichten diese Teilnehmer/-innen in der Depressionsskala des PHQ-D einen Wert von $M=5.25$ ($SD=2.80$) und einen BDI-V-Wert von $M=16.17$ ($SD=8.31$).

Zur Bildung der Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen wurden $N=15$ Personen angesprochen und schriftlich über den Versuchsablauf informiert (siehe Anhang A-9, A-10). Als Anreiz zur Teilnahme wurde ebenfalls eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro angeboten. Alle 15 Personen willigten ein und übersandten den bearbeiteten Fragebogen. $N=12$ Personen, davon $N=5$ Männer und $N=7$ Frauen, erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in die Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen eingeschlossen. Das mittlere Alter betrug $M=41.50$ Jahre ($SD=15.03$). In der Depressionsskala des PHQ-D erreichten die Teilnehmer/-innen einen mittleren Wert von $M=3.42$ ($SD=1.51$) und im BDI-V einen Wert von $M=14.50$ ($SD=5.52$). In allen drei Gruppen gaben die Teilnehmer/-innen Deutsch als Muttersprache an. Die für die drei Gruppen erfassten Depressionsmaße werden zusammenfassend in Tabelle 5 dargestellt.

Eine einfaktorielle Varianzanalyse zeigt, dass die drei Gruppen sich sowohl in der Depressionsskala des PHQ-D ($F(2, 33)=117.46$, $p<.01$) als auch im BDI-V ($F(2, 33)=74.87$, $p<.01$) signifikant unterscheiden. Die berechneten Kontraste belegen, dass die Unterschiede zwischen den Faktorstufen wie erwartet ausfallen. Im BDI-V erreicht die Gruppe der akut

depressiven Teilnehmer/-innen signifikant höhere Werte als die Gruppe der remittiert depressiven ($T(33)=-10.42$, $p<.01$) und als die Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen ($T(33)=-10.77$, $p<.01$). Ebenso zeigen die akut depressiven Teilnehmer/-innen höhere Depressionswerte im PHQ-D als die remittiert depressiven ($T(33)=-12.42$, $p<.01$) und als die vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen ($T(33)=-14.00$, $p<.01$). Zwischen den Gruppen der remittiert depressiven und der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen besteht weder im BDI-V ($T(33)=-.35$, ns) noch in der Depressionsskala des PHQ-D ($T(33)=-1.56$, ns) ein signifikanter Unterschied, was auf die Strenge der gewählten Remissionskriterien zurück zu führen ist und die Vergleichbarkeit der Faktorstufen *remittiert depressiv* und *vormals nicht depressiv* hinsichtlich der Stärke der aktuellen Depressivität unterstreicht.

Tabelle 5

Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Depressionsmaße zum Vergleich der Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv)

	Akut depressiv ($N=12$)	Remittiert depressiv ($N=12$)	Vormals nicht depressiv ($N=12$)
PHQ-D (Depression)	19.83 (3.83)	5.25 (2.80)	3.42 (1.51)
BDI-V	75.75 (17.56)	16.17 (8.31)	14.50 (5.52)

Anmerkung. Das Depressionsmodul des PHQ-D besitzt einen Wertebereich von [0-27]; die Werte des BDI-V liegen im Bereich [0-100].

3.1.7 Datenanalyse

Im Folgenden wird auf diejenigen statistischen Verfahren eingegangen, die zur Überprüfung der Haupthypothesen dienen. Darüber hinausgehende statistische Analysen mit stärker explorativem Charakter werden im Ergebnisteil angeführt. Die Analysen erfolgten mit Hilfe des Datenanalysepakets SPSS. Sofern nicht anders berichtet, wurde für alle inferenzstatistischen Analysen ein α -Fehler-Niveau von .05 festgelegt. Zur Überprüfung der Haupthypothesen diente eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit dem dreistufigen unabhängigen Faktor Depressivität (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv) und den Skalenwerten der SOC-13 und des MR-SOC als abhängige Variablen. Zusätzlich wurden Kontraste zwischen den Faktorstufen berechnet, da die Hypothesen spezifische Unterschiede zwischen den Faktorstufen annehmen.

Folgende Voraussetzungen für die einfaktorielle Varianzanalyse sind nach Bühner und Ziegler (2009) erforderlich, die hier in Bezug auf den vorliegenden Datensatz geprüft werden:

(1) *Normalverteilung*: Gefordert wird, dass alle Stichproben aus normalverteilten Grundgesamtheiten stammen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigt für den vorliegenden

Datensatz keine Verletzung dieser Annahme. (2) *Varianzhomogenität*: Die Varianzen innerhalb der Stichproben müssen gleich sein. Der Levene-Test zeigt für keine der zentralen abhängigen Variablen (SOC-13, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) eine Verletzung dieser Voraussetzung an. (3) *Unabhängigkeit der Beobachtungen*: Die Messungen müssen unabhängig voneinander sein, was durch die Beschaffenheit des Versuchsplans gewährleistet ist. (4) *Intervallskalenniveau der AV*: Alle abhängigen Variablen müssen intervallskaliert sein. Üblichen Konventionen folgend wird für die SOC-13 und die Subskalen des MR-SOC Intervallskalenniveau angenommen. Die Voraussetzungen für die einfaktorielle Varianzanalyse können damit als erfüllt angenommen werden.

3.2 Ergebnisse Studie 2

3.2.1 Gruppenunterschiede im Kohärenzgefühl

Zum Test der Hypothesen erfolgte zunächst ein Mittelwertsvergleich der drei Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv) hinsichtlich der SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC-neg, MR-SOC-pos). In allen SOC-Skalen zeigt sich folgendes Muster: Das Kohärenzgefühl ist in der Gruppe der akut depressiven Teilnehmer/-innen am schwächsten und in der Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen am stärksten ausgeprägt. Die Stärke des Kohärenzgefühls der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen liegt zwischen dem der beiden anderen Gruppen. Der Skalenwert der SOC-13 liegt für die akut depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=38.50$ ($SD=13.31$), für die remittiert depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=63.42$ ($SD=9.52$) und für die vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=72.67$ ($SD=6.24$). Die positive Subskala des MR-SOC zeigt ein ähnliches Muster der Mittelwerte. Sie liegt für die akut depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=1.97$ ($SD=.67$), für die remittiert depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=2.56$ ($SD=.60$) und für die vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen bei $M=2.84$ ($SD=.60$). Für die negative Subskala des MR-SOC ergibt sich erwartungsgemäß ein gegenläufiger Effekt. Sie zeigt für die Gruppe der akut depressiven Teilnehmer/-innen einen Wert von $M=3.13$ ($SD=.52$), für die Gruppe der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen einen Wert von $M=2.08$ ($SD=.36$) sowie für die Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen einen Wert von $M=1.76$ ($SD=.27$). Tabelle 6 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der SOC-Skalen getrennt nach den Faktorstufen der unabhängigen Variablen dar.

Tabelle 6

Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der SOC-Skalen zum Vergleich der Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv)

	Akut depressiv ($N=12$)	Remittiert depressiv ($N=12$)	Vormals nicht depressiv ($N=12$)
SOC-13	38.50 (13.31)	63.42 (9.52)	72.67 (6.24)
MR-SOC-pos	1.97 (.67)	2.56 (.60)	2.84 (.60)
MR-SOC-neg	3.13 (.52)	2.08 (.36)	1.76 (.27)

Anmerkung. Die SOC-13-Skala besitzt einen Wertebereich von [7-91]; die Skalen des MR-SOC variieren im Bereich [1-4].

Anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit dem dreistufigen unabhängigen Faktor *Depressivität* (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv) und den Skalenwerten der SOC-13 und des MR-SOC als abhängige Variablen wurde die Bedeutsamkeit der Gruppenunterschiede getestet. Für alle drei SOC-Maße erwiesen sich die

Unterschiede als signifikant. Die drei Gruppen unterscheiden sich in der SOC-13 ($F(2, 33)=36.65, p<.01$), in der positiven Subskala des MR-SOC ($F(2, 33)=6.21, p<.01$) und in der negativen Subskala des MR-SOC ($F(2, 33)=39.17, p<.01$). Abbildungen 3 und 4 illustrieren die Gruppenunterschiede.

Zur näheren Beschreibung dieser Effekte wurden zudem die Kontraste zwischen den Faktorstufen berechnet. Hierbei interessierten v. a. die Unterschiede zwischen den Faktorstufen *akut depressiv* und *remittiert depressiv* sowie zwischen den Faktorstufen *remittiert depressiv* und *vormals nicht depressiv*. Die Faktorstufen *akut depressiv* und *remittiert depressiv* unterscheiden sich signifikant in der SOC-13 ($T(33)=6.04, p<.01$), in der positiven Subskala des MR-SOC ($T(33)=2.34, p<.05$) sowie in der negativen Subskala des MR-SOC ($T(33)=-6.50, p<.01$). Dies spricht für eine Abhängigkeit der untersuchten SOC-Maße von der Stärke der aktuellen depressiven Symptomatik. Um mögliche Alternativerklärungen ausschließen zu können, die auf die unvollständige Randomisierung zurückgehen, wurde dieser Effekt in einer längsschnittlichen Analyse abgesichert. Es wurden alle Daten der $N=24$ Teilnehmer/-innen der Gruppen *akut depressiv* und *remittiert depressiv* eingeschlossen und die SOC-Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten wurden betrachtet. In einem T-Test für abhängige Stichproben ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den zu t_1 und den zu t_2 erhobenen SOC-Werten. Sowohl in der SOC-13 ($T(23)=-5.25, p<.01$) als auch in der positiven ($T(23)=-5.34, p<.01$) Skala des MR SOC zeigen sich signifikant höhere SOC-Werte beim zweiten im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt. Die Werte in der negativen Skala des MR-SOC sind zu t_2 erwartungsgemäß niedriger als zu t_1 ($T(23)=7.69, p<.01$).

Die Kontraste zwischen den Faktorstufen *remittiert depressiv* und *vormals nicht depressiv* zeigen eine stärkere Abhängigkeit von der jeweiligen SOC-Skala. Die remittiert depressiven Teilnehmer/-innen haben signifikant niedrigere Werte in der SOC-13 ($T(33)=2.24, p<.05$) und marginal signifikant niedrigere Werte in der negativen Subskala des MR-SOC ($T(33)=-2.00, p=.06$). Für die positive Subskala des MR-SOC fällt der Kontrast zwischen den Faktorstufen *remittiert depressiv* und *vormals nicht depressiv* nicht signifikant aus ($T(33)=1.12, ns$). Um auszuschließen, dass die Unterschiede zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen auf eine depressive Restsymptomatik bei den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen zurückgehen, wurden die beiden Faktorstufen erneut in einer Kovarianzanalyse mit dem zweistufigen unabhängigen Faktor *Depressivität* (*remittiert depressiv, vormals nicht depressiv*), dem *BDI-V* als Kovariate und den Skalenwerten der SOC-13 und des MR-SOC als abhängige Variablen verglichen. Auch unter Kontrolle von Depressivität bleibt jedoch der Gruppenunterschied zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen in der SOC-13

($F(1, 21)=7.55, p<.05$) und in der negativen Subskala des MR-SOC ($F(1,21)=5.26, p<.05$) bestehen.

Abbildung 3

Mittelwerte in der SOC-13-Skala zum Vergleich der Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv)

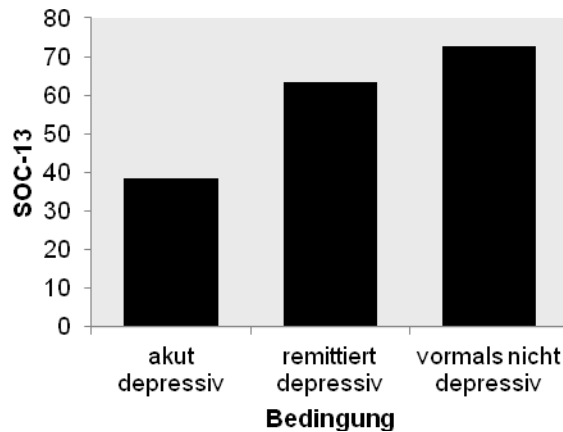
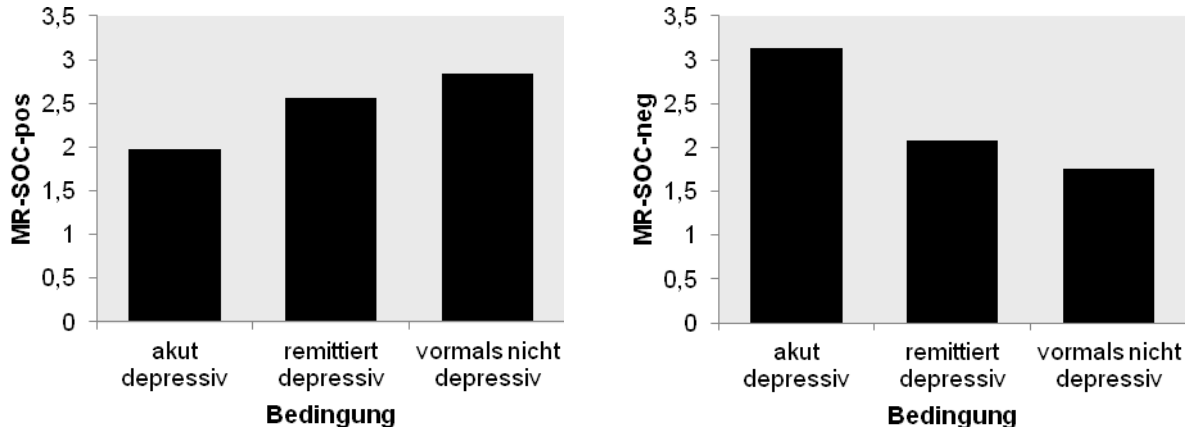


Abbildung 4

Mittelwerte in den Subskalen des MR-SOC (MR-SOC-pos, MR-SOC-neg) zum Vergleich der Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv)



Es konnten demnach beide relevanten Gruppenunterschiede gezeigt werden, wobei aber die SOC-Unterschiede zwischen den akut depressiven und den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen konsistenter nachweisbar sind als zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen. Eine Berechnung der jeweiligen Effektstärken (Cohen`s d) bestätigt, dass der Unterschied zwischen den akut depressiven und den remittierten Teilnehmer/-innen stärker ausgeprägt ist als der Unterschied zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen. So beträgt die Effektstärke für den Vergleich der SOC-13-Werte der Gruppen der akut depressiven und

der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen $d=2.15$. Vergleicht man die Gruppen der remittiert depressiven und der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen hinsichtlich der SOC-13, ergibt sich lediglich eine Effektstärke von $d=1.15$. Vergleichbare Unterschiede in den Effektstärken finden sich auch für die beiden Subskalen des MR-SOC. Tabelle 7 stellt die Effektstärken in Abhängigkeit von der verwendeten SOC-Skala dar.

Tabelle 7

Effektstärken für den Vergleich der Untersuchungsgruppen in Abhängigkeit von der verwendeten SOC-Skala

	Vergleich der Faktorstufen <i>akut depressiv vs. remittiert depressiv</i>	Vergleich der Faktorstufen <i>remittiert depressiv vs. vormals nicht depressiv</i>
SOC-13	2.15	1.15
MR-SOC-pos	0.92	.57
MR-SOC-neg	2.73	1.00

Anmerkung. Dargestellt ist jeweils Cohen`s d . Effekte von $d=.20$ bis $d=.49$ gelten als klein, von $d=.50$ bis $d=.79$ gelten als mittelgroß und von $d\geq .80$ als groß (Cohen, 1992).

3.2.2 Explorative Analysen

Mit der Dysfunctional Attitude Scale (DAS) wurde ein Maß für depressionsrelevante dysfunktionale Einstellungen erhoben, um den Zusammenhang von SOC und kognitiver Vulnerabilität explorativ untersuchen zu können. Dem „remitted depression paradigm“ folgend wurden die drei Gruppen (akut depressiv, remittiert depressiv, vormals nicht depressiv) hinsichtlich der DAS verglichen. Den höchsten Wert in der DAS und damit die am stärksten ausgeprägte Zustimmung zu dysfunktionalen Einstellungen erreichte mit $M=133.50$ ($SD=28.79$) die Gruppe der akut depressiven Teilnehmer/-innen. Im Vergleich dazu ist die Stärke der Zustimmung in der Gruppe der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen mit $M=98.33$ ($SD=36.19$) geringer. Die schwächste Ausprägung in der DAS findet sich mit $M=75.58$ ($SD=12.42$) in der Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen.

Zur Prüfung der Bedeutsamkeit der Effekte gingen der dreistufige Faktor *Depressivität* als unabhängige Variable und der Summenwert der DAS als abhängige Variable in eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) ein. Die Unterschiede erwiesen sich als signifikant ($F(2, 33)=13.37, p<.01$). Bei der Betrachtung der Kontraste zwischen den Faktorstufen zeigte sich, dass die Gruppe der akut depressiven Teilnehmer/-innen signifikant höhere Werte in der DAS aufweist als die Gruppe der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen ($T(33)=-2.63, p<.05$). Nur marginale Signifikanz erreicht der Unterschied zwischen der Gruppe der remittiert depressiven und der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen ($T(33)=-2.06, p=.06$). Da der Levene-Test Hinweise auf Abweichungen von der Varianzhomogenität liefert

und damit eine Verletzung der Voraussetzungen für die Varianzanalyse anzeigt, wurden die gefundenen Gruppenunterschiede anhand eines nicht-parametrischen Tests verifiziert. Der Kruskal-Wallis-Test bestätigt die signifikanten Gruppenunterschiede in der DAS ($\chi^2(2)=15.65$, $p<.01$).

Auch das Interkorrelationsmuster zwischen den SOC-, den Depressionsskalen und der DAS war Gegenstand explorativer Analysen. Zunächst werden die Zusammenhänge zwischen den SOC- und den Depressionsmaßen näher dargestellt. Auffällig sind sehr hohe Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der SOC-13 und den Depressionsmaßen. Die SOC-13 korreliert mit dem BDI-V zu $r=-.91$ ($p<.01$) und mit der Depressionsskala des PHQ-D zu $r=-.86$ ($p<.01$). Eine vergleichbar hohe Korrelation zeigt sich zwischen der negativen Subskala des MR-SOC und den Depressionsskalen. Hier finden sich Zusammenhänge von $r=.92$ ($p<.01$) zum BDI-V und von $r=.85$ ($p<.01$) zur Depressionsskala des PHQ-D. Die außergewöhnlich starken Zusammenhänge können zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass die Varianz in den relevanten Skalen aufgrund der Stichprobenszusammensetzung besonders groß ist. Unabhängig von der absoluten Höhe der Korrelationskoeffizienten zeigt sich jedoch, dass der Zusammenhang zwischen der positiven Skala des MR-SOC und den Depressionsmaßen deutlich geringer ausfällt. Die positiv valente Subskala des MR-SOC korreliert zu $r=-.67$ ($p<.01$) mit dem BDI-V und zu $r=-.53$ ($p<.01$) mit der Depressionsskala des PHQ-D. Neben den Zusammenhängen der SOC- mit den Depressionsskalen ist für die untersuchte Fragestellung die korrelative Beziehung zwischen den SOC-Skalen und der DAS von Bedeutung. Die DAS weist eine hohe Produkt-Moment-Korrelation zur SOC-13 ($r=-.59$, $p<.01$) sowie zur negativen ($r=.64$, $p<.01$) und zur positiven ($r=-.49$, $p<.01$) Subskala des MR-SOC auf. Die Zusammenhänge beruhen jedoch in substantiellem Ausmaß auf gemeinsamer Varianz mit Depressivität, wie eine Analyse der Partialkorrelationen zeigt. Unter Kontrolle des BDI-V beträgt die Partialkorrelation zwischen der DAS und der SOC-13 noch $r=-.04$ (*ns*), zwischen der DAS und der negativen Skala des MR-SOC noch $r=.18$ (*ns*) und zwischen der DAS und der positiven Skala des MR-SOC noch $r=-.11$ (*ns*).

