

Persönlichkeit, Coping und depressive Symptomatik im Jugendalter

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften

der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

zur Erlangung des Grades eines

Doktors der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Simone Seemann

aus Kirchheim unter Teck

Tübingen

2004

Tag der mündlichen Qualifikation:

30. 06 2004

Dekan:

Prof. Dr. Ulrich Güntzer

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

PD Dr. Patrick Pössel

Ich danke

Prof. Martin Hautzinger für die Überlassung des Themas und für sein konstruktives Feedback.

Dr. Patrick Pössel für Zeit und Energie, die er in die Betreuung meiner Doktorarbeit investiert hat. Für fruchtbare Diskussionen und vor allem für seine gelegentlichen Ermahnungen, die mir geholfen haben, mich nicht in der Vielfalt interessanter Theorien und möglicher Berechnungen zu verlieren, sondern mich stattdessen immer wieder auf das Wesentliche zu konzentrieren.

Prof. Elmar Brähler und Frau Gabriele Schmutzer für ihre Kooperation und besonders für das mir zur Verfügung gestellte Datenmaterial der bisher noch unveröffentlichten Neunormierung des GT.

Allen Jugendlichen und ihren Klassenlehrerinnen und Lehrern, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

Den Praktikantinnen unserer Abteilung für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung und Literaturbeschaffung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theorie	3
2.1	Depressive Symptome im Jugendalter	3
2.1.1	Symptomatik und Diagnostik	3
2.1.2	Prävalenz, Verlauf und Komorbidität	5
2.1.3	Theoretische Annahmen zur Ätiologie depressiver Störungen....	9
2.1.3.1	Das Konzept der risikoerhöhenden Bedingungen	10
2.1.3.2	Ein multifaktorielles Ätiologiemodell der Depression.....	11
2.2	Persönlichkeitsmerkmale im Jugendalter	12
2.2.1	Definition und Begriffsbestimmung	12
2.2.2	Persönlichkeitsentwicklung	14
2.2.3	Operationalisierung und Erfassung von Persönlichkeit.....	15
2.2.4	Persönlichkeit und Depression	16
2.3	Copingstrategien im Jugendalter	19
2.3.1	Definition und Begriffsbestimmung	19
2.3.2	Das transaktionale Bewältigungsmodell von Lazarus.....	22
2.3.3	Coping und Entwicklung.....	24
2.3.4	Coping und Geschlecht.....	25
2.3.5	Coping und Persönlichkeit	26
2.3.6	Coping und Depression.....	28
2.4	Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien und depressive Symptome im Jugendalter	30
2.5	Fragestellung und Hypothesen	33
2.5.1	Hypothesen für die Analyse anhand von Querschnittsdaten	33
2.5.2	Hypothesen für die Analyse anhand von Längsschnittdaten	34

3 Methodik	35
3.1 Datenerhebung.....	35
3.2 Stichprobe.....	35
3.3 Design.....	36
3.4 Dropout Analyse	37
3.5 Untersuchungsinstrumente.....	38
3.5.1 Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ, Hampel, Petermann & Dickow, 2001)	38
3.5.2 Der Gießen-Test (GT) von Beckmann et al. (1991)	40
3.5.3 Der Selbstbeurteilungsbogen für depressive Störungen (SBB- DES) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)	42
3.6 Datenaufbereitung	43
3.7 Eigene Voruntersuchung.....	44
3.7.1 Hypothesen und Ergebnisse der Voruntersuchung.....	44
3.7.2 Die Bildung eines Gesamtwertes Persönlichkeit.....	46
3.8 Datenauswertung	47
4 Ergebnisse	50
4.1 Hypothesen (Querschnitt, t1).....	50
4.1.1 Jugendliche wählen über zwei verschiedene Belastungssituationen hinweg vergleichbare Copingstrategien .	50
4.1.2 Mädchen und Jungen unterscheiden sich in der Wahl ihrer Copingstrategien	51

4.1.3	Jugendliche unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Schwere depressiver Symptomatik in ihren Persönlichkeitsmerkmalen und ihren Copingstrategien	53
4.1.4	Coping mediiert den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik	55
4.2	Hypothesen (Querschnitt, t3).....	56
4.2.1	Jugendliche wählen über zwei verschiedene Belastungssituationen hinweg vergleichbare Copingstrategien .	56
4.2.2	Mädchen und Jungen unterscheiden sich in der Wahl ihrer Copingstrategien	57
4.2.3	Jugendliche unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Schwere depressiver Symptomatik in ihren Persönlichkeitsmerkmalen und ihren Copingstrategien	59
4.2.4	Coping mediiert den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik	61
4.3	Hypothesen (Längsschnitt, t1-t2-t3).....	62
4.3.1	Es wird erwartet, dass Coping (t2) den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit (t1) und depressiver Symptomatik (t3) mediiert	62
4.3.2	Persönlichkeit und Coping leisten einen bedeutenden Beitrag zur Prädiktion depressiver Symptomatik	63
5	Diskussion	65
6	Zusammenfassung.....	76
7	Literaturverzeichnis.....	78
8	Anhang	98

1 Einleitung

„Ich hab’s gründlich satt: die Schule, meine Eltern, die Freunde, die Feten, die Mode, das Wetter, die Lage in der Bundesrepublik und anderswo - einfach alles. Mir ist, als ob ich zuviel gegessen hätte und so voll wäre, daß nicht ein Krümel mehr hineinpaßte. Aber ich darf ja nicht aufhören zu essen. Ich werde Tag für Tag von früh bis spät weitergefüttert. Und man läßt mir keine Zeit zum Verdauen. Ich mag nicht mehr, und ich kann auch nicht mehr. Was tun eigentlich die anderen? Weigern sie sich und legen Pausen ein? Wenn ja, wie macht man das? Vielleicht sind sie auch strapazierfähiger als ich. Oder sie lassen sich alles in den Mund schieben und spucken es sofort wieder aus - wie Babys, die sich nicht anders wehren können? Ich weiß nicht, wie es die anderen machen. Und woher sie den Mut nehmen, jeden Tag zu leben - sechzig, siebzig, achtzig oder noch mehr Jahre lang. Nichts freut mich mehr, nichts interessiert mich mehr. Der einzige Zustand, der mir noch erstrebenswert erscheint, ist das Nicht-mehr-Sein“ (Potthoff, 1982, S. 9-10).

So oder so ähnlich wie die 17jährige Corinna ihr Empfinden beschreibt, fühlen sich vermutlich die meisten Jugendlichen im Laufe ihrer Entwicklung gelegentlich. Für die Mehrheit der Jugendlichen stellt ein solches Empfinden glücklicherweise nur ein vorübergehendes Phänomen dar, bei bis zu 20% aller Jugendlichen entwickelt sich jedoch bereits vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine ernst zu nehmende depressive Störung. Da es leider noch immer eher die Ausnahme als die Regel ist, dass depressive Jugendliche entsprechende Hilfe und Unterstützung in Form von Therapie erfahren, sind depressive Erkrankungen im Jugendalter sehr häufig mit schwerwiegenden kurz- und langfristigen Folgen verbunden. Depressive Jugendliche weisen ein, im Vergleich zu gesunden Jugendlichen, deutlich höheres Suizidrisiko auf und bis zu 10% der Betroffenen empfinden ihr Dasein so unerträglich und hoffnungslos, dass sie versuchen sich das Leben zu nehmen.

Obwohl inzwischen eine ganze Reihe von Risikofaktoren benannt werden können, denen eine wichtige Funktion bei der Depressionsentstehung zugeschrieben wird, ist die Ätiologie depressiver Störungen im Jugendalter noch nicht vollständig geklärt.

Die vorliegende Arbeit zu depressiven Symptomen im Jugendalter konzentriert sich auf zwei der möglichen Risikofaktoren. Untersucht werden die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und depressiven Symptomen bei Jugendlichen.

Kapitel zwei dieser Arbeit liefert einen Überblick über die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit. Dabei beschäftigt sich Kapitel 2.1 mit depressiven Symptomen im Jugendalter, Kapitel 2.2 geht auf Persönlichkeitsmerkmale, deren Erfassung im Jugendalter und den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Depression ein. Das Kapitel 2.3 beleuchtet zunächst den Copingbegriff und mögliche Definitionen und Operationalisierungen, es folgt eine Darstellung der Zusammenhänge zwischen Coping und Persönlichkeit sowie Coping und Depression. Kapitel 2.4 versucht mögliche Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiven Symptomen aufzuzeigen, in Kapitel 2.5 folgen Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Arbeit. Kapitel drei erläutert das methodische Vorgehen. Dabei wird in Kapitel 3.1 die Datenerhebung, in Kapitel 3.2. die Stichprobe und in Kapitel 3.3 das Design der Untersuchung beschrieben. Kapitel 3.4 ist einer Dropout-Analyse gewidmet und in Kapitel 3.5 werden die Untersuchungsinstrumente dargestellt. Kapitel 3.6 erläutert die Datenaufbereitung. Im Anschluss daran folgt in Kapitel 3.7 ein kurzer Überblick über eine eigene Voruntersuchung, bevor abschließend in Kapitel 3.8 das wichtigste zur Datenauswertung der vorliegenden Arbeit dargestellt wird. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Studie präsentiert, Kapitel 4.1 stellt die Ergebnisse der Querschnittanalyse mit den Daten des ersten, Kapitel 4.2 mit den Daten des dritten Messzeitpunktes dar. In Kapitel 4.3 folgen die Ergebnisse der Längsschnittanalyse. Die Zusammenfassung der zuvor dargestellten Ergebnisse und ihre anschließende kritische Diskussion geschieht in Kapitel fünf. Das sechste und letzte Kapitel schließlich liefert eine kurze Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit.

2 Theorie

2.1 Depressive Symptome im Jugendalter

Schon im Altertum beschrieb Hippokrates einen gehemmten, traurigen und trübsinnigen Geistes- oder Gemütszustand, den er als Melancholie bezeichnete und dessen Ursache bis Ende des 18. Jahrhunderts als körperlich bedingt galt. Erst im 19. Jahrhundert fand der Begriff „Depression“ Eingang in die psychiatrische Nomenklatur. Heute, mit Beginn des 21. Jahrhunderts, hat unser Wissen über Depressionen erheblich zugenommen, und obwohl bisher noch keine einheitlich anerkannte Definition und Klassifikation für affektive Störungen (Zerssen, Mombour & Wittchen, 1988) vorliegt, existieren inzwischen internationale Diagnose- und Klassifikationssysteme, die sich durch eine möglichst exakte Beschreibung der Krankheitssymptome auszeichnen und durch die Forderung des Vorliegens bestimmter Symptome zur Diagnosestellung versuchen, einen Standard zu setzen und damit zu einer Vereinheitlichung beizutragen.

2.1.1 Symptomatik und Diagnostik

Während man im allgemeinen Sprachgebrauch häufig Gefühle der Traurigkeit und Niedergeschlagenheit „depressiv“ nennt, zeichnet sich eine klinische Depression durch eine stärkere und länger andauernde Ausprägung dieser Gefühle aus und geht mit weiteren Symptomen einher, die nicht auf den affektiven Bereich beschränkt bleiben. Daher spricht man im klinischen Bereich nicht von Depression, sondern von depressiven Symptomen, einem depressiven Syndrom oder einer depressiven Störung, die neben affektiven Symptomen durch das gleichzeitige Auftreten charakteristischer Symptome auf kognitiver, vegetativer und intentionaler Ebene gekennzeichnet ist. Da die Zahl möglicher Symptome und Äußerungsformen sehr vielfältig ist, kann nicht von „der“ Depression gesprochen werden, sondern je nach Symptomausprägung, Dauer und Schwere der Symptomatik und in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf werden in den beiden international anerkannten Klassifikationssystemen „International Classification of Mental and Behavioural Disorders“ (ICD-10; World Health Organisation, 1992) und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV; American Psychological Association, 1994) mehrere depressive Störungsbilder unterschieden.

So müssen nach ICD-10 mindestens zwei der folgenden drei Kernsymptome vorliegen um die Diagnose einer Depressiven Episode stellen zu können.

- a) Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend,
- b) Verlust von Interesse oder Freudlosigkeit an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, und
- c) verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich müssen noch mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

- d) verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- e) vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- f) Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- g) negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- h) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen,
- i) Schlafstörungen und
- j) verminderter Appetit.

Wird eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, so muss es in der Vorgeschichte mindestens eine weitere depressive Episode gegeben haben, welche die oben genannten Kriterien einer depressiven Episode erfüllte. Darüber hinaus müssen aktuelle und vorausgegangene Episode durch ein mindestens zweimonatiges weitestgehend symptomfreies Intervall (Remission) getrennt sein und es darf zu keinem früheren Zeitpunkt eine manische oder hypomane Episode vorgelegen haben.

Die wesentliche Komponente zur Stellung der Diagnose *Dysthymia* nach ICD-10 oder einer *Dysthymen Störung* nach DSM-IV ist die Dauer der depressiven Verstimmung, die über mehrere Jahre andauern muss, aber niemals so ausgeprägt sein darf, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung erfüllt. Im DSM-IV sind folgende Diagnosekriterien genannt: depressive Verstimmung die meiste Zeit des Tages und an über 50% der Tage über mindestens zwei Jahre, wobei es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten in Remission geben darf. Darüber hinaus müssen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

- a) Appetitlosigkeit oder gesteigertes Bedürfnis zu essen,
- b) Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis,

- c) Energiemangel oder Erschöpfung,
- d) geringes Selbstwertgefühl,
- e) Konzentrationsstörung oder Entscheidungsschwernis und
- f) ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

Da man lange Zeit davon ausging, Depressionen seien eine Störung des mittleren und höheren Lebensalters (Weissman et al., 1999) und damit ohne klinische Relevanz für Kindheit und Jugend, weist die Erforschung der Depressionsproblematik im Jugendalter noch keine sehr lange Tradition auf (Groen & Petermann, 2002). Erst in den 80er Jahren stieg das Forschungsinteresse an depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen deutlich und hält nach wie vor an (Essau, 2002). Inzwischen gilt als gesichert, dass Depressionen bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten können, viele der depressiv erkrankten Erwachsenen bereits eine erste depressive Episode im Jugendalter aufwiesen und der Zusammenhang zwischen jugendlichen Depressionen und entsprechenden Störungen im Erwachsenenalter enger ist als für die meisten anderen psychischen Störungen (Lewinsohn et al., 1992). Darüber hinaus konnte weltweit ein Kohorteneffekt mit steigenden Depressionsraten bei jüngeren Geburtsjahrgängen beobachtet werden (Kessler et al., 1994; Knäuper & Wittchen, 1995; Wittchen, 1994). Daher orientiert sich die Diagnosestellung im Jugendalter inzwischen ebenfalls an den oben aufgeführten Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV, wobei sich im DSM-IV Zusatzregelungen finden, die einige der alters- bzw. entwicklungsbedingten Besonderheiten der Symptomanifestationen bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Da sich die Belastung depressiver Jugendlicher oftmals eher als Reizbarkeit äußert (Essau, 2002) kann nach DSM-IV anstelle einer depressiven Verstimmung auch eine reizbare Verstimmung als Kernsymptom einer Major Depression kodiert werden. Statt des Kriteriums Gewichtsverlust gilt bei Jugendlichen auch das „Ausbleiben der altersgemäß erwarteten Gewichtszunahme“ als Nebensymptom. Die Diagnose einer Dysthymen Störung ist bei Jugendlichen bereits erfüllt, wenn die genannten Symptome über einen Zeitraum von einem anstelle von zwei Jahren auftreten.

2.1.2 Prävalenz, Verlauf und Komorbidität

Während depressive Störungen bei Kindern noch vergleichsweise selten auftreten, kommt es mit Beginn der Pubertät zu einem starken Anstieg der Prävalenzraten depressiver Störungen (Hankin et al., 1998; Harrington, Rutter & Fombonne, 1996). Rutter, Izard und Read (1986)

berichten eine Verzehnfachung der Depressionsrate zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr. Inzwischen gilt als gesichert, dass die Auftretensraten im Jugendalter mit der Häufigkeit des Auftretens depressiver Störungen bei Erwachsenen vergleichbar sind, so dass depressive Störungen bereits in dieser Altersgruppe ein weit verbreitetes und ernstzunehmendes Krankheitsbild darstellen (Essau & Petermann, 2000; Groen & Petermann, 2002; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993; Lewinsohn, Rhode & Seeley, 1998; Park & Goodyer, 2000; Verhulst, van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). Birmaher et al. (1996) berichten, dass bei ca. 15% – 20% aller Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mindestens eine depressive Episode nach DSM-IV auftritt. Mit 19 Jahren haben bereits 28% der amerikanischen Jugendlichen eine Major Depressive Episode erfahren (Lewinsohn et al., 1998). In neueren deutschen Studien finden sich Lebenszeitprävalenzen zwischen 11.8% und 14.0% (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998; Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998). Für subklinisch depressive Jugendliche werden Prävalenzen zwischen 20 - 50% berichtet. Von einer subklinisch depressiven Symptomatik spricht man, wenn zwar bereits eine depressive Symptomatik vorliegt, aber noch nicht alle nach DSM-IV und ICD-10 für die Diagnose Major Depression geforderten Kriterien erfüllt sind (vgl. auch die Forschungskriterien für eine Leichte depressive Störung, DSM-IV, S. 808-810). Während sich im Kindesalter noch keine deutlichen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigen, verdoppelt sich im Jugendalter die Auftretensrate depressiver Störungen bei Mädchen im Vergleich zu Jungen (Compas et al., 1997; Ge, Conger, & Glen, 2001; Groen, Scheithauer, Essau, & Petermann, 1997; Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994, Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999, Nummer & Seiffge-Krenke, 2001). Dieser sich bereits im Jugendalter manifestierende Geschlechtsunterschied entspricht dem in einer Vielzahl von epidemiologischen Studien des Erwachsenenalters immer wieder gefundenen Ergebnis, wonach depressive Störungen bei Frauen im Vergleich zu Männern konsistent ca. 2 - 3 mal so häufig vorkommen (Lewinsohn et al., 1998; Weissman & Klerman, 1977). Als Ursache für das häufigere Auftreten depressiver Störungen bei Frauen werden sowohl biologische als auch soziologische und psychologische Faktoren vorgeschlagen, doch bisher ist keiner dieser Erklärungsansätze in der Lage, den Geschlechtsunterschied hinreichend zu erklären (Hautzinger, 1991).

Depressionen tendieren zu einem chronischen bzw. rezidivierenden Verlauf, wobei eine frühe Erstmanifestation das Risiko für das Auftreten erneuter depressiver Episoden im Erwachsenenalter deutlich erhöht (Cicchetti & Toth, 1998; Harrington, Fudge, Rutter, Pickles

& Hill, 1990; Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rhode, 1994; Oldehinkel, Wittchen & Schuster, 1999; Weissman et al., 1999). Die in verschiedenen Untersuchungen gefundenen Rückfallraten depressiver Störungen weisen erhebliche Unterschiede auf und reichen von 20% - 90%. Zeiss und Lewinsohn (2000) berichten beispielsweise eine Rückfallquote von ca. 50%, Kessler und Walters (1998) eine von über 70%. Gründe für die unterschiedlich hohen Rückfallquoten sind u.a. in der Stichprobenauswahl (klinische vs. Normalpopulation), in der Art der Operationalisierung (klinische Diagnostik, Interview, Fragebögen) und der Dauer des gewählten Follow-up Zeitraums zu sehen (Birmaher, Arbelaez & Brent, 2002). Neben den hohen Rückfallquoten gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten, bei denen nach einer depressiven Episode eine Restsymptomatik persistiert, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer weiteren Episode einer Major Depression erhöht (Joiner, 2000; Judd et al., 2000; Tranter, O'Donovan, Chandarana & Kennedy, 2002). Einige Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass bereits bei Jugendlichen, die nicht alle Kriterien für die Diagnose Major Depression erfüllen und damit „nur“ als subklinisch depressiv gelten, ein deutlich höheres Risiko sowohl für das Persistieren depressiver Symptome als auch für das Auftreten zukünftiger depressiver Episoden besteht (Compas, Ey & Grant, 1993; Lewinsohn, Solomon, Seeley & Zeiss, 2000; Rushton, Forcier & Schectman, 2002).

Depressionen gehen mit einer hohen Rate komorbider Störungen einher (Angold & Costello, 1993; Angold, Costello & Erkanli, 1999; Birmaher et al., 1996; Compas & Hammen, 1994; Fleming & Offord, 1990; Rhode, Lewinsohn & Seeley, 1991). Biederman, Faraone, Mick und Lelon (1995) fanden bei den von ihnen untersuchten depressiven Kindern und Jugendlichen in 95% der Fälle die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere komorbide Störung erfüllt. Bei depressiven Jugendlichen finden sich in bis zu 30% der Fälle zusätzlich Störungen durch Substanzkonsum oder Substanzabusus, sowie eine höhere Rate an Essstörungen und somatoformen Störungen (Birmaher et al., 1996; Fleming & Offord, 1990). Auch eine Vielzahl anderer Studien berichtet über hohe Komorbiditätsraten bei Depressiven und ein mit dem Vorliegen depressiver Symptomatik einhergehendes hohes Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen (Burke, Burke & Rae, 1994; Kasen, 1999, 2001; Emslie, Rush, Weinberg & Guillon, 1997; Lewinsohn, Rohde, Klein & Seeley, 1999; Reicher, 1999). In einer Untersuchung von Lewinsohn et al. (1998) zeigte sich, dass 80% der im Jugendalter neben einer Major Depression diagnostizierbaren komorbiden Störungen der depressiven Phase zeitlich vorausgingen. Dies scheint, vor allem im Hinblick auf Angst- und Verhaltensstörungen zu gelten. Auch beim Vorliegen einer sogenannten „double depression“

(Major Depressive Episode und Dysthyme Störung) trat die Dysthyme Störung in 91% der Fälle bereits vor der Ausbildung einer Major Depression auf. Dagegen scheinen sich Störungen des Substanzkonsums häufig erst infolge einer Depression zu entwickeln (Deykin, Buka & Zeena, 1992; McCauley et al., 1993; Windle & Windle, 1997). Problematisch sind die hohen Komorbiditätsraten unter anderem deshalb, weil sich durch das gleichzeitige Vorliegen weiterer psychischer Störungen das Risiko einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik zu erhöhen scheint. So finden Rushton et al. (2002) in ihrer Studie an kanadischen Schülern beispielsweise, dass das gleichzeitige Vorliegen einer Somatisierungsstörung die Wahrscheinlichkeit für die Persistenz depressiver Symptomatik ansteigen lässt. Neben einem höheren Risiko für weitere depressive Episoden und das Auftreten komorbider Störungen auch im Erwachsenenalter haben depressive Störungen im Jugendalter in vielen Fällen erhebliche langfristige psychosoziale Beeinträchtigungen zur Folge (Birmaher et al., 1996; Puig-Antich et al., 1985; Vernberg, 1990). So finden Fleming, Boyle und Offord (1993) in einer Längsschnittstudie bei Adoleszenten mit depressiver Symptomatik im Vergleich zu Jugendlichen ohne depressive Symptome deutlich mehr Probleme in der Interaktion mit Familie, Lehrern und Freunden. Depressive brachen häufiger die Schule ab und zeigten eine höhere Rate delinquenten Verhaltens.

Während suizidale Gedanken und Verhaltensweisen bei depressiven Kindern sehr selten sind, gehen Depressionen im Jugendalter häufig mit selbstverletzendem Verhalten, einer deutlich höheren Anzahl von Suizidversuchen und einer erhöhten Suizidrate einher (Birmaher et al. 1996; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1996; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1993; Schmidtke et al., 1996a). In der Altersgruppe der 15 - 35jährigen stellt Suizid die zweithäufigste Todesursache dar, und 15 - 19jährige Frauen weisen im Vergleich mit allen anderen Altersgruppen die höchste Rate an Parasuiziden auf (Schmidtke, Weinacker & Fricke, 1996b). Sowohl Suizidversuche als auch Suizide kommen bei depressiven Jugendlichen bzw. als Folge einer depressiven Erkrankung im Jugendalter im Vergleich zu gesunden Jugendlichen wesentlich häufiger vor. Harrington et al. (1990) fanden für depressive Jugendliche eine im Vergleich zu Gesunden dreimal so hohe Rate an Suizidversuchen. Weissman et al. (1999) verfolgten die Entwicklung von depressiven und gesunden Jugendlichen über insgesamt 10 Jahre und fanden eine fast zehnfach höhere Rate an Parasuiziden bei der depressiven Gruppe. Sie berichten eine mit 7.7% als hoch anzusehende Rate vollendeter Suizide für die Gruppe der Depressiven, während sich im gleichen Zeitraum niemand in der gesunden Gruppe das Leben genommen hatte. Laut Essau et al. (1998)

berichten in einer deutschen Untersuchung 17.5% der depressiven Jugendlichen von konkreten Suizidplänen und knapp 10% hatten bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Studien konnten wiederholt zeigen, dass bei depressiven Jugendlichen in einem noch stärkeren Umfang, als dies bei Erwachsenen bereits der Fall ist, vom Vorhandensein einer hohen Dunkelziffer an Personen mit depressiven Störungen ausgegangen werden muss und bis zu 80% der betroffenen depressiven Jugendlichen keine Behandlung erhalten (Fleming et al., 1993; Kataoka & Asarnow, 2001; Keller, Lavori, Beardslee, Wunder & Ryan, 1991; McGee, Freehan, & Williams, 1995; Rhode, Lewinsohn & Seeley, 1991, Weissman et al., 1999). Im Fehlen entsprechender Unterstützung und Entlastung depressiver Jugendlicher durch ein effektives Behandlungsangebot kann vermutlich einer der Gründe für die relativ hohe Rate an Suiziden und Suizidversuchen, Schulabbrüchen, der Entwicklung einer zusätzlichen Suchtproblematik, delinquenten Verhaltens, dem Auftreten erneuter depressiver Episoden und der Ausbildung weiterer komorbider Störungen gesehen werden.

Insgesamt sind depressive Störungen im Jugendalter damit aufgrund ihrer hohen Prävalenz, der Gefahr der Persistenz, der hohen Wahrscheinlichkeit des Auftretens komorbider Störungen, den zu beobachtenden negativen psychosozialen Folgen und einer nicht zu unterschätzenden Suizidgefahr von großer Bedeutung.

2.1.3 Theoretische Annahmen zur Ätiologie depressiver Störungen

Da depressive Störungen im Jugendalter eine ernsthafte Erkrankung darstellen, die das individuelle Risiko für das Auftreten weiterer psychischer Störungen und langfristiger negativer psychosozialer Folgen deutlich erhöht, wäre es höchst wünschenswert, wenn es durch primärpräventive Maßnahmen gelänge, bereits eine Erstmanifestation zu verhindern oder zumindest eine effektive Behandlungsmethode für Jugendliche zu finden, die in der Lage ist, den weiteren Entwicklungsverlauf günstig zu beeinflussen. Folglich stellt sich die Frage nach den Ursachen depressiver Störungen. Warum erkranken manche Jugendlichen depressiv und andere nicht, obwohl von außen betrachtet oft beide in den gleichen Verhältnissen aufwachsen und denselben Stressoren ausgesetzt sind?

2.1.3.1 Das Konzept der risikoerhöhenden Bedingungen

In den letzten Jahrzehnten konnte eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression identifiziert werden (Lewinsohn, Hoberman & Rosenbaum, 1988). So wird inzwischen als erwiesen erachtet, dass das Vorliegen einer depressiven Störung bei den Eltern einen gewichtigen Risikofaktor darstellt (Downey & Coyne, 1990; Hammen, 1991; Weissman et al., 1987). Für Kinder depressiver Eltern besteht ein erheblich höheres Risiko im Laufe ihres Lebens selbst an einer depressiven Störung zu erkranken (Lieb & Wittchen, 2001; Robins, Locke & Regier, 1991). So ist bereits bei einem erkrankten Elternteil das Risiko an einer Major Depression zu erkranken etwa sechsmal höher als bei Kindern unauffälliger Eltern (Downey & Coyne, 1990). Als ursächlich für den gefundenen Zusammenhang zwischen depressiver Erkrankung der Eltern und frühem Auftreten depressiver Störungen der Kinder werden sowohl genetische als auch psychosoziale Faktoren diskutiert. Man nimmt an, dass eine genetisch bedingte Prädisposition für Depression besteht (Kendler, Gardner, Neale & Prescott, 2001). Da aber viele depressive Jugendliche aus Familien stammen, in denen sich kein depressiv erkrankter Elternteil findet und umgekehrt nicht alle Kinder depressiver Eltern selbst depressiv erkranken, liegt es nahe, anzunehmen, dass eine eventuell vorhandene genetische Prädisposition zwar einen Risikofaktor darstellt, dieser alleine jedoch noch keine hinreichende Bedingung für die Entstehung einer Depression des Kindes ist. Psychosozialen Faktoren wie mangelnde emotionale Verfügbarkeit und Reaktionsfähigkeit des depressiven Elternteils, dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind sowie einer stärkeren Belastung und häufigeren Partnerkonflikten der Eltern scheint daher in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion zuzukommen (Asarnow, Goldstein & Ben-Meir, 1988; Goodman & Gotlib, 1999; Remschmidt & Mattejat, 1996).