3.3 Diskussion Studie 2

Studie 2 fragt, ob Unterschiede im Kohärenzgefühl zwischen vulnerablen und nicht vulnerablen Personen auch außerhalb akuter depressiver Symptomatik nachzuweisen sind, wie es für einen überdauernden Protektivfaktor zu erwarten wäre. Vor diesem Hintergrund vergleicht die vorliegende Studie das SOC von remittiert depressiven Personen mit dem SOC von Personen, die in der Vorgeschichte nicht unter depressiven Symptomen gelitten haben. Es wird angenommen, dass die Gruppe der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen über ein schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügt als die Gruppe der vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen (Hypothese 1). Außerdem wird untersucht, inwiefern die Stärke des Kohärenzgefühls von der Akuität der depressiven Symptomatik abhängt. Zu diesem Zweck wird der Gruppe der remittiert depressiven Personen eine Gruppe akut depressiver Personen gegenübergestellt. Vorhergesagt wird, dass SOC-Defizite bei vulnerablen Personen während einer depressiven Phase stärker ausgeprägt sind als außerhalb der akuten depressiven Symptomatik (Hypothese 2).

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen v. a. das Zutreffen von Hypothese 2. Die akut depressiven Teilnehmer/-innen zeigen in allen verwendeten SOC-Skalen ein deutlich schwächeres Kohärenzgefühl als die remittiert depressiven Teilnehmer/-innen. Dieser Befund spricht für eine ausgeprägte Zustandsabhängigkeit des SOC und untermauert die Annahme von Carstens und Spangenberg (1997), dass eine depressive Phase einem Zusammenbruch des Kohärenzgefühls gleichkommt. Wie oben beschrieben, lässt sich die beobachtete Zustandsabhängigkeit des SOC vor dem Hintergrund semantischer Netzwerkmodelle theoretisch einordnen. Bower (1981) nimmt an, dass unter depressiver Stimmung stimmungskongruente Gedächtnisinhalte aktiviert, stimmungsinkongruente Inhalte gehemmt sind. Darauf aufbauend argumentiert Teasdale (1983), dass durch depressive Stimmung solche kognitiven Konzepte (z. B. negatives Selbstkonzept) aktiviert werden, die aufgrund früherer Erfahrungen eine starke Assoziation mit dem semantischen Knoten „Depression“ aufweisen. Da Personen sich in ihren Erfahrungen mit negativer Stimmung unterscheiden, nimmt Teasdale (1983) interindividuelle Unterschiede in Art und Ausmaß der in depressiver Stimmung aktivierten Kognitionen an. Konzipiert man nun das SOC in Analogie zu kognitiven Schemata als Konzept im semantischen Netzwerk, so kann dessen Zugänglichkeit mit der aktuellen Stimmung variieren. Vor allem für Personen, die im Umgang mit Belastungen und damit verbundenem negativem Affekt keine ausreichenden Erfahrungen von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation gemacht haben und infolgedessen ein schwaches SOC ausgebildet, kann nach Teasdale (1983) angenommen werden, dass das Erleben von Kohärenz in depressiver Stimmung erschwert ist. Dies wird durch die vorliegenden Daten bestätigt. Unter depressiver Stimmung scheint das

Kohärenzgefühl vulnerabler Personen gehemmt zu sein und steht zur Bewältigung der Depression nur eingeschränkt zur Verfügung. Für die Konzeption von Therapieangeboten kann diese Beobachtung von hoher Bedeutung sein. Der Befund wirft die Frage auf, welche therapeutischen Angebote das Kohärenzgefühl aktivieren und so eine effektive Krankheitsbewältigung fördern können.

Die vorliegenden Daten geben demnach deutliche Hinweise auf eine Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von akuter depressiver Symptomatik. Diese Interpretation unterliegt jedoch einigen Einschränkungen, auf die hier näher eingegangen werden soll. Zunächst ist zu berücksichtigen, dass insbesondere hinsichtlich der Skala SOC-13 verschiedentlich der Vorwurf einer Kontaminierung mit negativem Affekt geäußert worden ist (z. B. Geyer, 1997). Unter dieser Perspektive, die die Konstruktvalidität der Skala in Frage stellt, ließe sich der dargestellte Befund als Artefakt interpretieren. Die SOC-Unterschiede würden auf Konstruktebene Unterschiede in der Stärke der Depressivität abbilden. Allerdings erfährt diese Sichtweise durch die vorliegenden Daten wenig Bestätigung, da sich die Gruppenunterschiede zwischen den akut depressiven und den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen unabhängig von der verwendeten SOC-Skala (SOC-13, MR-SOC-neg, MR-SOC-pos) zeigen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass bei der Konstruktion des MR-SOC besonderer Wert auf eine werkgetreue Itemformulierung gelegt wurde, um eine gute Inhaltsvalidität zu gewährleisten (Lutz et al., 1998). Insbesondere erscheint wenig plausibel, dass die positive Skala des MR-SOC im Kern negative Affektivität abbildet. Eine weitere Schwierigkeit in der Interpretation geht darauf zurück, dass sich alle Teilnehmer/-innen in stationärer therapeutischer Behandlung befanden. Es lässt sich also nicht eindeutig klären, inwiefern die Unterschiede zwischen den akut depressiven und den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen Therapieeffekte und damit überdauernde Veränderungen des Kohärenzgefühls zeigen. Allerdings erscheint diese Interpretation angesichts des eher geringen Stundenumfanges der erfolgten Psychotherapie wenig plausibel. Alle remittiert depressiven Teilnehmer/-innen gaben an, medikamentös behandelt worden zu sein. Darüber hinaus gaben $N=9$ Teilnehmer/-innen an, zwischen 5 und 25 Sitzungen Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. Eine weitere Teilnehmerin berichtete von weniger als 5 Therapiesitzungen. Das Therapiekonzept stand zudem in keinem spezifischen Zusammenhang zum Konzept der Salutogenese oder des Kohärenzgefühls. Die Annahme Antonovskys (1997), dass es „ohne sehr beträchtliche, ja geradezu radikale Veränderungen in den institutionellen, sozialen und kulturellen Settings (...) utopisch ist zu erwarten, daß eine Begegnung oder auch eine Reihe von Begegnungen zwischen Klient und Kliniker das SOC signifikant verändern kann“ (S. 118), spricht angesichts des geringen Umfangs der therapeutischen Behandlung dagegen, dass die

Änderungen im SOC eine therapeutisch bedingte Stärkung des Kohärenzgefühls repräsentieren.

Während die Daten demnach insgesamt für eine Zustandsabhängigkeit des SOC sprechen, fallen die Unterschiede zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen etwas schwächer aus. Dennoch weisen sie konsistent in die gleiche Richtung und sprechen zusammengenommen dafür, dass sich vulnerable Personen auch außerhalb der akuten depressiven Phase gegenüber nicht-vulnerablen Personen durch ein schwächeres Kohärenzgefühl auszeichnen. Damit geben sie vorsichtige Hinweise auf eine Bestätigung der Hypothese 1. So finden sich absolut gesehen hypothesenkonforme Unterschiede zwischen den Gruppen für alle drei SOC-Maße. Allerdings erreicht lediglich der Unterschied in der SOC-13 Signifikanz, der Unterschied in der MR-SOC-neg fällt marginal signifikant aus. Für die positive Skala des MR-SOC zeigt sich ein Unterschied, der in die gleiche Richtung deutet, aber insignifikant bleibt. Dass hier die Grenze zur Signifikanz nicht erreicht wird, kann auf die insgesamt kleine Stichprobengröße zurückgeführt werden, spricht jedoch gleichzeitig dafür, dass der hier untersuchte Effekt weniger stark ausgeprägt ist als die oben beschriebene Zustandsabhängigkeit. Dies zeigt sich auch in den geringer ausgeprägten Effektstärken beim Vergleich der remittiert depressiven mit den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen. Inwiefern hier unter vorheriger Aktivierung oder im Rahmen eines Priming-Paradigmas (Hammen, 1999) stärkere Effekte zu finden sind, kann Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Aufschluss könnte beispielsweise eine Untersuchung bringen, die das Kohärenzgefühl von remittiert depressiven und vormals nicht depressiven Personen unter Induktion negativer Stimmung oder nach Darbietung eines Stressors vergleicht.

Kritisch muss noch auf eine methodische Einschränkung des „remitted depression paradigms“ eingegangen werden. Obgleich es sich als fruchtbarer Ansatz innerhalb der Vulnerabilitätsforschung erwiesen hat, bestehen Bedenken in Bezug auf die zugrundeliegende Prämisse. Das Paradigma basiert auf der Annahme, dass Vulnerabilitätsfaktoren stabile Eigenschaften darstellen, die unveränderlich sind. Diese Prämisse rechtfertigt die Annahme, dass Auffälligkeiten, die nach einer depressiven Episode zu finden sind, auch schon vor Beginn der Erkrankung vorlagen und zur Entstehung beigetragen haben können. Just et al. (2001) sowie Ingram und Siegle (2002) weisen darauf hin, dass kognitive Vulnerabilitätsfaktoren entgegen dieser Prämisse durchaus veränderlich sein können. Beispielsweise könne die depressive Episode als solche Spuren in den kognitiven Schemata hinterlassen. Kognitive Auffälligkeiten, die bei remittiert depressiven Personen zu finden sind, könnten dann nicht nur im Sinne eines Vulnerabilitätsfaktors, sondern ebenso gut im Sinne einer Folge der Depression zu interpretieren sein. Überträgt man diese methodische Kritik auf den vorliegenden Datensatz, so ist zu bedenken, dass die

SOC-Defizite bei den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen Ausdruck einer grundlegenden Verunsicherung durch die Erfahrung der Depression sein könnten. Ein Forschungsdesign, das hier etwas sicherere Schlüsse zulässt, kann im „behavioral high-risk design“ (Just et al., 2001, S. 77) gesehen werden. Hier wird das Depressionsrisiko von Personen ohne depressive Vorerkrankungen anhand des interessierenden Vulnerabilitätsfaktors eingeschätzt. Im Längsschnittverlauf wird dann das tatsächliche Auftreten depressiver Episoden erfasst. Für die vorliegende Fragestellung könnte das bedeuten, das längsschnittliche Depressionsrisiko von Menschen mit starkem bzw. schwachem Kohärenzgefühl zu vergleichen. Ein solches Vorgehen könnte die hier gewonnenen Hinweise auf die Bedeutung des Kohärenzgefühls als Protektivfaktor in der Ätiologie depressiver Störungen untermauern. Trotz der genannten Einschränkungen können die vorliegenden Daten insgesamt im Sinne einer vorläufigen Bestätigung der ersten Hypothese interpretiert werden. Es kann also angenommen werden, dass sich Defizite im Kohärenzgefühl bei vulnerablen Personen auch außerhalb der depressiven Phase nachweisen lassen. Dies stärkt die Annahme, dass das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor im depressiogenen Geschehen darstellt.

Zur Erfassung des Kohärenzgefühls wurden in der vorliegenden Studie verschiedene SOC-Skalen eingesetzt. Auffällig war, dass die SOC-Skalen, die sich überwiegend aus negativ valenten Items zusammensetzen (SOC-13, MR-SOC-neg), stärkere SOC-Unterschiede zwischen den Gruppen anzeigen als die aus positiv valenten Items bestehende MR-SOC-pos. Letztere zeigt zwar auch einen signifikanten Unterschied zwischen den akut depressiven und den remittiert depressiven Teilnehmer/-innen, die Effektstärke ist aber vergleichsweise gering. Der Unterschied zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven Teilnehmer/-innen in der MR-SOC-pos fällt nicht signifikant aus. Dieses Muster deutet darauf hin, dass positive und negative Skalen unterschiedliche Anteile des Kohärenzgefühls repräsentieren und dass der negative Anteil einen spezifischeren Zusammenhang zu depressiven Störungen zeigt als der positive. Dies unterstreicht die Annahme, dass Risiko- und Protektivfaktoren nicht lediglich zwei Seiten derselben Medaille darstellen und dass ein Protektivfaktor nicht allein durch die Abwesenheit eines Risikofaktors zu erfassen ist. Inwiefern sich differenzielle Zusammenhänge zu bestimmten psychischen Störungen ergeben und ob gegebenenfalls Risikofaktoren eine größere Störungsspezifität als Protektivfaktoren aufweisen, kann Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Abschließend wird auf einige Ergebnisse der explorativen Analysen eingegangen. Als Maß für kognitive Vulnerabilität wurde die DAS in die Analysen einbezogen. Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Gruppen der akut depressiven und der remittiert depressiven Teilnehmer/-innen in der Stärke dysfunktionaler Einstellungen. Der DAS-Unterschied zwischen den remittiert depressiven und den vormals nicht depressiven

Teilnehmer/-innen erreicht nur marginale Signifikanz. Dies stimmt überein mit bestehenden Befunden zum Zusammenhang von kognitiver Vulnerabilität und Depressivität. Während die Tatsache gut belegt ist, dass sich depressive Personen gegenüber nicht depressiven durch einen negativen Denkstil auszeichnen, ist der Versuch, Unterschiede im Denken zwischen remittiert depressiven und vormals nicht depressiven Personen nachzuweisen, überwiegend fehlgeschlagen. Erst Studien, die dysfunktionale kognitive Schemata als latent betrachteten und entsprechend kognitive Auffälligkeiten unter Aktivierungsbedingungen (z. B. Induktion negativer Stimmung) nachzuweisen versuchten, waren diesbezüglich erfolgreicher (Hammen, 1999). Neben dem Gruppenvergleich erfolgte eine Betrachtung der korrelativen Zusammenhänge zwischen der DAS und den SOC-Skalen. Hier zeigten sich substantielle negative Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und der Stärke depressiogener Kognitionen. Unter Kontrolle von Depressivität zeigte sich jedoch, dass die Zusammenhänge auf eine gemeinsame Varianz mit Depressivität zurückzuführen sind. Damit kann von einer weitgehenden Unabhängigkeit von Kohärenzgefühl und dysfunktionalen depressiogenen Einstellungen ausgegangen werden, so dass das Kohärenzgefühl neben dysfunktionalen Einstellungen einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage von Depressivität leisten kann.

4. Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und depressionsrelevanten Bewältigungsstilen (Studie 3)

In der zweiten Teilstudie konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass vulnerable Personen über ein schwächeres Kohärenzgefühl verfügen als Menschen ohne depressive Vorgeschichte. Dieser Befund steht in Einklang mit der Annahme, dass das SOC einen überdauernden Protektivfaktor darstellt, der vor einer depressiven Entwicklung schützen kann. Die dritte Teilstudie befasst sich mit der Frage, auf welche Weise das Kohärenzgefühl protektiv im ätiologischen Geschehen wirkt. Wie oben ausführlich dargestellt, kann ein starkes Kohärenzgefühl in der Belastungsbewältigung assimilative und akkomodative Reaktionen begünstigen, Rumination unterbinden und so depressive Reaktionen auf Belastungssituationen reduzieren.

4.1 Methode Studie 3

4.1.1 Design

Der dritten Teilstudie liegt ein korrelatives Design zugrunde, das die Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, der Neigung zu Assimilation, Akkomodation und Rumination (i. S. einer habituellen Beschäftigung mit degenerierten Intentionen) betrachtet. Wie nachfolgend näher dargestellt, wird das Kohärenzgefühl durch die *Sense of Coherence Scale (SOC-13; Antonovsky, 1997)* und die Subskalen des *Marburger Fragebogens zum Kohärenzgefühl (MR-SOC; Lutz et al., 1998)* operationalisiert. Zur Erfassung der Neigung zu Assimilation und Akkomodation dienen die Skalen *Hartnäckige Zielverfolgung (HZV)* und *Flexible Zielanpassung (FZA; Brandstädter & Renner, 1990, siehe Anhang B-8)*; zur Erfassung von Rumination im Sinne der Beschäftigung mit degenerierten Intentionen die Skala *Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)* des *HAKEMP-90* von Kuhl (1994b) (siehe Anhang B-9). Der lageorientierte Pol der Skala erfasst die ruminative Beschäftigung mit verfehlten Zielen, der handlungsorientierte Pol die Fähigkeit zur Ablösung von nicht realisierbaren Absichten. Da sowohl die verwendeten SOC-Skalen als auch die Skalen zur Erfassung des Bewältigungsstils mit akuter Depressivität assoziiert sind, wird zudem geprüft, ob die untersuchten bivariaten Zusammenhänge auch unter Kontrolle von Depressivität Bestand haben.

4.1.2 Hypothesen

Wie oben beschrieben, werden folgende Untersuchungshypothesen überprüft.

Hypothese 3.1: Ein stärkeres SOC geht mit einer stärkeren Neigung zu Assimilation und Akkomodation einher.

Hypothese 3.2: Ein stärkeres SOC geht mit einer geringeren Tendenz zu Rumination einher.

Hypothese 3.3: Diese Zusammenhänge bestehen auch unter Kontrolle von Depressivität.

Unter Berücksichtigung der zur Operationalisierung verwendeten Skalen lassen sich die Hypothesen wie folgt konkretisieren:

Hypothese 3.1: Die positiv valenten SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC-pos) zeigen positive Korrelationen mit den Skalen *Hartnäckige Zielverfolgung* und *Flexible Zielanpassung*. Die negativ valente Skala des MR-SOC zeigt negative Zusammenhänge zu den genannten Skalen.

Hypothese 3.2: Die positiv valenten SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC-pos) zeigen positive Korrelationen mit der Skala *Handlungsorientierung nach Misserfolg*. Die negativ valente Skala des MR-SOC zeigt einen negativen Zusammenhang mit der genannten Skala.

Hypothese 3.3: Diese Zusammenhänge bestehen auch unter Kontrolle des BDI-V.

4.1.3 Operationalisierung der untersuchten Konstrukte

Die SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC) sowie das BDI-V wurden bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt. Im Folgenden werden zunächst die Skalen *Hartnäckige Zielverfolgung (HZV)* und *Flexible Zielanpassung (FZA)*; Brandtstädter & Renner, 1990) beschrieben. Im Anschluss wird die Skala *Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)* des *HAKEMP-90* von Kuhl (1994b) dargestellt.

Hartnäckige Zielverfolgung und *Flexible Zielanpassung*. Die Skalen *Hartnäckige Zielverfolgung (HZV)* und *Flexible Zielanpassung (FZA)*; Brandtstädter & Renner, 1990) erfassen Assimilation und Akkomodation im Sinne von Handlungsdispositionen. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen sich darin unterscheiden, wie sie habituell mit Situationen umgehen, in denen wichtige Ziele bedroht sind. Die Skalen umfassen jeweils 15 Items, die je eine Reaktion auf eine Situation beschreiben, in der sich Ziele oder Pläne nicht wie gewünscht verwirklichen lassen. Die beschriebene Reaktion steht entweder für einen assimilativen (z. B. „Bei der Durchsetzung meiner Interessen kann ich sehr hartnäckig sein“) oder für einen akkomodativen Umgang mit der Situation (z. B. „Wenn ich auf

unüberwindbare Hindernisse stoße, suche ich mir lieber ein neues Ziel“). Auf einer fünfstufigen Antwortskala (-2 – -1 – 0 – +1 – +2), bei der -2 für „trifft gar nicht zu“ und +2 für „trifft voll und ganz zu“ steht, geben die Teilnehmer/-innen den Grad ihrer persönlichen Zustimmung an. Zur leichteren Interpretierbarkeit wird die Skala in den positiven Wertebereich transformiert, indem den Stufen der Antwortskala bei der Auswertung ein Wertebereich von 0 bis 4 zugeordnet wird. Für beide Skalen wird ein Summenwert gebildet, nachdem die zu invertierenden Items umkodiert worden sind. Je Skala ergibt sich so ein Gesamtsummenwert von 0 bis 60. Für beide Skalen kann eine gute interne Konsistenz angenommen werden mit $\alpha=.80$ für die Skala HZV und $\alpha=.83$ für die Skala FZA (Brandtstädter & Renner, 1990). Faktoranalytisch sind die beiden Skalen weitgehend unabhängig voneinander. Mit anderen Konstrukten zeigen sich erwartungsgemäße Zusammenhänge, die für eine gute Konstruktvalidität sprechen. Beispielsweise zeigen beide Skalen positive Zusammenhänge mit Lebenszufriedenheit und Optimismus sowie negative Zusammenhänge mit Depressivität (Brandtstädter & Renner, 1990).

Handlungsorientierung nach Misserfolg. Aus dem von Kuhl entwickelten Selbstbeschreibungsinventar *Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP 90; Kuhl, 1990)* wurde die Skala *Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)* bzw. Präokkupation eingesetzt, welche nach Kuhl (1994a) die Präokkupation mit degenerierten Intentionen erfasst. Der lageorientierte Pol der Skala (Präokkupation) lässt sich als habituelle grüblerische Beschäftigung mit unangenehmen Erfahrungen, z. B. dem Erleben eines Misserfolgs, beschreiben, während der handlungsorientierte Pol die Fähigkeit zur gedanklichen Ablösung von einem negativen Ereignis beschreibt. Die Skala umfasst 12 Items, welche jeweils ein unangenehmes Erlebnis schildern. Als Antwortmöglichkeiten werden je zwei Alternativen vorgegeben, die eine lage- und eine handlungsorientierte Reaktion auf das Ereignis umschreiben, z. B.: „Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann“ (0) „geht mir das noch eine ganze Weile im Kopf herum“ bzw. (1) „denke ich bald nicht mehr daran“. Die Auswertung erfolgt durch Summenbildung der gewählten handlungsorientierten Alternativen, woraus sich ein Skalengesamtwert zwischen 0 und 12 ergibt. Ein hoher Wert zeigt eine gute Fähigkeit zur Zielablösung an. Ein niedriger Wert steht für eine dispositionell ruminative Reaktion auf Misserfolge und andere negative Ereignisse. Für die Skala HOM wird eine interne Konsistenz von $\alpha=.70$ (Kuhl, 1994b) sowie eine Retest-Reliabilität von $r_{tt}=.77$ bei einer Wiederholungsmessung nach einem Jahr (Dahme, Bleich, Jungnickel & Rathje, 1992) berichtet. Klinger und Murphy (1994) stellen insgesamt ermutigende Befunde zur Konstruktvalidität des HAKEMP-90 dar. U. a. finden sie erwartungsgemäße Zusammenhänge der Skala HOM mit Maßen negativer Affektivität ($r=-.48$) und Aufmerksamkeitsdefiziten nach Misserfolg ($r=-.56$ bis $r=-.61$).

4.1.4 Aufbau des Fragebogens

Die dargestellten Selbstbeschreibungsinventare wurden in folgender Reihenfolge zu einem Fragebogenpaket zusammengefasst. Am Anfang des Fragebogens standen die SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC). Dann folgten der Fragebogen *Fragen zum Umgang mit Problemen* (Brandstädter, persönliche Kommunikation), der die Skalen HZV und FZA umfasst, sowie die Skala HOM. Als nächstes folgte das BDI-V. Zuletzt wurden demographische Angaben (Geschlecht, Alter, Studienfach, Familienstand, Muttersprache) erhoben.

4.1.5 Ablauf der Datenerhebung

Die erhobenen Daten basieren auf einer nicht selektierten studentischen Stichprobe. Einziges Ausschlusskriterium war die Angabe, nicht Deutsch als Muttersprache zu sprechen, um Verständnisprobleme bei der Bearbeitung des Fragebogens auszuschließen. Die Teilnehmer/-innen wurden im Rahmen von Seminaren und Vorlesungen im Fach Rehabilitationspädagogik an der TU Dortmund angesprochen und um ihre Teilnahme gebeten. Sie wurden über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt und die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde betont. Die Studierenden, die ihre Einwilligung zur Teilnahme gaben, füllten den Fragebogen entweder unmittelbar im Anschluss an die Veranstaltung aus oder nahmen ihn mit nach Hause und reichten ihn zu einem späteren Zeitpunkt bei der Versuchsleiterin ein. Sofern dies für die Teilnehmer/-innen von Nutzen war, wurde ihnen bei Abgabe des ausgefüllten Fragebogens eine Teilnahmebescheinigung (Versuchspersonenstunde) ausgestellt.

4.1.6 Stichprobe

Die erforderliche Stichprobengröße wurde mit dem Programm G-Power (Faul et al., 2007) ermittelt. Um Produkt-Moment-Korrelationen einer mittleren Effektgröße ($r=.3$) mit einem α -Fehler-Niveau von $\alpha=.05$ und einer Power von $1-\beta=.80$ aufdecken zu können, waren $N=64$ Teilnehmer/-innen notwendig.

Insgesamt wurden $N=100$ Studierende rekrutiert und füllten den Fragebogen aus. Davon konnten $N=9$ Fragebögen nicht einbezogen werden, da entweder eine zu große Anzahl von Items nicht beantwortet wurde oder Deutsch nicht als Muttersprache angegeben wurde. Entsprechend gingen $N=91$ Datensätze in die Analysen ein. Die untersuchte Stichprobe umfasst $N=51$ weibliche und $N=40$ männliche Studierende. Die meisten Teilnehmer/-innen sind Studierende der Rehabilitationspädagogik ($N=82$); daneben beteiligten sich einige Studierende der Fächer Psychologie und Soziale Arbeit. Das mittlere Alter der Teilnehmer/-innen beträgt $M=23.53$ ($SD=4.60$) Jahre bei einem Minimum von $min=19$ und einem

Maximum von $max=48$. Die BDI-V-Werte der Teilnehmer/-innen liegen zwischen $min=6$ und $max=53$. Der mittlere BDI-V-Wert liegt bei $M=25.67$ ($SD=11.80$) und fällt mit einem Normwert von $T=55.7$ in den zu erwartenden Wertebereich ($T=50 \pm 10$) für nicht-klinische Stichproben (Schmitt et al., 2006). $N=18$ Teilnehmer/-innen zeigen einen erhöhten BDI-V-Wert, der den Cut-Off-Wert von 35 überschreitet (Schmitt et al., 2006).

4.1.7 Datenanalyse

Alle Datenanalysen erfolgten mit Hilfe des Datenanalysepakets SPSS. Sofern nicht anders berichtet, wurde für alle inferenzstatistischen Analysen ein α -Fehler-Niveau von .05 festgelegt. Zwischen den untersuchten Variablen sollten in erster Linie die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen nebst Partialkorrelationen unter Kontrolle von Depressivität berechnet werden. Nach Bühner und Ziegler (2009) müssen zur Berechnung der Produkt-Moment-Korrelationen folgende statistische Voraussetzungen erfüllt sein: (1) *Bivariate Normalverteilung*. Eine bivariate Normalverteilung liegt vor, wenn beide Variablen einzeln normalverteilt sind und zudem deren gemeinsame Verteilung einer Normalverteilung folgt. Bühner und Ziegler (2009) schlagen vor, diese Voraussetzung zu prüfen, indem zusätzlich zur Überprüfung der Normalverteilung der einzelnen Variablen die Schiefe der Variablen betrachtet wird. Zeigen die beiden Verteilungen gegenläufige Schiefe, so sind korrelative Zusammenhänge schwerer zu entdecken. Potentiell gering ausgeprägte statistische Zusammenhänge sind unter dieser Voraussetzung mit Vorsicht zu interpretieren. Für den vorliegenden Datensatz zeigt der Kolmogorov-Smirnov-Test für keine der interessierenden Variablen (SOC-13, MR-SOC-pos, MR-SOC-neg, HZV, FZA, HOM, BDI-V) eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung an. Bezüglich der bivariaten Normalverteilungen sind etwaige geringe Korrelationen aufgrund gegenläufiger Schiefe bei folgenden Variablenpaaren vorsichtig zu interpretieren: $r(\text{BDI-V, SOC-13})$, $r(\text{BDI-V, MR-SOC-pos})$, $r(\text{BDI-V, FZA})$, $r(\text{SOC-13, HOM})$, $r(\text{MR-SOC-pos, HOM})$, $r(\text{FZA, HOM})$. (2) *Keine Ausreißerwerte*. Die visuelle Inspektion der Streudiagramme der interessierenden Zusammenhänge deutet nicht auf das Vorliegen relevanter Ausreißer hin, die zu einer Über- oder Unterschätzung der Zusammenhänge führen könnten. (3) *Linearität*. Ebenfalls erbringt die visuelle Inspektion der Streudiagramme keinen Hinweis auf relevante nicht-lineare Zusammenhänge zwischen den Variablen. (4) *Intervallskalenniveau*. Den üblichen Konventionen folgend, wird für die verwendeten Skalen Intervallskalenniveau angenommen.

4.2 Ergebnisse Studie 3

4.2.1 Deskriptive Darstellung der Skalenwerte

Zunächst werden in Tabelle 8 die Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der verwendeten Skalen beschrieben. Zudem wird für jede Skala die für den vorliegenden Datensatz gefundene interne Konsistenz angegeben. Alle Skalenmittelwerte fallen in den für eine unselektierte Stichprobe zu erwartenden Bereich.

Tabelle 8

Mittelwerte und Standardabweichungen sowie interne Konsistenzen der SOC-Skalen, der Skalen zur Erfassung von Bewältigungsdispositionen (HOM, FZA, HZV) sowie der Depressionsskala (BDI-V).

	Mittelwert	Standardabweichung	Cronbach`s Alpha
SOC-13	61.57	9.79	.80
MR-SOC-pos	2.75	.55	.85
MR-SOC-neg	2.06	.42	.69
FZA	35.11	7.78	.79
HZV	37.15	8.00	.82
HOM	5.25	2.65	.68
BDI-V	25.67	11.80	.84

Anmerkung. Die Werte basieren auf einer Stichprobe von $N=91$ Probanden. Die SOC-13-Skala variiert im Wertebereich [7-91]; die Skalen des MR-SOC variieren im Wertebereich von [1-4]; die Skalen HZV und FZA variieren im Wertebereich [0-60]; die Skala HOM variiert im Wertebereich von [0-12]; das BDI-V variiert im Wertebereich [0-100].

4.2.2 Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und dispositionellem Umgang mit Problemen

Im Folgenden werden die bivariaten Korrelationen zwischen den untersuchten Variablen dargestellt. Die Interkorrelationsmatrix für die SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC), die Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen (FZA, HZV, HOM) sowie die Depressionsskala (BDI-V) findet sich in Tabelle 9.

In Hypothese 3.1 wurden positive Korrelationen zwischen den positiv valenten SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC-pos) und den Skalen FZA und HZV sowie negative Zusammenhänge zwischen der negativ valenten Skala MR-SOC-neg und den Skalen HZV und FZA vorhergesagt. Alle gefundenen Korrelationen entsprechen dem erwarteten Muster. Die Skala SOC-13 korreliert signifikant positiv mit der Skala FZA ($r=.57$) und mit der Skala HZV ($r=.27$). Ebenso korreliert die Skala MR-SOC-pos signifikant positiv mit der Skala FZA ($r=.32$) und mit der Skala HZV ($r=.40$). Erwartungsgemäß korreliert die Skala MR-SOC-neg signifikant negativ mit der Skala FZA ($r=-.44$) und mit der Skala HZV ($r=-.32$). Mit Ausnahme des zwar

signifikanten, aber absolut betrachtet geringen Zusammenhangs zwischen SOC-13 und HZV sind alle Korrelationen als moderat bis groß zu betrachten (Bühner & Ziegler, 2009). In Hypothese 3.2 wurden positive Zusammenhänge zwischen den positiv valenten SOC-Skalen (SOC-13, MR-SOC-pos) und der Skala HOM sowie ein negativer Zusammenhang zwischen der negativ valenten Skala MR-SOC-neg und der Skala HOM angenommen. Auch diese Zusammenhänge konnten sich erwartungsgemäß zeigen lassen. Sowohl die SOC-13 als auch die positiv valente Skala des MR-SOC weisen signifikant positive Korrelationen mit der Skala HOM auf ($r=.45$ bzw. $r=.38$). Die negativ valente Skala MR-SOC-neg korreliert signifikant negativ mit der Skala HOM ($r=-.46$). Auch diese Zusammenhänge sind in ihrer Größe als moderat bis groß zu bezeichnen. Bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Berechnung bivariater Korrelationen war deutlich geworden, dass die Voraussetzung der bivariaten Normalverteilung nicht für alle Variablenpaare erfüllt ist. Dies vermindert die Wahrscheinlichkeit, vorhandene Zusammenhänge tatsächlich zu entdecken. Da jedoch auch für die betroffenen Variablenpaare substantielle Korrelationen gefunden werden konnten, kann diese Verletzung der Voraussetzungen als nicht relevant angesehen werden.

Tabelle 9

Interkorrelationsmatrix der SOC-Skalen, der Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen (FZA, HZV, HOM) und des BDI-V

	SOC-13	MR-SOC- pos	MR-SOC- neg	FZA	HZV	HOM	BDI-V
SOC-13	1	.42**	-.68**	.57**	.27*	.45**	-.68**
MR-SOC-pos		1	-.26*	.32**	.40**	.38**	-.42**
MR-SOC-neg			1	-.44**	-.32**	-.46**	.64**
FZA				1	.11	.47**	-.52**
HZV					1	.26*	-.26*
HOM						1	-.48**
BDI-V							1

Anmerkung. * $p<.05$, ** $p<.01$. Dargestellt wird jeweils die Produkt-Moment-Korrelation.

Da sowohl die verwendeten SOC-Skalen als auch die Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen wie erwartet signifikant mit Depressivität korrelieren, wurde im Anschluss geprüft, ob die gefundenen Zusammenhänge auf gemeinsame Varianzanteile mit Depressivität zurückgeführt werden können. Daher wurden die Zusammenhänge zwischen den SOC-Skalen und den Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen erneut unter Bereinigung von Depressivität geprüft. Eine Übersicht über die Partialkorrelationen gibt Tabelle 10. Die in Hypothese 3.3 formulierte Annahme, dass die Zusammenhänge auch unter Kontrolle von Depressivität fortbestehen, konnte nicht für alle Variablenpaare bestätigt

werden. Signifikante Partialkorrelationen ergaben sich lediglich für den Zusammenhang zwischen der SOC-13 und der Skala FZA ($r=.35$), für die Zusammenhänge zwischen der MR-SOC-pos und den Skalen HOM ($r=.22$) und HZV ($r=.33$) sowie für den Zusammenhang der MR-SOC-neg und der Skala HOM ($r=-.22$). Da Korrelationen mit $r<.30$ als klein betrachtet werden müssen (Ziegler & Bühner, 2009), können v. a. die bereinigten Korrelationen zwischen SOC-13 und der Skala FZA sowie zwischen der MR-SOC-pos und der Skala HZV weiterhin als substantiell gelten. Alle anderen Zusammenhänge gehen in hohem Ausmaß auf gemeinsame Varianzanteile mit Depressivität zurück.

Tabelle 10

Korrelationen und Partialkorrelationen (in Klammern) zwischen den SOC-Skalen und den Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen (HOM, FZA, HZV)

	HOM	FZA	HZV
SOC-13	.45** (.20)	.57** (.35**)	.27* (.12)
MR-SOC-pos	.38** (.22*)	.32** (.13)	.40** (.33**)
MR-SOC-neg	-.46** (-.22*)	-.44** (-.16)	-.32** (-.21*)

Anmerkung. * $p<.05$, ** $p<.01$. Dargestellt wird jeweils die Produkt-Moment-Korrelation und die Partialkorrelation unter Kontrolle des BDI-V.

4.2.3 Explorative Analysen

Abschließend werden auch für den Datensatz aus der dritten Teilstudie die korrelativen Beziehungen der SOC-Skalen untereinander sowie zwischen den SOC-Skalen und der Depressionsskala BDI-V beschrieben.

Erneut finden sich erwartungskonforme Zusammenhänge der SOC-13 mit den Subskalen des MR-SOC, was als Hinweis auf die Konstruktvalidität gesehen werden kann (vgl. Tabelle 9). Auch zwischen den konträr valenten Skalen MR-SOC-pos und MR-SOC-neg besteht eine signifikante Korrelation. In der Höhe fällt diese jedoch mit $r=-.26$ gering aus, so dass die Annahme einer vollständigen Komplementarität positiver und negativer SOC-Maße dennoch nicht gerechtfertigt erscheint. Erneut zeigt sich auch für den vorliegenden Datensatz, dass die Korrelation der Skala SOC-13 mit der negativ valenten Skala des MR-SOC im Betrag höher ausfällt als mit der positiv valenten Skala ($r=-.68$ vs. $r=.42$). Durchgängig bestätigt sich zudem ein starker Zusammenhang zwischen den SOC-Skalen und Depressivität, der jedoch für die SOC-Skalen, die überwiegend aus negativen Items zusammengesetzt sind, höher ausfällt als für die positiv valente SOC-Skala. Die Korrelation mit dem BDI-V liegt für die SOC-13 bei $r=-.68$, für die MR-SOC-neg bei $r=.64$ und für die MR-SOC-pos bei $r=-.42$.

4.3 Diskussion Studie 3

In Studie 3 wurden Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und ausgewählten Bewältigungsdispositionen untersucht. Es wurde angenommen, dass ein starkes Kohärenzgefühl in Belastungssituationen solche Reaktionen begünstigt, die vor einer depressiven Entwicklung schützen können. Besonderer Fokus wurde auf Situationen gelegt, in denen ein persönlich wichtiges Ziel blockiert erscheint oder verfehlt wurde. Es wurde angenommen, dass ein starkes Kohärenzgefühl helfen kann, zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren und das Ziel hartnäckig weiterzuverfolgen. Dies entspricht dem von Brandtstätter (2007) beschriebenen Mechanismus der Assimilation. Sofern weitere Bemühungen erfolglos bleiben, kann ein starkes Kohärenzgefühl zudem Prozesse der Zielmodifikation und –ablösung unterstützen und so dazu beitragen, Ressourcen und Anstrengungen auf andere, ertragreichere Projekte zu verwenden. Prozesse der Zielmodifikation und –ablösung werden nach Brandtstätter (2007) als Akkomodation bezeichnet. Das Zwei-Prozess-Modell nimmt an, dass depressive Reaktionen dann entstehen, wenn weder assimilative noch akkomodative Prozesse greifen und daraus ein grüblerisches Verharren resultiert, welches von depressivem Affekt begleitet wird (Brandtstätter, 2007). Sofern ein starkes Kohärenzgefühl mit einer starken Neigung zu Assimilation und Akkomodation verbunden ist, kann es den grüblerischen Zustand unterbinden und so protektiv in den Prozess der Selbstregulation eingreifen. Vor diesem Hintergrund wurden in der dritten Teilstudie korrelative Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, dispositioneller Tendenz zu Assimilation und Akkomodation sowie Rumination im Umgang mit Misserfolgen erfasst.

Die Hypothesen 3.1 und 3.2 konnten bestätigt werden. Es zeigten sich hypothesenkonforme Zusammenhänge zwischen allen SOC-Skalen und den Skalen zur Erfassung der Bewältigungsdispositionen. Das bedeutet, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit der Fähigkeit einhergeht, auf blockierte Ziele entweder mit vermehrter Anstrengung oder, sofern das Ziel unerreichbar erscheint, mit Zielablösung zu reagieren. Ebenfalls konnten Hinweise dafür gefunden werden, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit einer geringeren Neigung zu ruminativen Reaktionen auf Misserfolge verbunden ist. Der vorliegende Datensatz weist jedoch auf eine Einschränkung dieser Zusammenhänge hin. Zur Prüfung der Hypothese 3.3 wurden alle Zusammenhänge um den Einfluss von Depressivität bereinigt. Es zeigte sich, dass ein großer Teil der gefundenen Zusammenhänge auf gemeinsame Varianz mit Depressivität zurückgeführt werden kann. Die Korrelationen zwischen den SOC-Skalen und den Bewältigungsskalen fielen unter Kontrolle von Depressivität geringer aus als in der unbereinigten Form. Daher kann die Hypothese 3.3 nur zum Teil bestätigt werden. Jedoch erreichten die Korrelationen zwischen der Skala SOC-13 und der Skala FZA sowie zwischen

der Skala MR-SOC-pos und der Skala HZV weiterhin eine Höhe, die auf einen substantiellen Zusammenhang hindeutet. Die vorliegenden Daten liefern demnach auch unter Kontrolle von Depressivität einen Hinweis darauf, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit einer guten Fähigkeit zu Assimilation und Akkomodation einhergeht. Allerdings variieren diese Zusammenhänge mit der verwendeten SOC-Skala. Unter Verwendung der SOC-13 sprechen die Zusammenhänge v. a. dafür, dass ein starkes Kohärenzgefühl hilft, unerreichbare Ziele aufzugeben. Dies steht in Einklang mit der Annahme, dass ein starkes Kohärenzgefühl dazu befähigt, auch schwierigen oder verlustreichen Lebenssituationen einen Sinn zu geben. Unter Verwendung der Skala MR-SOC-pos zeigt sich v. a. ein Zusammenhang zwischen einem starken Kohärenzgefühl und der Fähigkeit, trotz Hindernissen mit Anstrengung und Engagement hartnäckig an eigenen Zielen zu arbeiten. Dies korrespondiert mit der Annahme, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit internen Kontrollüberzeugungen und einem guten Wissen um eigene Ressourcen zur Problemlösung einhergeht. Dass die unterschiedlichen SOC-Skalen unterschiedliche Bewältigungsdispositionen vorhersagen, kann auf die unterschiedliche Itemzusammensetzung der Skalen zurückgeführt werden. Unter Betrachtung der Skalen auf Itemebene wird schnell deutlich, dass die SOC-13 den Aspekt der Sinngebung gut abbildet (z. B. „Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?“), während die Aspekte der internen Kontrollüberzeugung oder des Wissens um eigene Bewältigungsressourcen eher unterrepräsentiert erscheinen. Im Gegensatz dazu scheint die MR-SOC-pos insbesondere den letztgenannten Aspekt besonders gut zu repräsentieren (z. B. „Ich bin schon mit mehr fertig geworden“ oder „Mir wird schon eine Lösung einfallen“). Der Aspekt, auch schwierigen Lebenssituationen einen Sinn zu verleihen, scheint hingegen in der Skala MR-SOC-pos nicht hinreichend abgebildet zu sein. Diese Beobachtungen sprechen dafür, dass die SOC-Skalen, obgleich untereinander korreliert, unterschiedliche Aspekte des Kohärenzgefühls abbilden und differentielle Vorhersagebeiträge für konstruktrelevante externe Variablen leisten. Diese Überlegung weist auf die Notwendigkeit hin, bei einer möglichen Skalenrevision die Inhaltsvalidität der Skalen auf Itemebene gründlich zu prüfen und hinsichtlich einer vollständigen Erfassung wichtiger Konstruktmerkmale zu überarbeiten. Bis zu einer möglichen Skalenrevision kann empfohlen werden, die Skalen weiterhin gemeinsam einzusetzen, da sie trotz ihrer Korrelation eigenständige Vorhersagen liefern.