Einen weiteren Risikofaktor stellt weibliches Geschlecht dar. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein zweifach höheres Risiko während ihres Lebens an einer depressiven Störung zu erkranken. Während sich präpubertär noch keine deutlichen Unterschiede der Auftretensraten depressiver Störungen finden (Brooks-Gunn & Petersen, 1991), zeigen sich für Frauen im Vergleich zu Männern ab dem Eintritt in die Pubertät, konsistent über die letzten Jahrzehnte hinweg, ca. doppelt so hohe Inzidenzraten (Burke et al., 1990; Kessler, McGonagle, Schwartz, Blazer & Nelson, 1993; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Weissman & Klerman, 1977; Weissman & Olfson, 1995).

Viele Untersuchungen zeigen, dass im Vorliegen subklinisch depressiver Symptome einer der stärksten und verlässlichsten Prädiktoren zukünftiger depressiver Episoden gesehen werden kann (Ernst, Schmid & Angst, 1992; Lewinsohn et al., 1988; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2001). Weitere wichtige Risikofaktoren sind negativer kognitiver Stil (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Beck, 1967; Hautzinger, 2000; Hilsman & Garber, 1995; Joiner, 2001), Persönlichkeitsmerkmale (Coyne & Whiffen, 1995; Davila, 2001; Hirschfeld, Klerman, Clayton, & Keller, 1983; Hirschfeld et al., 1989), eine dysfunktionale Emotionsregulation (McCauley, Pavlidis & Kendall, 2001), andauernde Alltagsbelastungen (daily hassles) sowie kritische Lebensereignisse (Ge et al., 1994; Goodyer, 1996; Hammen, 1991; Petersen et al., 1993; Williamson et al., 1998) und mangelnde Copingfähigkeiten (Adams & Adams, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Auch ein Mangel an sozialer Kompetenz sowie ungünstige sozial-interaktive Verhaltensweisen wie beispielsweise sozialer Rückzug, gelten als Risikofaktoren, da sie oft mit mangelndem sozialem Eingebundensein einhergehen und dadurch nur wenig soziale Ressourcen im Sinne sozialer Unterstützung (Netzwerk) zur Verfügung stehen (Cole, Martin, Powers & Truglio, 1996; Costello, 1982; Goodyer, Germany, Gowrusankur, & Altham, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1996, Nummer & Seiffge-Krenke, 2001; Wierzbicki & McCabe, 1988).

2.1.3.2 Ein multifaktorielles Ätiologiemodell der Depression

Viele Ätiologiemodelle der Depression gehen inzwischen von einem Diathese-Stress-Modell aus und betonen die Wechselwirkungen zwischen der Vulnerabilität einer Person und dem Auftreten belastender Lebensereignisse bei der Depressionsgenese. Risikofaktoren können dabei als Indikatoren der Vulnerabilität und damit einer höheren Anfälligkeit gegenüber pathogenen Einflüssen verstanden werden (v. Zerssen et al., 1988). Die Stärke des Zusammenhangs zwischen gegebener Vulnerabilität, belastenden Lebensereignissen und depressiven Symptomen wird jedoch offenbar durch eine Reihe weiterer Person- oder Umweltfaktoren wie kognitive Prozesse, Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungskompetenz, soziale Ressourcen und Interaktionsprozesse beeinflusst.

Das Multifaktorielle Depressionsmodell (Lewinsohn, Hoberman & Hautzinger, 1985; Hautzinger, 2000) geht von einem komplexen Zusammenspiel umweltbedingter und dispositioneller Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen aus. Man nimmt heute an, dass es sich bei der Entstehung depressiver Störungen um einen bio-

psycho-sozialen Entwicklungsprozess mit entsprechenden Wechselwirkungen handelt, bei dem die Prinzipien der Äquifinalität und der Multifinalität gelten. Äquifinalität bedeutet, dass eine Depression nach heutigem Kenntnisstand aufgrund verschiedenster Risikokonstellationen und über unterschiedliche Entwicklungspfade entstehen kann. Multifinalität bedeutet, dass viele Faktoren, denen eine wichtige Rolle im Entstehungsgefüge von Depression zugeschrieben wird, nicht depressionsspezifisch sind, sondern auch der Entstehung anderer psychischer Störungen Vorschub leisten können (Cicchetti & Rogosch, 1996; Cicchetti & Toth, 1998). Ein solches Modell geht weit über die Annahme unikausaler, linearer Vorstellungen der Depressionsgenese hinaus, wodurch eine einseitige Fokussierung auf bestimmte mögliche Ursachen vermieden wird, zu beobachtende Unterschiede klinischer Erscheinungsformen depressiver Störungen besser erklärt werden können und zusätzlich auch einer Entwicklungsperspektive Rechnung getragen wird. Insgesamt vermag ein solches Modell dadurch die Realität wesentlich genauer und treffender abzubilden. Andererseits ist ein solches multikonditionales Verursachungsmodell jedoch aufgrund seiner Komplexität empirisch nur noch sehr schwer zu überprüfen (vgl. v. Zerssen, 1988).

Dass es nicht *den* Weg oder *den* Risikofaktor gibt, der zur Depression führt, sondern sehr viele unterschiedliche Entwicklungspfade, also Verknüpfungen von Vulnerabilitäten und Risikofaktoren denkbar sind, die am Ende zur Ausbildung depressiver Symptome führen können, zeigt, wie viele Faktoren bei der Depressionsgenese eine Rolle spielen können. Die in dieser Arbeit näher zu untersuchenden Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und depressiven Symptomen, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, stellen somit lediglich zwei der vielen möglichen Faktoren dar, die auf unterschiedliche Weise zur Entstehung depressiver Störungen beitragen können.

2.2 Persönlichkeitsmerkmale im Jugendalter

2.2.1 Definition und Begriffsbestimmung

Was ist Persönlichkeit? Was sind Persönlichkeitsmerkmale? Auf diese Fragen gibt es nach heutigem Forschungsstand keine einfachen und klaren Antworten. Denn obwohl sich innerhalb verschiedener Persönlichkeitstheorien zahlreiche Definitionsversuche und Vorschläge hinsichtlich der wichtigsten Bestimmungskomponenten von Persönlichkeit finden lassen, gibt es bisher keinen allgemein anerkannten Konsens, was unter „Persönlichkeit“ zu verstehen ist.

Versucht man sich auf die vorhandenen Definitionen zu stützen, so fällt auf, wie extrem schulen- und zeitabhängig diese sind. Doch solange das Konstrukt Persönlichkeit keine eindeutige Definition erfährt, kann auch der Begriff Persönlichkeitsmerkmale nur annäherungsweise über seine Funktion definiert werden. So können Persönlichkeitsmerkmale als Eigenschaften oder Beschreibungsdimensionen der Persönlichkeit angesehen werden. Theoretisch sind dabei sehr unterschiedliche und vielfältige Persönlichkeitsmerkmale oder Beschreibungsdimensionen denkbar. Aufgabe der empirischen Persönlichkeitsforschung ist dabei „die Entwicklung eines möglichst umfassenden und zugleich ökonomischen Beschreibungssystems für relativ stabile interindividuelle Unterschiede im Verhalten und Erleben (Taxonomie von Persönlichkeitseigenschaften)“ (Becker, 1996, S. 3). Jede Operationalisierung über relativ breite, klassische Eigenschaften wie Extraversion vs. Introversion vermag dabei immer nur eine Teilmenge aller möglichen Persönlichkeitsmerkmale zu repräsentieren, und da ihr Zusammenhang mit anderen die Persönlichkeit determinierenden Merkmalen theoretischer Annahmen bedarf, gelten Persönlichkeitsmerkmale ebenso wie der Terminus Persönlichkeit nur als theoretische Konstrukte.

Die neuere Forschung im Rahmen dimensionaler Ansätze zur Strukturierung der menschlichen Persönlichkeit favorisiert zur Zeit ein auf dem lexikalischen Ansatz (John, Angleitner & Ostendorf, 1988) basierendes Fünf-Faktoren-Modell (FFM). Das FFM (sog. „Big Five“) führte in den 80er Jahren zu einer Neubelebung in der Persönlichkeitsforschung und regte in der Folge zahlreiche Forschungsarbeiten und Publikationen an. Obwohl sich neben Befürwortern, die z.B. die hohe Robustheit, die Replizierbarkeit oder die große Bandbreite dieses eigenschaftstheoretischen Ansatzes betonen, auch kritische Stimmen finden, die aufgrund empirischer Befunde, die Big Five als nicht ausreichend zur Erfassung der Persönlichkeit erachten (Block, 1995, Epstein, 1994, Eysenck, 1992, Pervin, 1994), hat sich das FFM inzwischen als eine Art Standard etabliert, das Dank seiner nützlichen Taxonomie einen Bezugsrahmen für verschiedenste Persönlichkeitsinventare liefert (vgl. Schallberger & Venetz, 1998). So zeigten beispielsweise die Studien von Schallberger und Venetz (1998) und Becker (1996), dass sich auch für Instrumente, die nach anderen theoretischen Gesichtspunkten konstruiert wurden, wie zum Beispiel der Gießen-Test (Beckmann, Brähler & Richter, 1991), dessen theoretischen Hintergrund psychoanalytische und interaktionistische Ansätze bilden, hohe Übereinstimmungen finden lassen (siehe Abb.1).

Beziehungen der Skalen des GT zu den „Big Five“

GT- Skalen	FFM ¹	r	
		(1)	/ (2)
Soziale Resonanz	Neurotizismus/emotionale Stabilität	-.37**	/ -.60**
Dominanz	Verträglichkeit	-.47**	/ -.50**
Kontrolle	Gewissenhaftigkeit	.71**	/ .69**
Grundstimmung	Neurotizismus/emotionale Stabilität	.70**	/ .74**
Durchlässigkeit	Extraversion/Geselligkeit	.67**	/ .60**
Soziale Potenz	Kultiviertheit/Bildung	.29**	/ .56**

** p < .01

¹ MRS-Ratingskalen von Ostendorf (1990)

(1) Schallberger & Venetz (1998): n = 147

(2) Becker (1996): n = 116

Abbildung 1. In zwei Studien berichtete Korrelationshöhen zwischen GT-Skalen und den Big Five.

2.2.2 Persönlichkeitsentwicklung

Unter Persönlichkeitsentwicklung versteht man die „Veränderung des komplexen Systems innerhalb eines Individuums, das sich mit der Umwelt und der Innenwelt auseinandersetzt. Die Persönlichkeitsentwicklung beginnt vor der Geburt und ist lebenslang“ (Ries, H., 1998, S. 625). Trotz dieser Definition, die der heutigen Konzeptualisierung in der Entwicklungspsychologie entspricht - Entwicklung als einen Prozess zu betrachten, der sich über die gesamte Lebensspanne eines Menschen erstreckt - existieren bisher nur wenige Studien, die sich mit der Entwicklung und Konsistenz von Persönlichkeitsmerkmalen im Erwachsenenalter befassen (McCrae & Costa, 1990), und es ist bislang noch weitgehend ungeklärt, wie sich die Persönlichkeitsmerkmale bei Erwachsenen ausgehend von Kindheit und Jugend entwickeln. Bisher gilt daher: „Research in personality psychology often gives the impression that people are born as adults“ (Kohnstamm, Mervielde, Besevegies & Halverson, 1995, pp. 284). Dass Kinder und Jugendliche in der Persönlichkeitsforschung bisher kaum eine Rolle spielten, hat mehrere Gründe. Einer der wichtigsten ist sicherlich darin zu sehen,

dass die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Kindern und Jugendlichen lange Zeit heftig umstritten war, da v.a. das Jugendalter als „Sturm und Drang-Phase“ mit starken Veränderungen und grundlegenden Umbrüchen galt und man lange Zeit davon ausging, dass die Persönlichkeit bei Jugendlichen noch nicht genügend entwickelt und gefestigt sei. Zu einer verstärkten Beschäftigung mit der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Kindern und Jugendlichen haben neuere Forschungsbefunde aus der Entwicklungspsychologie beigetragen. So konnten Studien zeigen, dass sich schon im Säuglingsalter deutliche Unterschiede, z.B. hinsichtlich der Ablenkbarkeit, der Ausdauer, des Anpassungsvermögens, der Neugierde oder der Reizschwelle zeigen (Dornes, 1993). Man geht in der heutigen Persönlichkeitsforschung üblicherweise von einer Interaktion zwischen Person und Umwelt aus. Diese Interaktionsannahme besagt, dass jeder Mensch durch seine Persönlichkeit von Geburt an seine Umwelt beeinflusst und umgekehrt die Umwelt und die Erfahrungen, die er in und mit ihr macht, wiederum auf seine Persönlichkeit zurückwirken und dieser Wechselwirkungsprozess ein Leben lang andauert. Dabei wird einerseits angenommen, dass sich die Persönlichkeit bis ins hohe Lebensalter hinein weiterentwickelt und damit auch Veränderungen möglich bleiben, andererseits scheinen Persönlichkeitsprofile jedoch über die Zeit hinweg zugleich recht konstant zu sein. Längsschnittstudien unterstreichen die Annahme einer Persönlichkeitskonsistenz, da sich teilweise erstaunlich stabile Zusammenhänge zwischen frühem Temperament und späteren Persönlichkeitsmerkmalen zeigen, die neben anderen Faktoren auch eine genetische Prädisposition vermuten lassen (Bouchard, Lykken, McGue, Segal & Tellegen, 1990; Cloninger, 1987; Kagan, Reznick & Snidman, 1988; McCrae et al., 1999; McCrae et al., 2000).

2.2.3 Operationalisierung und Erfassung von Persönlichkeit

Als Herausforderung erweist sich eine valide Erfassung der Persönlichkeit vor allem bei jüngeren Kindern. Da hier noch keine Fragebögen zum Einsatz gelangen können, ist man auf Verhaltensbeobachtungen und Fremdurteile von Eltern oder Lehrern angewiesen. Aber auch bei älteren Kindern und Jugendlichen gestaltet sich die Operationalisierung und Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen schwierig, und bis heute existieren noch keine der Erfassung klassischer Persönlichkeitsmerkmale im Erwachsenenalter vergleichbaren Instrumente.

Die Beschäftigung und Auseinandersetzung mit sich selbst gilt als zentrale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters. So stellt nach der Entwicklungstheorie von Erikson

(1988, 1994) die Entwicklung eines stabilen und konsistenten Selbstbildes die zentrale psychosoziale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters dar. Das Selbstbild eines Menschen hängt davon ab, wie er sich selbst sieht, was er von sich selbst weiß, wie er sich in Bezug zu anderen Menschen fühlt und wahrnimmt und wie er reziprok von anderen Menschen gesehen, angesprochen und in Anspruch genommen wird. Das Selbstbild ist dabei Schwankungen und Veränderungen unterworfen und oft ist es nicht die Persönlichkeit selbst, sondern lediglich die Wahrnehmung der eigenen Person, die sich im Laufe der Entwicklung verändert (Costa & McCrae, 2002). Ebenso variiert das Ausmaß, in dem die Auffassung vom eigenen Selbstbild von anderen Menschen geteilt wird. Befunde zu signifikanten Unterschieden von Skalenkennwerten in Abhängigkeit vom Lebensalter sind jedoch laut Costa und McCrae (1992) mit Vorsicht zu genießen, da sie sich aus Querschnittsdaten ergeben, es aber deutliche Hinweise darauf gibt, dass sich Persönlichkeitsmerkmale intraindividuell weit weniger verändern als dies Querschnittsdaten suggerieren. Die Frage ist also nicht, ob Kinder und Jugendliche schon eine Persönlichkeit haben oder vielmehr eine Persönlichkeit sind, sondern wie sich Persönlichkeit im jeweiligen Alter valide erfassen lässt.

2.2.4 Persönlichkeit und Depression

Aspekte der Persönlichkeit gelten als zentrales Erklärungskonzept für die Entstehung von Depression (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Phillips, Gunderson, Hirschfeld & Smith, 1990). Nach v. Zerssen (1994) kommt daher der Erforschung der prämorbidem Persönlichkeit eine wichtige Funktion im Rahmen der Depressionsforschung zu, denn Persönlichkeitsmerkmale können als Indikatoren einer Vulnerabilität für psychische Erkrankungen betrachtet werden. Dabei legen empirische Befunde bisher eine ähnliche Strukturierung von Persönlichkeitsmerkmalen in klinischen und nicht klinischen Populationen nahe (Livesley, Jackson & Schroeder, 1992; Pukrop et al., 2002), was für die Annahme einer Kontinuitätshypothese spricht, die davon ausgeht, dass der Übergang von normalen zu klinisch auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen quantitativ und nicht qualitativ ist. Die Frage nach einem möglichen Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit, bestimmten Persönlichkeitsausprägungen und psychiatrischen Erkrankungen ist nicht neu, jedoch ist noch immer weitgehend ungeklärt, wie Persönlichkeit und Depression genau zusammen bzw. aufeinander wirken. Welchen Beitrag an der Genese depressiver Störungen vermögen Persönlichkeitsmerkmale zu leisten? Stellt beispielsweise die Zugehörigkeit zur Gruppe der überkontrollierten Personen, die sich durch hohen Neurotizismus und Introversion

auszeichnen - Eigenschaften, die typischerweise mit Depression in Verbindung gebracht werden - einen Risikofaktor für die Entstehung und den Verlauf klinischer Depression dar (Scheibe, Asendorpf & Bagby, 2001)? Hirschfeld et al. (1983) konnten zeigen, dass für Frauen „social introversion“ den einflussreichsten prämorbidem Persönlichkeitsfaktor für das Auftreten von Depression darstellt. Beim Vergleich von depressiven Patienten über einen Zweijahreszeitraum hinweg, konnten Hirschfeld, Klerman, Andreasen, Clayton und Keller (1986) zeigen, dass von den eingangs erhobenen Variablen zwei in der Lage waren, zwischen Patienten zu trennen, die sich innerhalb eines Jahres erholten und solchen, bei denen die Depression chronifizierte und über den Zweijahreszeitraum hinaus andauerte. Die chronische Gruppe zeichnete sich - unabhängig von der Schwere der Depression - durch signifikant höhere Neurotizismuswerte im „Maudsley Personality Inventory“ (MPI) (Eysenck, 1962) und niedrigere Scores auf dem Faktor „ego resiliency“ des „Minnesota Multiphasic Personality Inventory“ (MMPI) (Hathaway & McKinley, 1962) aus. Hirschfeld et al. (1989) berichten „the personality features most predictive of first onset were those indicating decreased emotional strength, such as emotional stability and less ability to react to stressful situations“ (p. 348). Dagegen fanden Widiger und Trull (1992) bei Patienten nach einer affektiven Störung höhere Werte für Introversion, Neurotizismus, Abhängigkeit und geringere Aktivität als vor der ersten Episode, was wiederum eher für die sog. „Narbenhypothese“ (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1990; Shea et al., 1996) im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung infolge einer affektiven Störung sprechen könnte. Wieder andere Studien zeigen, dass bestimmte Persönlichkeitszüge wie etwa zwischenmenschliche Abhängigkeit oder Überempfindlichkeit gegenüber Kritik während einer depressiven Episode verstärkt hervortreten und mit dem Abklingen der Depression wieder weitgehend verschwinden, folglich ist ebenfalls denkbar, dass Persönlichkeitsmerkmale gleichsam wie Symptome episodisch auftreten, was auch als sog. „Kovarianzhypothese“ bezeichnet wird (Bronisch & Klerman, 1991). Jedoch stammen die Befunde fast ausschließlich aus dem klinischen Bereich bei Erwachsenen und beruhen zumindest teilweise auf den Ergebnissen retrospektiver Untersuchungen. Für Jugendliche finden sich kaum vergleichbare Studien. Dafür sind mehrere Gründe denkbar. Zum einen war im Rahmen der Ursachenforschung bei Depressionen der Fokus der Aufmerksamkeit aufgrund tiefenpsychologisch geprägter Traditionen lange Zeit vor allem auf die frühe und früheste Kindheit gerichtet, und es ging um die Suche nach in dieser Phase auftretenden Risikofaktoren (z.B. prä-, peri- und postnatale Komplikationen, frühe Trennung von der Mutter oder Verlust der primären Bezugsperson u.ä.). Zum anderen ist wie weiter oben bereits ausgeführt, bis heute umstritten, ab welchem

Alter Persönlichkeitsmerkmale valide zu erfassen sind. Da jedoch ein deutlicher Anstieg der Prävalenz depressiver Störungen in der Adoleszenz zu beobachten ist und viele epidemiologische Studien zeigen, dass depressive Erwachsene ihre erste depressive Episode während der Adoleszenz erlebten (Burke, Burke, Regier & Rae, 1990, Hankin et al., 1998), können nur Studien, die entsprechende Ausprägungen vor dem onset (erstes Auftreten depressiver Störungen) erheben, zu einer Klärung der zeitlichen Anordnung beider Phänomene beitragen. So konnte in einer der wenigen prospektiven Längsschnittstudien des Kindes- und Jugendalters gezeigt werden, dass bestimmte Persönlichkeitscharakteristika, in Abhängigkeit vom Geschlecht, zu Beginn der Pubertät in der Lage sind, spätere dysthyme Störungen bei Adoleszenten vorherzusagen (Gjerde & Block, 1991). Eine vergleichende Studie an Adoleszenten zeigte, dass klinisch depressive Jugendliche im Vergleich zu gesunden bedeutend höhere Werte für Introversion und Sensibilität sowie deutlich geringere Werte für Geselligkeit und Vertrauen¹ aufweisen (Donnelly, 1991). Möchte man wissen, welche Rolle Persönlichkeitsmerkmalen bei der Depressionsentstehung zukommt, ist die Frage nach den Merkmalen der „prämorbidem Persönlichkeit“ entscheidend. Doch bisher vorliegende Befunde beruhen fast ausschließlich auf Untersuchungen an remittierten Patienten. Ein Grund hierfür ist, dass es sich in der Praxis sehr schwierig gestaltet, prospektive Langzeitstudien mit einer ausreichend großen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung durchzuführen. So fanden beispielsweise Hirschfeld et al. (1989) in einer Untersuchung an insgesamt 2400 Personen mit erhöhtem Risikostatus für die Entwicklung einer Depression in einen Untersuchungszeitraum, der sich über sechs Jahre erstreckte, lediglich 30 Personen, bei denen tatsächlich das Auftreten einer ersten depressiven Episode beobachtet werden konnte. Ein weiterer Grund ist in der Äqui- und Multifinalität zu sehen. Geht man, wie heute üblich, von einer multifaktoriellen Depressionsgenese aus, so gilt, wie Widiger und Trull (1992) treffend schreiben: „Mental disorders tend to have a complex, multifactorial etiology for which personality will be but one contributing factor“ (p. 385). Konsequenterweise müssten in einer breit angelegten prospektiven Langzeitstudie also nicht nur Persönlichkeitsmerkmale, sondern zusätzlich noch wesentlich mehr potentielle Risikofaktoren erfasst werden, um auch mögliche Wechselwirkungen berücksichtigen zu können, dadurch aber steigen Anforderungen, Komplexitätsgrad und Kosten eines entsprechenden Studiendesigns so stark an, dass empirische Untersuchungen kaum noch realisierbar sind.

¹ Im englischen Original die Skalen „Introversion, Sensitive, Sociable und Confident“ des Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI, Millon, Green & Meagher, Jr., 1982)

2.3 Copingstrategien im Jugendalter

2.3.1 Definition und Begriffsbestimmung

Der Begriff „Coping“ steht für Auseinandersetzung oder Bewältigung und geht auf das englische to cope (handeln, kämpfen mit, fertig werden mit) zurück. Ideengeschichtlich lässt sich der Copingbegriff auf das tiefenpsychologische Konzept der Abwehrmechanismen zurückführen. Anna Freud (1936) sah in den „Abwehrmechanismen“ den Kampf des Ichs gegen unangenehme Gedanken und Gefühle und postulierte, dass es interindividuelle Unterschiede gibt, wonach sich Menschen durch einen für sie typischen Stil bzw. den Gebrauch bestimmter Abwehrmechanismen auszeichnen. Darüber hinaus nahm sie an, dass jede Form der Psychopathologie mit speziellen Abwehrmechanismen einhergeht (Freud, 1936). Das gemeinsame oder verbindende Merkmal beider Konzepte ist darin zu sehen, dass es sich sowohl bei den Abwehrmechanismen als auch beim Coping um Bewältigungsstrategien handelt, die Menschen einsetzen, um unangenehme Gefühle, negative Konsequenzen oder möglichen Schaden zu vermeiden bzw. eine möglichst optimale Anpassung zu erreichen. Die inhaltliche Nähe beider Konzepte und die damit einhergehenden Abgrenzungsbemühungen sowie der unterschiedliche Gebrauch bestimmter Begriffe und schließlich die verschiedenen Operationalisierungen von Coping führen dazu, dass die theoretische Konzipierung innerhalb der enorm umfangreichen und vielfältigen Forschungsliteratur zu diesem Thema in Abhängigkeit von den jeweiligen Autoren erheblich variiert. So bezeichnete Haan (1977) „Sublimation“ als Copingmechanismus, während Vaillant (1994) „Gedankenunterdrückung“² als Abwehrmechanismus aufführte. Die dadurch entstandene teilweise sehr unglückliche und verwirrende Vermischung bzw. Gleichsetzung von Abwehrmechanismen und Coping in der Forschungsliteratur wird u.a. von Cramer (1998, 2000) und Lazarus (1981) scharf kritisiert. Es ist daher bei aller inhaltlicher Nähe der Konzepte unabdingbar, auch die, nicht zuletzt aufgrund ihrer theoretischen Konzipierung, bestehenden Unterschiede deutlich zu machen. Eine wichtige theoretische Differenzierung besteht darin, dass es sich bei Abwehrmechanismen um unbewusste Prozesse handelt, während Coping als bewusst und intendiert eingesetzt gilt (Cramer, 1998). Lazarus und Folkman (1984) weisen in diesem Zusammenhang auf den Prozess der Automatisierung hin, der auch Handlungen einschließt, die der Anpassung und Bewältigung dienen. Aufgrund von Vorerfahrungen einmal automatisiert, können bestimmte Anpassungsleistungen bei Gebrauch

² Im englischen Original als „suppression“ bezeichnet

als Routine abgerufen und ausgeführt werden. Diese Art von Anpassung stellt per definitionem dann bereits kein Coping im ursprünglichen Sinne mehr da, weil Coping nur in relativ neuen, unbekannten Situationen vorkommen kann, für die einem Individuum noch keine routinierte Lösung zur Verfügung steht und die deshalb eine Mobilisierung von Kräften und Ressourcen und somit eine bewusste Auseinandersetzung und Anstrengung bedeutet (Lazarus & Folkman, 1984; Sulz & David, 1996). Trotz der Ausföhrung zur Automatisierung von Copingprozessen (Lazarus & Folkman, 1984), die zu einer weiteren Differenzierung zwischen Coping und Abwehrmechanismen beitragen sollte, wurden die Diskussionen um eine effektive Abgrenzung beider Konzepte dadurch neu belebt und dauern nach wie vor an. Dabei geht es heute vor allem um die Frage, ob tatsächlich fließende Übergänge zwischen „bewusst und unbewusst“, zwischen „intendiert und nicht intendiert“, zwischen Coping und Abwehrmechanismen bestehen oder ob es sich, wie bereits ausgeführt, lediglich um eine unglückliche Vermischung bestimmter Begrifflichkeiten handelt und damit den Bereich der Operationalisierungsproblematik in der Copingforschung betrifft. Im Rahmen einer Definition und Abgrenzung des Copingbegriffs erscheint es nötig, Coping auch von Bewältigung im Sinne gelungener Adaptation abzugrenzen. Unter Coping sind alle Anstrengungen zu verstehen, die unternommen werden, um mit einer stressigen Situation klarzukommen, unabhängig von ihrem Wert oder ihrer Wirksamkeit (Lazarus & Folkman, 1984). Das bedeutet, Coping kann stattfinden, ohne dass es zum gewünschten Erfolg (= Bewältigung) führt. Sehr vereinfacht gesagt, kann man davon ausgehen, dass erfolgreiche Bewältigung das Ziel darstellt, während Coping selbst als Prozess betrachtet werden kann, dessen Funktion darin besteht, dieses Ziel zu erreichen.