Kritisch muss angemerkt werden, dass mit dem Vorgehen in Teilstudie 3 all jene Probleme verbunden sind, die bei einer rein korrelativen Betrachtung von Daten auftreten. Vom korrelativen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und den untersuchten Bewältigungsdispositionen lässt sich aus methodischer Sicht keinesfalls direkt auf einen Kausalzusammenhang schließen, da beispielsweise eine gemeinsame Verursachung durch

Drittvariablen oder die Frage der Wirkrichtung nicht hinreichend geklärt werden können. Die vorliegenden Daten können demnach nur als erster Hinweis auf mögliche Wirkmechanismen und nicht als endgültiger Beleg für die getroffenen Modellannahmen verstanden werden. Hierzu sind andere Forschungsdesigns erforderlich, die eine bessere interne Validität mitbringen. Beispielsweise lassen längsschnittlich angelegte Studien oder Studien, die mit Pfadmodellen arbeiten, gesichertere Erkenntnisse über vermutete Wirkungspfade zu. Zur Überprüfung spezifischer Kausalhypothesen können ggf. experimentell angelegte Untersuchungen einen zusätzlichen Erkenntnisbeitrag leisten. Ebenfalls hilfreich kann ein qualitativer Zugang sein, um das individuelle Zusammenspiel von Kohärenzgefühl, Bewältigung und Depressivität besser zu verstehen.

Neben einer Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und den untersuchten Bewältigungsdispositionen erlaubt die vorliegende Studie eine weitere Betrachtung der verschiedenen, zur Operationalisierung des Kohärenzgefühls eingesetzten SOC-Skalen. Insbesondere die Betrachtung der beiden konträr valenten Skalen des MR-SOC bestätigt das in den ersten beiden Teilstudien berichtete Muster. Die eher gering ausgeprägte Korrelation der beiden Subskalen des MR-SOC untereinander spricht erneut dafür, negative und positive Aspekte des Kohärenzgefühls durch zwei unabhängige Skalen abzubilden. Die beiden Skalen ergeben sich keinesfalls durch eine reine Umkehrung der jeweils anderen. Dies zeigt sich auch darin, dass beide Skalen nicht in gleicher Höhe mit externen Validierungskriterien zusammenhängen. Im vorliegenden Datensatz zeigt sich ein höherer Zusammenhang zwischen der negativ valenten Skala des MR-SOC und Depressivität im Vergleich zum Zusammenhang zwischen der positiv valenten Skala des MR-SOC und Depressivität. Zusammengefasst sprechen diese Befunde, der Argumentation von Lutz et al. (1998) folgend, gegen das Invertieren negativer Items zur Erfassung positiver Aspekte des Erlebens und Verhaltens. Dies weist auf eine Schwäche der Originalskala nach Antonovsky hin, die sich sowohl in ihrer Kurz- als auch in ihrer Langform überwiegend aus negativen Items zusammensetzt.

IV. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Wie in der Darstellung des theoretischen Hintergrunds beschrieben, kann ein hoch negativer Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität als empirisch belegt gelten. Die drei im vorhergehenden Kapitel vorgestellten Studien dienen einer Klärung dieses bislang vorwiegend korrelativ untersuchten Zusammenhangs. Sie verfolgen im Kern die Frage, ob sich Defizite im Kohärenzgefühl lediglich als Begleitphänomen von negativer Stimmung oder depressiver Symptomatik einstellen oder ob sich Unterschiede im Kohärenzgefühl zwischen vulnerablen und nicht-vulnerablen Personen auch außerhalb der akuten depressiven Symptomatik nachweisen lassen. Die erste Teilstudie belegt deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität nicht allein auf einem einfachen Stimmungseffekt beruht. Alle eingesetzten Skalen zur Erfassung des Kohärenzgefühls erwiesen sich als invariant gegenüber der verwendeten Stimmungsmanipulation. Eine deutliche Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls zeigt sich jedoch in der zweiten Teilstudie, die einen großen Unterschied im Kohärenzgefühl zwischen akut depressiven und remittiert depressiven Teilnehmern nachweist. Während einer depressiven Episode scheint es zu einem Einbruch des Kohärenzgefühls zu kommen, wobei die Defizite im Kohärenzgefühl mit der Remission der depressiven Symptomatik wieder rückläufig sind. Hierbei erreichen sie jedoch nicht das Niveau einer gesunden, vormals nicht depressiven Vergleichsgruppe. Auch wenn dieser Effekt kleiner ausfällt, spricht er doch dafür, dass sich vulnerable Personen auch außerhalb der akuten depressiven Phase gegenüber nicht-vulnerablen Personen durch ein schwächeres Kohärenzgefühl auszeichnen. Dies stärkt die Annahme, dass das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor darstellt, der vor Depression schützen kann. Hieraus ergibt sich die Frage, in welcher Weise ein starkes Kohärenzgefühl das ätiologische Geschehen beeinflusst. Diese Frage ist Gegenstand der dritten Teilstudie. Diese gibt vorsichtige Hinweise darauf, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit der Fähigkeit einhergeht, auf blockierte Ziele entweder mit vermehrter Anstrengung oder, wenn das Ziel unerreichbar erscheint, mit Zielablösung zu reagieren, was depressiogene Grübelprozesse unterbinden kann. Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass das Kohärenzgefühl einen Protektivfaktor in der Ätiologie depressiver Störungen darstellt, der während einer depressiven Episode einen Zusammenbruch erleidet.

Unabhängig von der spezifischen Fragestellung konnten alle drei Studien belegen, dass die untersuchten Zusammenhänge mit der Valenz der eingesetzten Messinstrumente variierten. Dieser Befund wird im ersten Abschnitt der Diskussion vor dem Hintergrund der Frage diskutiert, inwiefern salutogenetische und pathogenetische Konstrukte zwei Seiten derselben Medaille darstellen (1.). Die Annahme, dass das Kohärenzgefühl einen Protektivfaktor in der

Ätiologie depressiver Störungen darstellt, der in depressiven Phasen Schaden nimmt, wirft die Frage auf, welche Interventionen geeignet sind, das Kohärenzgefühl gezielt zu stärken. Ziele solcher Interventionen können sein, der Entstehung depressiver Phasen präventiv entgegenzuwirken oder Menschen in einer depressiven Phase wieder zum Erleben von Kohärenz zu verhelfen. Der Frage nach SOC-stärkenden Interventionen wird im zweiten Abschnitt der Diskussion nachgegangen (2.). Abschließend wird die Entwicklung des Kohärenzgefühls in seinem gesellschaftlichen Rahmen betrachtet. Es wird diskutiert, ob unter gewandelten gesellschaftlichen Verhältnissen die Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls erschwert ist. Mögliche Zusammenhänge mit einer steigenden Prävalenz depressiver Störungen werden aufgezeigt (3.).

1. Salutogenese und Pathogenese – zwei Seiten derselben Medaille?

Vielerorts wurde in Frage gestellt, ob salutogenetische Modelle und Studien tatsächlich zu neuen Erkenntnissen verhelfen oder ob sich die salutogenetische Sichtweise nicht allein durch eine Umkehrung des vertrauten pathogenetischen Wissens ergibt. Auch Antonovsky (1993) fragt, ob mit der Salutogenese wirklich eine neue Sichtweise entstanden ist: „Ist sie nicht einfach die andere Seite der pathogenen Münze?“ (S. 7f). Nach Antonovsky (1997) ist dies nicht der Fall. Er betrachtet Pathogenese und Salutogenese nur insofern als komplementär, als dass sie sich in ihrer erkenntnisleitenden Funktion und in ihrer Prägung medizinischen Handelns ergänzen. Da sich jedoch durch die salutogenetische Frage neue Perspektiven, Hypothesen und Handlungsweisen ergeben, kann die salutogenetische Orientierung „nicht lediglich die andere Seite der Medaille“ (Antonovsky, 1997, S. 30) sein.

Diese Ansicht ist nicht unwidersprochen geblieben. Die Vorstellung, dass Gesundheit und Krankheit per definitionem Gegenbegriffe sind, die sich wechselseitig ausschließen, ist weit verbreitet. „Wer krank ist, ist eben nicht gesund; wer gesund ist, ist nicht krank“ (von Zerssen et al., 1998, S. 42), denn sonst „müßte es zwangsläufig auch Personen geben, die gleichzeitig ‚kerngesund‘ und ‚schwer krank‘ oder – umgekehrt - überhaupt nicht krank und trotzdem nicht gesund sind“ (von Zerssen et al., 1998, S. 44). Auch salutogene und pathogene Faktoren im Sinne der Determinanten von Gesundheit und Krankheit lassen sich als Gegensatzpaar begreifen. In dieser Betrachtungsweise stellen salutogene Faktoren in Abgrenzung zu pathogenen Faktoren keine qualitativ unterschiedlichen Variablen dar. Stattdessen ergeben sie sich durch unterschiedliche Ausprägungsgrade in denselben gesundheitsrelevanten Variablen. Ein spezifischer Risikofaktor und eine spezifische Ressource bilden in dieser Vorstellung den pathogenen und salutogenen Pol derselben eindimensionalen Variablen (z. B. Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmans, 1996). Während diese Konzeption für einige Variablen einleuchtend erscheint, lassen sich leicht Beispiele finden, für die diese Annahme nicht haltbar ist. Während Religiosität unter bestimmten Bedingungen als Schutzfaktor gelten kann (z. B. Filipp & Aymanns, 2010), erscheint es fraglich, Religionslosigkeit als pathogenen Faktor zu betrachten. Ebenso kann Humor eine wichtige Ressource zur Belastungsbewältigung sein (z. B. Filipp & Aymanns, 2010). Bedeutet aber die Abwesenheit von Humor, dass ein Risikofaktor vorliegt? In ähnlicher Weise lassen sich Risikofaktoren nennen, deren bloße Abwesenheit nicht überzeugend als Ressource dargestellt werden kann. Obgleich beispielsweise als belegt gelten kann, dass Armut ein Krankheitsrisiko darstellt (Wilkinson & Marmot, 2004), weiß schon der Volksmund, dass Geld allein nicht glücklich macht.

Neben diesen Überlegungen sprechen auch empirische Befunde zumindest für eine partielle Unabhängigkeit von pathogenen und salutogenen Faktoren. Hinweise in diese Richtung ergeben sich aus den Arbeiten der Arbeitsgruppe um Rainer Lutz, die sich für eine separate Erfassung salutogener und pathogener Faktoren einsetzt. Insbesondere das Invertieren von negativ formulierten Items zur Erfassung positiver Aspekte des Erlebens und Verhaltens wird abgelehnt. Vor diesem Hintergrund plädiert Lutz (1995) für eine Zusammenfassung positiv und negativ formulierter Items zu getrennten Skalen, auch wenn diese für sich beanspruchen, dasselbe Konstrukt zu erfassen. In diesem Sinne entstand beispielsweise der in der vorliegenden Arbeit eingesetzte Marburger Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Lutz et al. (1998) stellen dar, dass die positive und negative Skala des MR-SOC nicht signifikant miteinander korrelieren, was die Unabhängigkeit positiver und negativer Aspekte des SOC-Konstrukts unmittelbar demonstriert. Für die Eigenständigkeit salutogener und pathogener Faktoren spricht auch die Beobachtung von Lutz (2001), dass positive und negative Items nicht gleichsinnig mit externen Validierungskriterien korrelieren.

Vor dem Hintergrund dieser Befunde stellt Lutz (2007) ein sogenanntes Unabhängigkeitsmodell vor, das eine vollständige Unabhängigkeit von Gesundheit und Krankheit erlaubt. Die wichtigste Prämisse des Modells ist, dass gesunderhaltende und krankmachende Faktoren als zwei voneinander unabhängige Faktoren betrachtet werden. Hiermit ist die Annahme verbunden, dass der gesundheitliche Zustand eines Menschen durch zwei Parameter bestimmt ist. Überwiegen gesunderhaltende Faktoren, resultiert ein subjektives Erleben von Gesundheit, überwiegen krankmachende Faktoren, resultiert Krankheitserleben. Dieses Modell wird durch die Befunde der vorliegenden Studien gestützt. In allen drei Studien zeigten sich höhere Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und Depressivität, wenn SOC-Skalen verwendet wurden, die aus negativen Items zusammengesetzt sind. Ebenfalls korrelierten gleichsinnig valente SOC-Skalen untereinander höher als gegensinnig valente Skalen. Zudem zeigten sich zwischen der positiv und der negativ valenten SOC-Skala des MR-SOC in allen Studien nur gering ausgeprägte Zusammenhänge. Insgesamt unterstreichen diese Befunde die Unabhängigkeit von positiven und negativen Maßen des Kohärenzgefühls. Es scheint demnach sinnvoll, positive und negative Anteile des Konstrukts zu unterscheiden. Die negativ valenten Items des MR-SOC beschreiben ein Misstrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen sowie ein Erleben von Hilflosigkeit und Bindungslosigkeit bzgl. wichtiger Ziele (Scheiblechner & Lutz, 2009; Lutz, 2001). Die positive Skala des MR-SOC repräsentiert, inwieweit jemand Vertrauen in sich und seine Umwelt hat und sie als sinnvoll und beeinflussbar erfährt (Lutz, 2001). Beide Anteile können zumindest teilweise unabhängig voneinander variieren und unterschiedlich stark mit Indikatoren für Gesundheit und Krankheit korrelieren. Es ergeben sich Hinweise darauf, dass die negativen Anteile eine höhere Vorhersagekraft für Depression

aufweisen als das Fehlen positiver Anteile. Dies entspricht der Vorstellung, dass sich salutogene und pathogene Faktoren in unterschiedlicher Weise auf das gesundheitliche Spektrum auswirken. Insbesondere knüpft sich die Frage an, ob sich Zustände guter Gesundheit v. a. durch salutogene Faktoren vorhersagen lassen, während Zustände von Krankheit v. a. mit pathogenen Faktoren assoziiert sind. In diesem Zusammenhang kommen auch Walter, Abel und Niemann (2000) zu dem Schluss, dass Zusammenhänge zwischen gesundheitsrelevanten Variablen und Gesundheitsmaßen nicht immer linear sind, dass also die Vorhersagekraft einzelner gesundheitsrelevanter Variablen mit dem zu vorhersagenden Teil des Gesundheitsspektrums variieren kann.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sprechen auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dafür, dass das salutogenetische Modell sich nicht lediglich als Kehrseite des pathogenetischen Modells konzipieren lässt, sondern nach einer eigenen empirischen Fundierung verlangt und teilweise zu anderen Handlungsstrategien in der klinischen Anwendung führt. Für die Ätiologie depressiver Störungen bedeutet das u. a., dass vorhandenes Wissen über depressiogene Vulnerabilitätsfaktoren nicht ausreicht, um zu verstehen, welche Faktoren vor einer depressiven Entwicklung schützen können und welche Ressourcen für eine effektive Krankheitsbewältigung genutzt werden können.

2. Stärkung des Kohärenzgefühls als Aufgabe in der Prävention und Therapie der Depression

Die vorliegende Arbeit gibt Hinweise darauf, dass ein starkes Kohärenzgefühl vor einer depressiven Entwicklung schützen kann. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das Kohärenzgefühl während einer depressiven Episode erheblichen Schaden nimmt. Daher können Interventionen zur Stärkung des Kohärenzgefühls fruchtbare Elemente in der Prävention und Therapie depressiver Störungen darstellen. Im Folgenden werden vor diesem Hintergrund Ansatzpunkte zur klinischen Umsetzung des salutogenetischen Modells beschrieben.

2.1 Ressourcenorientierung als zentrales Prinzip

Neben einer Förderung des Kohärenzgefühls im engeren Sinne kann in einer konsequenten Ressourcenorientierung in Prävention und Therapie der Versuch gesehen werden, das salutogenetische Modell in klinisches Handeln umzusetzen. Nach Lamprecht und Gunkel (2004) ist „Ressourcenorientierung‘ [...] der geeignete Terminus, um das zu bezeichnen, was Antonovskys salutogenen Ansatz in der praktischen Arbeit charakterisiert“ (S. 189).

Folgt man der salutogenetischen Annahme, dass salutogene und pathogene Faktoren unabhängig voneinander Krankheit und Gesundheit beeinflussen, so ergibt sich für die Krankenbehandlung, insbesondere für die Psychotherapie, dass sich durch eine störungsspezifische Behandlung, die nur auf eine Reduktion von Symptomen abzielt, nicht automatisch die Entwicklung von Gesundheit ergibt (Lutz, 2007). Auch Franke postuliert, dass durch die Beseitigung von Risikofaktoren nicht automatisch Positives entsteht: „Unter Umständen entsteht lediglich ein Loch“ (Franke, 1994, S. 30). Stattdessen müssen individuelle und soziale Ressourcen gezielt gefördert werden. Mit der hiermit verbundenen Umorientierung von Vermeidungs-, hin zu Annäherungszielen ist ein genereller Gewinn für die psychotherapeutische Arbeit verbunden: „Annäherung auf ein positives Ziel hin ist motivierender, als Abstand von Negativem zu gewinnen“ (Franke, 1994, S. 29). Außerdem bewirkt die Fokussierung auf Positiva und Ressourcen ein Erleben von Stärke und Kompetenz (Lutz & Mark, 1995). Vor diesem Hintergrund sind zahlreiche psychotherapeutische Ansätze entstanden, die sich darauf konzentrieren, spezifische Ressourcen gezielt zu fördern. Eine Übersicht über Ansätze, die sich dieser Sichtweise verpflichten, gibt Frank (2007). Mittlerweile liegen zahlreiche Wirksamkeitsnachweise vor, die den Erfolg verschiedener ressourcenfördernder Ansätze belegen, woraus Frank (2007) folgert, dass es sich lohnt, Wohlbefinden gezielt zu fördern, anstatt nur Symptome zu

kurieren. Diesen Ansatz vertritt auch die Arbeitsgruppe um Klaus Grawe, die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie auf den Grund ging und Ressourcenaktivierung als zentralen Wirkfaktor psychotherapeutischer Verfahren herausarbeiten konnte (Grawe, 2004). Die hier nur in Kürze skizzierte Forderung, gezielt auf eine Förderung salutogener Faktoren zu setzen, bildet die Basis für die Umsetzung der salutogenetischen Theorie in der Prävention und Therapie depressiver Störungen.