Der Bereich Coping stößt auf sehr viel Forschungsinteresse und es liegen unzählige Publikationen vor. So wurden laut Aldwin und Revenson (1987) alleine zwischen 1977 und 1987 20 Copingfragebögen publiziert. Rürger, Blomert und Förster (1990) führen in einer Übersicht 23 Instrumente zur Selbsteinschätzung von Coping auf, die sich inhaltlich und theoretisch teilweise erheblich voneinander unterscheiden, obwohl sie häufig gleiche Namen oder Begriffe z.B. für Skalenbezeichnungen aufweisen. Die unterschiedlichen Operationalisierungen erschweren eine Vergleichbarkeit und Verallgemeinerung berichteter Forschungsergebnisse in der Literatur jedoch ebenso wie die Tatsache, dass Daten häufig nur an Studenten oder ausgewählten Patientengruppen erhoben und fast ausschließlich Querschnittstudien durchgeführt wurden. Coping bezeichnet in der Literatur eine Vielzahl von teilweise sehr unterschiedlichen Strategien, denen im Hinblick auf die Auseinandersetzung

und Bewältigung von Stressoren eine bedeutsame Funktion zugeschrieben wird. Billings, Cronkite und Moos (1983) verstehen unter Coping alle Kognitionen und Verhaltensweisen, die dazu dienen können, die Bedeutung von Stressoren zu kontrollieren oder zu reduzieren und die hilfreich für die Bewältigung der damit einhergehenden emotionalen Belastungen sind. Als „Stressoren“ gelten neben vielen physiologischen und potentiell schädigenden Faktoren wie Lärm, extreme Temperatur oder Verletzungen, vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren. Hierbei wird häufig zwischen drei Kategorien unterschieden. Erstens Stress in Form kritischer Lebensereignisse, wie z.B. Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitsplatzverlust oder Ehescheidung. Zweitens, Stress in Form alltäglicher Herausforderungen und Ärgernisse (sog. daily hassles) wie z.B. Termindruck, Verkehrsstau, Streit mit Familie oder Freunden, finanzielle Probleme, Beziehungskonflikte oder Zukunftssorgen. Drittens Stress in Form innerer Konflikte, die häufig unbewusst oder hoch ambivalent sind, wie z.B. ein starkes Bedürfnis nach Nähe (Annäherung) vs. Distanz (Vermeidung) in zwischenmenschlichen Beziehungen oder der Kampf zwischen eigenen Wünschen und Bedürfnissen und den eigenen Leistungsansprüchen im beruflichen Bereich. Greif (1991, S. 13) definiert Stressoren als „hypothetische Faktoren, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ‚Stress‘ (oder ‚Stressempfindungen‘) auslösen.“ Allen Stressoren ist gemeinsam, dass sie das Wohlbefinden stören und mit erhöhter Erregung, Ärger oder Gefühlen der Unkontrollierbarkeit, starker Verunsicherung und Angst einhergehen. Dieser in der Regel als aversiv empfundene Zustand wird als Stress bezeichnet. Doch warum ist ein Mensch völlig gestresst, wenn er morgens auf dem Weg zur Arbeit an einer roten Ampel halten muss, während ein anderer munter vor sich hinpfeifend und gutgelaunt in seinem Wagen sitzt? Lazarus (1966) erklärte hierzu, dass Situationen nicht per se, sondern erst durch die subjektive Einschätzung der betroffenen Person als stressvoll erlebt werden. Stress resultiert demnach immer dann, wenn eine Person in einer bestimmten als belastend erlebten Situation und den damit einhergehenden Anforderungen nicht oder nicht in ausreichendem Maße über die nötigen Copingfähigkeiten oder -möglichkeiten verfügt. Geht man davon aus, dass Menschen bemüht sind, die mit dem Stresserleben einhergehenden negativen Gefühle zu verringern oder zu beenden, so stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten ihnen hierfür zur Verfügung stehen.

2.3.2 Das transaktionale Bewältigungsmodell von Lazarus

Die Arbeiten der Forschungsgruppe um Lazarus (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984) zu diesem Modell stellen einen differenzierten Ansatz dar, der die Forschung im Bereich Coping wie wohl kein anderer geprägt und beeinflusst hat (vgl. Laux, 1983).

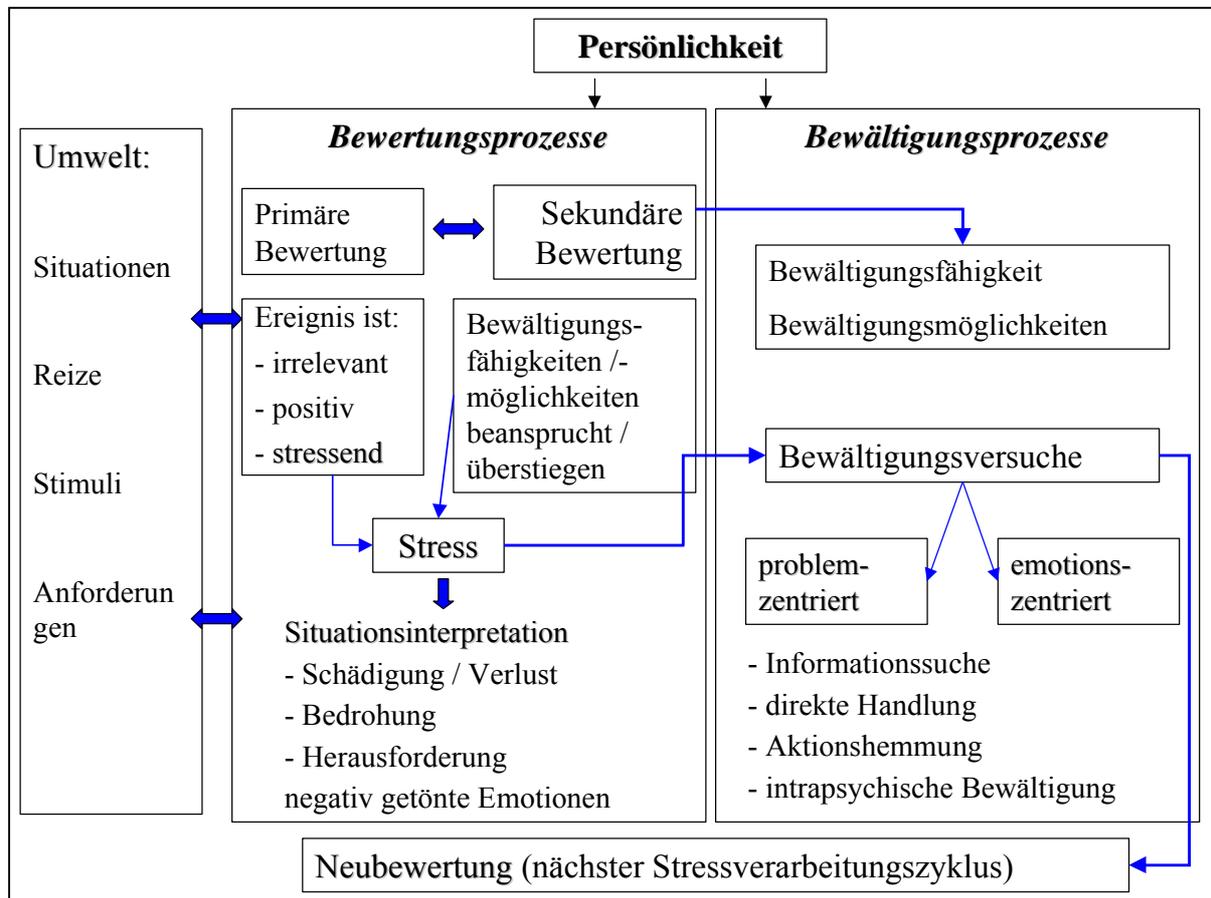


Abbildung 2. Stressverarbeitungsmodell (modifiziert nach Lazarus, 1981).

Das transaktionale Bewältigungsmodell von Lazarus betrachtet Bewältigung als Prozess, bei dem Bewertungen („appraisal“) und Bewältigungsverhalten („coping“) die entscheidenden Einflussgrößen sind (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1978). Zentral ist ebenfalls die Annahme der Transaktion zwischen Individuum und Situation aufgrund vermittelnder kognitiver Prozesse (vgl. Laux, 1983). Dabei werden drei Formen der Bewertung unterschieden. Die primäre Bewertung stellt die Einschätzung einer real gegebenen oder antizipierten Situation und ihrer Relevanz und Qualität (Bedrohung, Schaden/Verlust oder Herausforderung) für den Betroffenen dar. Bei der sekundären Bewertung geht es darum, geeignete Bewältigungsstrategien zu finden und auszuwählen. Eine Neubewertung schließlich kann sowohl aufgrund neuer Informationen aus der Umwelt (Situation, andere Personen) als auch durch weitere eigene Überlegungen und daraus

resultierende Schlussfolgerungen zustande kommen (Lazarus & Launier, 1978). Wichtig ist dabei, dass diese Bewertungsprozesse nicht, wie aufgrund der ursprünglich gewählten Bezeichnungen „primary appraisal“ und „secondary appraisal“ angenommen werden könnte, in einer hierarchischen oder zeitlich gebundenen Abfolge vorgenommen werden, sondern gleichberechtigt und auch zeitgleich erfolgen können (Lazarus & Folkman, 1984). Lediglich die dritte Form, das „reappraisal“ setzt den Autoren zufolge eine in der gleichen oder einer ähnlichen Situation zeitlich bereits früher erfolgte Bewertung voraus und verweist darauf, dass der gesamte Bewertungsprozess aufgrund neuer, zusätzlicher Informationen, Rückmeldungen und Erfahrungen mehrfach durchlaufen werden kann. Lazarus ist es gelungen, eine Sicht des Copings zu präsentieren, die psychoanalytische und kognitive Ansichten verbindet (Carver, 1996). Denn die aus der Psychoanalyse bekannten Abwehrmechanismen werden hier als eine mögliche Form des Coping betrachtet, indem sie im Gegensatz zu den instrumentellen Copingstrategien, die direkt auf eine Veränderung der Situation selbst abzielen, als intrapsychische Bewältigungsmechanismen angesehen werden, denen vor allem dann eine wichtige Rolle zukommt und die dann als funktional und hilfreich gelten, wenn Situationen objektiv nicht beeinflussbar sind. Damit wird Bewältigungsverhalten definiert als „das Gesamt der sowohl aktionsorientierten wie intrapsychischen Anstrengungen, die ein Individuum unternimmt, um externale und internale Anforderungen, die seine Ressourcen beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen“ (Lazarus & Launier, 1978, S. 311). Dies bedeutet, dass erfolgreiches Bewältigungsverhalten in Abhängigkeit von situativen Parametern variieren sollte und sowohl von einer „Problemlösung“ im Sinne der Veränderung der Person-Situations-Beziehung als auch von einer entsprechenden „Gefühlsregulierung“ abhängig ist (Lazarus & Folkman, 1984). Zur Erfassung beider Aspekte entwickelten Folkman und Lazarus (1988) die sogenannte „Ways of coping checklist“ mit den beiden Skalen „problemorientierte“ und „emotionsorientierte“ Strategien, um individuelles Bewältigungsverhalten hinsichtlich beider Funktionen untersuchen zu können. Eine ihrer Untersuchungen (Lazarus & Folkman, 1984) ergab, dass in weniger als 2% der analysierten Belastungssituationen ein eindeutig nur problem- bzw. nur emotionsorientiertes Coping gewählt wurde, so dass eine gleichzeitige Erfassung beider Merkmale gerechtfertigt erscheint, um beiden am Bewältigungsprozess beteiligten Funktionen Rechnung zu tragen. Es kann darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass Bewältigungsverhalten bereichsspezifisch ist und vom jeweiligen Kontext, bzw. der Art des Stressors und den Möglichkeiten zur aktiven Einflussnahme bzw. Kontrolle abhängt, entsprechend fanden die Autoren beispielsweise im Kontext „Arbeit“ einen höheren Anteil problemorientierten Copings, für den Bereich

„Gesundheit bzw. Krankheit“ dagegen mehr emotionsorientiertes Coping (Folkman & Lazarus, 1980). Insgesamt beeinflusste die von Lazarus und Folkman vorgenommene Unterscheidung in problemzentriertes und emotionszentriertes Coping die Copingforschung nachhaltig.

2.3.3 Coping und Entwicklung

Die entwicklungspsychologischen Wurzeln des Coping werden mit dem frühkindlichen Bindungsverhalten und der Bindungsqualität in Zusammenhang gebracht (Bowlby, 1969; 1988; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Ausgehend von Bowlby's Attachment Theorie gilt, dass das frühkindliche Erleben einer sicheren Bindung erkundendes Verhalten wahrscheinlicher macht, welches wiederum zur Ausbildung von Copingfähigkeiten beiträgt. Wie Dornes (1993) eindrucksvoll zeigte, verfügen bereits Säuglinge über erstaunliche Kompetenzen, die ihnen ermöglichen, den sozialen Kontakt zur Bezugsperson herzustellen und aufrechtzuerhalten. Diese frühen Interaktionen werden internalisiert und haben nicht nur entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung und Strukturierung künftiger Sozialbeziehungen, sondern können auch als Basis der sozialen Wahrnehmung, der damit einhergehenden Affektregulation und schließlich der Entwicklung von Copingstrategien gesehen werden (Belsky, Fish & Isabella, 1991; Cohn, 1990; Collins, Cooper, Albino & Allard, 2002; Field, 1985; Grossmann et al., 1989; Wartner, Grossmann, Fremmer-Bombik & Suess, 1994). Lazarus, Pimley und Novacek (1987) fanden signifikante Altersunterschiede hinsichtlich bevorzugt eingesetzter Copingstrategien, und es ist anzunehmen, dass mit zunehmendem Alter eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Copingfähigkeiten stattfindet (Compas, 1987; El-Shiek, Klaczynski & Valaik, 1989). Auch Aldwin (1994) geht davon aus, dass das Repertoire an Copingstrategien mit dem Alter zunimmt und postuliert, dass es dabei zu einer Verlagerung von externalen, eher verhaltensorientierten Copingstrategien hin zu einem verstärkten Gebrauch internaler, vorzugsweise kognitiver Copingstrategien kommt. Gestützt werden diese Annahmen durch eine bei Erwachsenen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen signifikant höhere Rate emotionsbewältigender Copingstrategien (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). Entwicklungspsychologisch kann die von Aldwin (1994) postulierte Verlagerung von externalen zu internalen Copingstrategien in der im Jugendalter stattfindenden kognitiven und sozioemotionalen Entwicklung gesehen werden, während der es zu einer deutlichen Zunahme der Fähigkeiten zur Selbstreflexion, zur Perspektivenübernahme sowie des hypothetisch-abstrakten Denkens kommt (Remschmidt, 1992). Durch diese Entwicklung können zunehmend auch komplexere Situationen antizipiert

und verschiedene Lösungsmöglichkeiten und ihre Folgen gedanklich durchgespielt werden. Bisherige Untersuchungen zum Vergleich der Copingstrategien im Jugend- und Erwachsenenalter, berichten übereinstimmend, dass Adoleszenten im Vergleich zu Erwachsenen über weniger Copingressourcen verfügen und die Effektivität des adoleszenten Copings im Schnitt 10% unter den Werten der Erwachsenen liegt (Allen & Hiebert, 1991; Phelps & Jarvis, 1994; Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer & Teerds, 2002). In einer Untersuchung zu kognitiven Copingstrategien fanden sich dagegen hohe inhaltliche Übereinstimmungen mit bei Erwachsenen gefundenen Ergebnissen, wonach sich bei Jugendlichen dieselben kognitiven Copingstrategien als bedeutsame Prädiktoren für Internalisierungsstörungen zu erweisen scheinen wie auch bei Erwachsenen (Garnefski et al., 2002). Wie einige Studien nachweisen konnten, steigt vor allem in der frühen Adoleszenz die Anzahl der belastenden Faktoren und Situationen stark an (Compas & Phares, 1991; Compas et al., 1993; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Gleichzeitig scheinen Jugendliche in diesem Alter jedoch noch nicht über die nötigen und angemessenen Stressbewältigungskompetenzen zu verfügen (Seiffge-Krenke, Kollmar & Meiser, 1997). Für eine entwicklungspsychologische Komponente, die einerseits annimmt, dass sich Copingstrategien mit zunehmendem Alter durch die praktische Übung ausbilden und andererseits postuliert, dass sich verschiedene Altersgruppen, in Abhängigkeit von den jeweiligen Entwicklungsaufgaben, durch den Gebrauch unterschiedlicher oder bevorzugter Copingstrategien auszeichnen, sprechen Befunde, die beispielsweise zeigen, dass sich Jugendliche nur über gewisse Zeitphasen hinweg durch einen verstärkten Gebrauch bestimmter Verhaltensweisen auszeichnen. Nach Lindeman, Harakka, & Keltikangas-Järvinen (1997) findet sich beispielsweise zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg aggressiver Verhaltensweisen, die danach wieder abnehmen.

2.3.4 Coping und Geschlecht

Die Ergebnisse vieler Studien zeigen Unterschiede der bevorzugten Copingstrategien in Abhängigkeit vom Geschlecht. Männer setzen im Vergleich zu Frauen häufiger aktives und problembezogenes Coping ein (Folkman & Lazarus, 1980; Hovanitz & Kozora, 1989), während Frauen mehr emotionsorientierte Copingstrategien zeigen und vermehrt soziale Unterstützung suchen (Billings & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Houtman, 1990). Neuere Studien bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden jedoch keine bedeutenden Geschlechtsunterschiede mehr für aktives und problemorientiertes Coping, bestätigen aber,

dass sich bereits Mädchen, die allgemein wesentlich beziehungsorientierter sind als Jungen (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994), durch einen verstärkten Gebrauch emotionsorientierter Copingstrategien auszeichnen, während Jungen im Vergleich mehr vermeidende und ablenkende Strategien einsetzen (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Endler & Parker, 1990; Phelps & Jarvis, 1994; Renk & Creasy, 2003; Stark, Spirito, Williams & Guevremont, 1989). Insgesamt ist die Beziehung zwischen Geschlecht, Coping und verschiedenen Ergebnisvariablen, wie beispielsweise Gesundheit jedoch so komplex (Miller & Kirsch, 1987; Weidner & Collins, 1993), dass Krohne (1996) fordert, dass in allen Untersuchungen zu Coping Geschlechtsunterschiede analysiert werden sollten.

2.3.5 Coping und Persönlichkeit

Da die Wahrnehmung zu bewältigender intra- und interpsychischer Stressoren ebenso wie die kognitive Beurteilung bestimmter Situationen und schließlich die zum Einsatz gelangenden Bewältigungsformen nicht zwangsläufig objektiv gegebene Abläufe darstellen, sondern von der persönlichen Entwicklung und Lebenserfahrung des Betroffenen abhängig sind, wird auch „der Prozess des Coping geprägt durch die Persönlichkeit des einzelnen mit seinen Haltungen und Abwehrmustern.“ (Rüger, 1990 S. 51). Das theoretische Konstrukt Coping lässt sich nur schwer von anderen Persönlichkeitskonstrukten und Mechanismen der Abwehr bzw. Adaptation abgrenzen und bisherige Befunde zum Zusammenhang zwischen Coping und Persönlichkeit sind inkonsistent. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass bei der Konstruktion von Instrumenten zur Erfassung von Copingverhalten bzw. bei der Operationalisierung von Coping von unterschiedlichen Prämissen ausgegangen wird. Einmal können Copingstrategien selbst als relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale im Sinne von Traits verstanden werden, andererseits nimmt man an, dass Copingstrategien im Laufe der Entwicklung durch Person-Umwelt-Interaktionen aktiv erworben werden, es sich also bei Coping um den Einsatz von Mechanismen im Sinne erlernter und damit veränderbarer Fähigkeiten in Form von Verhaltensstrategien handelt. Geht man davon aus, dass sowohl Coping als auch Persönlichkeit einen Beitrag zur Genese, Aufrechterhaltung oder Vorhersage von psychischen Störungen leisten, so sind, will man eindeutigere Aussagen treffen, Forschungsarbeiten nötig, die aufzeigen, welchen Beitrag beide jeweils unabhängig voneinander leisten (vgl. McCrae & Costa, 1986).

Theoretische Annahmen sprechen ebenso wie empirische Untersuchungsergebnisse für interindividuelle Unterschiede im Bewältigungsverhalten. Instrumente zur Erfassung von Bewältigungsverhalten zielen daher häufig auf die Erfassung eines allgemeinen Bewältigungsstils im Sinne eines relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmals, und obwohl diese zugrundeliegende Annahme nur teilweise explizit genannt und thematisiert wird, lässt sie sich unter anderem daran erkennen, dass bei der Konstruktion entsprechender Instrumente bzw. der Zusammenstellung eines Itempools auf andere bereits vorhandene Instrumente zurückgegriffen wird, deren Items typische Traits zu erfassen suchen. So enthalten beispielsweise die Coping und Defense Skalen von Haan (1965) Items, die dem „California Psychological Inventory“ (CPI) (Gough, 1964) und dem MMPI (Hathaway & McKinley, 1962) entnommen sind. Auch bei der Konstruktion des „Stressverarbeitungsfragebogens“ (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) wurden Bewältigungsstrategien als Persönlichkeitsmerkmale erachtet und der SVF entsprechend so konstruiert, dass er individuelles Bewältigungsverhalten mit relativer zeitlicher und situativer Konsistenz erfasst. Auch überwiegen unter den Items des SVF klar jene Items, die auf die Erfassung intrapsychischer Bewältigungsstrategien zielen. Zieht man zur Abgrenzung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Coping den Allgemeinheits- oder Abstraktionsgrad heran, kann davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitsmerkmale eine generellere und breitere Ebene darstellen und sich interindividuelle Unterschiede auf dieser Ebene möglicherweise als Disposition für die Auswahl des Copingverhaltens oder bevorzugter Copingstrategien erweisen (vgl. Fleishman, 1984). Es liegen vor allem Befunde zum Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Coping aus dem Erwachsenenbereich vor (Bolger, 1990; Endler & Parker, 1990; Epstein & Meier, 1989; McCrae & Costa, 1986; Parkes, 1986). So finden beispielsweise Endler und Parker (1990), dass Neurotizismus geschlechtsübergreifend mit stärker emotional-orientiertem Coping einhergeht und darüber hinaus bei Frauen mit weniger aufgabenorientiertem Coping assoziiert ist. McCrae und Costa (1990) diskutieren jedoch, ob es nicht sein könne, dass als maladaptiv angenommenes Copingverhalten lediglich eine Komponente von Neurotizismus darstellt. Geht man davon aus, dass sich die Persönlichkeit entscheidend auf das Copingverhalten auswirkt, so stellt sich damit implizit auch die Frage, inwiefern Coping jeweils Verhalten ist, das im Rückschluss immer als mögliche Ausdrucksform bestimmter Persönlichkeitszüge gesehen werden kann. Ebenfalls untersucht, wenn auch in geringerem Ausmaß und mit inkonsistenten Ergebnissen, ist der Zusammenhang zwischen Extraversion und Coping (McCrae & Costa, 1986; Parkes, 1986). Der Einfluss anderer Persönlichkeitsmerkmale, z.B. der drei übrigen Faktoren der Big Five ist

noch völlig unklar, so dass Hewitt und Flett (1996) zu Recht darauf hinweisen, dass in diesem Bereich noch sehr viel mehr Forschung nötig ist, um klare Aussagen über den Zusammenhang zwischen den Ausprägungen bestimmter Persönlichkeitsdimensionen und Copingstrategien treffen zu können. Vergleichbare Befunde für das Jugendalter existieren bisher kaum. Entsprechend fordern beispielsweise Renk und Creasey (2003) für Studien, die Copingstrategien im Jugendalter untersuchen, die zusätzliche Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen. In einer der wenigen bisher vorliegenden Studien, an 265 Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 14 Jahren, zeigt sich, dass Neurotizismus in der frühen Adoleszenz mit verstärkt vermeidendem Copingverhalten einhergeht (Kardum, 2001).

2.3.6 Coping und Depression

Der Art und Weise, in der jemand mit widrigen Ereignissen und Stress umgeht, wie er mit negativen Erlebnissen, Rückschlägen, aber auch mit alltäglichem Stress zurecht kommt, wird seit den Arbeiten von Abramson et al. (1978) und Beck (1967, 1976) eine wichtige und entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen zugeschrieben. Forschungsergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen objektiven Stressoren und Depression, doch sprechen die dabei gefundenen nur mäßigen bis niedrigen Korrelationen (z.B. Kessler, Price & Wortman, 1985) eindeutig für den Einfluss weiterer moderierender oder mediierender Faktoren (Aldwin & Revenson, 1987; Rüger, Blomert & Förster 1990). Eine Vielzahl von Studien zeigt beispielsweise, dass kritische Lebensereignisse möglicherweise als Auslöser einer depressiven Episode fungieren, dass aber daily hassles und der damit einhergehenden emotionalen Stressbelastung im Vergleich zum Auftreten kritischer Lebensereignisse eine größere Bedeutung zukommt und das Auftreten und die Anzahl belastender Lebensereignisse für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression insgesamt weit weniger wichtig zu sein scheint als die in diesem Zusammenhang vorgenommenen subjektiven Bedeutungszuschreibungen und die daraus resultierenden Copingprozesse (Antonovsky, 1979; Billings & Moos, 1984; Compas, Davis, Forsythe & Wagner, 1987; Dumont & Provost, 1999; Lazarus, 1981; Seiffge-Krenke, 1993; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2001). Aufgrund dieser Ergebnisse hat sich der Fokus des Forschungsinteresses in den letzten beiden Jahrzehnten mehr und mehr auf die „subjektiv“ vorgenommenen Bewertungen und das einem Individuum zur Verfügung stehende Bewältigungsverhalten verschoben, denn einer der wichtigsten intervenierenden Faktoren wird heute im Coping gesehen, also darin wie Individuen auf belastende Ereignisse reagieren

und welche Copingstrategien sie nutzen (Lazarus, 1981; Zeidner & Endler, 1996). Studien zum Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Coping unterstreichen diese Annahme. So konnten Coyne, Aldwin und Lazarus bereits 1981 in einer Längsschnittstudie zeigen, dass sich Depressive von Nichtdepressiven durch ungünstigere Copingstrategien unterscheiden. Sie scheinen mehr Informationen zu suchen, bevor sie handeln oder etwas akzeptieren und sie tendieren dazu, mehr Rat und emotionale Unterstützung zu suchen. Zu den in Verbindung mit Depression immer wieder berichteten weiteren sich ungünstig auswirkenden Copingstrategien zählen beispielsweise Vermeidung, Rückzug, Rauchen, übermäßiges Essen oder Rumination (Billings & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1986; Gotlib & Whiffen, 1989; Charvoz, Bodenmann, Cina & Widmer, 2001; Bodenmann, Cina & Schwerzmann, 2001). Darüber hinaus finden sich zahlreiche Befunde, die zeigen, dass Depressive über den häufigeren Gebrauch dysfunktionaler Copingstrategien hinaus, offenbar zugleich ein Defizit im Bereich funktionaler Copingstrategien aufweisen, das sich im mangelnden Gebrauch aktiver Einflussnahme und problembezogenem bzw. problemlösendem Copingverhalten zeigt (Folkman & Lazarus, 1986; Mitchell, Cronkite & Moos, 1983; Perez & Reicherts, 1987).

Studien belegen, dass aktive Copingstrategien mit geringeren emotionalen und psychischen Auffälligkeiten, passive Copingstrategien, insbesondere Vermeidungsverhalten wie sozialer Rückzug, hingegen mit Adaptationsproblemen und psychischen Störungen einhergehen und als Risikofaktoren für die Entstehung internalisierender Störungen angesehen werden können (Forsythe & Compas, 1987; Compas, Malcarne & Fondacaro 1988; Holahan & Moos, 1990, 1991; Jorgensen & Duskek, 1990; Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995; Griffith, Dubow & Ippolito, 2000; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Beasley, Thompson und Davidson (2003) konnten zeigen, dass höhere Scores für emotionsorientiertes Coping in direktem Zusammenhang mit höheren Depressionswerten stehen. Darüber hinaus schätzten Depressive die Wirksamkeit ihres Copings als weniger effektiv ein.

Auch depressive Jugendliche scheinen sich durch mangelnde Problemlösefähigkeiten auszuzeichnen (vgl. Adams & Adams, 1991; Seiffge-Krenke, 1995). Herman-Stahl, Stemmler und Petersen (1995) sehen in problemmeidendem Copingverhalten ein wesentliches Merkmal depressiver Jugendlicher. Winkler Metzke und Steinhausen (1999) finden die höchsten Skalenwerte für „internalisierende Störungen“ bei jenen Jugendlichen, die zugleich am

häufigsten problemmeidende Strategien zeigen. Für Mädchen, die nach zahlreichen bisherigen Befunden über ein negativeres Selbstkonzept verfügen und insgesamt zu einer eher internalisierenden Problemverarbeitung neigen (Fend & Schröer, 1990), erweist sich „aktives Coping“ darüber hinaus als Protektionsfaktor.

Noch weitgehend ungeklärt bzw. immer noch strittig ist jedoch, welcher Stellenwert dem Coping für die depressive Symptomatik zukommt. Stellen die gefundenen Defizite wirklich eine wichtige Ursache oder eine Folge depressiver Störungen dar oder handelt es sich vielleicht lediglich um eine Kovariation mit Depression, so dass die gefundenen dysfunktionalen Copingstrategien bei Depressiven gleichsam als Ausdruck oder Symptom der depressiven Störung angesehen werden können?

2.4 Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien und depressive Symptome im Jugendalter

Geht man davon aus, dass sowohl die Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale als auch ein Defizit an positiven Copingstrategien bzw. das Vorherrschen dysfunktionaler Copingstrategien Vulnerabilitäts- bzw. Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Symptomatik sind, stellt sich die Frage, welcher Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsausprägungen einerseits und dem Einsatz bestimmter Copingstrategien andererseits besteht. „Würde eine in der Persönlichkeit begründete Defizitstruktur bezüglich des Copings im Sinne eines Traits bzw. eines Diathesefaktors angenommen, müsste diese auch nach dem Abklingen der Störung nachweisbar sein“ (Bodenmann et al., 2001, S. 201). Laut Bodenmann et al. (2001) spricht die Tatsache, dass sich signifikante Defizite in den Copingstrategien akut Depressiver, nicht aber bei den Remittierten (die sich nicht mehr von einer Kontrollgruppe unterscheiden) nachweisen lassen, für eine Kovariation der Copingdefizite mit der depressiven Störung und weniger für ein überdauerndes Persönlichkeitsdefizit. Dies spricht einerseits eindeutig dafür, Coping nicht selbst als Persönlichkeitsfaktor zu konzipieren. Andererseits bleibt die Frage, ob und wie Persönlichkeitsfaktoren die Entwicklung und Auswahl bestimmter Copingstrategien beeinflussen.

Nimmt man an, dass Stress keine direkte Auswirkung objektiver Ereignisse darstellt, sondern entscheidend von der Persönlichkeit und den Vulnerabilitäten einer Person abhängig

ist und damit von Person zu Person stark zu variieren vermag, so kann weiter angenommen werden, dass beispielsweise durch hohe Emotionalität, erhöhte Sensitivität oder Ängstlichkeit das Stressempfinden entscheidend getriggert wird. Eine solche Annahme könnte zugleich auch Befunde erklären, nach denen Depressive im Vergleich zu nicht Depressiven eine stärkere Stressbelastung berichten, obwohl sich das Ausmaß objektiv erfasster Stressoren und belastender Lebensereignisse zwischen beiden Gruppen nicht unterscheidet. Die Ergebnisse bisher durchgeführter Studien zur Stressbelastung bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass bereits ein Großteil der Kinder und Jugendlichen unter alltäglichem Stress vor allem hinsichtlich schulischer Leistungsanforderungen sowie Problemen im sozialen Bereich leiden und eine deutliche Zunahme an Stressoren vor allem in der frühen Adoleszenz beobachtet werden kann (Compas et al., 1993, Compas & Phares, 1991; Hurrelmann, 1990; Seiffge-Krenke, 1995; Spirito & Stark, 1991; Stark et al., 1989). Berücksichtigt man weiter, dass das Jugendalter hinsichtlich neuer Anforderungen und vielfältiger Entwicklungsaufgaben eine Periode darstellt, die für die meisten Jugendlichen mit verstärktem Stresserleben einhergeht, wird deutlich, dass gerade in dieser Lebensperiode ein erhöhter Copingbedarf zu bestehen scheint, der aufbauend auf dem bisher zur Verfügung stehenden Copingverhalten sowie personaler und sozialer Ressourcen zur Entwicklung neuer situations- und altersadäquater Copingstrategien führt. Für einen solchen Zusammenhang spricht auch die beispielsweise von Kobasa (1979), Rutter (1985) und Pellegrini (1990) vertretene Annahme, dass Copingstrategien, die ihrerseits selbst als energie- oder zeitaufwendig und belastend erlebt werden können, erst dann zum Einsatz gelangen und effektiv geschult werden, wenn entsprechender Stress erlebt und damit die Notwendigkeit besteht damit fertig zu werden. Jugendliche, die sich durch Persönlichkeitsmerkmale auszeichnen, die ein erhöhtes Stresserleben wahrscheinlich machen und die gleichzeitig auch als Risikofaktor für Internalisierungsstörungen gelten, müssten demnach einen im Vergleich zu anderen Jugendlichen noch deutlich höheren Copingbedarf haben. Genau dadurch aber könnten sie überfordert sein, z.B. weil ihnen entsprechend effektive Copingstrategien aufgrund mangelnder Erfahrung noch nicht zur Verfügung stehen. Seiffge-Krenke (1995) konnte zeigen, dass stark belastete Jugendliche weniger effektive Copingstrategien nutzen und sich erst bei älteren Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr ein breites Spektrum an Copingstrategien und sozial-kognitiven Fertigkeiten zeigt, welches die Älteren im Vergleich zu den jüngeren Jugendlichen Stress effizienter bewältigen lässt. Betrachtet man nun das Lebensalter bei der Erstmanifestation depressiver Störungen, das für die Major Depression von Lewinsohn et al. (1994) im Schnitt mit 14.9 Jahren und im Rahmen der Bremer Jugendstudie (Essau et al.,

1998) mit 12.9 Jahren angegeben wird, so kann vermutet werden, dass sich ausgehend von der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale und dem damit einhergehenden höheren Stresserleben ein Defizit an funktionalen Copingstrategien ergibt, das zu verstärktem sozialem Rückzug und Vermeidung führt, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung depressiver Symptome erhöht. Die geschilderten Annahmen sprechen dafür, dass sich die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und depressiver Symptomatik am besten durch ein Mediationsmodell abbilden lassen, Coping also die Funktion eines Mediators zukommt, der den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik mediiert. Eine solche Annahme entspricht zugleich auch den bisher durchgeführten Studien, zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit, Coping und verschiedenen abhängigen Maßen, die mehrheitlich von einem mediationalen Modell ausgehen (Hewitt & Flett, 1996).

Bisher liegen soweit bekannt, jedoch weder für das Erwachsenen- noch für das Jugendalter Studien vor, die diese Modellvorstellung explizit in Bezug auf depressive Symptome getestet haben. Doch gibt es wie in den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit dargestellt eine Vielzahl von Studien zu den einzelnen Zusammenhängen, deren wichtigste Befunde im Folgenden noch einmal kurz dargestellt werden. Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Depression liegen einige Vergleichsstudien vor, die übereinstimmend zeigen, dass sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen, Depressive im Vergleich zu Nichtdepressiven höhere Werte für Introversion und Neurotizismus aufweisen (Donnelly, 1991; Hirschfeld et al., 1983; Hirschfeld et al., 1986; Widiger & Trull, 1992). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen klassischen Persönlichkeitsmerkmalen und Coping finden sich insgesamt nur relativ wenige Studien. Die meisten der hierzu vorliegenden Untersuchungen berichten über hohe positive Korrelationen zwischen Neurotizismus und als maladaptiv anzusehenden Copingstrategien (Bolger, 1990; Endler & Parker, 1990; Epstein & Meier, 1989; Kardum, 2001; McCrae & Costa, 1986, Parkes, 1986). Der Zusammenhang zwischen Coping und Depression ist dagegen vergleichsweise gut untersucht. Eine Vielzahl von Studien sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen zeigt, dass sich Depressive durch ungünstigeres Coping, wie beispielsweise Vermeidung, sozialen Rückzug oder Rumination auszeichnen (Billings & Moos, 1984; Bodenmann, Cina & Schwerzmann, 2001; Charvoz, Bodenmann, Cina & Widmer, 2001; Coyne et al., 1981; Gotlib & Whiffen, 1989). Darüber hinaus gibt es zahlreiche Befunde, die annehmen lassen, dass insbesondere vermeidendes Copingverhalten einen Risikofaktor für die Entstehung von Depression darstellt (Compas et

al., 1988; Forsythe & Compas, 1987; Holahan & Moos, 1987, 1990, 1991; Jorgensen & Dusek, 1990; Griffith et al., 2000; Herman-Stahl et al., 1995; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000).

2.5 Fragestellung und Hypothesen

Ziel dieser Arbeit ist es, die Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und depressiven Symptomen im Jugendalter zu untersuchen. Dabei soll geprüft werden, inwiefern sich bisherige Befunde an einer Stichprobe von Jugendlichen aus der Normalbevölkerung replizieren lassen, bei der davon ausgegangen werden kann, dass lediglich ein Teil der Jugendlichen eine mäßig ausgeprägte depressive Symptomatik aufweist, die maximal im subklinisch-depressiven Bereich liegt. Weiterhin soll getestet werden, ob Jugendliche in zwei verschiedenen Belastungssituationen vergleichbare Copingstrategien zeigen und ob sich die vorwiegend bei Erwachsenen gefundenen Ergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei der Wahl von Copingstrategien auch für Jugendliche finden lassen. Ein weiteres Ziel dieser Studie besteht darin, zu überprüfen ob und inwiefern sich ein Mediationsmodell zur Charakterisierung der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiver Symptomatik eignet. Schließlich interessiert in diesem Zusammenhang im Hinblick auf die klinische Praxis auch, inwiefern Coping und Persönlichkeit einen eigenständigen Erklärungsbeitrag für Depressivität liefern und ihnen damit die Funktion sinnvoller und valider Prädiktoren depressiver Symptomatik im Jugendalter zukommt. Entsprechend den unterschiedlichen Fragestellungen handelt es sich bei den im Folgenden dargestellten Hypothesen einerseits um Hypothesen, die durch eine Analyse anhand von Querschnittsdaten, zum anderen um Hypothesen, die nur mittels Längsschnittdaten untersucht werden können.

2.5.1 Hypothesen für die Analyse anhand von Querschnittsdaten

- 1) Jugendliche wählen über zwei verschiedene Belastungssituationen hinweg vergleichbare Copingstrategien.
- 2) Mädchen und Jungen unterscheiden sich in der Wahl ihrer Copingstrategien.
- 3) Jugendliche unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Schwere depressiver Symptomatik sowohl hinsichtlich der Ausprägung ihrer Persönlichkeitsmerkmale als auch in der Wahl ihrer Copingstrategien voneinander, wobei eine höhere depressive

Symptombelastung mit einer deutlich ungünstigeren Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen und Copingstrategien einhergeht.

- 4) Es wird erwartet, dass Coping den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik mediiert.

2.5.2 Hypothesen für die Analyse anhand von Längsschnittdaten

- 1) Sowohl Persönlichkeit als auch Coping leisten bei Kontrolle des Effektes der depressiven Ausgangssymptomatik einen bedeutenden Beitrag zur Varianzaufklärung der zu einem späteren Zeitpunkt erfassten depressiven Symptomatik.
- 2) Dabei wird ebenfalls erwartet, dass Coping den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik mediiert.

3 Methodik

3.1 Datenerhebung

Die Daten wurden in 12 Realschulklassen der 8. Klassenstufe an vier verschiedenen Realschulen im Oberschulamtsbezirk Tübingen erhoben. Mit Genehmigung des Oberschulamtes Tübingen wurden in einem ersten Schritt alle in Frage kommenden Realschulen angeschrieben. Bei allen Schulen, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärten, wurden in einem zweiten Schritt sowohl Schulleitungen und Lehrerkollegien als auch Eltern und Schüler durch ein Informationsschreiben noch einmal über den genauen Ablauf der Studie informiert. Auf Wunsch erfolgte danach noch eine mündliche Präsentation und Projektvorstellung in den Schulen. Die endgültige Auswahl der teilnehmenden Schulen erfolgte aufgrund folgender Kriterien: Die Schulen sollten Interesse an einer Teilnahme zeigen, die Klassenlehrer der in Frage kommenden Klassen mussten ihre Bereitschaft signalisieren zugunsten der drei Befragungen im Abstand von jeweils sechs Monaten auf zwei ihrer regulären Unterrichtsstunden zu verzichten, da die Datenerhebung nicht zusätzlich, sondern anstelle von Unterrichtsstunden in den Klassenräumen der Schule stattfinden sollte. In allen teilnehmenden Klassen wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Befragungen freiwillig ist und jederzeit beendet werden kann. Zusätzlich wurde vor der ersten Datenerhebung eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme sowohl von den Eltern als auch von den Jugendlichen selbst eingeholt.

3.2 Stichprobe

Das Alter der Stichprobe ($n = 283$) lag zum ersten Messzeitpunkt im Mittel bei 13.96 Jahren ($s = .66$), beim zweiten Messpunkt ($n = 271$) bei 14.43 Jahren ($s = .59$) und beim dritten Erhebungszeitpunkt ($n = 256$) bei 14.95 Jahren ($s = .63$). Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen war insgesamt relativ ausgeglichen, wobei der Anteil der Jungen mit ca. 53% geringfügig höher liegt.

3.3 Design

Das Design stellt eine prospektive Längsschnittstudie dar. Zu drei verschiedenen Messzeitpunkten werden an derselben Stichprobe Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien und depressive Symptomatik erhoben. Das Intervall zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurde dabei auf jeweils 6 Monate festgelegt, um damit der Forderung nach identischen zeitlichen Abständen für die Analyse von Längsschnittdaten und die korrekte Prüfung auf Mediationseffekte Rechnung zu tragen (Cole & Maxwell, 2003). Durch die wiederholte Messung ist außerdem gewährleistet, dass die für den ersten Messzeitpunkt gefundenen Effekte anhand der Daten des dritten Messzeitpunktes erneut überprüft werden können, um so zufällige Zeitpunkt-Effekte ausschließen zu können.

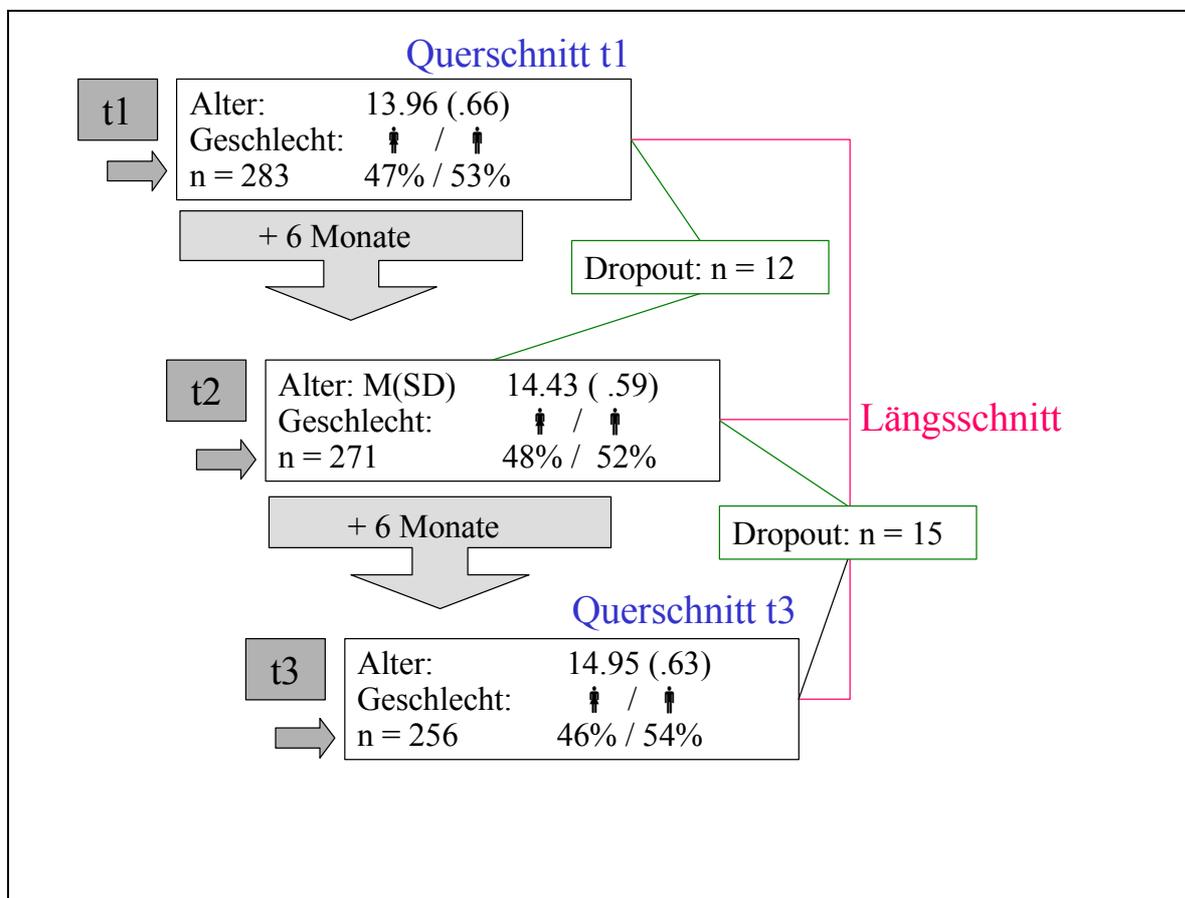


Abbildung 3. Stichprobencharakteristika über 3 Messzeitpunkte, Dropoutraten im Verlauf und Erhebungszeitpunkte, die zur Testung der Quer- und Längsschnitthypothesen herangezogen werden.

3.4 Dropout Analyse

Die Ausgangsstichprobe von insgesamt 283 Jugendlichen reduziert sich auf 271 beim zweiten und 256 beim dritten Messzeitpunkt. Im Verlauf des Untersuchungszeitraums reduziert sich damit die Stichprobe um 37 Fälle, dies entspricht einer Dropoutrate von 13%.

Tabelle 1

Vergleich zwischen Jugendlichen, die vorzeitig aus der Untersuchung ausschieden (n = 37) und den bis zum Ende der Untersuchung in der Stichprobe verbleibenden Jugendlichen (n = 246)

Skalen des GT	$M_{DO} (SD_{DO})$	$M_{VS} (SD_{VS})$	t	df	P
Alter zu t1	14.00 (.83)	13.96 (.63)	-.38	280	.703
Persönlichkeit	-8.43 (14.13)	-9.70 (15.22)	-.33	281	.742
Coping	1.54 (5.61)	3.43 (7.16)	1.53	281	.126
Depressive Symptomatik	.84 (.60)	.63 (.57)	-2.04	281	.042*

Anmerkungen. $M_{DO} (SD_{DO})$ = Mittelwert (Standardabweichung) Dropout Gruppe. $M_{VS} (SD_{HD})$ = Mittelwert (Standardabweichung) Verbleibende Stichprobe.

* $p < .05$.

Wie aus Tabelle 1 zu entnehmen ist, zeigen sich hinsichtlich des Alters zu Studienbeginn, den erfassten Persönlichkeitsmaßen und Copingstrategien keine signifikanten Unterschiede zwischen Jugendlichen, die über alle Messzeitpunkte an der Studie teilnahmen und denjenigen, die vorzeitig aus der Stichprobe ausschieden. Dagegen weist die Dropout Gruppe im Mittel eine signifikant höhere depressive Symptomatik zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung auf [$t(281) = -2.04$, $p < .05$]. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses fanden sich ebenfalls keine Unterschiede, von den 37 vorzeitig ausgeschiedenen Jugendlichen sind 19 weiblich und 18 männlich. Hauptgrund für das Fehlen einzelner Datensätze zu einem der beiden folgenden Messzeitpunkte (t_2 und t_3), war Krankheit des Schülers am Tag der Datenerhebung. Hauptursachen für ein vollständiges Dropout waren das nicht versetzt werden in die nächste Klassenstufe und/oder Schulwechsel.

3.5 Untersuchungsinstrumente

3.5.1 Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ, Hampel, Petermann & Dickow, 2001)

Der SVF-KJ ist für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 13 Jahren konzipiert und erfasst über je 36 Items die Stressverarbeitung (SV) in zwei fiktiven Belastungssituationen, die sich auf den sozialen und schulischen Bereich beziehen. Der sozialen Konfliktsituation (anschlussthematischer Kontext) geht eine Instruktion voraus, die den Auszufüllenden bittet, sich folgende Situation vorzustellen: „Wenn mich andere Kinder³ unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin. Zum Beispiel, weil ich einen Streit mit meinem besten Freund oder meiner besten Freundin habe oder weil andere schlecht über mich reden.“ Der schulischen Belastungssituation (leistungsthematischer Kontext) geht folgende Instruktion voraus: „Wenn mich etwas in der Schule unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin. Zum Beispiel, weil ich eine schwierige Klassenarbeit schreiben muss oder weil ich zu viele Hausaufgaben auf habe.“ Jedes Item lässt sich inhaltlich einer bestimmten Stressverarbeitungsstrategie zuordnen, so ergibt sich beispielsweise „Wenn mich etwas in der Schule unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, weil ich eine schwierige Klassenarbeit schreiben muss, *dann fällt es mir schwer, an etwas anderes zu denken.*“ Dieses Item gehört zur Stressverarbeitungsstrategie „Gedankliche Weiterbeschäftigung“. Das Antwortformat der Items ist fünffach gestuft (auf keinen Fall – eher nein – vielleicht – eher ja – auf jeden Fall). Den Antworten werden Punktwerte zwischen 0 („auf keinen Fall“) und 4 („auf jeden Fall“) zugeordnet. Über neun Subtests, werden Aspekte der dispositionellen Stressverarbeitung erfasst, wobei zwischen stressreduzierenden und stressvermehrenden Strategien unterschieden wird. Jeder Subtest wird durch jeweils vier Items repräsentiert, deren Addition den entsprechenden Subtestrohwert liefert. Folgende stressreduzierende Strategien werden erhoben: Bagatellisierung, Ablenkung / Erholung, Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktionen und Soziales Unterstützungsbedürfnis. Als stressvermehrende Strategien werden Passive Vermeidung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression erfasst. Die Stressverarbeitungsstrategien können situationsspezifisch oder situationsübergreifend bestimmt werden und lassen sich zu den Sekundärtests emotionsregulierende Bewältigung,

³ Aufgrund des Alters der vorliegenden Stichprobe lautete die Instruktion in der vorliegenden Untersuchung: „Wenn mich *andere Jugendliche* unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin ...“

problemlösende Bewältigung, günstige Stressverarbeitung / positives Coping und ungünstige Stressverarbeitung / negatives Coping zusammenfassen.

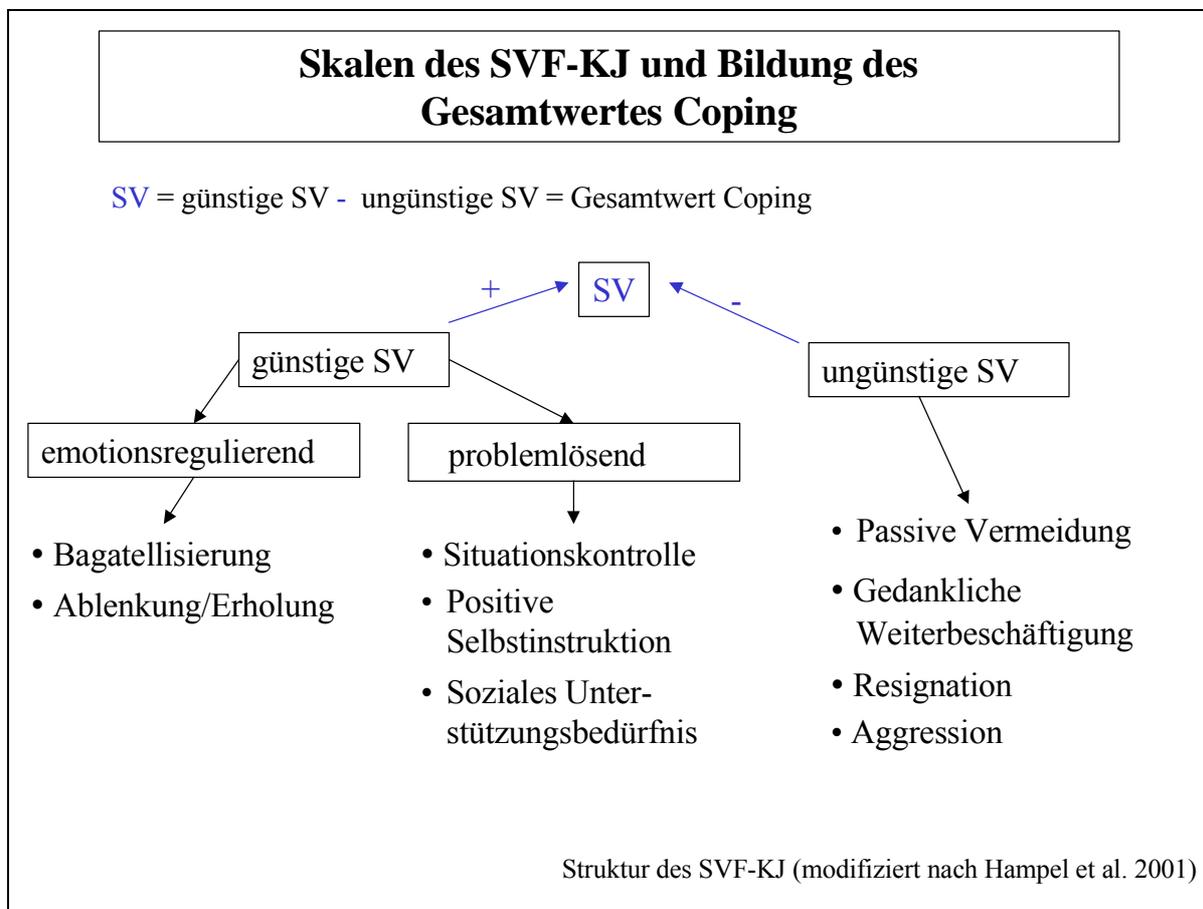


Abbildung 4. Sub-, Sekundär- und Gesamtskalen sowie Bildung des Gesamtwertes Coping.

Die Interkorrelationen der korrespondierenden Subtests der beiden Bezugssituationen sind hoch signifikant und deuten auf eine hohe Situationskonstanz der erfassten Stressverarbeitungsstrategien hin. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der neun situationsübergreifenden Subtests liegen zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .89$, die Retest-Reliabilitäten (6-Wochen) zwischen $r = .61$ und $r = .70$. Hampel, Dickow und Petermann (2002) bescheinigen dem SVF-KJ „eine zufrieden stellende Reliabilität und eine gute Konstruktvalidität“ (S. 288) sowie eine „Eigenständigkeit gegenüber anderen Personenmerkmalen“ (S. 288).

3.5.2 Der Gießen-Test (GT) von Beckmann et al. (1991)

Der Gießen-Test (GT) besteht aus 40 bipolar formulierten Items, die siebenfach gestuft vorliegen und denen bei der Skalenbildung Werte zwischen 1 und 7 zugeordnet werden, wobei negativ gerichtete Items vor der Auswertung entsprechend umgepolt werden müssen.

Items: 3 - 2 - 1 - 0 - 1 - 2 - 3

Skalierung (positiv): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

Skalierung (negativ): 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

Von den 40 Items werden 36 Items zu sechs Skalen zusammengefasst, die jeweils aus 6 Items bestehen und deren Skalenrohwerter sich durch Addition der 6 Itemwerte ergeben.

Der GT erfasst die Dimensionen Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz, wobei die Skalenbezeichnungen der Dimensionen Dominanz, Durchlässigkeit und Soziale Potenz invers sind, d.h. hohe Werte auf diesen Skalen stehen hier jeweils für den der Skalenbezeichnung entgegengesetzten Pol. Um dies deutlich zu machen, wird diesen Skalen bei der Darstellung in der vorliegenden Arbeit jeweils ein (I) = inverse Skalenbezeichnung hinzugefügt.

1. *Soziale Resonanz*: positiv sozial resonant vs. negativ sozial resonant

Diese Skala bildet ab, wie eine Person sich in ihrer Wirkung auf die Umgebung wahrnimmt bzw. von anderen wahrgenommen wird. Wie gut die eigenen Interessen durchgesetzt werden können, wie gut oder schlecht man bei anderen ankommt, wie man sich zeigt und wie man gesehen wird bzw. wie man sich selbst mit den Augen anderer sieht. Dabei gilt, je höher der erreichte Skalenwert, desto höher das Maß an sozialer Bestätigung, desto anziehender, beliebter, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähiger und an schönem Aussehen interessiert die Person.

2. *Dominanz (I)*: dominant vs. gefügig

Diese Skala erfasst, wie eine Person, sich in ihrer Auseinandersetzung mit anderen Menschen erlebt bzw. von anderen erlebt wird. Auf der einen Seite stehen hier Aggressivität, Impulsivität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche und damit eine Tendenz Druck eher abzureagieren, auf der anderen Seite Geduld, Anpassungswille und Unterordnung und die Tendenz Konflikten eher auszuweichen, sich zurückzuziehen oder unterzuordnen. Je höher der erreichte Skalenwert, desto gefügiger, kooperativer, seltener in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, sich gerne unterordnend und geduldiger die Person.

3. **Kontrolle:** unterkontrolliert vs. zwanghaft

Diese Skala zeigt, wie kontrolliert eine Person ist, sich verhält bzw. von anderen erlebt wird. Je höher der erreichte Skalenwert, desto zwanghafter, begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, stetig, es genau nehmend, wahrheitsliebend und unfähig zum Ausgelassensein die Person.

4. **Grundstimmung:** hypomanisch vs. depressiv

Diese Skala erfasst die Grundstimmung einer Person, je höher der erreichte Skalenwert, desto depressiver, häufig bedrückt, stark zur Selbstreflektion neigend, ängstlich, selbstunsicher, sehr selbstkritisch, Ärger eher in sich hineinfressend und eher abhängig die Person.

5. **Durchlässigkeit (I):** durchlässig vs. retentiv

Diese Skala erfasst die Qualität des Kontakterlebens und Verhaltens, sie zeigt, wie offen oder verschlossen eine Person sich selbst erlebt bzw. von anderen erlebt wird, je höher der erreichte Skalenwert, desto retentiver, verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher mißtrauisch und zweifelnd die Person.

6. **Soziale Potenz (I):** sozial potent vs. sozial impotent

Diese Skala bildet ab, wie gesellig sich eine Person sieht bzw. von anderen gesehen wird, je höher der erreichte Skalenwert, desto sozial impotenter, ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu Dauerbindung und phantasiearm die Person.

Die Standardisierung des GT erfolgte 1968 an einer repräsentativen Stichprobe (n = 660). Es folgten zwei Neustandardisierungen 1975 (n = 1601) und 1990 (n = 1575) ebenfalls an repräsentativen Stichproben (Beckmann et al., 1991) und schließlich 1994 eine erste gesamtdeutsche Normierung (Brähler, Schumacher & Brähler, 1999). Ziel der Autoren war es u.a. einen Test von mittlerer Reliabilität zu entwickeln, der einerseits konstante Qualitäten mit genügender Zuverlässigkeit misst, andererseits aber auch psychische Veränderungen durch Längsschnittkontrollen zu erfassen erlaubt, beispielsweise zur Überprüfung von Psychotherapie-Effekten (Brähler & Brähler, 1993). Aufgrund dieses Konstruktionsanspruchs zeigen sich nur mäßige interne Konsistenzen der einzelnen Skalen, durch die Erfassung zeitvariabler Merkmale resultieren ebenfalls nur als mäßig zu bezeichnende Retest-Reliabilitäten. Becker (1997) berichtet in seiner Testrezension zum GT interne Konsistenzen

(Cronbachs Alpha) zwischen .46 und .73 und Retest-Reliabilitäten (6 Wochen) von .67 und .78. Der GT gehört im deutschsprachigen Raum zu den am weitesten verbreiteten und in den letzten Jahrzehnten am häufigsten eingesetzten Persönlichkeitsverfahren (Brähler, 1991, 1998) und ist inzwischen auch in zahlreiche andere Sprachen übersetzt worden. Er zeichnet sich im Vergleich zu anderen rein individualpsychologischen Persönlichkeitstests vor allem dadurch aus, dass er neben dem Selbstbild des Probanden auch die sozialen Einstellungen und Reaktionen und damit ein Bild der Umweltbeziehungen und des Sozialverhalten berücksichtigt. Entsprechend fragen ungefähr die Hälfte aller Items nach Beziehungen zu anderen Menschen. Dazu werden neben emotionaler Grundbefindlichkeit, "Ich-Qualitäten" wie Introspektion, Phantasie, Durchhaltefähigkeit oder Selbstkritik und soziale Beziehungen (Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen) erhoben. Die Betonung der Auseinandersetzung mit anderen Menschen spiegelt sich auch in der Konstruktion einer Testform zur Erfassung des Fremdurteils wider. So erlaubt der GT neben dem Selbstbild einer Person auch die Erhebung einer Fremdeinschätzung, also wie ein Interaktionspartner (Therapeut, Eltern, Partner, Lehrer) die betreffende Person sieht.