2.2 Stärkung des Kohärenzgefühls

Vor dem Hintergrund einer ressourcenorientierten Haltung kann eine Stärkung des Kohärenzgefühls ein sinnvolles Ziel präventiver und therapeutischer Angebote sein. Antonovsky selbst steht einer intentionalen Modifikation des Kohärenzgefühls eher skeptisch gegenüber. Er formuliert die Annahme, „dass es ohne sehr beträchtliche, ja geradezu radikale Veränderungen in den institutionellen, sozialen und kulturellen Settings, die die Lebenserfahrungen von Menschen formen, utopisch ist zu erwarten, daß eine Begegnung oder auch eine Reihe von Begegnungen zwischen Patient und Kliniker das SOC signifikant verändern kann. Die eigene Weltsicht, die sich während Jahrzehnten ausgebildet hat, ist ein zu tief verwurzelt Phänomen, als dass es in solchen Begegnungen verändert werden könnte“ (Antonovsky, 1997, S. 118). Dennoch benennt er drei Ansatzpunkte zur gezielten Einflussnahme auf das Kohärenzgefühl durch professionelle Helfer. Die erste Möglichkeit zur Einflussnahme ergibt sich aus der Annahme, dass das Kohärenzgefühl zwar eine stabile, jedoch keine rigide Größe darstellt und somit in Abhängigkeit von vorhandenen Stressoren einer permanenten Fluktuation um einen Mittelwert unterliegt. In diesem Sinne sieht Antonovsky die erste Verpflichtung des Klinikers darin, Begegnungen mit Patienten so zu gestalten, dass sie dem Kohärenzgefühl des Gegenübers keinen Schaden zufügen. Um dieses Prinzip zu beherzigen, könnte ein Kliniker beispielsweise dafür sorgen, einem Patienten stets hinreichend ausführliche Informationen über seine Erkrankung zur Verfügung zu stellen, um dessen Erleben von Konsistenz nicht unnötig zu gefährden. Auch die zweite Möglichkeit zur Einflussnahme ergibt sich aus der Annahme von Fluktuation. Antonovsky sieht den Kliniker nicht nur in der Lage, Schwächungen des Kohärenzgefühls zu verhindern. Er hält es auch für möglich, dass die Begegnung derart gestaltet wird, dass sich der Klient „in ihr als konsistent erlebt, daß die Belastungen ausgeglichen sind und daß er die Bedeutung versteht“ (Antonovsky, 1997, S. 119). Gelingt ihm dies, kann die Begegnung das Kohärenzgefühl des Patienten im Sinne einer Fluktuation zumindest kurzfristig stärken. Die dritte von Antonovsky skizzierte Möglichkeit der Einflussnahme entspricht am stärksten der üblichen Vorstellung von einer gezielten Modifikation. Sie spiegelt den Versuch wider, durch psychotherapeutische Bemühungen eine Stärkung des Kohärenzgefühls zu bewirken. Nach

Antonovsky können therapeutische Interventionen zwar nicht die Lebensumstände der Menschen verändern, ihnen jedoch ermöglichen, Erfahrungen neu zu interpretieren und innerhalb ihres Lebensbereiches „SOC-verbessernde Erfahrungen“ (Antonovsky, 1997, S. 119) zu realisieren. Unter den dritten Ansatzpunkt zur Einflussnahme scheint Antonovsky auch Interventionen zu subsumieren, die auf eine dauerhafte Modifikation der Lebensumstände von Menschen abzielen, z. B. Interventionen zur Neuorganisation von Arbeitsbedingungen. Maßnahmen dieser Art hält er für den bestmöglichen Ansatz zur positiven Modifikation des Kohärenzgefühls. Da diese im Vergleich zu den zuvor genannten Interventionen an den Lebensbedingungen statt am Individuum ansetzen, erscheint es sinnvoll, sie gesondert aufzuführen, so dass sich zusammenfassend vier Möglichkeiten zur Einflussnahme ergeben: (1.) Verhinderung von Fluktuation in Richtung einer Schwächung des Kohärenzgefühls, (2.) Bereitstellung von Erfahrungen, die zur Fluktuation in Richtung einer Stärkung des Kohärenzgefühls beitragen, (3.) individuumszentrierte Interventionen zur Modifikation der Wahrnehmung von Lebenserfahrungen sowie zur Unterstützung des Individuums, konsistente, handhabbare und sinnvolle Erfahrungen zu schaffen, (4.) umweltzentrierte Interventionen, die langfristig die Lebensbedingungen in Richtung mehr Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation verändern. Der letztgenannte Ansatzpunkt lässt Raum für die Frage, wie im Rahmen von Settingansätzen in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation SOC-stärkende Erfahrungen geschaffen werden können. Diese Überlegungen können sich auf alle relevanten Lebensbereiche, wie z. B. Schule, Arbeit oder Wohnen beziehen. Settingansätze, die sich auf das Modell der Salutogenese beziehen, sollten sich zum Ziel setzen, in den relevanten Lebensbereichen Erfahrungen von Konsistenz, Handhabbarkeit und Partizipation zu schaffen.

Im Folgenden wird der dritte der genannten Ansatzpunkte in den Fokus der Betrachtungen gestellt. Entgegen der zuvor getroffenen Annahme, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter kaum zu beeinflussen ist, weist er in besonderem Maße auf Möglichkeiten der intentionalen Modifikation des Kohärenzgefühls im Rahmen von Prävention und Therapie hin. Vor diesem Hintergrund kann eine Stärkung des Kohärenzgefühls im Rahmen verschiedener psychotherapeutischer Ansätze angestrebt werden. Konzipiert man das Kohärenzgefühl als die „Weltanschauung eines Individuums“ (Maoz, 2004, S. 87), so ergeben sich Verbindungen zur Praxis kognitiv ausgerichteter Therapien, wie der Rational-Emotiven Therapie oder der kognitiven Verhaltenstherapie (Maoz, 2004). Tatsächlich können verschiedene Elemente der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie der Depression den drei Komponenten des Kohärenzgefühls zugeordnet werden, wie im Folgenden exemplarisch verdeutlicht wird. Die dargestellten Ansatzpunkte beziehen sich zunächst auf therapeutische Angebote, lassen sich aber modifiziert auch in präventiv ausgerichteten Programmen integrieren.

Wie eingangs dargestellt, basiert das Erleben von *Verstehbarkeit* auf der Erwartung, dass Erfahrungen sinnhaft, geordnet und konsistent sind. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, die darauf abzielen, eigene Reaktionen besser verstehen und vorhersehen zu können, sind geeignet, konsistente Erfahrungen zu schaffen. Hierzu zählen beispielsweise psychoedukative Elemente, die zur Vermittlung von Erklärungsmodellen genutzt werden können, oder Selbstbeobachtungsaufgaben, die wiederkehrende psychologische Zusammenhänge aufzeigen können. So zählt es zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardinterventionen in der Depressionstherapie, Patient/-innen dazu anzuleiten, den Zusammenhang von Aktivitäten, Gedanken und Stimmung zu beobachten und auszuwerten (z. B. Hautzinger, 2000). Ein systematischer Einblick in diese Zusammenhänge kann helfen, depressionsfördernde Aktivitäten und Gedanken zu identifizieren und Stimmungsveränderungen verstehbar zu machen. In ähnlicher Weise können systematische Situationsanalysen Verhaltensmuster verdeutlichen und Biographiearbeit kann helfen, die lebensgeschichtlichen Ursprünge kognitiv-emotionaler Muster zu verstehen. Das Erleben von *Handhabbarkeit* basiert auf der Überzeugung, über geeignete Widerstandsressourcen zur Bewältigung von Schwierigkeiten zu verfügen. Therapieelemente, die neben der Erkrankung auch Ressourcen und gesunde Anteile fokussieren, können grundsätzlich das Vertrauen in die eigenen Widerstandsressourcen stärken. Daneben können alle Therapiebausteine, die Patient/-innen befähigen, ihr Befinden selber zu beeinflussen, dem Erleben von Hilflosigkeit entgegen wirken und Hoffnung auf Besserung stiften. In der Depressionstherapie sind diesbezüglich zum Beispiel Methoden zum Aufbau positiver Aktivitäten oder zur Veränderung dysfunktionaler Gedanken zu nennen (Hautzinger, 2000). Ebenso können alle Interventionen, die spezifische Ressourcen stärken, z. B. Training sozialer Kompetenzen, Problemlösetraining oder Entspannungsverfahren, zu einem verbesserten Erleben von Handhabbarkeit beitragen. Auch Therapieelemente, die darauf abzielen, positive, unterstützende und entlastende Beziehungen zu erkennen und zu nutzen, können durch eine Stärkung der Ressource sozialer Unterstützung zu einer Verbesserung des Handhabbarkeitserlebens beitragen. Letztlich bietet eine Erkrankung auch die Möglichkeit, das Erleben von *Bedeutsamkeit* in den Fokus zu rücken. Bereits durch das Bewusstwerden der Erkrankung können Fragen der Sinnfindung angestoßen werden. „Sinnfindung wird immer dann zur zentralen Frage, wenn sie nicht mehr einfach im Weiterleben [...] gefunden werden kann“ (Perren-Klingler, 2002, S. 342). Der therapeutische Rahmen bietet Patient/-innen die Möglichkeit, im Rahmen der Zielklärung in Kontakt mit ihren persönlichen Werten und Zielen zu treten und diese in konkrete Handlungsschritte umzusetzen. Außerdem können Patient/-innen die Möglichkeit erhalten, funktionale und sinnhafte Anteile der Erkrankung zu ergründen. Beispielsweise kann die Depression nach Brandstätter (2007) im Kern eine sinnvolle Reaktion sein, wenn ein unerreichbares Ziel

aufgegeben werden muss und eine Veränderung in den persönlichen Wünschen und Plänen notwendig ist. Auf diese Weise kann die Überzeugung wachsen, dass die Überwindung der depressiven Phase eine Herausforderung ist, die es sich anzunehmen lohnt.

Wie exemplarisch gezeigt wurde, lassen sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden so verstehen und nutzen, dass sie das Erleben von Kohärenz stärken können. Ein Ansatz, der das salutogenetische Modell nach Antonovsky systematisch in gesundheitsförderliches Handeln umsetzt, ist das HEDE-Training® (Franke & Witte, 2009), welches darauf abzielt, das Kohärenzgefühl gezielt zu stärken. Im Rahmen eines Gruppentrainings mit zehn Sitzungen werden den Teilnehmer/-innen zunächst die Annahmen des salutogenetischen Modells vermittelt. Darauf aufbauend folgen Übungen, die zur Stärkung von Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit beitragen sollen. In der Auseinandersetzung mit dem Thema Bedeutsamkeit beschäftigen sich die Teilnehmer/-innen beispielsweise damit, was ihnen im Leben wichtig ist und worauf sie ihre Energie verwenden möchten. Zur Förderung von Verstehbarkeit trainieren die Teilnehmer/-innen unter anderem, Informationen einzuholen oder sie reflektieren, wie sie ihren Alltag konsistenter gestalten können. Um das Gefühl der Handhabbarkeit zu erhöhen, befassen sich die Teilnehmer/-innen zum Beispiel mit ihrem sozialen Netz oder trainieren selbstsicheres Verhalten. Übergeordnete Ziele des HEDE-Trainings® sind eine Stärkung des Kohärenzgefühls, eine Förderung der Stressbewältigungskompetenzen und damit eine Verbesserung des gesundheitlichen Status`. Erste ermutigende Befunde zur Wirksamkeit des Trainings liegen bereits vor (Franke, persönliche Kommunikation). Die Frage, inwieweit es auch zu einer Linderung von Depressivität beiträgt, kann Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

3. Das Kohärenzgefühl als gesunderhaltender Faktor in der postmodernen Gesellschaft

Es wurden verschiedene Ansatzpunkte dargestellt, wie das Kohärenzgefühl einer Person durch klinische Interventionen gestärkt werden kann, um das Depressionsrisiko zu verringern oder die Bewältigung depressiver Störungen zu unterstützen. Diese Argumentation vernachlässigt die Tatsache, dass die Entwicklung und Förderung des Kohärenzgefühls in einen gesellschaftlichen Rahmen eingebettet ist. Auch wenn die in dieser Arbeit untersuchte Fragestellung und die damit verbundene empirische Herangehensweise keinen unmittelbaren Bezug zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aufweisen, soll an dieser Stelle exkursorisch eine Einbettung des Zusammenhangs von Kohärenzgefühl und Depressivität in seinen gesellschaftlichen Kontext erfolgen. Anknüpfend an die Annahmen Antonovskys zu den Entstehungsbedingungen für ein starkes Kohärenzgefühl erfolgt eine Gegenüberstellung mit denjenigen Charakteristika, die als kennzeichnend für die postmoderne Gesellschaft angenommen werden können. Hiervon ausgehend wird abschließend ein möglicher Zusammenhang mit der zunehmenden Häufigkeit depressiver Störungen skizziert.

Der gesellschaftliche Kontext, in dem eine Person lebt, stellt je nach Beschaffenheit unterschiedliche Lebenserfahrungen bereit, die ihrerseits das Kohärenzgefühl des Einzelnen bestimmen. Wie eingangs beschrieben, sind für die Entwicklung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (1997) jeweils spezifische Erfahrungen erforderlich: Für die Ausbildung der Verstehbarkeitskomponente ist die Erfahrung von Konsistenz maßgeblich, die Ausbildung der Handhabbarkeitskomponente hängt von einer Balance zwischen Unter- und Überforderung ab und die Bedeutsamkeitskomponente entwickelt sich in Abhängigkeit von der Möglichkeit, auf die persönliche Umwelt Einfluss nehmen zu können. Die Erfahrungen von Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation variieren in hohem Maße mit dem gesellschaftlichen Kontext, in dem eine Person lebt. Inwiefern solche SOC-stärkenden Bedingungen durch den gesellschaftlichen Wandel der letzten Jahrzehnte in beeinflusst werden, soll anhand einiger Charakteristika der postmodernen Gesellschaft geprüft werden, die beispielsweise Keupp (1999, 2000, 2002b; 2009a) in seinen gesellschaftsdiagnostischen Betrachtungen identifiziert.

Besonders stark beeinflusst durch den gesellschaftlichen Wandel der Postmoderne erscheint die Erfahrung von Konsistenz. Keupp (2002b) beschreibt einen Prozess, in dem der kulturelle Rahmen, der neben sozialer Kontrolle auch Sicherheit und Klarheit bietet, durch eine fortschreitende Enttraditionalisierung verloren zu gehen droht. Hiermit verbunden ist eine Auflösung normativer Lebensmuster, nach denen Menschen ihre Biographien gestalten

und ihre Rollen definieren können. Dies betrifft u. a. die Geschlechterrollen, aber auch traditionelle Konzepte wie das der Familie. „Nichts ist mehr selbstverständlich“ (Keupp, 2000, S. 314). Die resultierende Pluralisierung von Lebensformen und Milieus führt zu einer „schiefer unendlichen Fülle von Alternativen“ (Keupp, 1999, S. 141), zwischen denen sich das Individuum entscheiden kann und muss. „Die wachsende Komplexität von Lebensverhältnissen führt zu einer Fülle von Erlebnis- und Erfahrungsbezügen, die sich aber in kein Gesamtbild mehr fügen“, so dass es im Zuge dessen zu einer „Fragmentierung von Erfahrungen“ (Keupp, 2002b, S. 11) kommt. Auch am Arbeitsplatz werden konsistente, verlässliche und überschaubare Strukturen seltener. Die vorhandene Erwerbsarbeit wird weniger und damit wird Arbeitsplatzsicherheit zu einer Erfahrung, auf die immer weniger Menschen zurückgreifen können (Keupp, 1999). Moderne Arbeitsstrukturen erfordern vom Arbeitnehmer eine hohe Bereitschaft zu Flexibilität und Mobilität, global vernetzte Strukturen führen zu weltweit gespannten Produktionsabläufen und neue Technologien führen zu einer Beschleunigung, die morgen als überholt erscheinen lässt, was heute noch gilt (Keupp, 1999, 2002a, 2002b). Treffend erscheint angesichts der genannten Entwicklungen Baumans (2000) Charakterisierung der postmodernen Gesellschaft als „liquid modernity“, die wie eine Flüssigkeit stets in Bewegung ist und keine feste Form bewahren kann. Zusammen genommen geht der beschriebene gesellschaftliche Wandel mit einem Verlust von Ordnung, Orientierung und Überschaubarkeit einher und birgt so die „Gefahr von Überkomplexität und Chaos“ (Antonovsky, 1997, S. 111). Erfahrungen von Konsistenz werden schwerer zugänglich und bieten keinen guten Nährboden zur Herausbildung eines Gefühls von Verstehbarkeit.

Auch die Entwicklung der Handhabbarkeitskomponente erscheint durch den gesellschaftlichen Wandel beeinflusst. Die beschriebene Beschleunigung und Verdichtung der Alltagswelten (Keupp, 1999) konfrontiert den Menschen mit multiplen und wechselnden Anforderungen, so dass eine Belastungsbalance, sofern einmal erreicht, kontinuierlich in Frage gestellt wird. Daneben nimmt die veränderte Verfügbarkeit von Ressourcen Einfluss auf die Belastungsbalance. Insbesondere die Verfügbarkeit der von Antonovsky (1997) als zentral eingeschätzten Ressource sozialer Unterstützung gerät in Anbetracht der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft auf den Prüfstand. Ob Menschen auf die Ressourcen legitimer Anderer zurückgreifen können, hängt vom Bestehen sozialer Netze und von der Bereitschaft der Mitmenschen zu prosozialem Verhalten ab. Inwiefern diese Voraussetzungen unter dem Vorzeichen fortschreitender Individualisierung, welche sich unter anderem in einer stetigen Verkleinerung privater Haushalte und einer Zunahme von Einpersonenhaushalte zeigt (Keupp, 2002a), vorhanden sind, lässt sich kontrovers diskutieren. Einerseits verlieren traditionelle Strukturen, die bislang für sozialen Zusammenhalt sorgten (z. B. religiöse oder familiäre Bindungen), an Verbindlichkeit (Keupp,

2002b), andererseits identifiziert Keupp (2002c) ein gutes, teils ungenutztes motivationales Potenzial für soziales Engagement. In dieser Ambivalenz zeigt sich, dass die Verfügbarkeit legitimer anderer in der postmodernen Gesellschaft keine Selbstverständlichkeit (mehr) darstellt (Keupp, 2002c).

Hinsichtlich des Erlebens von Bedeutsamkeit stellt sich die Frage nach einem Zusammenhang mit dem Bedeutungsverlust traditioneller Instanzen der Sinnvermittlung. „Die großen Deutungssysteme, deren Anspruch ja auf nichts geringeres zielte als auf eine Erklärung dessen, was die Welt im Innersten zusammenhält, haben sich entweder [...] selbstdiskreditiert [...] bzw. ziehen sich bescheidener werdend zurück“ (Keupp, 1999, S. 143). Der Einzelne wird zum „Konstrukteur seines eigenen Sinnsystems“ (Keupp, 1999, S. 143), was mehr oder weniger gut gelingen kann. Gleichzeitig führt die zunehmende Ökonomisierung dazu, dass Werte mehr und mehr auf monetär Messbares reduziert werden (Keupp, 2009a). Es kann angenommen werden, dass der damit einhergehende Verlust von Orientierung, Werten und Sinn das Erleben von Bedeutsamkeit nicht unberührt lässt. Auch bezüglich der zur Entwicklung der Bedeutsamkeitskomponente erforderlichen Erfahrung von Partizipation lässt sich fragen, inwieweit diese durch die gesellschaftliche Dynamik verändert wird. Beispielsweise kann gefolgert werden, dass die Globalisierung von Produktionsprozessen es erschwert, sich im Arbeitsleben als Teil eines sinnvollen Ganzen zu erleben.

Obgleich die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen einerseits Risiken für die Herausbildung eines starken Kohärenzgefühls bergen, halten sie auch neue Chancen für diesen Prozess bereit. Die Auflösung vorgegebener Schnittmuster für die Lebensgestaltung und die damit einhergehende Pluralisierung eröffnen die Möglichkeit, frei über die Gestaltung des eigenen Lebens zu entscheiden, in der Identitätsbildung nicht an vorgegebene Normen gebunden zu sein und einen individuellen Lebenssinn konstruieren zu können (Keupp, 2003). Doch unabhängig davon, ob nun der gesellschaftliche Wandel eher als Risiko oder als Chance in der Ausbildung des Kohärenzgefühls betrachtet wird, bleibt festzuhalten, dass die Entwicklung des Kohärenzgefühls in der postmodernen Gesellschaft eine Herausforderung darstellt, deren Gelingen von der Verfügbarkeit relevanter Ressourcen (Keupp, 2009b) abhängt und über das Ausmaß psychischer Gesundheit entscheiden kann. Als Gegenpol zu einem starken Kohärenzgefühl beschreibt Keupp (2003) einen Zustand von Demoralisierung, welcher gekennzeichnet ist durch „ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und eine allgemein gedrückte Grundstimmung“ (S. 33). Diese Zusammenhänge betrachtend, liegt die These nahe, dass die Risiken, die der gesellschaftliche Wandel für die Entwicklung des Kohärenzgefühls birgt, mittelbar zu einer Zunahme depressiver Störungen führen können. Tatsächlich konnte eine steigende Prävalenz depressiver Störungen in den vergangenen Jahrzehnten gezeigt

werden (Kessler, 2002; Wittchen & Jacobi, 2006). Um diesem Prozess entgegen zu wirken, erscheint es erforderlich, solche Ressourcen zu fördern und Menschen aus allen sozialen Schichten verfügbar zu machen, die unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen das Kohärenzgefühl stärken können. Nach Keupp (2009b) handelt es sich hierbei zum Beispiel um die Erfahrung sicherer Bindungen oder um sozial gleichverteilte materielle und soziale Ressourcen. Solche Ressourcen ermöglichen Heranwachsenden eine selbstbestimmte Lebensbewältigung und eine Selbstschöpfung von Lebenssinn (Keupp, 2003). Auf diese Weise könnte, der oben dargestellten Argumentationslinie folgend, der zunehmenden Demoralisierung und der Zunahme von Depressivität entgegen gewirkt werden.

V. Zusammenfassung

Fragestellung. Ausgangspunkt der Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist der wiederholt replizierte Befund, dass zwischen Depressivität und dem salutogenetischen Konstrukt des Kohärenzgefühls ein stark negativer Zusammenhang besteht. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur Klärung dieses bislang vorwiegend korrelativ untersuchten Zusammenhangs. Sie verfolgt die Frage, ob sich Defizite im Kohärenzgefühl lediglich als Begleitphänomen der depressiven Symptomatik einstellen oder ob sich zwischen vulnerablen und nicht-vulnerablen Personen auch außerhalb der akuten depressiven Phase Unterschiede im Kohärenzgefühl nachweisen lassen. Diese Fragestellung wird im Rahmen von drei Studien bearbeitet.

Methode. In der ersten Studie wird die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von der aktuellen Stimmung untersucht, indem eine Gruppe nicht-klinischer Probanden randomisiert einer von zwei experimentellen Bedingungen zugewiesen wird, in denen entweder positive oder negative Stimmung experimentell induziert wird. Als abhängige Variable dienen Maße für das Kohärenzgefühl. In der zweiten Studie wird im Rahmen einer Fragebogenstudie die Abhängigkeit des Kohärenzgefühls von akuter depressiver Symptomatik untersucht. In Anlehnung an das in der Vulnerabilitätsforschung verbreitete „remitted depression paradigm“ wird das Kohärenzgefühl einer Gruppe akut depressiver, einer Gruppe remittiert depressiver und einer Gruppe vormals nicht depressiver Personen verglichen. Sofern das Kohärenzgefühl im Rahmen einer depressiven Episode einen vorübergehenden Zusammenbruch erleidet, sollten akut depressive Personen ein geringeres Kohärenzgefühl aufweisen als remittiert depressive Personen. Stellt das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor dar, sollten sich zudem Unterschiede zwischen den remittiert depressiven Personen und den vormals nicht depressiven Personen nachweisen lassen. In der dritten Studie werden auf Basis einer Fragebogenuntersuchung mit einer nicht-klinischen Stichprobe mögliche Mediatoren des Zusammenhangs von Kohärenzgefühl und Depression betrachtet. Insbesondere interessiert, ob ein starkes Kohärenzgefühl mit einer guten Fähigkeit zu aktiver Problemlösung und zur Ablösung von unrealistischen Zielen einhergeht. Auf diese Weise könnte es vor ruminativen Reaktionen auf belastende Ereignisse schützen und so protektiv in der Entwicklung depressiver Störungen wirken.

Ergebnisse. Die erste Studie belegt deutlich, dass der negative Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Depressivität nicht allein auf einem einfachen Stimmungseffekt beruht. Alle eingesetzten Skalen zur Erfassung des Kohärenzgefühls erwiesen sich als invariant gegenüber der verwendeten Stimmungsmanipulation. Eine deutliche Zustandsabhängigkeit des Kohärenzgefühls zeigt sich jedoch in der zweiten Studie, die einen großen Unterschied

im Kohärenzgefühl zwischen akut depressiven und remittiert depressiven Personen nachweist. Während einer depressiven Episode scheint es zu einem Zusammenbruch des Kohärenzgefühls zu kommen, wobei die Defizite im Kohärenzgefühl mit der Remission der depressiven Symptomatik wieder rückläufig sind. Hierbei erreichen sie jedoch nicht das Niveau der gesunden, vormals nicht depressiven Vergleichsgruppe. Obwohl dieser Effekt kleiner ausfällt, spricht er doch dafür, dass sich vulnerable Personen auch außerhalb der akuten depressiven Phase gegenüber nicht-vulnerablen Personen durch ein schwächeres Kohärenzgefühl auszeichnen. Dies stärkt die Annahme, dass das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor in der Ätiologie der Depression darstellt. Hieraus ergibt sich die Frage, in welcher Weise es das ätiologische Geschehen beeinflusst. Hinweise auf eine Antwort ergeben sich aus den Ergebnissen der dritten Studie. Diese zeigt, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit der Fähigkeit einhergeht, auf blockierte Ziele entweder mit vermehrter Anstrengung oder, wenn das Ziel unerreichbar erscheint, mit Zielablösung zu reagieren. Es vermindert zudem die Neigung zu Rumination nach Misserfolg.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse sprechen insgesamt dafür, dass das Kohärenzgefühl einen überdauernden Protektivfaktor in der Ätiologie depressiver Störungen darstellt, der jedoch während einer depressiven Episode einen Zusammenbruch erleidet.

VI. Literaturverzeichnis

- Abele, A. (1990). Die Erinnerung an positive und negative Lebensereignisse. Untersuchungen zur stimmungsindezierenden Wirkung und zur Gestaltung der Texte. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 37 (2), 181-207.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G. & Gibb, B. E. (2002). Cognitive Vulnerability-Stress Models of Depression in a Self-Regulatory and Psychobiological Context. In J. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of Depression* (S. 268-294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Amelang, M. & Schmidt-Rathjens, C. (2000). Kohärenzsinn als Prädiktor und Suppressor bei der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3), 85-93.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: dgvt Verlag.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Bäärnhielm, S. (2005). Making sense of different illness realities: Restructuring of illness meaning among Swedish-born women. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (5), 350-356.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1990). *Kognitive Therapie der Depression*, Weinheim: Beltz.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (1), 55-76.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: BZgA.

Bevino, D. L. & Sharkin, B. S. (2003). Divorce adjustment as a function of finding meaning and gender differences. *Journal of Divorce and Remarriage*, 39 (3/4), 81-97.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bower, G. H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36 (2), 129-148.

Bowman, B. J. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (5), 547-549.

Brandstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst. Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung*. München: Elsevier.

Brandstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental context. *Advances in Life Course Research*, 14, 52-62.

Brandstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5 (1), 58-67.

Brandstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.

-
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Callahan, L. F. & Pincus, T. (1995). The Sense of Coherence Scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 28-35.
- Carmel, S. & Bernstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 65, 221-222.
- Carstens, J. A. & Spangenberg, J. J. (1997). Major Depression: A breakdown in Sense of Coherence? *Psychological Reports*, 80, 1211-1220.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W. & Scheier, M. F. (1996). A control-process perspective on the origins of affect. In L. L. Martin & A. Tesser (Hrsg.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation* (S. 11-52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, D. M. (1983). On the induction of depressed mood in the laboratory: Evaluation and comparison of the Velten and musical procedures. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 5, 27-49.
- Coe, R. M., Miller, D. K. & Flaherty, J. (1992). Sense of Coherence and perception of caregiving burden. *Behavior, Health, and Aging*, 2 (2), 93-99.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Dahme, G., Bleich, C., Jungnickel, D. & Rathje, H. (1992). Ermutigende Befunde zur Reliabilität und enttäuschende Ergebnisse zur Konstruktvalidität des HAKEMP. Daten einer Felduntersuchung. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 3 (3), 139-160.
- de Jong-Meyer, R., Kuczmera, A. & Tripp, J. (2007). The impact of mood induction on the accessibility of positive and negative future events in a group of dysphoric adolescent in-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 371-376.

Egloff, B. (1998). The independence of positive and negative affect depends on the affect measure. *Personality and Individual Differences, 25*, 1101-1109.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.

Flannery, R. B., Perry, C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence scale. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 575-577.

Frank, R. (2007). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., Rush, A. J. & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of Terms in Major Depressive Disorder. Remission, Recovery, Relapse, and Recurrence. *Archives of General Psychiatry, 48*, 851-855.

Franke, A. (1994). Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 27-31). Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften.

Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes. In A. Antonovsky (Hrsg.), *Salutogenese: Zur Entmystifizierung von Gesundheit* (S. 169-190). Tübingen: dgvt Verlag.

Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.

Franke, A. & Witte, M. (2009). *Das HEDE-Training. Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese*. Bern: Hans Huber.

Frenz, A. W., Carey, M. P. & Jorgensen, R. S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment, 5*, 145-153.

Gebert, N., Broda, M. & Lauterbach, W. (1997). Kohärenzgefühl und konstruktives Denken als Prädiktoren psychosomatischer Belastung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 40, 70-75.

Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 44 (12), 1771-1779.

Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (Hrsg.). (2002). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica*, 50 (4), 171-181.

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

Hagemann, D., Naumann, E., Maier, S., Becker, G., Lürken, A. & Bartussek, D. (1999). The assessment of affective reactivity using films: Validity, reliability and sex differences. *Personality and Individual Differences*, 26, 627-639.

Hammen, C. (1999). *Depression: Erscheinungsformen und Behandlung*. Bern: Hans Huber.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54 (3-4), 179-186.

Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie der Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. München: Psychologie Verlags Union.

Hautzinger, M., Joormann, J. & Keller, F. (2005). *Skala dysfunktionaler Einstellungen. DAS. Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., Luka, U. & Trautmann, R. D. (1985). Skala dysfunktionaler Einstellungen – Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*, 31 (4), 312-323.

Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2002). *Diagnostik affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Hävermark, A.-M. & Langius-Eklöf, A. (2006). Long-term follow up of a physical therapy programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*, 315-322.
- Heene, E., de Raedt, R., Buysse, A. & van Oost, P. (2007). Does negative mood influence self-report assessment of individual and relational measures? An experimental analysis. *Assessment, 14* (1), 86-93.
- Hepburn, S. R., Barnhofer, T. & Williams, J. M. G. (2006). Effects of mood on how future events are generated and perceived. *Personality and Individual Differences, 41*, 801-811.
- Hood, S., S. C., Beaudet, M. P. & Catlin, G. (1996). A healthy outlook. *Health Reports, 7* (4), 25-32.
- Ingram, R. E. & Siegle, G. J. (2002). Contemporary Methodological Issues in the Study of Depression: Not Your Father's Oldsmobile. In J. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of Depression* (S. 86-114). New York: Guilford Press.
- Just, N., Abramson, L. Y. & Alloy, L. B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review, 21* (1), 63-83.
- Kammer, D. (1994). On depression and state orientation: A few empirical and theoretical remarks. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 351-362). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kessler, R. C. (2002). Epidemiology of Depression. In J. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of Depression* (S. 23-42). New York: Guilford Press.
- Keupp, H. (1999). Subjektsein heute. *Wege zum Menschen: Monatsschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, 51* (3), 136-152.
- Keupp, H. (2000). Psychosoziales Handeln als Unterstürzung von Identitätsarbeit im gesellschaftlichen Umbruch. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 311-330). Tübingen: DGVT-Verlag.

Keupp, H. (2002a). Braucht eine Gesellschaft der Ichlinge Psychotherapie? Das Subjekt im globalisierten Netzwerkkapitalismus zwischen Selbstsorge und Pastoralmacht.

Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 34 (3), 561-579.

Keupp, H. (2002b). Von der (Un-)möglichkeit, erwachsen zu werden – risikoreiche Identitätsentwicklung Heranwachsender. In Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (Hrsg.), *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust: Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 7-24). Münster: Verlag für Psychotherapie.

Keupp, H. (2002c). Zwischen Egotrip und Ehrenamt: Neue Formen der Solidarität und des bürgerschaftlichen Engagements. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 10 (1, 2), 87-98.

Keupp, H. (2003). Von der (Un-)Möglichkeit erwachsen zu werden – Welche Ressourcen braucht der Heranwachsende in der Welt von morgen? In T. Giernalczyk (Hrsg.), *Suizidgefahr* (S. 23-42). Tübingen: DGVT-Verlag.

Keupp, H. (2009a). Psychische Störungen und Psychotherapie in der spätmodernen Gesellschaft. *Psychotherapeut*, 54 (2), 130-138.

Keupp, H. (2009b). Erziehungsberatung in bewegten Zeiten. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 41 (1), 63-73.

Klinger, E. & Murphy, M. D. (1994). Action orientation and personality: Some evidence on the construct validity of the Action Control Scale. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 79-92). Seattle: Hogrefe & Huber.

Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14 (4), 575-583.

Kravetz, S., Drory, Y. & Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7, 233-244.

Kuhl, J. (1990). *Kurzanweisung zum Fragebogen HAKEMP 90. Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv*. Osnabrück: Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie.

- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kuhl, J. (1994a). A theory of action and state orientation. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 9-46). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kuhl, J. (1994b). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 47-59). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994). *Volition and personality. Action versus state orientation*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kuhl, J. & Helle, P. (1994). Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated-intention hypothesis. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality. Action versus state orientation* (S. 283-296). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kühner, C. (1997). *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (FDD-DSM-IV). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lamprecht, F. & Gunkel, S. (2004). Salutogenese: Psychische Vulnerabilitäts- und protektive Faktoren im Kontext von Krankheit und Gesundheit. In S. Gunkel & G. Kruse (Hrsg.), *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie: Was hält gesund? Was bewirkt Heilung?* (S. 171-198). Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.
- Larsson, G. & Kallenberg, K. O. (1996). Sense of Coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health*, 6, 175-180.
- Lazarus, R. S. (1990). Streß und Streßbewältigung - ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). München: PVU
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S. & Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorder and physicians' diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen*. Karlsruhe: Pfizer.

- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science and Medicine*, 44, 821-831.
- Lundberg, O. & Nyström Peck, M. (1994). Sense of coherence, social structure and health. *European Journal of Public Health*, 4, 252-257.
- Lundberg, O. & Nyström Peck, M. (1995). A simplified way of measuring sense of coherence. Experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*, 5 (1), 56-59.
- Lutz, R. (1995). Entwicklung von Skalen zur Diagnostik seelischer Gesundheit. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.). *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 165-182). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lutz, R. (2001). *Marburger Untersuchungs-Instrumentarium (MUM)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.
- Lutz, R. (2007). Euthyme Therapie und Salutogenese. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 55-68). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lutz, R., Herbst, M., Iffland, P. & Schneider, J. (1998). Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 171-185). Berlin: Springer.
- Lutz, R. & Mark, N. (1995). Zur Gesundheit von Kranken. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 11-24). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Maoz, B. (2004). Historische Entwicklung und Praxis der Salutogenese. In S. Gunkel & G. Kruse (Hrsg.), *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie: Was hält gesund? Was bewirkt Heilung?* (S. 69-89). Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.

-
- Martin, L. L. & Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Hrsg.), *Unintended thought* (S. 306-326). New York: Guilford Press.
- Mathews, A. & Bradley, B. (1982). Mood and the self-reference bias in recall. *Behaviour Research and Therapy*, 21 (3), 233-239.
- Miranda, J. & Persons, J. (1988). Dysfunctional Attitudes Are Mood-State Dependant. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 76-79.
- Nachtigall, C. & Wirtz, M. (1998). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2*. Weinheim: Juventa.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (1), 92-104.
- Perren-Klingler, G. (2002). Ressourcenarbeit in der täglichen Praxis: Einführung in die praktische Salutogenese. *Primary Care*, 2, 339-342.
- Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102 (1), 122-138.
- Ristkari, T., Sourander, A., Ronning, J. & Helenius, H. (2006). Self-reported psychopathology, adaptive functioning and sense of coherence, and psychiatric diagnosis among young men. A population based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (7), 523-531.
- Roberts, J. E. & Kassel, J. D. (1996). Mood-State Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (1), 1-12.

-
- Sack, M., Künsebeck, H.-W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 56-67.
- Scheiblechner, H. & Lutz, R. (2009). Die Konstruktion eines optimalen eindimensionalen Tests mittels nichtparametrischer Testtheorie (NIRT) am Beispiel des MR SOC. *Diagnostica*, 55 (1), 41-54.
- Schmidt-Rathjens, C., Benz, D., Van Damme, D., Feldt, K. & Amelang, M. (1997). Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebögen zum Kohärenzsinn sensu Antonovsky. *Diagnostica*, 43 (3), 327-346.
- Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 52 (2), 51-59.
- Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, 38-46.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 472-482.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H. J. & John, U. (2003). Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology*, 8, 409-421.
- Segal, Z. V. & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14 (7), 663-695.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. & Buis, T. (2006). Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749-755.

Seligman, M. E. P. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.

Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die "Sense of Coherence Scale". Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Skärsäter, I., Rayens, M- K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Agren, H. & Prochazka, H. (2009). *Sense of Coherence and recovery from Major Depression: A 4-year follow-up*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (2), 119-127.

Slyker, J. P. & McNally, R. J. (1991). Experimental induction of anxious and depressed moods: Are Velten and musical procedures necessary? *Cognitive Therapy and Research*, 15 (1), 33-45.

Snekkevik, H., Anke, A. G. W., Stanghelle, J. K. & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clinical Rehabilitation*, 17, 443-453.

Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F.-W. (2006). Vorwort. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. V-VII). Berlin: Springer.

Sutton, L. J., Teasdale, J. D. & Broadbent, D. E. (1988). Negative self-schema: The effects of induced depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 188-190.

Teasdale, J. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.

Teasdale, J. D. & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.

Von Zerssen, D., Türk, D. & Hecht, H. (1998). Saluto- und pathogenetische Ansätze – zwei Seiten derselben Medaille. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 41-47). Berlin: Springer.

Walter, E., Abel, T. & Niemann, S. (2000). Gesundheit als Kontinuum: Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In H. Wydler, P.

Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 99-113). Weinheim: Juventa.

Watkins, E., Teasdale, J. D. & Williams, R. M. (2003). Contextual questions prevent mood primes from maintaining experimentally induced dysphoria. *Cognition and Emotion*, 17 (3), 455-475.

Westermann, R., Spies, K., Stahl, G. & Hesse, F. W. (1996). The effectiveness and validity of mood induction procedures: a meta-analysis. *European Journal of Social Psychology*, 26, 557-580.

Wiesmann, U., Rölker, S. & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 366-376.

Wiesmann, U., Wendlandt, S. & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter. Kohärenzgefühl und psychosoziale Widerstandsressourcen älterer und aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 17 (3), 179-193.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150-155.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*. Kopenhagen: WHO.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 15-37). Berlin: Springer.

Wittchen, H.-U. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 17, 1-11.

Zimmerman, M. & Coryell, W. (1987). The inventory to diagnose depression, lifetime version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75 (5), 495-499.