Dem GT wurde gegenüber anderen möglichen Verfahren der Vorzug gegeben, da er bereits ab einem Mindestalter von 15 eingesetzt werden kann und schon in einigen Untersuchungen an Jugendlichen zum Einsatz kam, so dass Vergleichsdaten herangezogen werden konnten. Darüber hinaus zeichnet er sich im Vergleich zu anderen Verfahren durch seine hohe Ökonomie aus; die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10-15 Minuten (Beckmann et al., 1991). Und schließlich lassen sich die Skalen des GT recht gut im Rahmen des FFM interpretieren (Schallberger & Venetz, 1998).

3.5.3 Der Selbstbeurteilungsbogen für depressive Störungen (SBB-DES) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)

Der SBB-DES besteht aus insgesamt 29 Items und kann bei Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren eingesetzt werden. Neben verschiedenen ICD-10-Diagnosen werden auch die diagnostischen Kriterien für eine Major Depression und die Dysthyme Störung nach DSM-IV erfragt. Jedes Item (z.B. „Ich bin die meiste Zeit über traurig“) fragt dabei einmal nach dem Schweregrad („Wie zutreffend ist die Beschreibung?“) und zusätzlich nach der wahrgenommenen Problemstärke („Wie sehr ist das ein Problem für Dich?“), beide Fragen

werden anhand einer vierfach gestuften Skala („gar nicht - ein wenig - ziemlich - sehr“) beantwortet. Den Antworten werden Punktwerte zwischen 0 („gar nicht“) und 3 („sehr“) zugeordnet. Zur Berechnung der beiden Gesamtwerte „Depressive Störung (Schweregrad)“ und „Depressive Störung (Problemstärke)“ wird der Mittelwert aus den ersten 26 in die Berechnung der Gesamtskalen eingehenden Items berechnet.

3.6 Datenaufbereitung

Für die Werte der situationsspezifischen Subtests des SVF-KJ wird gemäß der von den Autoren des Tests berichteten hoch signifikanten Interkorrelationen korrespondierender Subtests aus beiden Bezugssituationen eine Analyse auf Situationskonstanz anhand der Daten der eigenen Stichprobe durchgeführt. Bei guter Übereinstimmung sollen für alle weiteren Berechnungen, die im Testmanual (Hampel et al., 2001, S. 38) vorgeschlagenen aggregierten situationsübergreifenden Sub- und Sekundärtestrohwerte genutzt werden.

Die Überprüfung auf Vorliegen eines Mediationsmodells erfolgt in Übereinstimmung mit den von Baron und Kenny (1986) vorgeschlagenen Kriterien. Da dieses Vorgehen für jede Konstellation jeweils drei Regressionsanalysen vorsieht, soll, um das Modell möglichst einfach zu halten, jede der am zu testenden Modell beteiligten Faktoren durch nur eine Variable operationalisiert werden. Entsprechend wird für jedes Instrument ein Gesamtwert ermittelt, der dann als Variable in die Regressionsanalysen eingeht. Der zur Erhebung depressiver Symptome eingesetzte SBB-DES liefert bereits einen Gesamtwert Depressive Störung (Schweregrad), der für die Analysen Verwendung findet. Beim SVF-KJ resultieren zwei Gesamtwerte, einer für günstige und einer für ungünstige Stressverarbeitung. Hier wird um zu einem Gesamtwert zu gelangen, die Differenz der Skalenwerte günstige minus ungünstige Stressverarbeitung gebildet (siehe Abbildung 3).

Beim GT werden die drei Skalen Soziale Resonanz, Dominanz und Kontrolle zu einem Protektionsfaktor und die drei Skalen Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz zu einem Risikofaktor aufaddiert und anschließend, vergleichbar dem Vorgehen beim SVF-KJ zur Bildung eines Gesamtwertes, die Differenz dieser beiden Skalen gebildet.

Die Grundlage für dieses Vorgehen lieferten die Ergebnisse einer eigenen Voruntersuchung, die im Folgenden kurz dargestellt wird.

3.7 Eigene Voruntersuchung

Die von Beckmann et al. (1991) berichteten Befunde aus Untersuchungen mit dem GT, sowie Studien von Schallberger und Venetz (1998), und Becker (1996), welche die Zusammenhänge zwischen FFM und den Skalen des GT untersuchten sowie die unter 2.2.4 zum Zusammenhang von Persönlichkeit und Depression und unter 2.3.7 zum Zusammenhang von Persönlichkeit und Coping berichteten bisherigen Forschungsbefunde, führten zu den im Folgenden vorgestellten und in einer eigenen Voruntersuchung an 162 Jugendlichen untersuchten Hypothesen zum Zusammenhang zwischen den Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen - erfasst mit dem GT - und Coping sowie depressiver Symptomatik.

3.7.1 Hypothesen und Ergebnisse der Voruntersuchung

Die GT-Skalen Soziale Resonanz, Dominanz (I) und Kontrolle wirken sich positiv auf das Stressbewältigungsverhalten aus, sie korrelieren negativ mit depressiver Symptomatik und können damit als Schutzfaktor gegen Depression erachtet werden. Umgekehrt wirken sich die GT-Skalen Grundstimmung, Durchlässigkeit (I) und Soziale Potenz (I) negativ auf das Stressbewältigungsverhalten aus, sie korrelieren positiv mit depressiver Symptomatik und können damit als Risikofaktor für Depression erachtet werden.

Tabelle 2

Ergebnisse der Korrelationsanalyse aus der Vorstudie

Skalen des GT	Depressive Symptomatik	Positives Coping	Negatives Coping
Soziale Resonanz	-.19	.30*	-.17
Dominanz (I)	-.10	.20	-.13
Kontrolle	-.18	.22	-.15
Grundstimmung	.39*	-.29*	.38*
Durchlässigkeit (I)	.16	-.22	.09
Soziale Potenz (I)	.19	-.15	.19

Anmerkungen. (I) = inverse Skalenbezeichnungen des GT. N = 162.

* $p < .003$.

Hypothesenkonform zeigte sich, dass hohe Werte auf der Skala Soziale Resonanz in einem negativen Zusammenhang mit depressiver Symptomatik und ungünstigem Bewältigungsverhalten stehen und sich ein positiver Zusammenhang mit günstigem Bewältigungsverhalten darstellt. Dies steht im Einklang zu Befunden aus Untersuchungen mit dem GT, wonach psychisch Kranke mit unterschiedlichsten Beschwerdebildern eine Tendenz zeigen, ihre soziale Resonanz negativ einzuschätzen (vgl. Beckmann et al., 1991, S. 39). Ebenfalls hypothesenkonform und in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden sind die gefundenen Zusammenhänge für die Skala Dominanz. Wobei hier die inverse Skalenbezeichnung beachtet werden muss, d.h. hohe Werte auf dieser Skala stehen für den Gegenpol „Gefügigkeit“. Beckmann et al. (1991) berichten, dass Patienten mit psychogenen Störungen im Mittel eher in Richtung Dominanz ankreuzen, während bei Probanden aus der Normalbevölkerung eine klare Tendenz erkennbar ist, sich relativ gefügig und anpassungswillig darzustellen. Die Skala Kontrolle korreliert positiv mit günstigem Coping und negativ mit ungünstigem Coping und depressiver Symptomatik. Auch dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden, die zeigen konnten, dass persönliche Kontrollüberzeugungen und ein hohes Maß an Selbstdisziplin wichtige Ressourcen für ein aktives problemlösendes Copingverhalten darstellen. Auch berichten Beckmann et al. (1991) dass „Patienten und Studenten, die eine Psychotherapeutische Beratungsstelle aufsuchen, Werte [aufweisen], die nach links abweichen“ (vgl. Beckmann et al., 1991, S. 42). Eine noch deutlichere Kontrollschwäche fand sich in einer Untersuchung delinquenter männlicher Jugendlicher (vgl. Beckmann et al., 1991, S. 42-43). Bei der Skala Grundstimmung bedeuten hohe Werte eine negative Grundstimmung, diese zeigen wie erwartet einen positiven Zusammenhang mit depressiver Symptomatik und ungünstigem Bewältigungsverhalten und korrelieren negativ mit günstigem Bewältigungsverhalten. Sowohl psychosomatisch erkrankte Patienten als auch jene, die als depressiv diagnostiziert werden, zeigen im Mittel deutlich höhere Werte auf dieser Skala (vgl. Beckmann et al., 1991, S. 44). Für die Skala Durchlässigkeit zeigen sich hypothesenkonform und in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden positive Zusammenhänge mit depressiver Symptomatik und ungünstigem Bewältigungsverhalten und eine negative Korrelation mit günstigem Bewältigungsverhalten. Auch hier muss die inverse Skalenbezeichnung beachtet werden, wonach hohe Werte auf dieser Skala für Verslossenheit stehen. Psychisch Kranke zeigen deutlich höhere Werte, wobei sich die höchsten Werte für Patienten mit zwanghaften oder depressiven Zügen finden (vgl. Beckmann et al., 1991, S. 45). Soziale Potenz bzw. für hohe Werte auf dieser Skala der Gegenpol Soziale Impotenz steht wie erwartet in positivem Zusammenhang mit depressiver

Symptomatik und ungünstigem Bewältigungsverhalten und zeigt einen negativen Zusammenhang mit günstigem Bewältigungsverhalten.

3.7.2 Die Bildung eines Gesamtwertes Persönlichkeit

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der eigenen Voruntersuchung schließen, dass sich die mit dem GT gefundenen Zusammenhänge zwischen Skalenausprägungen und Psychopathologie tendenziell und richtungskonform auch bei Jugendlichen aus der Normalbevölkerung zeigen. Danach scheint hohen Werten auf den Skalen Soziale Resonanz, Dominanz und Kontrolle eine protektive Wirkung zuzukommen, während hohe Skalenwerte auf den Skalen Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz eher als risikoerhöhend gelten müssen. Zur Bildung eines Gesamtwertes Persönlichkeit werden daher die Skalenwerte für Soziale Resonanz, Dominanz und Kontrolle zu einer Art Schutzfaktor summiert. Die Skalenwerte Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz werden analog zu einer Art Risikofaktor summiert. Anschließend wird, vergleichbar dem Vorgehen zur Aggregation der Gesamtskalen günstige und ungünstige Stressverarbeitung, die Differenz beider potentieller Skalen gebildet, indem der Protektionsfaktor vom Risikofaktor subtrahiert wird.

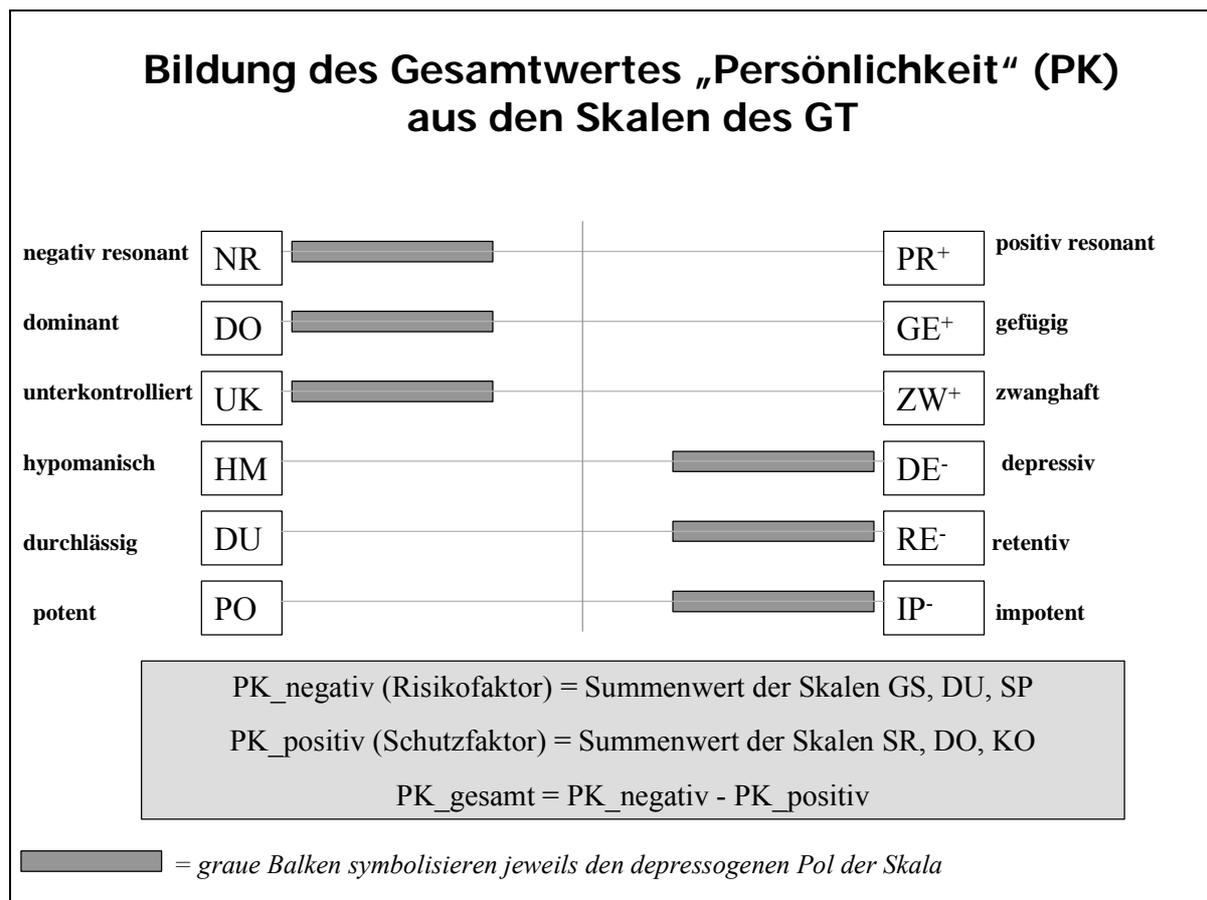


Abbildung 5: Darstellung eines depressogenen Profils anhand der Skalenausprägungen des GT und der Bildung des Gesamtwertes Persönlichkeit.

3.8 Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung erfolgt mit SPSS für Windows in der Version 10.0. Fehlende Rohwerte in den Datensätzen werden nach Maßgabe der jeweiligen Autoren behandelt und wo möglich entsprechend ersetzt. In die Längsschnittanalysen werden nur jene Fälle einbezogen, für die vollständige Datensätze aller in die Berechnungen eingehenden Messzeitpunkte vorliegen. Bei allen Mittelwertvergleichen wird ein zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall gewählt. Bei der Berechnung multipler Tests wird zur Vermeidung einer α -Fehlerkumulierung eine Bonferoni-Adjustierung⁴ vorgenommen und es werden jeweils die in Abhängigkeit von der Anzahl durchgeführter Tests errechneten Signifikanzen angegeben. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen werden multivariate Varianzanalysen und t-Tests gerechnet, bei der Prüfung der Zusammenhangshypothesen kommen

⁴ Bonferoni-Korrektur: $\alpha' = \alpha / m$ [m = Anzahl simultaner Tests, (Bortz, 1993, S.249)]

Pearsonkorrelationen und simultane sowie hierarchische Regressionsanalysen zur Anwendung.

Die für Regressionsanalysen notwendigen Voraussetzung der Normalverteilung von Variablen und Residuen wird grafisch überprüft. Auf eine zusätzliche mögliche Prüfung durch Kolmogorov-Smirnov-Tests wird verzichtet, da Brosius darauf hinweist, dass dieses Verfahren auf perfekte Normalverteilung hin testet und dadurch häufig selbst dann zu einer Ablehnung der Normalverteilungsannahme führt, wenn die Werte annähernd normalverteilt sind (Brosius, 2002, S. 380). Bei größeren Stichproben ($N < 30$) können zudem geringfügige Abweichungen von der Normalverteilung vernachlässigt werden, da sie lediglich zu einer unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse parametrischer Tests führen (Bortz, Lienert & Boehnke, 2000). Da für die im Zusammenhang mit Regressionsanalysen eigentlich geforderte strengere Voraussetzung der multivariaten Normalverteilungsannahme bisher noch kein ausgereifter Test existiert, gilt, dass die Voraussetzung auf Normalverteilung vernachlässigbar ist, sofern der Stichprobenumfang im Verhältnis zur Anzahl der Variablen ausreichend groß ist [$N > 40$ bei $k < 10$ (Bortz, 1993, S. 417)], was im Falle der vorliegenden Untersuchung gegeben ist.

Um eine Autokorrelation der Residuen ausschließen zu können, wird der Durbin-Watson-Koeffizient (DW) berechnet. Je näher dieser Koeffizient dem Wert 2 liegt, umso geringer ist das Ausmaß einer Autokorrelation der Residuen, wobei der akzeptable Wertebereich wie folgt definiert werden kann: $1.5 \geq DW \leq 2.5$ (Brosius, 2002, S. 559f). Um sicher zu stellen, dass keine Multikollinearität zwischen den erklärenden Variablen besteht wird eine Kollinearitätsdiagnose durchgeführt und die in SPSS resultierenden Toleranzen betrachtet. Dabei gilt, je kleiner der Toleranzwert, desto eher muss davon ausgegangen werden, dass Multikollinearität vorliegt, wobei Toleranzwerte < 0.1 den Verdacht auf das Vorliegen von Kollinearität wecken und bei Toleranzwerten < 0.01 nahezu sicher auf das Vorliegen von Kollinearität geschlossen werden kann (Brosius, 2002, S. 564). Entsprechende Durbin-Watson-Koeffizienten und Toleranzwerte werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung nur berichtet, sofern sich bei der Überprüfung Werte ergeben sollten, die außerhalb der hier dargestellten Toleranzbereiche liegen.

Die Prüfung auf Vorliegen eines Mediationsmodells geschieht über Regressionsanalysen und orientiert sich an dem von Baron und Kenny (1986) beschriebenen

Vorgehen. In Abbildung 5 sind die wichtigsten Punkte dieses Vorgehens kurz dargestellt. Obgleich der Zusammenhang zwischen unabhängiger Variable (UV), Mediatorvariable (MV) und abhängiger Variable (AV) nicht notwendigerweise „kausal“ ist und daher auch nicht im Sinne der Kausalität interpretiert werden kann, wird in Mediationsmodellen implizit zumeist angenommen, dass „the nature of the mediated relationship is such, that the independent variable influences the mediator which, in turn, influences the outcome“ (Holmbeck, 1997, p.600). Eine Variable erfüllt die Funktion eines Mediators ideal, wenn die zuvor signifikante Beziehung zwischen UV und AV (c) verschwindet bzw. deutlich schwächer wird, sobald der Effekt der Mediatorvariable (a-b) kontrolliert wird. Reduziert sich die Beziehung zwischen UV und AV dagegen lediglich, so spricht man von einer partiellen Mediation.

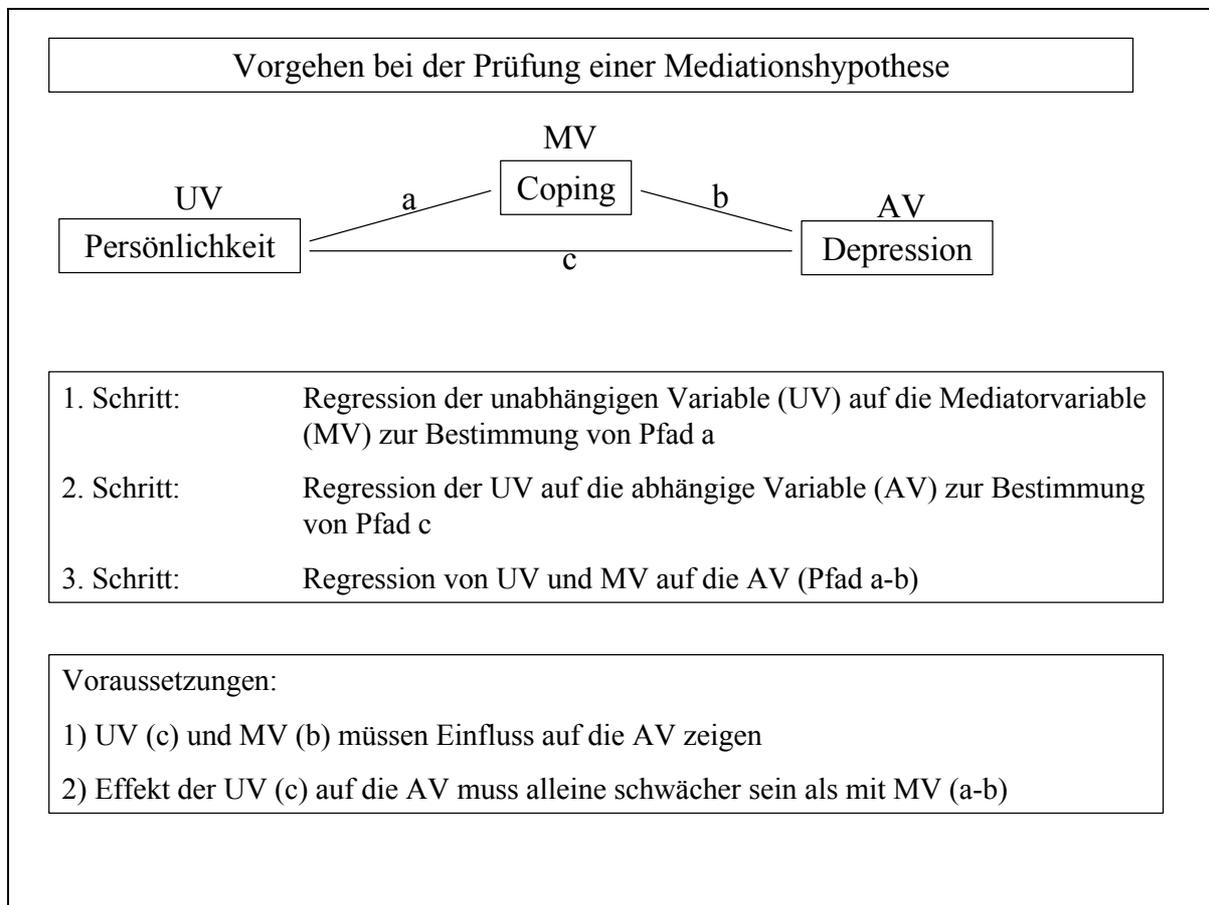


Abbildung 6: Methodisches Vorgehen und Voraussetzungen für die Prüfung einer Mediationshypothese.

4 Ergebnisse

4.1 Hypothesen (Querschnitt, t1)

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf den Querschnittsberechnungen der zum ersten Messzeitpunkt (t1) erhobenen Daten. Eine Übersicht über alle zu t1 zwischen den einzelnen Skalen der verschiedenen Fragebögen ermittelten Korrelationen findet sich in tabellarischer Darstellung in Anhang D.

4.1.1 Jugendliche wählen über zwei verschiedene Belastungssituationen hinweg vergleichbare Copingstrategien

Um die Situationskonstanz der gewählten Copingstrategien über die beiden vorgegebenen Belastungssituationen aus dem SVF-KJ hinweg zu ermitteln, werden die Korrelationen der situationsspezifischen Subtests ermittelt.

Tabelle 3

Korrelationen der gepaarten situationsspezifischen Subtests des SVF-KJ

Skalen des SVF-KJ	M_{s1} (SD_1)	M_{s2} (SD_2)	n	r	p
Bagatellisierung	6.97 (2.87)	6.99 (3.12)	283	.62	.000*
Ablenkung/Erholung	5.36 (3.26)	5.01 (3.25)	283	.70	.000*
Situationskontrolle	9.57 (3.37)	9.18 (3.41)	283	.68	.000*
Positive Selbstinstruktion	9.40 (3.35)	9.31 (3.44)	283	.73	.000*
Soziales	8.46 (3.67)	8.94 (3.76)	283	.79	.000*
Unterstützungsbedürfnis					
Passive Vermeidung	6.37 (3.80)	6.55 (4.16)	283	.74	.000*
Gedankliche	8.14 (3.75)	7.45 (3.91)	283	.66	.000*
Weiterbeschäftigung					
Resignation	4.59 (3.32)	4.52 (3.31)	283	.68	.000*
Aggression	6.73 (3.52)	6.27 (4.00)	283	.75	.000*
Emotionsregulierend					
Problemlösend	6.17 (2.57)	6.00 (2.62)	283	.69	.000*
Positives Coping					
Negatives Coping	7.95 (2.18)	7.89 (2.21)	283	.80	.000*

Anmerkungen. M_{s1} (SD_1) = Mittelwert / Standardabweichung Situation 1 (soziale Belastungssituation). M_{s2} (SD_2) = Mittelwert / Standardabweichung Situation 2 (schulische Belastungssituation)

* $p < .003$.

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, zeigt die Korrelationsanalyse einen deutlichen linearen Zusammenhang aller Skalen des SVF-KJ zwischen beiden Situationen. Die gepaarten Variablen korrelieren alle signifikant ($p < .003$) miteinander; die Höhe der Korrelationskoeffizienten, die von $r = .62$ bis $r = .82$ reicht, ist dabei den bei Hampel et al. (2001) aus zwei Validierungsstudien berichteten Korrelationskoeffizienten vergleichbar.

4.1.2 Mädchen und Jungen unterscheiden sich in der Wahl ihrer Copingstrategien

Zur Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Geschlecht als unabhängiger Variable und den situationsübergreifenden Copingstrategien als abhängigen Variablen gerechnet.

Tabelle 4

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Geschlecht als unabhängiger Variable und den Skalen des SVF-KJ als abhängigen Variablen

Skalen des SVF-KJ	$M_M (SD_M)$	$M_J (SD_J)$	F	df	p
Bagatellisierung	13.32 (5.74)	14.52 (5.01)	3.54	1/281	.061
Ablenkung/Erholung	8.27 (5.52)	12.28 (5.78)	35.42	1/281	.000*
Situationskontrolle	20.12 (5.99)	17.52 (6.17)	12.92	1/281	.000*
Positive Selbstinstruktion	19.07 (6.46)	18.40 (6.19)	.78	1/281	.378
Soziales	19.33 (7.25)	15.68 (6.37)	20.33	1/281	.000*
Unterstützungsbedürfnis					
Passive Vermeidung	14.03 (7.68)	11.93 (7.04)	5.75	1/281	.017
Gedankliche	17.49 (7.01)	13.89 (6.53)	20.08	1/281	.000*
Weiterbeschäftigung					
Resignation	8.43 (5.56)	9.72 (6.46)	3.25	1/281	.073
Aggression	13.55 (7.42)	12.51 (6.64)	1.56	1/281	.213
Emotionsregulierend	10.79 (4.81)	13.40 (4.39)	22.69	1/281	.000*
Problemlösend	19.51 (5.44)	17.20 (5.45)	12.67	1/281	.000*
Positives Coping	16.02 (4.02)	15.68 (4.28)	.48	1/281	.491
Negatives Coping	13.38 (5.48)	12.01 (5.49)	4.35	1/281	.038

Anmerkungen. $M_M (SD_M)$ = Mittelwert (Standardabweichung) Mädchen. $M_J (SD_J)$ = Mittelwert (Standardabweichung) Jungen.

* $p < .003$.

Mädchen unterscheiden sich hinsichtlich der Auswahl ihrer Copingstrategien von Jungen. Sie zeigen im Vergleich eine verstärkte Wahl der Copingstrategien soziales Unterstützungsbedürfnis [$F(1/281) = 20.33, p < .003$], gedankliche Weiterbeschäftigung [$F(1/281) = 20.08, p < .003$] und Situationskontrolle [$F(1/281) = 12.92, p < .003$]. Dagegen geben sie wesentlich seltener Ablenkung/Erholung an als Jungen [$F(1/281) = 35.42, p < .003$]. Die Betrachtung der Sekundärskalen ergibt, dass Mädchen mehr problemlösendes Coping [$F(1/281) = 12.67, p < .003$] und weniger emotionsregulierendes Coping [$F(1/281) = 22.69, p < .003$] zeigen als Jungen. Bei Betrachtung der Gesamtskalen findet sich jedoch kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

4.1.3 Jugendliche unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Schwere depressiver Symptomatik in ihren Persönlichkeitsmerkmalen und ihren Copingstrategien

Für den Gesamtwert depressiver Symptome wird der Median bestimmt und die Fälle per Mediansplit in die beiden Gruppen „niedrige“ vs. „hohe“ depressive Symptomatik geteilt.