VII. ANHANG

Anhang A: Materialien und Instruktionen

Anhang A-1:	Schriftliche Aufklärung Studie 1 – Induktion positiver Stimmung
Anhang A-2:	Schriftliche Aufklärung Studie 1 – Induktion negativer Stimmung
Anhang A-3:	Arbeitsblatt: Induktion positiver Stimmung
Anhang A-4:	Arbeitsblatt: Induktion negativer Stimmung
Anhang A-5:	Visuelle Analogskalen zur Erfassung der aktuellen Stimmung
Anhang A-6:	Schriftliche Aufklärung Studie 2 (klinische Gruppe, t ₁)
Anhang A-7:	Schriftliche Einwilligung Studie 2 (klinische Gruppe)
Anhang A-8:	Schriftliche Aufklärung Studie 2 (klinische Gruppe, t ₂)
Anhang A-9:	Schriftliche Aufklärung Studie 2 (nicht-klinische Gruppe)
Anhang A-10:	Schriftliche Einwilligung Studie 2 (nicht-klinische Gruppe)

Anhang B: Fragebögen

Anhang B-1:	Sense of Coherence Scale (SOC-13)
Anhang B-2:	Marburger Fragebogen zum Kohärenzgefühl (MR-SOC-20)
Anhang B-3:	Vereinfachte Version des Beck-Depressions-Inventars (BDI-V)
Anhang B-4:	Fragebogen zur Depressionsdiagnostik, lifetime-Version (FDDL)
Anhang B-5:	Module Depression und Angst des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)
Anhang B-6:	Module somatoforme Störungen, Depression, Angst, Essstörungen und Alkoholmissbrauch des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)
Anhang B-7:	Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
Anhang B-8:	Hartnäckige Zielverfolgung (HZV) und Flexible Zielanpassung (FZA)
Anhang B-9:	Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) des HAKEMP-90

Information für Teilnehmer/-innen

Die Untersuchung beschäftigt sich mit Erinnerungen an fröhliche Lebensereignisse. Sie werden daher im Verlauf der Untersuchung die Aufgabe erhalten, sich an ein fröhliches Lebensereignis zu erinnern und Ihre Erinnerung daran aufzuschreiben. Dabei werden Sie gebeten, sich auch in die Stimmung, die Sie damals hatten, zurück zu versetzen. Zu diesem Zweck wird Ihnen ein fröhliches Musikstück vorgespielt.

Die gesamte Untersuchung dauert ca. 45 Minuten und läuft wie folgt ab:

- Zunächst füllen Sie einen Fragebogen aus.
- Als nächstes bearbeiten Sie die Erinnerungsaufgabe.
- Im Anschluss bearbeiten Sie einen weiteren Fragebogen.

In den Fragebögen erwarten Sie u. a. Fragen zu Ihrem psychischen Wohlbefinden, zu Ihrer aktuellen Stimmung sowie zu Ihrer Einstellung verschiedenen Aspekten des Lebens gegenüber.

Die Versuchsleiterin wird Sie schrittweise durch die Untersuchung führen und steht dabei für Fragen zur Verfügung. Sie können die Untersuchung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Alle Daten, die im Rahmen dieser Untersuchung über Sie gesammelt werden, werden vollständig anonym behandelt, d. h. die Daten werden so gespeichert und verarbeitet, dass keine Möglichkeit zum Rückschluss auf Ihre Person besteht. Die Daten werden zu rein wissenschaftlichen Zwecken und nur für diese Studie verwendet.

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme nehmen Sie an einer Verlosung von Kinogutscheinen teil.

Sofern Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte auf der unten angefügten Einverständniserklärung mit Ihrer Unterschrift.

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur Teilnahme an der oben beschriebenen Studie und zur anonymisierten Speicherung der erhobenen Daten.

Ich wurde über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt und darüber informiert, dass ich Fragen stellen kann. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

Name, Vorname

Unterschrift

Information für Teilnehmer/-innen

Die Untersuchung beschäftigt sich mit Erinnerungen an traurige Lebensereignisse. Sie werden daher im Verlauf der Untersuchung die Aufgabe erhalten, sich an ein trauriges Lebensereignis zu erinnern und Ihre Erinnerung daran aufzuschreiben. Dabei werden Sie gebeten, sich auch in die Stimmung, die Sie damals hatten, zurück zu versetzen. Zu diesem Zweck wird Ihnen ein trauriges Musikstück vorgespielt.

Die gesamte Untersuchung dauert ca. 45 Minuten und läuft wie folgt ab:

- Zunächst füllen Sie einen Fragebogen aus.
- Als nächstes bearbeiten Sie die Erinnerungsaufgabe.
- Im Anschluss bearbeiten Sie einen weiteren Fragebogen.

In den Fragebögen erwarten Sie u. a. Fragen zu Ihrem psychischen Wohlbefinden, zu Ihrer aktuellen Stimmung sowie zu Ihrer Einstellung verschiedenen Aspekten des Lebens gegenüber.

Die Versuchsleiterin wird Sie schrittweise durch die Untersuchung führen und steht dabei für Fragen zur Verfügung. Sie können die Untersuchung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Alle Daten, die im Rahmen dieser Untersuchung über Sie gesammelt werden, werden vollständig anonym behandelt, d. h. die Daten werden so gespeichert und verarbeitet, dass keine Möglichkeit zum Rückschluss auf Ihre Person besteht. Die Daten werden zu rein wissenschaftlichen Zwecken und nur für diese Studie verwendet.

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme nehmen Sie an einer Verlosung von Kinogutscheinen teil.

Sofern Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, bestätigen Sie dies bitte auf der unten angefügten Einverständniserklärung mit Ihrer Unterschrift.

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur Teilnahme an der oben beschriebenen Studie und zur anonymisierten Speicherung der erhobenen Daten.

Ich wurde über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt und darüber informiert, dass ich Fragen stellen kann. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

Name, Vorname

Unterschrift

Wie fühlen Sie sich jetzt in diesem Moment?

Bitte geben Sie an, wie Sie sich **im Moment** fühlen. Setzen Sie dazu jeweils ein Kreuz auf die beiden unten stehenden Skalen.

Im Moment bin ich in **fröhlicher** Stimmung.

gar nicht |—————| **äußerst**

Im Moment bin ich in **trauriger** Stimmung.

gar nicht |—————| **äußerst**

Information für Teilnehmer/-innen

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir möchten Sie gerne über das Forschungsprojekt „Salutogenese und Depression“ der Universität Dortmund informieren und Sie bitten, uns mit Ihrer Teilnahme zu unterstützen. Das Projekt beschäftigt sich mit der Entstehung von depressiven Erkrankungen. Dank großer Fortschritte der Depressionsforschung in den letzten Jahrzehnten sind mittlerweile zahlreiche Risikofaktoren bekannt, die zur Depression führen können. Diese Kenntnis ermöglichte die Entwicklung wirksamer Therapieverfahren zur Behandlung der Depression. Jedoch ist bislang zu wenig darüber bekannt, welche Eigenschaften eines Menschen dazu beitragen können, vor einer depressiven Entwicklung zu *schützen* oder eine depressive Phase erfolgreich zu *bewältigen*. Unsere Studie möchte einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schließen. Dafür sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Sie helfen damit, bestehende Therapieverfahren zu verbessern und Möglichkeiten zur Vorbeugung zu entwickeln.

Eine Studienteilnahme bedeutet für Sie eine schriftliche Befragung in Form von Fragebögen während Ihres Aufenthalts in der Klinik sowie eine Befragung in gleicher Weise, wenn Sie von der Depression weitgehend genesen sind. Um zu erfahren, ob es Ihnen bereits besser geht, würden wir Sie in ca. drei Monaten telefonisch zu Hause kontaktieren und Ihnen dann einen weiteren Fragebogen zusenden, den Sie auf dem Postweg an uns zurück senden können. Es erwarten Sie Fragen zu Ihrem aktuellen psychischen Befinden sowie zu Ihrer Einstellung verschiedenen Aspekten des Lebens gegenüber. Den Fragebogen zu beantworten, dauert ca. 45 Minuten. Sie können sich dazu aber so viel Zeit nehmen, wie Sie zum Ausfüllen benötigen.

Die Daten, die wir auf diesem Wege erheben, werden zu rein wissenschaftlichen Zwecken und nur für diese Studie verwendet. Sie werden so gespeichert, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir Ihnen den zweiten Fragebogen zusenden, ermöglicht uns eine „Schlüsselliste“ durch einen persönlichen „Code“ eine Zuordnung Ihrer Daten zu Ihrer Person. Diese „Schlüsselliste“ benötigen wir, um nach Ihrer Entlassung mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können. Die Liste ist nur Frau Dipl.-Psych. Julia Rottmann zugänglich und wird nach Abschluss der Datenerhebung vernichtet.

Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie nach Eingang Ihres zweiten Fragebogens 40 Euro. Dem zweiten Fragebogen wird ein Formular beiliegen, auf dem Sie Ihre Bankverbindung angeben können.

Wir hoffen, Ihr Interesse an unserer Studie geweckt zu haben, da Ihre Auskunft als Betroffene für uns von großem Wert ist. Wenn Sie noch Fragen zu der Studie haben, zögern Sie bitte nicht, sich persönlich an uns zu wenden.

Dipl.-Psych. Julia Rottmann, Tel.: 0231 / 755 5351

Email: julia.rottmann@uni-dortmund.de

Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefonnummer _____

Ich erteile mein Einverständnis zur Teilnahme an dem Projekt „Salutogenese und Depression“ und willige in eine schriftliche Befragung in Form von Fragebögen ein. Ich bin damit einverstanden, einen Fragebogen jetzt auszufüllen und den zweiten nach meiner Entlassung postalisch zugesandt zu bekommen. Damit eine Zusendung des zweiten Fragebogens zum passenden Zeitpunkt erfolgen kann, bin ich damit einverstanden, ca. drei Monate nach Ausfüllen dieses Bogens zu Hause telefonisch kontaktiert zu werden.

Ich erteile meine Einwilligung zur anonymisierten Speicherung der erhobenen Daten. Die Daten sind so zu speichern, dass kein Bezug zwischen den von mir erhobenen Daten und meiner Person hergestellt werden kann. Die gespeicherten Daten dürfen ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des Projekts „Salutogenese und Depression“ verwendet werden. Um das Zustandekommen einer Kontaktaufnahme für die wiederholte Befragung nach meiner Entlassung zu sichern, bin ich damit einverstanden, dass bis zum Zeitpunkt der zweiten Befragung eine „Schlüsselliste“ existiert. Diese „Schlüsselliste“ ermöglicht durch einen persönlichen „Code“ eine Zuordnung meiner Fragebögen zu meinem Namen und meiner Adresse und ist ausschließlich Frau Dipl.-Psych. Julia Rottmann zugänglich. Die Liste wird nach Beendigung der Datenerhebung vernichtet.

Ich wurde über den Ablauf der Studie informiert und mir ist die Möglichkeit bekannt, Fragen dazu zu stellen. Meine Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Ich weiß, dass ich jederzeit diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Codierung _____ / _____ / _____

Erster Buchstabe des
Vorname Ihrer Mutter

Geburtsdatum Ihrer Mutter
Tag / Monat / Jahr

Beispiel: Wenn der Vorname Ihrer Mutter „Helga“ lautet und Ihre Mutter am 19.03.53 geboren ist, tragen Sie bitte als Code ein: H190353.

Information für Teilnehmer/-innen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Wie telefonisch mit Ihnen vereinbart, sende ich Ihnen hiermit den zweiten Fragebogen zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt „Salutogenese und Depression“ zu. Wie Sie wissen, untersucht das Projekt, welche Einstellungen zum Leben Menschen anfällig für eine Depression machen und welche Einstellungen vor einer Depression schützen können. Dabei interessiert uns unter anderem, wie sich diese Einstellungen im Verlauf der Erkrankung verändern. Daher möchten wir Ihre Antworten, die Sie aus ihrer *jetzigen* Situation heraus geben, mit den Antworten vergleichen, die Sie während Ihres Aufenthalts in der Klinik gegeben haben. Aus diesem Grund werden Ihnen viele Fragen des Fragebogens bekannt vorkommen. Den Fragebogen auszufüllen, dauert ca. 45 Minuten. Sie können sich dazu aber so viel Zeit nehmen, wie Sie benötigen. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in dem beigefügten Rückumschlag an mich zurück senden.

Der Schutz Ihrer Daten ist mir ein wichtiges Anliegen. Die Angaben, die Sie im Fragebogen machen, werden zu rein wissenschaftlichen Zwecken und nur für diese Studie verwendet. Sobald ich Ihren Fragebogen erhalte, werde ich Ihre persönlichen Daten von Ihrem Fragebogen trennen. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist damit nicht mehr möglich.

Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie nach Eingang Ihres zweiten Fragebogens 40 Euro. Auf dem beiliegenden Formular können Sie wählen, ob ich Ihnen das Geld überweisen oder Ihnen einen Verrechnungsscheck ausstellen und zuschicken soll.

Ich möchte Ihnen an dieser Stelle noch einmal für Ihre Unterstützung danken. Mit Ihrer Teilnahme an der Studie helfen Sie, das Wissen über die Entstehung von Depression zu vergrößern und damit eine gute Basis zur Verbesserung von Therapieverfahren zu schaffen. In diesem Sinne danke ich Ihnen herzlich und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute!

Wenn Sie noch Fragen zur Teilnahme haben, zögern Sie bitte nicht, mich zu kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Julia Rottmann

Information für Teilnehmer/-innen

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir möchten Sie gerne über das Forschungsprojekt „Salutogenese und Depression“ informieren und Sie bitten, uns mit Ihrer Teilnahme zu unterstützen.

Das Projekt beschäftigt sich mit der Entstehung von depressiven Störungen. Depressive Störungen werden aufgrund ihrer Häufigkeit und Schwere zu den großen Volkskrankheiten gezählt. Ca. 5% der Bevölkerung in Deutschland leiden aktuell unter einer depressiven Störung; ca. 10% der Bundesbürger erleiden mindestens einmal im Leben eine depressive Phase. Die Depression geht wie kaum eine andere Erkrankung mit einem hohen Leidensdruck einher, da sie ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität zielt. Dank großer Fortschritte der Depressionsforschung in den letzten Jahrzehnten sind mittlerweile zahlreiche Risikofaktoren bekannt, die zur Depression führen können. Dieses Kenntnis ermöglichte die Entwicklung wirksamer Therapieverfahren zur Behandlung der Depression. Jedoch ist bislang zu wenig darüber bekannt, welche Eigenschaften und Einstellungen eines Menschen dazu beitragen können, vor einer depressiven Entwicklung zu *schützen*. Unsere Studie möchte einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schließen. Unter anderem möchten wir Betroffene und nicht Betroffene zu ihrer Einstellung gegenüber verschiedenen Aspekten des Lebens befragen. Ein solcher Vergleich kann Hinweise darauf liefern, welche Einstellungen eine depressive Entwicklung begünstigen und welche davor schützen. Für unser Vorhaben sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Sie helfen damit, bestehende Therapieverfahren zu verbessern und Möglichkeiten zur Vorbeugung zu entwickeln.

Eine Studienteilnahme bedeutet für Sie eine schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens. Es erwarten Sie Fragen zu Ihrem aktuellen psychischen Befinden sowie zu Ihrer Einstellung verschiedenen Aspekten des Lebens gegenüber. Den Fragebogen zu beantworten, dauert ca. 30-45 Minuten. Sie können sich dazu aber so viel Zeit nehmen, wie Sie benötigen. Die Daten, die wir auf diesem Wege erheben, werden zu rein wissenschaftlichen Zwecken und nur für die oben beschriebene Studie verwendet. Sie werden so gespeichert, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Wenn Sie bereit sind, uns durch Ihre Teilnahme an der Studie zu unterstützen, dann unterzeichnen Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung und senden den ausgefüllten Fragebogen und die Einverständniserklärung in den beigefügten Umschlägen an die oben stehende Adresse zurück. Sie erhalten getrennte Umschläge, um die Anonymität Ihrer Angaben im Fragebogen sicher zu stellen.

Als Aufwandsentschädigung für Ihre Teilnahme erhalten Sie 40 Euro. Sie können auf der Einverständniserklärung angeben, ob Sie eine Überweisung des Geldes auf Ihr Konto oder einen Verrechnungsscheck wünschen.

Wir hoffen, Ihr Interesse an unserer Studie geweckt zu haben. Wenn Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, sich persönlich an uns zu wenden.

Dipl.-Psych. Julia Rottmann, Tel.: 0231 / 755 5351

Email: julia.rottmann@uni-dortmund.de

Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____

Ich erteile mein Einverständnis zur Teilnahme an dem Projekt „Salutogenese und Depression“ und willige in eine schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens ein.

Ich erteile meine Einwilligung zur anonymisierten Speicherung der erhobenen Daten. Die Daten sind so zu speichern, dass kein Bezug zwischen den von mir erhobenen Daten und meiner Person hergestellt werden kann. Die gespeicherten Daten dürfen ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen des Projekts „Salutogenese und Depression“ verwendet werden.

Mir ist die Möglichkeit bekannt, Fragen zu der Studie zu stellen. Meine Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Aufwandsentschädigung

- Bitte überweisen Sie mir die 40 Euro Aufwandsentschädigung auf folgendes Konto:

Kontoninhaber: _____

Konto-Nr.: _____

Kreditinstitut: _____

BLZ: _____

- Bitte übersenden Sie mir einen Verrechnungsscheck an folgende Adresse:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

-
9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 sehr oft sehr selten
 oder nie
-
10. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 sehr oft sehr selten
 oder nie
-
11. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 über- oder richtig
 unterschätzten? einschätzten?
-
12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 sehr oft sehr selten
 oder nie
-
13. Wie häufig haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie unter Kontrolle halten können?
- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 sehr oft sehr selten
 oder nie
-


Sicher ist Ihnen schon aufgefallen, dass Sie manchmal in Gedanken oder auch leise mit sich selber sprechen. Jeder Mensch tut das. Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Äußerungen, die Menschen in den verschiedensten Situationen zu sich sagen. Bitte lesen Sie jede Äußerung durch und geben Sie anschließend an, wie oft Sie die jeweilige Äußerung sich selbst gegenüber in den **letzten beiden Wochen** benutzt haben.

Ich sage zu mir in dieser oder einer ähnlichen Art:

	nie	selten	öfter	häufig
1. „Das hat ja doch keinen Zweck“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. „Ich kann meinen Gefühlen vertrauen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. „Mir gleitet alles aus den Händen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. „Wie ist das Leben schön“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. „Ich weiß einfach nicht, was ich will“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. „Alles ist so unbefriedigend“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. „Ich weiß nicht, was ich davon halten soll“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. „Ach, ist doch egal“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. „Ich weiß, wo's lang geht“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. „Ich bin schon mit mehr fertig geworden“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. „Ich versteh' das einfach nicht“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. „Das macht Spaß“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. „Ich lass' mich davon nicht unterkriegen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. „Ich bin ganz durcheinander“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. „Das schaff' ich schon“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. „Ich kann das nicht“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. „Ich weiß, wie es weitergeht“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. „Dagegen bin ich machtlos“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. „Mir wird schon eine Lösung einfallen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. „Es ist zwar anstrengend, aber es lohnt sich“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl?

In diesem Fragebogen geht es um Ihr **gegenwärtiges Lebensgefühl**. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise erleben.

		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> nie fast immer  </div>					
		0	1	2	3	4	5
1.	Ich bin traurig.	0	1	2	3	4	5
2.	Ich sehe mutlos in die Zukunft.	0	1	2	3	4	5
3.	Ich fühle mich als Versager(in).	0	1	2	3	4	5
4.	Es fällt mir schwer, etwas zu genießen.	0	1	2	3	4	5
5.	Ich habe Schuldgefühle.	0	1	2	3	4	5
6.	Ich fühle mich bestraft.	0	1	2	3	4	5
7.	Ich bin von mir enttäuscht.	0	1	2	3	4	5
8.	Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor.	0	1	2	3	4	5
9.	Ich denke daran, mir etwas anzutun.	0	1	2	3	4	5
10.	Ich weine.	0	1	2	3	4	5
11.	Ich fühle mich gereizt und verärgert.	0	1	2	3	4	5
12.	Mir fehlt das Interesse an Menschen.	0	1	2	3	4	5
13.	Ich schiebe Entscheidungen vor mir her.	0	1	2	3	4	5
14.	Ich bin besorgt um mein Aussehen.	0	1	2	3	4	5
15.	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	0	1	2	3	4	5
16.	Ich habe Schlafstörungen.	0	1	2	3	4	5
17.	Ich bin müde und lustlos.	0	1	2	3	4	5
18.	Ich habe keinen Appetit.	0	1	2	3	4	5
19.	Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	0	1	2	3	4	5
20.	Sex ist mir gleichgültig.	0	1	2	3	4	5

**Wie ging es Ihnen in der Woche Ihres Lebens,
in der Sie sich am stärksten depressiv gefühlt haben?**

Nun werden Sie gebeten, einige Fragen zu beantworten, die sich auf **die Woche Ihres Lebens** beziehen, **in der Sie sich am stärksten depressiv gefühlt haben**.