Tabelle 5

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit den Skalen des GT als abhängigen Variablen und den mittels Mediansplit ($Mdn = .462$) gebildeten Gruppen „niedrige“ ($ND, n = 139$) vs. „hohe“ ($HD, n=144$) depressive Symptombelastung als unabhängiger Variable

Skalen des GT	$M_{ND} (SD_{ND})$	$M_{HD} (SD_{HD})$	F	df	p
Soziale Resonanz	27.16 (4.47)	25.52 (4.99)	8.43	1/281	,004*
Dominanz (I)	25.46 (3.90)	24.53 (4.23)	3.72	1/281	,055
Kontrolle	24.01 (3.89)	23.70 (4.14)	.43	1/281	.513
Grundstimmung (I)	21.95 (3.83)	24.53 (4.38)	27.91	1/281	.000*
Durchlässigkeit (I)	20.68 (4.31)	22.85 (4.76)	16.16	1/281	.000*
Soziale Potenz (I)	20.06 (4.32)	21.76 (4.43)	10.58	1/281	.001*

Anmerkungen. $M_{ND} (SD_{ND})$ = Mittelwert (Standardabweichung) niedrige depressive Symptombelastung. $M_{HD} (SD_{HD})$ = Mittelwert (Standardabweichung) hohe depressive Symptombelastung.

* $p < .008$.

Jugendliche mit höherer depressiver Symptomatik zeichnen sich im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptomatik durch geringere Soziale Resonanz [$F(1/281) = 8.43, p < .008$], eine deutlich negativere Grundstimmung [$F(1/281) = 27.91, p < .008$], höhere Verslossenheit [$F(1/281) = 16.16, p < .008$] und geringere Soziale Potenz [$F(1/281) = 10.58, p < .008$] aus.

Tabelle 6

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit den Skalen des SVF-KJ als abhängigen Variablen und den mittels Mediansplit gebildeten Gruppen „niedrige“ vs. „hohe“ depressive Symptombelastung als unabhängiger Variable

Skalen des SVF-KJ	M_{ND} (SD_{ND})	M_{HD} (SD_{HD})	F	df	p
Bagatellisierung	13.90 (5.63)	14.01 (5.17)	.03	1/281	.867
Ablenkung/Erholung	10.28 (5.98)	10.47 (6.02)	.07	1/281	.788
Situationskontrolle	19.57 (6.66)	17.96 (5.66)	4.82	1/281	.029
Positive Selbstinstruktion	19.88 (6.55)	17.60 (5.89)	9.51	1/281	.002*
Soziales Unterstützungsbedürfnis	17.22 (7.47)	17.59 (6.60)	.20	1/281	.655
Passive Vermeidung	11.02 (7.21)	14.76 (7.15)	19.20	1/281	.000*
Gedankliche Weiterbeschäftigung	13.95 (7.03)	17.18 (6.58)	15.93	1/281	.000*
Resignation	6.27 (4.90)	11.85 (5.86)	75.08	1/281	.000*
Aggression	11.03 (7.20)	14.91 (6.31)	23.30	1/281	.000*
Emotionsregulierend	12.09 (4.76)	12.24 (4.79)	.07	1/281	.792
Problemlösend	18.89 (5.91)	17.72 (5.15)	3.17	1/281	.076
Positives Coping	16.17 (4.26)	15.53 (4.04)	1.70	1/281	.194
Negatives Coping	10.57 (5.28)	14.68 (4.98)	45.33	1/281	.000*

Anmerkungen. M_{ND} (SD_{ND}) = Mittelwert (Standardabweichung) niedrige depressive Symptombelastung. M_{HD} (SD_{HD}) = Mittelwert (Standardabweichung) hohe depressive Symptombelastung.

* $p < .003$.

Jugendliche mit höherer depressiver Symptombelastung geben im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptombelastung weniger Positive Selbstinstruktion [$F(1/281) = 9.51, p < .003$] an. Sie zeigen im Mittel fast doppelt so hohe Werte auf der Skala Resignation [$F(1/281) = 75.08, p < .003$] und für die depressivere Gruppe zeigen sich ebenfalls wesentlich höherer Werte für alle anderen ungünstigen Copingstrategien: Aggression [$F(1/281) = 23.30, p < .003$], Passive Vermeidung [$F(1/281) = 19.20, p < .003$] und gedankliche Weiterbeschäftigung [$F(1/281) = 15.93, p < .003$]. Folglich unterscheiden sich depressivere Jugendliche auch auf der Gesamtskala Negatives Coping [$F(1/281) = 45.33, p < .003$] signifikant von Jugendlichen mit niedrigerer Symptombelastung.

4.1.4 Coping mediert den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik

Tabelle 7

Regression von Persönlichkeit (UV) auf Coping (MV)

Variable	Coping					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	R^2
Persönlichkeit	-0.15	0.26	-.33***	1/281	33.56	.11

*** $p < .001$.

Wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, wird die Gleichung insgesamt signifikant [$F(1/281) = 39.06$, $p < .001$]. Es zeigt sich ein signifikant negativer linearer Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Coping. Persönlichkeit klärt ca.11% der Varianz des Copings auf, damit kann der für ein Mediationsmodell geforderte Zusammenhang zwischen UV und MV als gegeben angesehen werden.

Tabelle 8

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der depressiven Symptomatik durch die Variablen Persönlichkeit und Coping

Variable	Depressive Symptomatik					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	R^2
1. Schritt				1/281	39.06***	.12
Persönlichkeit	0.01	0.00	.35***			
2. Schritt				2/280	33.87***	.20
Persönlichkeit	0.00	0.00	.26***			
Coping	-0.02	0.00	-.29***			

Anmerkung. $\Delta R^2 = .08$ für Schritt 2($p < .001$).

*** $p < .001$.

Tabelle 8 zeigt, dass Persönlichkeit mit 12% einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung depressiver Symptome leistet [$F(1/281) = 39.06$, $p < .001$], wodurch der für ein Mediationsmodell geforderte Zusammenhang zwischen UV und AV als gegeben angesehen werden kann. Vergleicht man die Ergebnisse aus Schritt 1 und 2 zeigt sich zudem, dass die Aufnahme der Variable Coping eine Zunahme des Anteils aufgeklärter Varianz von 8% bewirkt. Das Gesamtmodell wird ebenfalls signifikant [$F(1/281) = 33.87$, $p < .001$] und beide Variablen erklären gemeinsam ca. 20% der Varianz depressiver Symptomatik, wobei

die Beiträge, die beide Prädiktorvariablen an der Varianzaufklärung leisten, vergleichbar sind. Die Variable Coping kann allenfalls als partieller Mediator des Einflusses von Persönlichkeit auf die depressive Symptomatik betrachtet werden, denn der Beitrag der Variable Persönlichkeit sinkt zwar nach Aufnahme von Coping ins Modell ab, bleibt jedoch weiterhin auf dem gleichen Niveau signifikant.

4.2 Hypothesen (Querschnitt, t3)

Um die anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes gefundenen Effekte auf Stabilität und Replizierbarkeit zu überprüfen, folgen nun analog zu Kapitel 4.1 die Ergebnisse der Analysen mit den ein Jahr später erhobenen Daten. Eine Übersicht über alle zu t3 zwischen den einzelnen Skalen der verschiedenen Fragebögen ermittelten Korrelationen findet sich in tabellarischer Darstellung in Anhang E.

4.2.1 Jugendliche wählen über zwei verschiedene Belastungssituationen hinweg vergleichbare Copingstrategien

Um die Konstanz der gewählten Copingstrategien über die beiden vorgegebenen Belastungssituationen aus dem SVF-KJ hinweg zu ermitteln, werden die Korrelationen der situationsspezifischen Subtests ermittelt.

Tabelle 9

Korrelationen der gepaarten situationsspezifischen Subtests des SVF-KJ

Skalen des SVF-KJ	M_{s1} (SD_1)	M_{s2} (SD_2)	n	r	p
Bagatellisierung	6.93 (2.82)	6.95 (2.99)	253	.57	.000*
Ablenkung/Erholung	5.52 (3.10)	4.95 (3.21)	255	.59	.000*
Situationskontrolle	8.81 (3.42)	8.55 (3.51)	254	.65	.000*
Positive Selbstinstruktion	8.58 (3.30)	8.77 (3.64)	254	.70	.000*
Soziales	7.96 (3.53)	8.20 (3.88)	254	.71	.000*
Unterstützungsbedürfnis					
Passive Vermeidung	6.20 (3.63)	6.43 (3.80)	254	.72	.000*
Gedankliche	8.03 (3.71)	7.43 (3.73)	254	.66	.000*
Weiterbeschäftigung					
Resignation	5.04 (3.28)	5.11 (3.56)	254	.68	.000*
Aggression	7.09 (3.32)	6.65 (3.65)	254	.67	.000*
Emotionsregulierend					
Problemlösend	6.23 (2.44)	5.94 (2.48)	255	.66	.000*
Positives Coping					
Negatives Coping	7.56 (2.09)	7.47 (2.30)	255	.78	.000*

Anmerkungen. M_{s1} (SD_1) = Mittelwert / Standardabweichung Situation 1 (soziale Belastungssituation). M_{s2} (SD_2) = Mittelwert / Standardabweichung Situation 2 (schulische Belastungssituation).

* $p < .003$.

Die Korrelationsanalyse zeigt auch für die Daten von t3 einen deutlichen linearen Zusammenhang aller Skalen des SVF-KJ zwischen beiden Situationen. Die gepaarten Variablen korrelieren alle signifikant ($p < .003$) miteinander; die Höhe der Korrelationskoeffizienten ist denen des ersten Messzeitpunktes vergleichbar.

4.2.2 Mädchen und Jungen unterscheiden sich in der Wahl ihrer Copingstrategien

Zur Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Geschlecht als unabhängiger Variable und den situationsübergreifenden Copingstrategien als abhängigen Variablen gerechnet.

Tabelle 10

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Geschlecht als unabhängiger Variable und den Skalen des SVF-KJ als abhängigen Variablen

Skalen des SVF-KJ	$M_M (SD_M)$	$M_J (SD_J)$	F	df	p
Bagatellisierung	13.32 (5.17)	14.20 (5.17)	1.82	1/254	.179
Ablenkung/Erholung	8.50 (5.78)	12.14 (4.91)	29.77	1/254	.000*
Situationskontrolle	19.31 (6.19)	15.53 (5.96)	24.63	1/254	.000*
Positive Selbstinstruktion	18.42 (6.73)	16.32 (6.01)	6.93	1/254	.009
Soziales	18.70 (7.17)	13.86 (5.75)	36.01	1/254	.000*
Unterstützungsbedürfnis					
Passive Vermeidung	13.81 (7.78)	11.54 (5.86)	7.02	1/254	.009
Gedankliche	17.62 (7.37)	13.50 (5.62)	25.65	1/254	.000*
Weiterbeschäftigung					
Resignation	9.62 (6.30)	10.57 (6.18)	1.49	1/254	.224
Aggression	14.64 (6.90)	12.87 (5.78)	5.02	1/254	.026
Emotionsregulierend	10.91 (4.50)	13.20 (4.19)	17.70	1/254	.000*
Problemlösend	18.81 (5.84)	15.23 (5.09)	27.37	1/254	.000*
Positives Coping	15.65 (4.09)	14.45 (4.15)	5.39	1/254	.021
Negatives Coping	13.92 (5.65)	12.12 (4.80)	7.60	1/254	.006

Anmerkungen. $M_M (SD_M)$ = Mittelwert (Standardabweichung) Mädchen. $M_J (SD_J)$ = Mittelwert (Standardabweichung) Jungen.

* $p < .003$.

Mädchen unterscheiden sich hinsichtlich der Auswahl ihrer Copingstrategien von Jungen. Sie zeigen im Vergleich eine verstärkte Wahl der Copingstrategien soziales Unterstützungsbedürfnis [$F(1/254) = 36.01, p < .003$], gedankliche Weiterbeschäftigung [$F(1/254) = 25.65, p < .003$] und Situationskontrolle [$F(1/254) = 24.63, p < .003$]. Dagegen geben sie wesentlich seltener Ablenkung/Erholung an als Jungen [$F(1/254) = 29.77, p < .003$]. Die Betrachtung der Sekundärskalen ergibt, dass Mädchen mehr problemlösendes Coping [$F(1/254) = 27.37, p < .003$] und weniger emotionsregulierendes Coping [$F(1/254) = 17.70, p < .003$] zeigen als Jungen. Bei Betrachtung der Gesamtskalen findet sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

4.2.3 Jugendliche unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Schwere depressiver Symptomatik in ihren Persönlichkeitsmerkmalen und ihren Copingstrategien

Für den Gesamtwert depressiver Symptome wird der Median bestimmt und die Fälle per Mediansplit in die beiden Gruppen „niedrige“ vs. „hohe“ depressive Symptomatik geteilt.

Tabelle 11

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit den Skalen des GT als abhängigen Variablen und den mittels Mediansplit ($Mdn = .462$) gebildeten Gruppen „niedrige“ ($ND, n = 128$) vs. „hohe“ ($HD, n = 128$) depressive Symptombelastung als unabhängiger Variable

Skalen des GT	$M_{ND} (SD_{ND})$	$M_{HD} (SD_{HD})$	F	df	p
Soziale Resonanz	27.61 (4.89)	25.63 (4.80)	10.67	1/253	,001*
Dominanz (I)	25.96 (4.00)	24.52 (3.88)	8.49	1/253	,004*
Kontrolle	24.02 (3.53)	24.13 (3.41)	.06	1/253	.802
Grundstimmung (I)	21.52 (5.14)	25.04 (3.62)	40.01	1/253	.000*
Durchlässigkeit (I)	20.66 (5.44)	23.30 (5.11)	15.99	1/253	.000*
Soziale Potenz (I)	19.77 (5.22)	22.31 (5.19)	15.20	1/253	.000*

Anmerkungen. $M_{ND} (SD_{ND})$ = Mittelwert (Standardabweichung) niedrige depressive Symptombelastung. $M_{HD} (SD_{HD})$ = Mittelwert (Standardabweichung) hohe depressive Symptombelastung.

* $p < .008$.

Jugendliche mit höherer depressiver Symptomatik zeichnen sich im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptomatik durch geringere Soziale Resonanz [$F(1/253) = 10.67, p < .008$], höhere Dominanz [$F(1/253) = 8.49, p < .008$], eine deutlich negativere Grundstimmung [$F(1/253) = 40.01, p < .008$], höhere Verslossenheit [$F(1/253) = 15.99, p < .008$] und geringere Soziale Potenz [$F(1/253) = 15.20, p < .008$] aus.

Tabelle 12

Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit den Skalen des SVF-KJ als abhängigen Variablen und den mittels Mediansplit gebildeten Gruppen „niedrige“ (ND, n = 128) vs. „hohe“ (HD, n = 128) depressive Symptombelastung als unabhängiger Variable

Skalen des SVF-KJ	M_{ND} (SD_{ND})	M_{HD} (SD_{HD})	F	df	p
Bagatellisierung	13.78 (5.72)	13.80 (4.60)	.00	1/254	.971
Ablenkung/Erholung	10.45 (5.91)	10.48 (5.34)	.00	1/254	.973
Situationskontrolle	17.89 (7.05)	16.65 (5.51)	2.47	1/254	.117
Positive Selbstinstruktion	18.70 (6.76)	15.87 (5.76)	13.05	1/254	.000*
Soziales Unterstützungsbedürfnis	15.91 (7.31)	16.27 (6.43)	.18	1/254	.670
Passive Vermeidung	10.90 (6.90)	14.27 (6.48)	16.28	1/254	.000*
Gedankliche Weiterbeschäftigung	13.92 (7.00)	16.88 (6.27)	12.65	1/254	.000*
Resignation	7.81 (5.81)	12.45 (5.79)	40.93	1/254	.000*
Aggression	11.91 (6.59)	15.46 (5.62)	21.44	1/254	.000*
Emotionsregulierend	12.14 (4.67)	12.15 (4.30)	.00	1/254	.978
Problemlösend	17.50 (6.20)	16.26 (5.15)	3.01	1/254	.084
Positives Coping	15.38 (4.47)	14.63 (3.80)	2.10	1/254	.149
Negatives Coping	11.14 (5.26)	14.77 (4.64)	34.25	1/254	.000*

Anmerkungen. M_{ND} (SD_{ND}) = Mittelwert (Standardabweichung) niedrige depressive Symptombelastung. M_{HD} (SD_{HD}) = Mittelwert (Standardabweichung) hohe depressive Symptombelastung.

* $p < .003$.

Jugendliche mit höherer depressiver Symptombelastung geben im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptombelastung weniger Positive Selbstinstruktion [$F(1/254) = 13.05$, $p < .003$] an. Sie zeigen im Mittel höhere Werte auf den Skalen Passive Vermeidung [$F(1/254) = 14.27$, $p < .003$], Gedankliche Weiterbeschäftigung [$F(1/254) = 12.65$, $p < .003$], Resignation [$F(1/254) = 40.93$, $p < .003$] und Aggression [$F(1/254) = 21.44$, $p < .003$]. Folglich unterscheiden sich depressivere Jugendliche auch auf der Gesamtskala Negatives Coping [$F(1/254) = 34.25$, $p < .003$] signifikant von Jugendlichen mit niedrigerer Symptombelastung.

4.2.4 Coping mediert den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik

Tabelle 13

Regression von Persönlichkeit (UV) auf Coping (MV)

Variable	Coping					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	R^2
Persönlichkeit	-0.16	0.02	-.43***	1/253	58.72	.19

*** $p < .001$.

Wie Tabelle 13 zu entnehmen ist, wird die Gleichung insgesamt signifikant [$F(1/253) = 58.72$, $p < .001$]. Es zeigt sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Coping. Persönlichkeit klärt ca. 19% der Varianz des Copings auf, damit kann der für ein Mediationsmodell geforderte Zusammenhang zwischen UV und MV als gegeben angesehen werden.

Tabelle 14

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der depressiven Symptomatik durch die Variablen Persönlichkeit und Coping

Variable	Depressive Symptomatik					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	R^2
1. Schritt				1/253	48.48***	.16
Persönlichkeit	0.01	0.00	.31***			
2. Schritt				2/252	30.74***	.20
Persönlichkeit	0.00	0.00	.26***			
Coping	-0.02	0.00	-.21***			

Anmerkung. $\Delta R^2 = .04$ für Schritt 2 ($p < .001$).

*** $p < .001$.

Tabelle 14 zeigt dass Persönlichkeit mit 16% einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung depressiver Symptome leistet [$F(1/253) = 48.48$, $p < .001$]. Vergleicht man die Ergebnisse aus Schritt 1 und 2 zeigt sich zudem, dass die Aufnahme der Variable Coping eine Zunahme des Anteils aufgeklärter Varianz von 4% bewirkt. Das Gesamtmodell wird ebenfalls signifikant [$F(2/252) = 30.74$, $p < .001$] und beide Variablen erklären gemeinsam ca. 20% der Varianz depressiver Symptomatik, wobei die Beiträge, die beide Prädiktorvariablen an der Varianzaufklärung leisten, vergleichbar sind. Die Variable Coping kann allenfalls als

partieller Mediator des Einflusses von Persönlichkeit auf die depressive Symptomatik betrachtet werden, denn der Beitrag der Variable Persönlichkeit sinkt zwar nach Aufnahme von Coping ins Modell ab, bleibt jedoch weiterhin signifikant.

Nachdem sich bei der Analyse der Querschnittsdaten zu beiden Messzeitpunkten Hinweise für einen partiellen Mediationseffekt der Variable Coping für den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik fanden und Persönlichkeit und Coping gemeinsam jeweils ca. 20% der Varianz depressiver Symptomatik aufklären, soll im Folgenden geprüft werden, ob sich auch bei der Analyse der Längsschnittdaten entsprechende Hinweise auf ein partielles Mediationsmodell finden lassen und inwiefern Coping und Persönlichkeit unabhängig von der depressiven Ausgangssymptomatik in der Lage sind einen bedeutenden Beitrag zur Prädiktion depressiver Symptomatik zu leisten.

4.3 Hypothesen (Längsschnitt, t1-t2-t3)

4.3.1 Es wird erwartet, dass Coping (t2) den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit (t1) und depressiver Symptomatik (t3) mediiert

Tabelle 15

Regression von Persönlichkeit (UV) auf Coping (MV)

Variable	Coping (t2)					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	R^2
Persönlichkeit (t1)	-0.09	0.03	-.21***	1/239	10.96	.04

***p < .001.

Wie Tabelle 15 zu entnehmen ist, wird die Gleichung insgesamt signifikant [$F(1/239) = 10.96$, $p < .001$]. Es zeigt sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Coping. Persönlichkeit klärt ca. 4% der Varianz des Copings auf, damit kann der für ein Mediationsmodell geforderte Zusammenhang zwischen UV und MV als gegeben angesehen werden.

Tabelle 16

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der depressiven Symptomatik durch die Variablen Persönlichkeit und Coping

Variable	Depressive Symptomatik (t3)					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	<i>R</i> ²
1. Schritt				1/238	3.06	.01
Persönlichkeit (t1)	0.01	0.00	.11 ⁺			
2. Schritt				2/237	9.22***	.07
Persönlichkeit (t1)	0.01	0.03	.06			
Coping (t2)	-0.02	0.06	-.25***			

Anmerkung. $\Delta R^2 = .06$ für Schritt 2 ($p < .001$).

*** $p < .001$, ⁺ $p < .10$.

Tabelle 16 zeigt, dass Persönlichkeit mit nur ca. 1% nur noch tendenziell zur Varianzaufklärung beiträgt, aber keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage depressiver Symptome zu leisten vermag [$F(1/238) = 3.06$, $p < .10$]. Dadurch ist die für ein Mediationsmodell geforderte signifikante Beziehung zwischen UV und AV nicht gegeben.

Vergleicht man die Ergebnisse aus Schritt 1 und 2 zeigt sich gleichwohl, dass die Aufnahme der Variable Coping neben einer Zunahme des Anteils aufgeklärter Varianz um 6% auch eine Reduktion des Betagewichtes der Variablen Persönlichkeit (t1) bewirkt. Das Gesamtmodell wird signifikant [$F(2/237) = 9.22$, $p < .001$]. Beide Variablen erklären gemeinsam jedoch nur noch ca. 7% der Varianz depressiver Symptomatik.

4.3.2 Persönlichkeit und Coping leisten einen bedeutenden Beitrag zur Prädiktion depressiver Symptomatik

Im Folgenden wird geprüft, ob die Variablen Persönlichkeit (t1, t2) und Coping (t1, t2) nach Kontrolle der depressiven Ausgangssymptomatik (t1) einen eigenständigen Beitrag zur Varianzaufklärung der depressiven Symptomatik nach 6 bzw. 12 Monaten leisten.

Tabelle 17

Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der depressiven Symptomatik durch die Variablen Persönlichkeit und Coping bei Kontrolle der depressiven Ausgangssymptomatik

Variable	Depressive Symptomatik (t3)					
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	df	<i>F</i>	<i>adj.R</i> ²
1. Schritt				1/238	64.72	.21
Depression (t1)	0.51	0.06	.46***			
2. Schritt				3/236	31.87	.28
Persönlichkeit (t1)	0.01	0.00	.16**			
Persönlichkeit (t2)	0.01	0.00	.31***			

Anmerkung. $\Delta R^2 = .07$ für Schritt 2 ($p < .01$).

*** $p < .001$, ** $p < .01$.

Im ersten Schritt wurde die depressive Ausgangssymptomatik eingegeben, um diesen Effekt zu kontrollieren. Im zweiten Schritt wurden als zusätzliche Prädiktoren die Variablen: Persönlichkeit (t1), Persönlichkeit (t2), Coping (t1) und Coping (t2) eingegeben, um zu überprüfen, inwiefern sie zusätzlich zur depressiven Ausgangssymptomatik einen Beitrag zur Varianzaufklärung der Kriteriumsvariable leisten. Wie Tabelle 17 zu entnehmen ist, klärt die depressive Ausgangssymptomatik alleine bereits ca. ein Fünftel der Varianz depressiver Symptomatik zu t3. Die beiden Variablen Persönlichkeit (t1) und Persönlichkeit (t2) vermögen mit ca. 7% zusätzlicher Varianzaufklärung zu einer signifikanten Zunahme aufgeklärter Varianz auf insgesamt ca. 28% beizutragen.

5 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und depressiver Symptomatik im Jugendalter zu untersuchen. Den theoretischen Hintergrund bildet die Annahme eines multifaktoriellen Depressionsmodells, welches in komplexen biopsychosozialen Wechselwirkungen die Grundlage der Depressionsentstehung sieht. Ausgehend von diesem Modell kann die Entstehung einer depressiven Störung als Entwicklungsprozess verstanden werden. Unter entwicklungspsychopathologischer Perspektive vollzieht sich Entwicklung durch Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt. Risiko- und Schutzfaktoren kommt eine wichtige Bedeutung im Rahmen dieser Interaktionsprozesse und für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu. Die Konzepte der Äqui- und Multifinalität verdeutlichen, dass potenzielle Einflussfaktoren im Laufe der Entwicklung und in Abhängigkeit von zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben unterschiedliche Wirkungen hinsichtlich des weiteren Entwicklungsverlaufs haben können. Da jede weitere Entwicklung immer auch durch vorherige Entwicklungsstufen determiniert ist, können beispielsweise bewältigte Entwicklungsaufgaben neue Ressourcen erschließen, die eine effektive und funktionale Auseinandersetzung mit nachfolgenden Entwicklungsaufgaben ermöglichen. Aus diesem Grunde kommt funktionalem Coping gerade für das Jugendalter mit seinen vielfältigen Herausforderungen, Entwicklungsaufgaben und im Hinblick auf die in dieser Altersperiode zu beobachtenden ansteigenden Prävalenzraten depressiver Störungen eine zentrale Bedeutung zu. Entsprechend bezogen sich die ersten beiden Hypothesen der vorliegenden Arbeit auf das Copingverhalten Jugendlicher.

Zunächst wurde geprüft, ob wie von den Autoren des eingesetzten Instrumentes zur Erfassung der Stressverarbeitung (SVF-KJ, Hampel et al., 2001) postuliert, Jugendliche über zwei verschiedene Belastungssituationen - „sozialer Kontext“ und „schulischer Leistungskontext“ - hinweg vergleichbare Copingstrategien wählen. In der sozialen Belastungssituation sollten sich die Jugendlichen vorstellen, dass sie Streit mit ihrem Freund oder ihrer Freundin haben oder andere schlecht über sie reden, in der schulischen Belastungssituation, dass sie eine schwierige Klassenarbeit schreiben müssen. Die Ergebnisse beider Querschnittanalysen bestätigten diese Annahme. Für alle Sub-, Sekundär- und Gesamtskalen zeigten sich über die beiden vorgegebenen Situationen hinweg signifikante Korrelationen. Die Höhe der gefundenen Korrelationen ist dabei den in Validierungsstudien zum SVF-KJ (Hampel et al., 2001) an jüngeren Stichproben ermittelten Korrelationen vergleichbar. Dies spricht für die

Annahme einer situationsübergreifenden Konsistenz der erhobenen Copingstrategien. Jedoch ist zu Bedenken, dass der SVF-KJ nur zwei Situationen vorgibt und sich dieser Befund daher nicht zwangsläufig auch auf andere Situationen verallgemeinern lässt. Denn wenn man die im SVF-KJ zu antizipierenden Situationen genauer betrachtet, so können die recht hohen Korrelationswerte der Copingstrategien kaum verwundern, da für viele Jugendliche die Schule sowohl den Leistungskontext als auch den Rahmen für wichtige soziale Beziehungen mit Gleichaltrigen darstellen dürfte.

Aufgrund der in bisherigen Studien immer wieder gefundenen Geschlechtsunterschiede beim Coping sowohl bei Erwachsenen (Billings & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Houtman, 1990; Hovanitz & Kozora, 1989) als auch bei Jugendlichen (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Endler & Parker, 1990; Phelps & Jarvis, 1994; Renk & Creasy, 2003; Stark, Spirito, Williams & Guevremont, 1989) und einer insgesamt hoch komplexen Beziehung zwischen Geschlecht und Coping (Miller & Kirsch, 1987; Weidner & Collins, 1993) wurde, wie von Krohne (1996) für alle Untersuchungen zu Coping gefordert, geprüft inwiefern auch in der hier untersuchten Stichprobe Jugendlicher Geschlechtsunterschiede feststellbar sind. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Mädchen in der Wahl einzelner Copingstrategien deutlich von Jungen unterscheiden. Sie zeigen in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden im Vergleich zu Jungen eine verstärkte Wahl der Copingstrategien soziales Unterstützungsbedürfnis, gedankliche Weiterbeschäftigung und Situationskontrolle (Billings & Moos, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; Houtman, 1990; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Ein interessantes und im Vergleich zu bisherigen Forschungsbefunden (Billings & Moos, 1984; Endler & Parker, 1990; Folkman & Lazarus, 1980; Houtman, 1990; Hovanitz & Kozora, 1989; Phelps & Jarvis, 1994; Renk & Creasy, 2003) konträres Ergebnis ist, dass die Mädchen in der hier durchgeführten Untersuchung signifikant mehr problemlösendes und weniger emotionsregulierendes Coping berichten als Jungen. Eine Erklärung für die deutlich seltenere Angabe emotionsregulierender Copingstrategien durch die Mädchen könnte eine, im Vergleich mit in anderen Studien verwendeten Untersuchungsinstrumenten, andersartige Zusammensetzung der Sekundärskala emotionsregulierende Bewältigung im SVF-KJ sein. Diese setzt sich aus den beiden Subskalen Bagatellisierung und Ablenkung / Erholung zusammen. Beachtet man diese Zusammensetzung, so steht das hier gefundene Ergebnis, nach dem Mädchen weniger emotionsregulierendes Coping berichten als Jungen, wieder in deutlicher Übereinstimmung mit bisherigen Befunden, die zeigen, dass Mädchen im Vergleich weniger ablenkende und bagatellisierende Strategien einsetzen als Jungen (Compas et al., 1988; Endler & Parker,

1990; Hampel et al., 2001; Phelps & Jarvis, 1994; Renk & Creasy, 2003; Stark, et al., 1989). Dass die Mädchen dieser Untersuchung signifikant mehr problemlösendes Coping berichten als Jungen könnte sowohl Zeichen eines allgemeinen Entwicklungstrends hinsichtlich des Geschlechtsrollenverständnisses bzw. der Geschlechtsidentität sein, als auch auf einen eventuellen Alterseffekt hindeuten. Für diese Annahmen spricht, dass die berichteten Geschlechtsunterschiede zumeist aus älteren amerikanischen Studien mit Jugendlichen und Erwachsenen stammen, die im Vergleich zur hier untersuchten sehr homogenen Stichprobe Jugendlicher wesentlich heterogener waren, so dass dort eventuell der wesentlich breitere Altersrange (17-45 Jahre), sozialer und ethnischer Status, ebenso wie die völlig unterschiedlichen beruflichen Kontexte der Studienteilnehmer (Hausfrau vs. Manager) zu einer stärkeren Akzentuierung der gefundenen Geschlechtsunterschiede beigetragen haben könnten. Für einen gesellschaftlichen Wandel und ein verändertes Rollenverständnis der Frauen spricht, dass Renk und Creasy (2003) in einer neueren Untersuchung an 169 Adoleszenten mit einem mittleren Alter von 19.59 Jahren im Vergleich zu früheren Studien bereits keinen Unterschied mehr für problemlösendes Coping in Abhängigkeit vom Geschlecht finden. Darüber hinaus zeigte sich auch für die anhand des BEM Sex-Role Inventory (BSRI, Bem, 1974) bestimmte Geschlechtsidentität, dass nicht nur höhere Werte auf der Skala Maskulinität, sondern ebenfalls höhere Werte auf der Skala Feminität mit einem stärkeren Gebrauch problemlösender Copings in Verbindung stehen (Renk & Creasy, 2003). In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings die Frage, ob und warum eine eindeutige Geschlechtsidentität im Vergleich zu einer eher androgynen Identität zu einem häufigeren Gebrauch problemlösender Copings beitragen sollte. Eine mögliche Erklärung könnte in der Konsistenz bzw. Kohärenz der eigenen Person gesehen werden, denn sowohl Geschlechtsidentität als auch Geschlechtsrollenverständnis stellen zentrale Aspekte des eigenen Selbstbildes dar. Warum sich die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Ergebnisse im Vergleich zu früheren Befunden nicht nur wie in der Studie von Renk und Creasy (2003) nivellieren, sondern sogar umgekehrt darstellen, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Es könnte sich einerseits um einen reinen Alterseffekt handeln, da das mittlere Alter der hier untersuchten Stichprobe mit 13.96 bzw. 14.95 deutlich jünger ist als bei Renk und Creasy (2003) und der Erwerb einer stabilen Geschlechtsrollenidentität nach Havinghurst eine Entwicklungsaufgabe darstellt, die erst in der späten Adoleszenz bzw. mit Beginn des frühen Erwachsenenalters abgeschlossen ist (Olbrich, 1982). Andererseits könnte es auch als Bestätigung eines allgemeinen Trends hin zu einer veränderten Geschlechtsidentität betrachtet werden, der sich bei der jüngeren Stichprobe nun noch

deutlicher zeigt. Vielleicht haben es angesichts eines sich zunehmend verändernden Geschlechtsrollenverständnisses in unserer Gesellschaft Mädchen inzwischen tatsächlich leichter, diesen Aspekt in ihre Persönlichkeit zu integrieren als Jungen und haben dadurch, zumindest solange sie sich noch im gleichen Kontext (Schule) bewegen, einen gewissen Vorteil.

Eine weitere Hypothese dieser Arbeit postulierte, ausgehend von an klinischen Stichproben ermittelten empirischen Befunden zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, Copingstrategien und Depression, dass sich auch Jugendliche aus der Normalbevölkerung in Abhängigkeit von der Schwere ihrer depressiven Symptomatik sowohl hinsichtlich der Ausprägung ihrer Persönlichkeitsmerkmale als auch in der Wahl ihrer Copingstrategien voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen hypothesenkonform, dass Jugendliche mit höherer depressiver Symptomatik im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer Symptomatik eine deutlich negativere Grundstimmung berichten, sie schätzen ihre soziale Resonanz negativer ein, glauben bei anderen nicht gut anzukommen und/oder von anderen nicht gemocht zu werden, sie beschreiben sich selbst als deutlich verschlossener, misstrauischer, dominanter und ungeselliger. Dies steht im Einklang mit bisherigen Studien, die vergleichbare Befunde zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und depressiver Symptomatik finden (Birmaher et al., 1996; Cole et al., 1996; Coyne & Whiffen, 1995; Davila, 2001; Fleming et al., 1993; Goodyer et al., 1991; Goodyer, 1996; Hirschfeld et al., 1983; Hirschfeld et al., 1989; McCauley et al., 2001; Vernberg, 1990). Wie erwartet zeigt sich in Übereinstimmung mit bisherigen Studienergebnissen (Adams & Adams, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000) ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und allen ungünstigen Copingstrategien. Entsprechend weisen depressivere Jugendliche im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptomatik im Mittel fast doppelt so hohe Resignationswerte auf, sie neigen wesentlich stärker zu aggressivem Coping, sie zeigen deutlich mehr passive Vermeidung und eine stärkere gedankliche Weiterbeschäftigung. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden, die zeigen konnten, dass Depressive ein höheres Maß an Hoffnungslosigkeit und Resignation aufweisen (Cicchetti & Toth, 1998; Petersen et al., 1993). Auch der Umstand, dass Depressivität bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter Aggression einhergeht ist hinlänglich bekannt (Lewinsohn et al., 1998). Bedenkt man darüber hinaus, dass die SVF-KJ Skala Aggression vorwiegend Ärger und Gereiztheit zu erfassen versucht, steht dies auch in Übereinstimmung mit der im DSM-IV (APA, 1994) zur Diagnose einer Major Depression als alternatives Symptomkriterium bei Kindern und Jugendlichen

genannten reizbaren Stimmung. Auch der gefundene Zusammenhang zwischen gedanklicher Weiterbeschäftigung und einem höheren Ausmaß depressiver Symptomatik steht in Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen, die zeigen konnten, dass Depressive in stärkerem Ausmaß zur Rumination neigen (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Ein signifikant negativer Zusammenhang fand sich zwischen depressiver Symptomatik und der Copingstrategie positive Selbstinstruktion. Jugendliche mit höherer depressiver Symptombelastung geben im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptombelastung deutlich weniger positive Selbstinstruktion an. Diese Skala bildet laut den Testautoren des SVF-KJ die Kompetenzerwartung der Person ab und spiegelt gemeinsam mit der Skala Situationskontrolle die subjektive Einschätzung der Situation als kontrollierbar wieder. Dass hohe Werte auf dieser Skala negativ mit Depressivität korrelieren, entspricht somit den auf dem Hintergrund der Theorien von Seligman (1994), Abramson et al. (1978) und Abramson, Metalsky und Alloy (1989) berichteten Ergebnissen, die zeigen konnten, dass Depressive ihre Kompetenzerwartung (Selbstwirksamkeit) niedriger einschätzen, dazu neigen, Situationen als unkontrollierbar zu beurteilen und in Belastungssituationen verstärkt Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit berichten.

Nach diesen hypothesenkonformen Ergebnissen und deren erfolgreicher Replikation anhand der ein Jahr später erhobenen Daten wurde geprüft, ob und inwiefern Coping den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik mediiert. Querschnittlich sind sowohl zum ersten als auch zum dritten Messzeitpunkt alle Bedingungen für ein Mediationsmodell erfüllt. Persönlichkeit zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit Coping ebenso wie mit depressiver Symptomatik und Coping wiederum weist eine signifikante Beziehung zu depressiver Symptomatik auf, so dass alle von Baron und Kenny (1986) für ein Mediationsmodell geforderten Voraussetzungen als gegeben angesehen werden können. Die beiden Prädiktorvariablen Persönlichkeit und Coping erklären gemeinsam ca. 20% der Varianz der Kriteriumsvariablen depressive Symptomatik, wobei die Beiträge (β -Gewichte) beider Prädiktorvariablen zur Varianzaufklärung bei simultaner Analyse vergleichbar sind. Da der Beitrag, den die Variable Persönlichkeit für die Varianzaufklärung depressiver Symptomatik leistet, zwar nach Aufnahme von Coping ins Modell jeweils sinkt, aber dennoch weiterhin auf signifikantem Niveau bleibt, kann Coping allenfalls als partieller Mediator des Einflusses von Persönlichkeit auf die depressive Symptomatik betrachtet werden.

Die Tatsache, dass sich querschnittlich allenfalls ein partielles Mediationsmodell zeigt, dürfte neben der Annahme eines von Coping unbeeinflussten zusätzlichen Effektes auf die depressive Symptomatik auch ein Indiz für den Einfluss weiterer, den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik beeinflussender Faktoren sein. Denkbar ist hier beispielsweise, dass sich ausgehend von den gefundenen Geschlechtsunterschieden bei der Wahl von Copingstrategien durch die Aufnahme der Variable Geschlecht ins Modell ein zusätzlicher Moderatoreffekt ergeben könnte.

Die Prüfung auf Vorliegen eines Mediationsmodells anhand der Längsschnittdaten zeigte, dass im Vergleich zu den zuvor durchgeführten Querschnittanalysen hier die geforderten Voraussetzungen nicht gegeben sind, da Persönlichkeit mit nur ca. 1% Varianzaufklärung zwar noch einen tendenziellen, aber keinen statistisch signifikanten Beitrag zur Vorhersage der ein Jahr später erfassten depressiven Symptomatik mehr zu leisten vermag. Durch das dadurch bedingte Fehlen eines signifikanten Einflusses der unabhängigen auf die abhängige Variable kann diese Beziehung per definitionem (Baron & Kenny, 1986) auch nicht mediiert werden, so dass die Mediationshypothese in Bezug auf die Längsschnittdaten zurückgewiesen werden muss.

Wie ist zu erklären, dass sich die querschnittlich gefundenen Hinweise auf ein zumindest partielles Mediationsmodell im Längsschnitt nicht replizieren lassen? Zunächst führt die Tatsache, dass sich etwas querschnittlich, nicht jedoch im Längsschnitt zeigen lässt zu der Frage nach möglichen Veränderungen bzw. der zeitlichen Stabilität der analysierten Variablen. Eine deshalb post hoc durchgeführte multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung für alle in die Längsschnittanalyse eingehenden Variablen ergab, dass Persönlichkeit im Mittel stabil bleibt, während sich eine signifikante Zunahme der depressiven Symptomatik ($p < .05$) und eine signifikante Verschlechterung beim Coping ($p < .01$) über den einjährigen Untersuchungszeitraum hinweg zeigt. Die Zunahme der depressiven Symptomatik überrascht kaum und steht im Einklang mit Befunden bisheriger empirischer Studien, die bei Jugendlichen steigende Auftretenshäufigkeiten depressiver Störungen mit zunehmendem Alter berichten (vgl. Groen et al., 1997; Petersen et al., 1993). Dass Persönlichkeit sich im Mittel als stabil erweist, verwundert zumindest auf den ersten Blick etwas, da der fehlende signifikante Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und der ein Jahr später erfassten depressiven Symptomatik nahe legte, eine mögliche Veränderung der Persönlichkeit über die Zeit hinweg als eine mögliche Ursache bzw. Erklärung für den bei

Analyse der Längsschnittdaten geringeren Zusammenhang anzunehmen. Andererseits kann dieses Ergebnis als Beleg für die Annahme gelten, dass Persönlichkeit über die Zeit hinweg recht konstant bleibt und sich - entgegen früherer Annahmen - auch im Jugendalter keine großen Veränderungen zeigen. Einschränkend ist in diesem Zusammenhang jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund der Gesamtwertbildung und durch die Analyse der Mittelwertsunterschiede über die Zeit noch keine Aussage darüber getroffen werden kann, inwiefern hinsichtlich einzelner Persönlichkeitsdimensionen nicht doch mögliche Entwicklungen stattgefunden haben, die in der Folge zu einem veränderten Persönlichkeitsprofil und damit zu einer veränderten Konstituierung des Gesamtwertes Persönlichkeit beigetragen haben könnten. Um diese Frage zu klären, wäre eine weiterführende Analyse hinsichtlich möglicher Veränderungen der Einzelskalen sowie möglicher Profilverschiebungen nötig. Die gleichen Einschränkungen bezüglich Gesamtwertbildung und Analyse von Mittelwertsunterschieden gelten analog auch für die gefundene signifikante Verschlechterung beim Coping. Auch hier wären noch weitere Analysen notwendig, um Aussagen darüber treffen zu können, wie dieses Ergebnis zustande kommt. Denn als Ursache für das insgesamt ungünstiger werdende Coping ist sowohl eine Zunahme an ungünstigen als auch eine Abnahme der günstigen Copingstrategien denkbar. Die Ergebnisse der Validierungsstudien zum SVF-KJ (Hampel et al., 2001), in denen die einzelnen Skalenwerte zwischen Schülern der 3./4. Klasse mit Schülern der 5./6. Klassenstufe sowie Schülern der 7. Klasse verglichen wurden, lassen eher darauf schließen, dass sich mit zunehmendem Alter eine Reduktion der positiven Copingstrategien zeigt, die wiederum darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sich klare Alterseffekte für die Skala emotionsregulierendes Coping zeigen, nach denen jüngere Schüler offenbar weitaus häufiger emotionsregulierende Copingstrategien wählen als ältere (Hampel et al., 2001, S. 92-94). Inwiefern diese Entwicklungslinie jedoch einem linearen Trend folgt, ist ohne entsprechende Längsschnittstudien nicht zu beantworten. Laut Seiffge-Krenke (1995) soll sich um das 15. Lebensjahr herum ein sog. „turning point“ finden lassen. Dies lässt die Vermutung zu, dass während der frühen Adoleszenz zunächst die Anforderungen an Jugendliche steigen, sich aber erst in den darauffolgenden Jahren aufgrund zunehmender Erfahrungen effektivere Copingstrategien entwickeln bzw. festigen können, was wiederum erklären könnte, warum Jugendliche in der späten Adoleszenz im Vergleich zu jüngeren Jugendlichen ein effizienteres Copingverhalten zeigen (Seiffge-Krenke, 1995). Letztlich vermögen die Ergebnisse der post hoc durchgeführten Varianzanalyse jedoch keine schlüssige Erklärung dafür zu liefern, dass bei der Analyse der Längsschnittdaten kein Hinweis auf ein partielles Mediationsmodell

gefunden werden konnte. Eine weitere mögliche Erklärung dafür, dass sich hier keine signifikante Beziehung zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik mehr zeigt, könnte eventuell der in die Messungen einfließende situations- und stimmungsabhängige Anteil der erfassten Variablen sein. Dies könnte zugleich auch erklären, warum sich die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen offenbar nicht verändern, so dass sich die Ergebnisse ein Jahr später querschnittlich replizieren lassen, sich die Zusammenhänge im Längsschnitt aber sehr viel schwerer abbilden lassen.

Abschließend wurde unabhängig von der Mediationshypothese untersucht, inwiefern Persönlichkeit und Coping bei gleichzeitiger Kontrolle der depressiven Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt die Funktion eigenständiger und bedeutender Prädiktoren für die ein Jahr später erfasste depressive Symptomatik zukommt. Die Ergebnisse zeigen, dass die depressive Ausgangssymptomatik mit ca. 21% alleine bereits den höchsten Beitrag zur Varianzaufklärung depressiver Symptomatik ein Jahr später leistet. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen, in denen die zu Beginn erfasste depressive Symptomatik jeweils den 'Löwenanteil' der Varianz aufklärt. So erwies sich beispielsweise auch bei der Analyse des prädiktiven Wertes kognitiver Variablen die konkurrente Depressivität als weitaus stärkster Prädiktor (Barnett & Gotlib, 1988). Bei Kontrolle dieses Effektes vermögen Copingstrategien keinen weiteren bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage depressiver Symptomatik zu leisten, während Persönlichkeit mit ca. 7% zusätzlicher Varianzaufklärung zu einer signifikanten Zunahme aufgeklärter Varianz auf insgesamt ca. 28% beiträgt.

Ein Grund für dieses Ergebnis könnte darin zu sehen sein, dass Copingstrategien im Vergleich zu Persönlichkeitsmerkmalen situationsabhängiger sind. Fraglich erscheint zudem, inwiefern ausgehend von zwei verschiedenen Belastungssituationen und der Erfassung der hierbei von Jugendlichen gewählten Copingstrategien bereits eine Verallgemeinerung möglich ist, so dass Persönlichkeit im Vergleich vermutlich nicht nur das zeitlich stabilere, sondern auch das breitere der beiden Konstrukte sein dürfte, welches sich dadurch zumindest längerfristig betrachtet auch entsprechend stärker auf die depressive Symptomatik auswirkt. Eine mögliche weitere Erklärung könnte darin zu sehen sein, dass Persönlichkeit einen anderen zusätzlichen Varianzanteil der späteren depressiven Symptomatik aufklärt, der nicht durch die Ausgangsdepressivität abgedeckt wird. Für diese Möglichkeit spricht auch, dass bei Kontrolle der depressiven Ausgangssymptomatik selbst die ein Jahr zuvor erfasste

Persönlichkeit noch einen signifikanten Beitrag zur weiteren Varianzaufklärung leistet, während dieser Zusammenhang ohne Kontrolle der konkurrenten Depressivität nicht signifikant wird.

Beim Versuch die Befunde einzuordnen muss bedacht werden, dass die hier vorliegenden Ergebnisse keine Repräsentativität für die Gesamtheit der Jugendlichen beanspruchen können. Zum einen wurde nur ein eingeschränkter Altersbereich untersucht, zum anderen wurde die Studie ausschließlich mit Realschülern durchgeführt. Es wurde keine Depressionsdiagnostik vorgenommen, sondern lediglich die selbstberichtete depressive Symptomatik erhoben. Da für den SBB-DES bis zur Fertigstellung dieser Arbeit noch keine Normwerte für Jugendliche vorlagen, lassen sich die gefundene Werte nur in Bezug auf die hier untersuchte Stichprobe, nicht aber in einem allgemeineren Zusammenhang interpretieren. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die meisten der untersuchten Jugendlichen Werte erzielten, die als gesund oder maximal subklinisch depressiv zu interpretieren sind und damit keinesfalls repräsentativ für klinische Depressivität sein können. Da sich aber auch im subklinischen Bereich in Abhängigkeit von der bereits vorhandenen depressiven Symptomatik schon deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen als auch in Bezug auf die bevorzugt gewählten Copingstrategien zeigen, ist unter Annahme der Kontinuitätshypothese depressiver Symptomatik davon auszugehen, dass sich im Falle diagnostizierbarer depressiver Störungen noch stärkere oder zumindest vergleichbare Zusammenhänge ergeben dürften. Um dies allerdings mit Sicherheit sagen zu können, wären weitere Studien mit klinischen Stichproben erforderlich. Es stellt sich auch die Frage nach der Validität der verwendeten Instrumente sowie der aus ihnen gebildeten Gesamtwerte. Als kritisch anzusehen ist die Bildung von Gesamtwerten insbesondere beim GT. Wie bereits ausgeführt, lassen Mittelwertvergleiche hier keine Aussage über mögliche Profilveränderungen zu. So kann einerseits nicht ausgeschlossen werden, dass durch dieses Vorgehen Effekte einzelner Persönlichkeitsdimensionen nivelliert wurden und andererseits gilt zu bedenken, dass die Bildung eines Gesamtwertes auf der Basis eines depressogenen Profils möglicherweise auch zu einer Überschätzung der tatsächlich vorhandenen Zusammenhänge geführt haben könnte. Ein weiterer Kritikpunkt dieser Arbeit ist darin zu sehen, dass kein geeignetes Maß und damit entsprechend kein Signifikanztest existiert, der es erlaubt hätte, relativ einfach und zuverlässig zu bestimmen, inwiefern die bei der Testung der Mediationshypothesen gefundene Reduktion des β -Gewichtes der Variablen Persönlichkeit

tatsächlich bedeutsam ist. Die gefundenen Reduktionen können somit allenfalls als Hinweis auf einen partiellen Mediationseffekt interpretiert werden.

Darüber hinaus scheint es unerlässlich, vor dem theoretischen Hintergrund eines multifaktoriellen Depressionsmodells mit komplexen biopsychosozialen Wechselwirkungen und den beiden konzeptionellen Annahmen der Äqui- und Multifinalität, zu betonen, dass das in dieser Studie untersuchte Modell lediglich *ein* mögliches kleineres Submodell des Gesamtmodells darstellt. So spricht auch die insgesamt relativ geringe Varianzaufklärung depressiver Symptomatik für die Annahme weiterer, die untersuchten Zusammenhänge eventuell zusätzlich beeinflussender Faktoren. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern die gefundenen Zusammenhänge depressionsspezifisch sind. Da neben der depressiven Symptomatik keine anderen psychopathologischen Maße erhoben wurden, sind im Hinblick auf das Prinzip der Multifinalität keine eindeutigen Aussagen hinsichtlich der Depressionsspezifität der gefundenen Zusammenhänge möglich. Hier wären ebenfalls weitere Untersuchungen nötig, die mehrere psychopathologische Maße gleichzeitig erfassen und eventuell auch Stichproben klinisch auffälliger Jugendlicher mit einbeziehen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, Coping und Depression an Stichproben zu untersuchen, deren Persönlichkeitsmerkmale als hoch vs. niedrig pathogen gelten. Sollte die Persönlichkeit tatsächlich der determinierende Faktor sein, so müssten sich in der Gruppe mit hoch pathogenen Persönlichkeitsmerkmalen im Vergleich zu der Gruppe mit niedrig pathogenen Persönlichkeitsmerkmalen entsprechend ungünstigere Copingstrategien und in der Folge ein höherer Grad depressiver Symptome bzw. ein stärkeres Ausmaß psychopathologischer Symptome finden lassen (vgl. Pittner, Houston & Spiridigliozzi, 1983).

Höchst wünschenswert und angebracht im Hinblick auf zukünftige Studien zur Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren im Jugendalter, wäre die Entwicklung eines speziell für Jugendliche konzipierten bzw. modifizierten und normierten Instrumentes zur Erfassung von Persönlichkeit in dieser Altersgruppe. Denn die Überprüfung der Anwendbarkeit des GT bei Jugendlichen im Rahmen der eigenen Voruntersuchung ergab vergleichbar einer Untersuchung von Roth (2002) zur Anwendbarkeit des NEO-Fünf-Faktoren Inventars (NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 1993) bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 16 Jahren einige Einschränkungen. So scheinen sich bei Jugendlichen bezüglich einzelner Skalen der Instrumente teilweise Abweichungen der faktoriellen Validität zu zeigen, für die es gilt kritisch zu prüfen, inwiefern es sich dabei „nur“ um das bekannte methodische Problem der

Stichprobenabhängigkeit bei Faktorenanalysen handelt, bei Jugendlichen eventuell tatsächlich von inhaltlich anders akzentuierten Persönlichkeitsdimensionen auszugehen ist oder sich manche Items bei Jugendlichen als nicht geeignet erweisen, bestimmte Faktoren zu konstituieren (vgl. Roth, 2002, S. 66-67). So gibt es beispielsweise deutliche Hinweise darauf, dass Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen noch größere Schwierigkeiten mit inversen, also gegen die jeweilige Schlüsselrichtung der Skala formulierten Items, ebenso wie mit doppelten Verneinungen oder bipolar formulierten Items haben, auf die nach Mummendey (1999) zwar grundsätzlich auch bei Erwachsenen besser verzichtet werden sollte, die aber zumindest beim Einsatz im Jugendalter ersetzt oder modifiziert werden sollten.

Darüber hinaus scheint der Einsatz von linearen Strukturgleichungsmodellen als Analyseverfahren für die Testung von Modellannahmen besser geeignet zu sein als eine Überprüfung mittels Regressionsanalysen, denn obgleich die Wahl dieses Vorgehens ebenfalls nichts an der Tatsache ändern würde, dass es sich bei den postulierten Zusammenhängen zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiver Symptomatik lediglich um ein Teilmodell handelt, wäre es dadurch möglich, Gesamtwerte als latente Variablen zu konzipieren, wodurch nicht nur eine bessere Kontrolle eventuell eingehender Messfehler ermöglicht, sondern auch die Beiträge, sowie möglicherweise stattfindende Beitragsänderungen einzelner Persönlichkeitsmerkmale und Copingstrategien zur jeweiligen Gesamtwertbildung aufgezeigt werden könnten.

Diese Untersuchung konnte bestätigen, dass bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Wahl von Copingstrategien bestehen. Dies spricht eindeutig dafür, die Forderung einer nach Geschlecht differenzierten Betrachtung (vgl. Krohne, 1996) im Rahmen zukünftiger Copingforschung auch im Jugendalter zu berücksichtigen. Ferner konnte gezeigt werden, dass sich bereits Jugendliche mit geringer bis subklinisch depressiver Symptomatik im Vergleich zu gesunden Jugendlichen durch deutlich ungünstigere Copingstrategien und ein wesentlich depressogeneres Persönlichkeitsprofil auszeichnen. Während die Beziehungen der betrachteten Variablen untereinander klar aufgezeigt werden konnten, sind zur Klärung des Wirkungszusammenhangs zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiver Symptomatik weitere Längsschnittstudien nötig.

6 Zusammenfassung

Ziel der Studie war es, auf dem theoretischen Hintergrund eines biopsychosozialen Entwicklungsmodells der Depression und den Konzepten der Äqui- und Multifinalität die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiver Symptomatik im Jugendalter zu untersuchen. Auf der Basis bisheriger empirischer Befunde und theoretischer Überlegungen wurde postuliert, dass sich deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Auswahl von Copingstrategien finden, dass sich Jugendliche in Abhängigkeit von ihrer depressiven Symptomatik sowohl in der Wahl ihrer Copingstrategien als auch in der Ausprägung ihrer Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden. Ferner wurde angenommen, dass Coping eine den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Depression mediierende Funktion zukommt und dass sowohl Persönlichkeit als auch Coping bei Kontrolle der depressiven Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt in der Lage sind einen bedeutsamen zusätzlichen Beitrag zur Vorhersage depressiver Symptomatik zu leisten.

Das Untersuchungsdesign entsprach einer Längsschnittstudie. Zu drei Messzeitpunkten wurden bei einer Stichprobe von 278 Jugendlichen im mittleren Alter von 13.96 Jahren Persönlichkeitsmerkmale, Copingstrategien und depressive Symptomatik erhoben. Zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale wurde der GT verwendet, die Copingstrategien wurden mittels SVF-KJ und die depressive Symptomatik mit dem SBB-DES erfasst. Die Unterschiedshypothesen wurden mittels multivariater Varianzanalysen und t-Tests untersucht, die Prüfung der Mediationshypothesen geschah regressionsanalytisch. Das Intervall zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurde dabei auf jeweils 6 Monate festgelegt, um damit der Forderung nach identischen zeitlichen Abständen für die Analyse von Längsschnittdaten und die korrekte Prüfung auf Mediationseffekte Rechnung zu tragen.

Die Ergebnisse der Querschnittsanalysen zeigten hypothesenkonform, dass sich Mädchen und Jungen in der Wahl einzelner Copingstrategien deutlich voneinander unterscheiden. Mädchen zeigen im Vergleich zu Jungen eine verstärkte Auswahl der Copingstrategien soziales Unterstützungsbedürfnis, gedankliche Weiterbeschäftigung und Situationskontrolle. Ebenfalls hypothesenkonform konnte festgestellt werden, dass sich depressivere Jugendliche im Vergleich zu Jugendlichen mit niedrigerer depressiver Symptomatik sowohl durch ungünstigere Copingstrategien als auch durch ein depressogeneres Persönlichkeitsprofil auszeichnen. Depressivere Jugendliche schätzen ihre

soziale Resonanz negativer ein, sie beschreiben sich selbst als deutlich verschlossener, misstrauischer und ungeselliger, sie zeigen im Mittel fast doppelt so hohe Resignationswerte, neigen stärker zu aggressivem Coping und passiver Vermeidung und zeigen darüber hinaus eine stärkere gedankliche Weiterbeschäftigung.

Die Hypothese zur Prädiktion depressiver Symptomatik durch Persönlichkeit und Coping bei Kontrolle der depressiven Ausgangssymptomatik konnte nur teilweise bestätigt werden. So vermochte Persönlichkeit mit ca. 7% zusätzlicher Varianzaufklärung einen zwar geringen, aber dennoch signifikanten zusätzlichen Beitrag zur Vorhersage depressiver Symptomatik zu leisten, während Coping keinen und die depressive Ausgangssymptomatik den weitaus stärksten Prädiktor darstellte. Die Prüfung auf Vorliegen eines Mediationsmodells ergab bei der Analyse der Querschnittsdaten des ersten und dritten Messzeitpunktes lediglich Hinweise auf einen partiellen Mediationseffekt des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeit und depressiver Symptomatik durch Coping, der sich bei der Analyse der Längsschnittdaten nicht mehr zeigte, so dass die Annahme eines Mediationsmodells zurückgewiesen werden muss.