Der Fragebogen besteht aus Blöcken mit jeweils 5 Aussagen. Bitte lesen Sie jeden Block von Aussagen sorgfältig durch. Dann wählen Sie diejenige Aussage in jedem Block aus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in der Woche Ihres Lebens gefühlt haben, in der Sie sich am stärksten depressiv gefühlt haben. Jeder Block ist von 0 bis 4 durchnummeriert. Kreuzen Sie die Zahl an, die neben Ihrer gewählten Aussage steht. Bitte kreuzen Sie nur eine Aussage pro Block an. Sollten mehrere Aussagen eines Blocks auf Sie zutreffen, so kreuzen Sie die mit der höheren Zahl an.

1.

0	ich fühlte mich nicht traurig oder bedrückt
1	ich fühlte mich gelegentlich traurig oder deprimiert
2	ich fühlte mich die meiste Zeit über traurig, aber ich konnte mich zusammenreißen
3	ich fühlte mich die ganze Zeit über traurig und kam nicht davon los
4	ich war so traurig und unglücklich, dass ich es nicht mehr aushielt

2.

0	ich ermüdete nicht schneller als sonst
1	manchmal ermüdete ich etwas schneller als gewöhnlich
2	ich ermüdete eher oder hatte weniger Energie als sonst
3	ich ermüdete bei fast allem, was ich tat
4	ich war fast ständig müde oder erschöpft

3.

0	ich war nicht unruhiger und nervöser als sonst
1	ich war etwas unruhiger und nervöser als sonst
2	ich war sehr unruhig und es fiel mir schwer stillzusitzen
3	ich war extrem unruhig und musste häufig auf und ab gehen
4	ich musste mehr als eine Stunde pro Tag auf und ab gehen und konnte nicht stillsitzen

4.

0	ich sprach oder bewegte mich nicht langsamer als sonst
1	ich sprach etwas langsamer als gewöhnlich
2	ich sprach langsamer als gewöhnlich und ich brauchte länger, um Fragen zu beantworten, aber ich konnte noch eine normale Unterhaltung führen
3	normale Unterhaltungen waren schwierig, weil es mich anstrengte, überhaupt anzufangen zu reden
4	ich fühlte mich körperlich extrem verlangsamt, wie lahmgelegt

5.

0	ich hatte das Interesse an meinen alltäglichen Aktivitäten nicht verloren
1	ich war an einer oder zwei meiner gewohnten Aktivitäten etwas weniger interessiert
2	ich hatte an verschiedenen alltäglichen Aktivitäten weniger Interesse
3	ich hatte das Interesse an fast allen gewohnten Aktivitäten verloren
4	ich hatte jegliches Interesse an allen meinen gewohnten Aktivitäten verloren

6.

0	ich hatte an meinen alltäglichen Aktivitäten genauso viel Freude wie sonst
1	an einer oder zwei meiner gewohnten Aktivitäten hatte ich etwas weniger Freude
2	ich hatte an einigen meiner gewohnten Aktivitäten weniger Freude
3	die meisten Aktivitäten, die ich normalerweise genoss, erfreuten mich kaum mehr
4	ich konnte mich an überhaupt keiner Aktivität mehr erfreuen, die ich normalerweise genoss

7.

0	ich hatte keine Schuldgefühle
1	ich hatte manchmal Schuldgefühle
2	ich hatte oft Schuldgefühle
3	ich hatte fast ständig Schuldgefühle
4	ich hatte fast ständig extreme Schuldgefühle

8.

0	ich fühlte mich nicht als Versager
1	meine Selbstachtung war manchmal etwas gering
2	ich fühlte mich den meisten Leuten gegenüber unterlegen
3	ich fühlte mich als Versager
4	ich hielt mich für eine völlig wertlose Person

9.

0	ich dachte nicht an Tod oder an Selbstmord
1	ich dachte manchmal, dass das Leben nicht lebenswert ist
2	ich dachte häufig daran, einfach zu sterben (z. B. einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen), oder daran, dass ich besser tot wäre
3	ich dachte häufig daran, Selbstmord zu begehen, aber ich hätte es nicht getan
4	wenn ich die Gelegenheit dazu gehabt hätte, hätte ich mich umgebracht

10.

0	ich konnte mich so gut konzentrieren wie immer
1	meine Konzentrationsfähigkeit war etwas schlechter als sonst
2	meine Aufmerksamkeit war nicht so gut wie sonst und ich hatte Schwierigkeiten, meine Gedanken zu sammeln, aber das verursachte mir keine Probleme
3	meine Fähigkeit zu lesen oder eine Unterhaltung zu führen hatte deutlich nachgelassen
4	es fiel mir äußerst schwer zu lesen, fernzusehen oder eine Unterhaltung zu führen

11.

0	ich traf Entscheidungen genauso gut wie immer
1	Entscheidungen zu treffen, war für mich etwas schwieriger als sonst
2	es war für mich in der Zeit schwerer und dauerte länger, Entscheidungen zu treffen
3	ich war nicht in der Lage, mehrere Entscheidungen zu treffen
4	ich konnte überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen

12.

0	mein Appetit war nicht schlechter als sonst
1	mein Appetit war etwas schlechter als sonst
2	mein Appetit war deutlich schlechter als sonst
3	mein Appetit war damals sehr viel schlechter
4	ich hatte überhaupt keinen Appetit und ich musste mich dazu zwingen, wenigstens eine Kleinigkeit zu essen

13.

0	ich habe in dieser Zeit überhaupt nicht an Gewicht verloren
1	ich habe weniger als 5 Pfund an Gewicht verloren
2	ich habe zwischen 5 und 9 Pfund an Gewicht verloren
3	ich habe zwischen 10 und 23 Pfund verloren
4	ich habe mehr als 23 Pfund verloren

Wenn Sie 1, 2, 3 oder 4 angekreuzt haben:

Haben Sie damals eine Diät gemacht und absichtlich versucht, an Gewicht zu verlieren?

ja nein

14.

0	mein Appetit war nicht größer als sonst
1	mein Appetit war etwas größer als gewöhnlich
2	mein Appetit war deutlich größer als gewöhnlich
3	mein Appetit war viel größer als gewöhnlich
4	ich fühlte mich die ganze Zeit über hungrig

15.

0	ich habe in dieser Zeit nicht an Gewicht zugenommen
1	ich habe weniger als 5 Pfund zugenommen
2	ich habe zwischen 5 Pfund und 9 Pfund zugenommen
3	ich habe zwischen 10 Pfund und 23 Pfund zugenommen
4	ich habe mehr als 23 Pfund zugenommen

16.

0	ich schlief nicht weniger als sonst
1	ich hatte gelegentlich leichte Schwierigkeiten zu schlafen
2	ich schlief deutlich schlechter als sonst
3	ich schlief nur ungefähr halb so viel wie sonst
4	ich schlief weniger als 2 Stunden pro Nacht

17.

0	ich schlief zu dieser Zeit nicht mehr als sonst
1	ich schlief gelegentlich mehr als sonst
2	ich schlief häufig mindestens eine Stunde mehr als sonst
3	ich schlief häufig mindestens zwei Stunden mehr als sonst
4	ich schlief häufig mindestens drei Stunden mehr als sonst

18.

0	ich blickte nicht mutlos in die Zukunft
1	manchmal blickte ich etwas mutlos in die Zukunft
2	ich blickte häufig mutlos in die Zukunft
3	ich blickte die meiste Zeit über sehr mutlos in die Zukunft
4	ich glaubte, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass sich die Dinge niemals bessern werden.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich auf Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und ihr derzeitiges Wohlbefinden beziehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die <u>folgenden Beschwerden</u> beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag	
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Fragen zum Thema „Angst“				NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4.					
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Angstanfälle als stark beeinträchtigend und / oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.		NEIN	JA
a.	Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.			
b. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:	Überhaupt nicht erschwert	Etwas Erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie zunächst zwei Fragen, die sich auf derzeitige und frühere Inanspruchnahme medizinischer Dienste beziehen. Dann folgt eine Reihe von Fragen, die sich auf Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und ihr derzeitiges Wohlbefinden beziehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

A	Inanspruchnahme medizinischer Dienste	NEIN	JA
a.	Befinden Sie sich derzeit aufgrund psychischer Probleme in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Haben Sie sich in der Vergangenheit einmal aufgrund psychischer Probleme in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand und aktuellen Wohlbefinden

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften u.s.w.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a.	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fragen zum Thema „Angst“				NEIN	JA
a.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.					
b.	Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Empfinden Sie diese Angstanfälle als stark beeinträchtigend und / oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.				NEIN	JA
a.	Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEIN	JA	
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?			
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fragen zum Thema „Essen“			
	NEIN	JA	
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.			
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfter</u> eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?	NEIN	JA	
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	NEIN	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	NEIN	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.			
10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate <u>mehr als einmal</u> eine der folgenden Situationen eingetreten?	NEIN	JA	
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas Erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Meinungen, Einstellungen und Grundsätzen, die Leute manchmal haben. Lesen Sie bitte *jede* Meinung sorgfältig und entscheiden Sie dann, wie stark oder schwach Sie jeder Aussage zustimmen oder sie ablehnen.

Für jede Behauptung geben Sie Ihre Meinung an, indem Sie ein Kreuz an die Stelle der Spalte machen, die Ihrer Meinung am besten entspricht. Vergewissern Sie sich, dass Sie bei jeder Aussage nur eine Antwort gegeben haben. Da Menschen unterschiedlich sind, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bei der Entscheidung, ob eine bestimmte Behauptung auf Ihre Sichtweise zutrifft, sollten Sie einfach daran denken, wie Sie gewöhnlich sind oder denken.

Ihre Antworten auf folgende Meinungen sollen ausdrücken, was Sie <i>meistens</i> denken.	totale Zustimmung	starke Zustimmung	leichte Zustimmung	neutral	leichte Ablehnung	starke Ablehnung	totale Ablehnung
1. Es ist schwer, glücklich zu sein, wenn man nicht gut aussieht, intelligent, reich oder kreativ ist.							
2. Die Leute denken schlecht über mich, wenn ich einen Fehler mache.							
3. Wenn ich nicht ständig gut bin, dann werden mich die anderen nicht achten.							
4. Selbst ein geringes Risiko einzugehen ist dumm, denn wenn man verliert, ist das eine Katastrophe.							
5. Es ist möglich, die Achtung einer Person zu gewinnen, ohne für irgendetwas talentiert zu sein.							
6. Ich bin nur dann glücklich, wenn die meisten Leute, die ich kenne, mich bewundern.							
7. Wenn ich nicht so gut bin wie andere Leute, dann heißt das, dass ich ein Mensch von geringerem Wert bin.							
8. Wenn ich bei meiner Arbeit versage, dann bin ich als ganzer Mensch ein Versager.							
9. Wenn man etwas nicht richtig und perfekt tun kann, dann hat es überhaupt keinen Sinn, die Sache anzufangen.							
10. Wenn jemand nicht meiner Meinung ist, dann heißt das, dass er mich nicht mag.							
11. Wenn ich teilweise versage, dann ist das genauso schlimm, als wenn es ein kompletter Misserfolg wäre.							
12. Wenn andere Menschen wüssten, wie man wirklich ist, dann würden sie schlecht von einem denken.							
13. Ich bin ein Nichts, wenn eine Person, die ich liebe, mich nicht liebt.							

Ihre Antworten auf folgende Meinungen sollen ausdrücken, was Sie <i>meistens</i> denken.	totale Zustimmung	starke Zustimmung	leichte Zustimmung	neutral	leichte Ablehnung	starke Ablehnung	totale Ablehnung
14. Man kann sich ohne Berücksichtigung des Endergebnisses an einer Aktivität erfreuen.							
15. Leute sollten, bevor sie etwas unternehmen, eine vernünftige Aussicht auf Erfolg haben.							
16. Mein Wert als Person hängt größtenteils davon ab, was andere von mir halten.							
17. Wenn ich nicht den höchsten Anspruch an mich stelle, dann ende ich als zweitrangiger Mensch.							
18. Wenn ich eine wertvolle Person sein will, dann muss ich auf mindestens einem Gebiet herausragend sein.							
19. Menschen, die gute Ideen haben, sind mehr wert als solche, die keine guten Ideen haben.							
20. Ich rege mich auf, wenn ich einen Fehler mache.							
21. Meine eigene Meinung über mich selbst ist wichtiger als die Meinung anderer über mich.							
22. Um ein guter, wertvoller und moralischer Mensch zu sein, muss ich jedem helfen, der Hilfe braucht.							
23. Wenn ich eine Frage stelle, dann ist dies ein Zeichen von Unterlegenheit.							
24. Es ist schrecklich, von Leuten, die für einen wichtig sind, getadelt zu werden.							
25. Wenn man keinen anderen Menschen hat, der einem eine Stütze ist, dann wird man unweigerlich unglücklich.							
26. Ich kann anderen Menschen nicht vertrauen, denn sie könnten grausam mir gegenüber sein.							
27. Wenn andere einen nicht mögen, dann kann man nicht glücklich sein.							
28. Es ist gut, seine eigenen Interessen aufzugeben, um anderen Leuten zu gefallen.							
29. Mein Glück hängt mehr von anderen Leuten als von mir selbst ab.							
30. Wenn eine Person Probleme vermeidet, dann werden die Probleme wahrscheinlich verschwinden.							

Fragen zum Umgang mit Problemen

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Situationen, in denen man seine Wünsche, Ziele oder Pläne vielleicht nicht so verwirklichen kann, wie man das gerne würde.

Bitte kreuzen Sie auf der jeweils vorgegebenen Antwortskala an, inwieweit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft.

		trifft gar nicht zu			trifft voll und ganz zu	
1	Wenn ich mich in etwas verrannt habe, fällt es mir schwer, einen neuen Weg einzuschlagen.	-2	-1	0	+1	+2
2	Je schwieriger ein Ziel zu erreichen ist, umso erstrebenswerter erscheint es mir oft.	-2	-1	0	+1	+2
3	Bei der Durchsetzung meiner Interessen kann ich sehr hartnäckig sein.	-2	-1	0	+1	+2
4	Auch im größten Unglück finde ich oft noch einen Sinn.	-2	-1	0	+1	+2
5	Wenn sich mir Schwierigkeiten in den Weg legen, verstärke ich gewöhnlich meine Anstrengungen erheblich.	-2	-1	0	+1	+2
6	Um Enttäuschungen von vornherein zu vermeiden, stecke ich meine Ansprüche nicht allzu hoch.	-2	-1	0	+1	+2
7	Ich neige dazu, auch in aussichtslosen Situationen zu kämpfen.	-2	-1	0	+1	+2
8	Selbst wenn mir etwas gründlich schief geht, sehe ich doch irgendwo einen kleinen Fortschritt.	-2	-1	0	+1	+2
9	Ein Gebiet, auf dem ich von anderen übertroffen werde, verliert für mich an Bedeutung.	-2	-1	0	+1	+2
10	Ich verzichte auch mal auf einen Wunsch, wenn er mir schwer erreichbar erscheint.	-2	-1	0	+1	+2
11	Wenn ich auf unüberwindbare Hindernisse stoße, suche ich mir lieber ein neues Ziel.	-2	-1	0	+1	+2
12	Das Leben ist viel angenehmer, wenn ich mir keine hohen Ziele stecke.	-2	-1	0	+1	+2
13	Viele Probleme schaffe ich mir selbst, weil ich überhöhte Ansprüche habe.	-2	-1	0	+1	+2
14	Wenn ich mich lange vergeblich mit einem Problem auseinandersetze, merke ich oft, dass ich im Grunde auch ohne eine Lösung ganz gut zurechtkomme.	-2	-1	0	+1	+2
15	Im Allgemeinen trauere ich einer verpassten Chance nicht lange nach.	-2	-1	0	+1	+2

		trifft gar nicht zu			trifft voll und ganz zu	
16	Veränderten Umständen kann ich mich im Allgemeinen recht gut anpassen.	-2	-1	0	+1	+2
17	Ich kann auch dem Verzicht etwas abgewinnen.	-2	-1	0	+1	+2
18	Ich vermeide es, mich mit Problemen auseinanderzusetzen, für die ich keine Lösung habe.	-2	-1	0	+1	+2
19	Ich merke im Allgemeinen recht gut, wann ich an die Grenzen meiner Möglichkeiten komme.	-2	-1	0	+1	+2
20	Wenn etwas nicht nach meinen Wünschen läuft, gebe ich eher meine Wünsche auf, als lange zu kämpfen.	-2	-1	0	+1	+2
21	Nach schweren Enttäuschungen wende ich mich bald neuen Aufgaben zu.	-2	-1	0	+1	+2
22	Vor ernststen Problemen verschließe ich manchmal die Augen.	-2	-1	0	+1	+2
23	Wenn ich nicht bekomme, was ich will, sehe ich das auch als eine Möglichkeit, mich in Gelassenheit zu üben.	-2	-1	0	+1	+2
24	Auch wenn mir ein Wunsch nicht erfüllt wird, ist das für mich kein Grund zur Verzweiflung: es gibt ja noch andere Dinge im Leben.	-2	-1	0	+1	+2
25	Ich kann auch den unangenehmen Dingen des Lebens leicht eine gute Seite abgewinnen.	-2	-1	0	+1	+2
26	Mit Niederlagen kann ich mich nur schwer abfinden.	-2	-1	0	+1	+2
27	Selbst wenn alles aussichtslos erscheint, suche ich noch nach Möglichkeiten, die Lage unter Kontrolle zu bringen.	-2	-1	0	+1	+2
28	Wenn ich mir einmal etwas in den Kopf gesetzt habe, lasse ich mich auch durch große Schwierigkeiten nicht davon abbringen.	-2	-1	0	+1	+2
29	Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, frage ich mich sofort, wie ich das Beste daraus machen kann.	-2	-1	0	+1	+2
30	Ich will nur dann wirklich zufrieden sein, wenn sich meine Wünsche ohne Abstriche erfüllt haben.	-2	-1	0	+1	+2

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen. Jede Aussage wird in zwei möglichen Varianten vorgegeben. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten an, die für Sie eher zutrifft.

1.	<p>Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann</p> <p><input type="checkbox"/> kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren.</p> <p><input type="checkbox"/> denke ich nicht mehr lange darüber nach.</p>
2.	<p>Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann</p> <p><input type="checkbox"/> dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.</p> <p><input type="checkbox"/> denke ich nicht mehr lange darüber nach.</p>
3.	<p>Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann</p> <p><input type="checkbox"/> denke ich bald nicht mehr daran.</p> <p><input type="checkbox"/> geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf.</p>
4.	<p>Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen ist und nicht mehr zu reparieren ist, dann</p> <p><input type="checkbox"/> finde ich mich rasch mit der Sache ab.</p> <p><input type="checkbox"/> komme ich nicht so schnell darüber hinweg.</p>
5.	<p>Wenn ich jemanden, mit dem ich etwas Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann</p> <p><input type="checkbox"/> geht mir das oft durch den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.</p> <p><input type="checkbox"/> blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.</p>
6.	<p>Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurück bekomme,</p> <p><input type="checkbox"/> fällt es mir schwer, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren.</p> <p><input type="checkbox"/> fällt es mir leicht, die Sache auszublenden.</p>
7.	<p>Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann</p> <p><input type="checkbox"/> lasse ich mich davon nicht lange beirren.</p> <p><input type="checkbox"/> bin ich zuerst wie gelähmt.</p>
8.	<p>Wenn ich mich verfare (z. B. mit dem Auto, mit dem Bus, usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse, dann</p> <p><input type="checkbox"/> kann ich mich zuerst schlecht auffaffen, irgendetwas anzupacken.</p> <p><input type="checkbox"/> lasse ich die Sache erst mal auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.</p>

9.	Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann <input type="checkbox"/> verliere ich allmählich den Mut. <input type="checkbox"/> vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.
10.	Wenn mich etwas traurig macht, dann <input type="checkbox"/> fällt es mir schwer, irgendetwas anderes zu tun. <input type="checkbox"/> fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.
11.	Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tag misslingen, dann <input type="checkbox"/> weiß ich manchmal nichts mit mir anzufangen. <input type="checkbox"/> bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert.
12.	Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darin gesetzt habe, eine bestimmte Arbeit gut zu verrichten und es geht schief, dann <input type="checkbox"/> kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden. <input type="checkbox"/> fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.