Als Gründe für den sich bei Analyse der Längsschnittdaten nicht mehr zeigenden partiellen Mediationseffekt werden die zeitliche Stabilität bzw. mögliche Veränderungen sowie der Anteil situations- und stimmungsabhängiger Einflüsse der ins Mediationsmodell eingehenden Variablen diskutiert. Die insgesamt nur mäßige Varianzaufklärung dürfte zudem ein Indiz für die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren wie beispielsweise Geschlecht sein.

Um verlässliche Aussagen über die Art der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Coping und depressiver Symptomatik treffen zu können, sind weitere Untersuchungen nötig. Erstrebenswert erscheint dabei im Hinblick auf zukünftige Studien vor allem der Einsatz eines speziell für Jugendliche konzipierten und normierten Instrumentes zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen. Zusätzlich sollten mehrere psychopathologische Maße gleichzeitig erhoben werden, um dadurch auch eine Aussage bezüglich der Depressionsspezifität der gefundenen Zusammenhänge treffen zu können. Außerdem sollte in Erwägung gezogen werden, alternativ zur klassischen regressionsanalytischen Prüfung von Mediationseffekten, lineare Strukturgleichungsmodelle als Methode für die Überprüfung entsprechender Modellannahmen zu verwenden.

7 Literaturverzeichnis

- Abramson, L., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L., Metalsky, G. L. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Adams, M. & Adams, J. (1991). Life events, depression, and perceived problem solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 811-820.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development*. New York: Guilford Press.
- Allen, S. & Hiebert, B. (1991). Stress and coping in adolescents. *Canadian Journal of Counselling*, 25, 19-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D. C.: Author.
- Angold, A. & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Angold, A. & Costello, E. J & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Josey-Bass.
- Asarnow, J. R., Goldstein, M. J., & Ben-Meir, S. (1988). Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29 (6), 825-838.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A.(1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Beasley, M., Thompson, T. & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Becker, P. (1996). *Der Gießen-Test (GT) und ein Sechs-Faktoren-Modell der Persönlichkeit*. Trierer Psychologische Berichte, Band 23, Heft 3. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.uni-trier.de/becker/publikationen.htm> [22.03.2004].
- Becker, P. (1997). Gießen-Test (GT). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18 (1), 18-19.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H. E. (1991). *Der Gießen-Test (GT)*. Vierte, überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung 1990. Bern: Huber.
- Belsky, J., Fish, M. C. & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27, 421-431.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 113-124.
- Bouchard, T. J. Jr., Lykken, D. T., McGue, M., Segal, N. L., & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart. *Science*, 250, 223-228.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E. & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 597-590.
- Billings, A. G., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (2), 119-133.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Birmaher, B., Arbelaez, C. & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11 (3), 619-637.

- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427 - 1439.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.
- Bodenmann, G., Cina, A. & Schwerzmann, S. (2001). Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (3), 194-203.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (2000). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol.1: Attachment*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Brähler, E. (1991). *Der Gießen-Test: 1968 - 1991. Eine Spezialbibliographie internationaler psychologischer Literatur*. Trier: ZPID.
- Brähler, E. (1998). *Gießen-Test - Kommentierte Bibliographie (1968-1998)*. Verfügbar unter: <http://www.uni-leipzig.de/~medpsy> [22.03.2004].
- Brähler, E. & Brähler, C. (Hrsg.). (1993). *Paardiagnostik mit dem Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Bronisch, T., Klerman, G.L. (1991). Personality functioning: change and stability in relationship to symptoms and psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 5, 307-317.
- Brooks-Gunn, J. & Petersen, A. C. (1991). Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*, 20 (2), 115-119.
- Brosius, F. (2002). *SPSS 11*. Bonn: mitp.
- Burke, J. D., Burke, K. C. & Rae, D. S. (1994). Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 451-455.

- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A. & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Carver, C. S. (1996). In M. Zeidner. & N. S. Endler (Eds.), (1996). *Handbook of coping. Theory, research, applications*. (Foreword) New York: Wiley.
- Charvoz, L., Bodenmann, G., Cina, A. & Widmer, K. (2001). Belastungen und Ressourcen bei Paaren mit einem depressiven Partner. Poster presented at the 2. *Workshop-Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*, Bern.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53 (2), 221-241.
- Cohn, D. A. (1990). Child-mother attachment of six-year olds and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258-270.
- Cole, D. A. & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: Questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 558-577.
- Collins, N. L., Cooper, M. L., Albino, A. & Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of Personality*, 70 (6), 965-1008.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. L. & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541.
- Compas, B. E., Ey, S. & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Compas, B. E. & Hammen, C. (1994). Child and adolescent depression: Covariation and comorbidity in development. In R. J. Haggerty, N. Garnezy, M. Rutter & L. R. Sherrod

- (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 225-267). New York: Cambridge University Press.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L. & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.
- Compas, B. E., Oppedisano, G., Connor, J. K., Gerhard, C. A., Hinden, B. R., Achenbach, T. M. & Hammen, C. (1997). Gender differences in depressive symptoms in adolescence: Comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 617-626.
- Compas, B. E. & Phares, V. (1991). Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. In E. M. Cummings, A. L. Greene & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology - Perspectives on stress and coping* (pp.111-129). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (5), 853-863.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1990). Personality: Another "hidden factor" in stress research. *Psychological Inquiry, 1*, 22-24.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1992). Multiple uses for longitudinal personality data. *European Journal of Personality, 6*, 85-102.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (2002). Looking backward: Changes in the mean levels of personality traits from 80 to 12. In D. Cervone & W. Mischel (Eds.), *Advances in Personality Science* (pp.219-237). New York: Guilford Press.
- Costello, C. G. (1982). Social factors associated with depression: A retrospective community study. *Psychological Medicine, 12*, 329-339.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 493-497.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as a diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy self-criticism. *Psychological Bulletin, 118*, 358-378.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanismus: What's the difference? *Journal of Personality, 66* (6), 919-946.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. *American Psychologist, 55* (6), 637-646.

- Davila, J. (2001). Refining the association between excessive reassurance seeking and depressive symptoms: The role of related interpersonal constructs. *Journal of Social & Clinical Psychology, 20*, 538-559.
- Deykin, E. Y., Buka, S. L. & Zeena, T. H. (1992). Depressive illness among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1341-1347.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *DISYPS-KJ: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer TB.
- Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108* (1), 50-76.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(3), 343-363.
- El-Shiek, M., Klaczynski, P. & Valaik, M. (1989). Stress and coping across the life course. *Human Development, 32*, 113-117.
- Emslie, G., Rush, A. J., Weinberg, W. A. & Gillon, C. M. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 785-792.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Epstein, S. (1994). Trait theory as personality theory: Can a part be as great as the whole? *Psychological Inquiry, 5*, 120-122.
- Epstein, S. & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 332-350.
- Erikson, E. H. (1988). *Jugend und Krise: Die Psychodynamik im sozialen Wandel* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erikson, E. H. (1994). *Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze* (14. Aufl.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Ernst, C., Schmid, G. & Angst, J. (1992). The Zürich study - 16. Early antecedents of depression - A longitudinal prospective study on incidence in young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242*, 142-151.

- Essau, C., Conradt, J., Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15, 470-481.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Beeinträchtigung von Depressiven Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 316-329.
- Essau, C. A. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. München: UTB.
- Eysenck, H.-J. (1962). *The Maudsley Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, H.-J. (1992). Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 667-673.
- Fend, H. & Schröer, S. (1990). Depressive Verstimmungen in der Adoleszenz. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Das Jugendalter* (S. 58-86). Bern: Huber.
- Field, T. M. (1985). Coping with separation stress by infants and young children. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp.197-219). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.
- Fleming, J. E. & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Fleming, J. E., Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 28-33.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychol. Aging*, 2, 171-184.
- Forsythe, C. J. & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping. Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 385-473.

- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International University Press.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T. & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Ge, X., Conger, R. D. & Glen, H. E. Jr. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37 (3), 404-417.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Gonger, R. D., Elder, Jr. C. H & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30 (4), 467-483.
- Gispert, M., Wheeler, K., Marsh, L. & Davis, M. (1985). Suicidal adolescence: Factors in evaluation. *Adolescence*, 20, 753-762.
- Gjerde, P. F. & Block, J. (1991). Preadolescent antecedents of depressive symptomatology at age 18: a prospective study. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (2), 217-232.
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Goodyer, I. M. (1996). Recent undesirable life events: their influence on subsequent psychopathology. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 33-37.
- Goodyer, I. M., Germany, E., Gowrusankur, J. & Altham, P. (1991). Social influences on the course of anxious and depressive disorders in school-age children. *British Journal of Psychiatry*, 158, 676-684.
- Gotlib, I. H. & Whiffen, V. E. (1989). Stress, coping and marital satisfaction in couples with a depressed wife. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 21, 401-418.
- Gough, H. G. (1964). *California Psychological Inventory. Revised edition*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit - Eine Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F. & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 183-204.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

- Groen, G., Scheithauer, H., Essau, C. A. & Petermann, F. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 115-144.
- Grossmann, K. E., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheuerer-Englisch, H., Sprangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989). Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 31-55). Berlin: Springer.
- Haan, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 373-378.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academic Press.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 555-561.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, P., Dickow, B. & Petermann, F. (2002). Reliabilität und Validität des SVF-KJ. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 273-289.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 128-140.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression, I: psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington, R., Rutter, M., Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1951). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Revised*. New York: Psychological Corp.
- Hautzinger, M. (1991). Geschlechtsunterschiede bei Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 39, 219-239.
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (5.Aufl.). München: Beltz PVU.

- Herman-Stahl, M. & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733-753.
- Herman-Stahl, M., Stemmler, M. & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 649-665.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.), (1996). *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp.410-433). New York: Wiley.
- Hilsman, R. & Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69 (2), 370-380.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Clayton, P., & Keller, M. (1983). Personality and depression. Empirical findings. *Archives of General Psychiatry*, 40, 993-998.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Andreasen, N., Clayton, P., & Keller, M. (1986). Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 648-654.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Lavori, P., & Keller, M., Griffith, P., & Coryell, W. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 345-350.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 909-917.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 100, 31-38.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 599-610.
- Houtman, I. L. (1990). Personal coping resources and sex differences. *Personality and Individual Differences*, 11 (1), 53-63.

- Hovanitz, C. A. & Kozora, E. (1989). Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping. *Journal of Clinical Psychology, 45* (5), 766-777.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstreß, Schulstreß, Freizeistreß: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche* (2.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung, 11* (4), 201-211.
- John, O. P., Angleitner, A. & Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality, 2*, 171-205.
- Joiner, T. E. Jr. (2000). Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology Science and Practise, 7*, 203-218.
- Joiner, T. E. Jr. (2001). Negative attributional style, hopelessness depression and endogenous depression. *Behaviour Research & Therapy, 39*, 139-149.
- Judd, L. L., Paulus, M. J., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Endicott, J., Leon, A. C., Maser, J. D., Mueller, T., Solomon, D. A. & Keller, M. B. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry, 157*, 1501-1504.
- Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167-171.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E. M. & Brook, J. S. (1999). The influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1529-1535.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E. M. & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder. Alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry, 58*, 231-236.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Beardslee, W. R., Wunder, J., & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 21*, 163-171.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Neale, M. C. & Prescott, C. A. (2001). Genetic risk factors for major depression in men and women: Similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychological Medicine, 31*, 605-616.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M., Swartz, M. & Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Schwartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 39, 85-96.
- Kessler, R. C., Price, R. H. & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Knäuper, B. & Wittchen, H.-U. (1995). Epidemiologie der Major Depression: Nehmen depressive Erkrankungen zu? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 8-21.
- Kohnstamm, G. A., Mervielde, I., Besevegis, E. & Halverson, C. F. Jr. (1995). Tracing the Big Five in parents' free descriptions of their children. *European Journal of Personality*, 9, 283-304.
- Krohne, H. W. (1996). Individual Differences in Coping. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.), (1996). *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp.381-409). New York: Wiley.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Laux, L. (1983). Psychologische Selbstkonzeptionen. In H. Thomaе (Hrsg.), *Theorien und Formen der Motivation* (S. 453-535). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus, R. S. (1981). Stress und Stressbewältigung - ein Paradigma. In S-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaption. In: Gentry, W. D. (Eds.), *Handbook of behavioral medicine*, (pp.282-325). New York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum.

- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R. & Rhode, P. (1994). Major Depression in community adolescents: Age of onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-819.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 251-264.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence und incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Andrews, J. A. & Hautzinger, M. (1992). Affektive Störungen bei Jugendlichen: Prävalenz, Komorbidität und psychosoziale Korrelate. *Verhaltenstherapie*, 2, (S. 132-139).
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 32, 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorders in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1999). The natural course of adolescent major depressiv episoder: I. Continuity in young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R. & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Lindeman, M., Harakka, T. & Keltikangas-Järvinen, L. (1997). Age and gender differences in adolescents' reactions to conflict situations: Aggression, prosociality, and withdrawal. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 339-351.

- Livesley, J. W., Jackson, D. N. & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 432-440.
- McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., Calderon, R., Schloredt, K. & Treder, R. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 714-722.
- McCauley, E., Pavlidis, K. & Kendall, K. (2001). Developmental precursors of depression: The child and the social environment. In I. M. Goodyer (Ed.), *The depressed child and adolescent* (2nd ed., pp.46-78). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. (1990). *Personality in Adulthood*. Guilford: New York.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Aiva, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R. & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, Personality, and Life Span Development. *Journal of Personality and Social Psychology, 78* (1), 173-186.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr., Pedrosa de Lima, M., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., Marušić, I., Bratko, D., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Chae, J.-H. & Piedmont, R. L. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology, 35* (2), 466-477.
- McGee, R., Freehan, M. & Williams, S. (1995). Long-term follow-up of a birth cohort. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp.366-384). Oxford: Oxford University Press.
- Miller, S. M. & Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. In R. C. Barnett, L. Biener & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp.287-307). New York: Free Press.
- Millon, T., Green, C. J., & Meagher, Jr. R. B. (1982). *Millon Adolescent Personality Inventory-MAPI (C)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 433-448.
- Moos, R. H. & Schaeffer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.

- Mummendey, H. D. (1999). *Die Fragebogen-Methode* (3. unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, *101*, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). Further evidence for the role of psychosocial factors in depression chronicity. *Clinical Psychology Science and Practise*, *7*, 224-227.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, *115* (3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77* (5), 1061-1072.
- Nowack, K. M. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioural Medicine*, *12*, 145-158.
- Nummer, G. & Seiffge-Krenke, I. (2001). Können Unterschiede in Stresswahrnehmung und -bewältigung Geschlechtsunterschiede in der depressiven Symptombelastung bei Jugendlichen erklären? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *29*, 89-97.
- Janke, W., Erdmann, G. & W. Kallus (Hrsg.) (1985). *Stressverarbeitungsforschung (SVF) nach W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein, Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Jorgensen, R. S. & Dusek, J. B. (1990). Adolescent adjustment and coping strategies. *Journal of Personality*, *58*, 503-513.
- Olbrich, E. (1982). Die Entwicklung der Persönlichkeit im menschlichen Lebenslauf. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S.91-123). München: Urban & Schwarzenberg.
- Oldehinkel, A. J., Wittchen, H.-U. & Schuster, P. (1999). Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *29*, 655-668.
- Park, R. J. & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescent. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *9*, 147-161.
- Parkes, K. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1277-1292.
- Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of current trait theory. *Psychological Inquiry*, *5*, 103-113.

- Perrez, M. & Reicherts, M. (1987). Behavior and cognition analysis of coping with stress by depressed persons. A criterion- and process-orientated measurement approach. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research* (pp.115-132). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Phelps, S. B. & Jarvis, P. A. (1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for a theoretically based approach to assessing coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 3, 359-371.
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. & Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 147, 830-837.
- Pittner, M. S., Houston, B. K. & Spiridigliozzi, G. (1983). Control over stress. Type A Behavior Pattern, and response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 627-637.
- Potthoff, M. (1982). *Lavendelblauer Traum*. München: Franz Schneider Verlag.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J. & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal children with major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500 - 507.
- Pukrop, R., Steinmeyer, E. M., Woschnik, M., Czernik, A., Matthies, H., Saß, H. & Klosterkötter, J. (2002). Persönlichkeit, akzentuierte Wesenszüge und Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt*, 73 (3), 247-254.
- Renk, K. & Creasey, G. (2003). The relationship of gender, gender identity, and coping strategies in late adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 159-168.
- Rhode, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression. II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rhode, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1990). Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 264-271.
- Reicher, H. (1999). Depressivität und Aggressivität im Jugendalter: Gemeinsame und spezifische psychosoziale Charakteristika. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (3), 171-185.
- Ries, H.. In Häcker, H. & Stapf, K. H. (Hrsg.), (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.

- Remerschmidt, H. (1992). „Adoleszenz“ - Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter. Stuttgart: Thieme.
- Remerschmidt, H. & Mattejat, F. (1996). Familiendiagnostik bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 24 (3), 203-212.
- Robins, L. N., Locke, B., & Regier, D. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L. Robins & D. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America* (pp. 328-366). New York: Free Press.
- Roth, M. (2002). Überprüfung der Anwendbarkeit des NEO-Fünf-Faktoren Inventars (NEO-FFI) bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 16 Jahren. *Diagnostica*, 48 (2), 59-67.
- Rüger, U., Blomert, A. F. & Förster, W. (1990). *Coping: theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rushton, J. L., Forcier, M. & Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 199-205.
- Rutter, M., Izard, C. E. & Read, P. B. (Eds.), (1986). Depression in young people: Developmental and clinical perspectives. New York: Guilford.
- Schallberger, U. & Venetz, M. (1998). Der Gießen-Test und das Fünf-Faktoren Modell. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19 (3), 204-210.
- Scheibe, S., Asendorpf, J. B., & Bagby, R. M. (2001). Persönlichkeitstypen und Depression: Beeinflusst die Zugehörigkeit zum überkontrollierten Persönlichkeitstyp die Entstehung und den Verlauf von Major Depression? Poster presented at the 6. Arbeitstagung der Fachgruppe für Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Leipzig.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, D., Haring, C., Hawton, K., Lönnquist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B. & Sampaio-Farai, J. (1996a). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 – 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.

- Schmidtke, A., Weinacker, B. & Fricke, S. (1996b). Suizid und Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen in den alten Ländern der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR. *Kinderarzt*, 27, 151-162.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: More similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Hillsdale: Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (6), 617-630.
- Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2001). Gibt es geschlechtsspezifische Faktoren in der Vorhersage depressiver Symptome im Jugendalter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (1), 22-32.
- Seiffge-Krenke, I., Kollmar, F. & Meiser, T. (1997). Der Einfluß von verschiedenen Typen von Stressoren und Problemmeidung auf die Symptombelastung von Jugendlichen: Eine längsschnittliche Analyse. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 130-147.
- Seligman, M. E. P. (1994). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., Solomon, D. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1996). Does major depression result in lasting personality change? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1404-1410.
- Spirito, A. & Stark, L. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.
- Stark, L., Spirito, A., Williams, C. & Guevremont, D. (1989). Common problems and coping strategies I: Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 203-212.
- Stegie, R. (1980). Probleme der life event Forschung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 20-32.
- Sulz, J. & David, J. P. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 993-1005.
- Tranter, R., O'Donovan, C., Chandarana, P. & Kennedy, S. (2002). Prevalence and outcome of partial remission in depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 27, 241-247.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.

- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Vernberg, E. M. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 187-198.
- Wagner, H. & Baumgärtel, F. (1978). *Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wartner, U. G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in south germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS-Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weidner, G. & Collins, R. L. (1993). Gender, coping, and health. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness* (pp.241-265). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Clee, K., Lellouch, J., Lepine, J.-P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H.-U. & Yeh, E.-K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M. M. & Olfson, M. (1995). Depression in woman: Implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Warner, V., John, K., Prusoff, B. A., Merikangas, K. R., & Gammon, G. D. (1987). Assessing psychiatric disorders in children: Discrepancies between mothers' and children's reports. *Archives of General Psychiatry*, 44, 747-753.
- Wells, K. B., Kataoka, S. H. & Asarnow, J. R. (2001). Affective disorders in children and adolescents: Addressing unmet need in primary care settings. *Biological Psychiatry*, 49, 1111-1120.

- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 363-393.
- Wierzbicki, M. & McCabe, M. (1988). Social skills and subsequent depressive symptomatology in children. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 203-208.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Frank, E., Andersen, B. P., Matty, M. K. & Kupfer, D. J. (1998). Nature of life events and difficulties in depressed adolescents. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1049-1057.
- Windle, R. C. & Windle, M. (1997). An investigation of adolescent's substance use behaviors, depressed affect, and suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 921-929.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (1999). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. I: Die Bedeutung von Bewältigungsfertigkeiten und selbstbezogenen Kognitionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (1), 45-53.
- Wittchen, H.-U. (1994). Wie häufig sind depressive Erkrankungen? Diagnostik und Hinweise auf eine Zunahme depressiver Störungen. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Depressionen* (S. 10-24). Baltmannsweiler: Röttger-Schneider.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Genf: WHO.
- Zeidner, M. & Endler, N. S. (Eds.), (1996). *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Zeiss, A. M. & Lewinsohn, P. M. (2000). Depression: "Vicious" or variable? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 232-235.
- Zerssen v., D., Mombour, W. & Wittchen, H.-U. (1988). Der aktuelle Stand der Definition und Klassifikation affektiver Störungen. In D. v. Zerssen & H.-J. Möller (Hrsg.), *Affektive Störungen* (S. 12-29). Berlin: Springer.
- Zerssen v., D. (1994). Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren - Probleme ihrer Erfassung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 62 (1), 1-13.

8 Anhang

Inhaltsverzeichnis

- Anhang A: Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ, Hampel, Petermann & Dickow, 2001).
- Anhang B: Der Gießen-Test (GT) von Beckmann, Brähler und Richter (1991).
- Anhang C: Der Selbstbeurteilungsbogen für depressive Störungen (SBB-DES) aus dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ, Döpfner & Lemkuhl, 2000).
- Anhang D: Übersicht aller anhand der Daten des ersten Messzeitpunktes (t1) zwischen den einzelnen Skalen der verschiedenen Fragebögen ermittelten Korrelationen.
- Anhang E: Übersicht aller anhand der Daten des dritten Messzeitpunktes (t3) zwischen den einzelnen Skalen der verschiedenen Fragebögen ermittelten Korrelationen.

SVF-KJ

Hier geht es darum, wie du mit Situationen umgehst, die dich **unter Druck** setzen! Stelle dir bitte gleich die genannte Situation vor, als ob sie JETZT passiert! Bitte kreuze dann an, was für dich zutreffend ist. Du hast die Möglichkeit zwischen fünf Abstufungen zu wählen:

Dazu ein Beispiel:

„Ich soll etwas vor der ganzen Klasse an die Tafel schreiben!“

„Wenn mir das passiert, dann...

...versuche ich, ruhig zu bleiben!“

auf keinen Fall	eher nein	Vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>				

Stelle Dir jetzt bitte vor:

Wenn mich **andere Jugendliche** unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin.

Zum Beispiel:

...weil ich einen Streit mit meinem Freund oder meiner Freundin habe

... weil andere schlecht über mich reden

Wenn mich **andere Jugendliche** unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
01. ...denke ich an Sachen, die mir Spaß machen!	<input type="checkbox"/>				
02. ...möchte ich mich am liebsten davor drücken!	<input type="checkbox"/>				
03. ...mache ich mir einen Plan, wie ich das Problem lösen kann!	<input type="checkbox"/>				
04. ...sage ich mir: So schlimm ist das doch gar nicht!	<input type="checkbox"/>				
05. ...denke ich mir: Was ich auch tue, es nützt doch nichts!	<input type="checkbox"/>				
06. ...sage ich mir: Ich weiß, dass ich das Problem lösen kann!	<input type="checkbox"/>				
07. ...zanke ich mich schnell mit jemandem, der mir über den Weg läuft!	<input type="checkbox"/>				

Wenn mich **andere Jugendliche** unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
08. ...fällt es mir schwer, an etwas anderes zu denken!	<input type="checkbox"/>				
09. ...lass ich mir von jemandem helfen!	<input type="checkbox"/>				
10. ...möchte ich am liebsten aufgeben!	<input type="checkbox"/>				
11. ...denke ich mir: So wichtig ist das doch gar nicht!	<input type="checkbox"/>				
12. ...sage ich mir: Ich kriege das in den Griff!	<input type="checkbox"/>				
13. ...möchte ich am liebsten im Bett bleiben!	<input type="checkbox"/>				
14. ...frage ich jemanden um Rat!	<input type="checkbox"/>				
15. ...geht mir diese Situation immer wieder durch den Kopf!	<input type="checkbox"/>				
16. ...versuche ich herauszufinden, was das Problem ist!	<input type="checkbox"/>				
17. ...kriege ich schlechte Laune!	<input type="checkbox"/>				
18. ...lese ich etwas, was mir Spaß macht!	<input type="checkbox"/>				
19. ...möchte ich der Situation am liebsten aus dem Weg gehen!	<input type="checkbox"/>				
20. ...überlege ich, was ich tun kann!	<input type="checkbox"/>				
21. ...möchte ich am liebsten vor Wut platzen!	<input type="checkbox"/>				
22. ...frage ich jemanden, was ich machen soll!	<input type="checkbox"/>				
23. ...mache ich mir klar, dass ich das zu einem guten Ende bringen kann!	<input type="checkbox"/>				
24. ...beschäftigen mich die ganze Zeit Sorgen und Gedanken über diese Situation!	<input type="checkbox"/>				
25. ...spiele ich etwas!	<input type="checkbox"/>				
26. ...sage ich mir: Alles halb so wild!	<input type="checkbox"/>				

Wenn mich **andere Jugendliche** unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
27. ...kommt mir alles sinnlos vor, was ich tue!	<input type="checkbox"/>				
28. ...rede ich mit jemandem darüber!	<input type="checkbox"/>				
29. ...nörgele ich an allem herum!	<input type="checkbox"/>				
30. ...mache ich es mir erst mal so richtig gemütlich!	<input type="checkbox"/>				
31. ...mache ich etwas, dass das Problem löst!	<input type="checkbox"/>				
32. ...kreisen meine Gedanken nur noch um diese Sache!	<input type="checkbox"/>				
33. ...denke ich mir: Es hat sowieso keinen Zweck mehr!	<input type="checkbox"/>				
34. ...denke ich mir: Morgen sieht das schon wieder anders aus!	<input type="checkbox"/>				
35. ...möchte ich mich am liebsten krank stellen!	<input type="checkbox"/>				
36. ...sage ich mir: Damit werde ich fertig!	<input type="checkbox"/>				

Stelle Dir jetzt bitte vor:

Wenn mich **etwas in der Schule** unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin.

Zum Beispiel:

...weil ich eine schwierige Klassenarbeit schreiben muss

... weil ich zu viele Hausaufgaben aufhabe

Wenn mich **etwas in der Schule** unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
37. ...denke ich an Sachen, die mir Spaß machen!	<input type="checkbox"/>				
38. ...möchte ich mich am liebsten davor drücken!	<input type="checkbox"/>				
39. ...mache ich mir einen Plan, wie ich das Problem lösen kann!	<input type="checkbox"/>				
40. ...sage ich mir: So schlimm ist das doch gar nicht!	<input type="checkbox"/>				
41. ...denke ich mir: Was ich auch tue, es nützt doch nichts!	<input type="checkbox"/>				
42. ...sage ich mir: Ich weiß, dass ich das Problem lösen kann!	<input type="checkbox"/>				
43. ...zanke ich mich schnell mit jemandem, der mir über den Weg läuft!	<input type="checkbox"/>				
44. ...fällt es mir schwer, an etwas anderes zu denken!	<input type="checkbox"/>				
45. ...lass ich mir von jemandem helfen!	<input type="checkbox"/>				
46. ...möchte ich am liebsten aufgeben!	<input type="checkbox"/>				
47. ...denke ich mir: So wichtig ist das doch gar nicht!	<input type="checkbox"/>				
48. ...sage ich mir: Ich kriege das in den Griff!	<input type="checkbox"/>				
49. ...möchte ich am liebsten im Bett bleiben!	<input type="checkbox"/>				
50. ...frage ich jemanden um Rat!	<input type="checkbox"/>				

Wenn mich **etwas in der Schule** unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
51. ...geht mir diese Situation immer wieder durch den Kopf!	<input type="checkbox"/>				
52. ...versuche ich herauszufinden, was das Problem ist!	<input type="checkbox"/>				
53. ...kriege ich schlechte Laune!	<input type="checkbox"/>				
54. ...lese ich etwas, was mir Spaß macht!	<input type="checkbox"/>				
55. ...möchte ich der Situation am liebsten aus dem Weg gehen!	<input type="checkbox"/>				
56. ...überlege ich, was ich tun kann!	<input type="checkbox"/>				
57. ...möchte ich am liebsten vor Wut platzen!	<input type="checkbox"/>				
58. ...frage ich jemanden, was ich machen soll!	<input type="checkbox"/>				
59. ...mache ich mir klar, dass ich das zu einem guten Ende bringen kann!	<input type="checkbox"/>				
60. ...beschäftigen mir die ganze Zeit Sorgen und Gedanken über diese Situation!	<input type="checkbox"/>				
61. ...spiele ich etwas!	<input type="checkbox"/>				
62. ...sage ich mir: Alles halb so wild!	<input type="checkbox"/>				
63. ...kommt mir alles sinnlos vor, was ich tue!	<input type="checkbox"/>				
64. ...rede ich mit jemandem darüber!	<input type="checkbox"/>				
65. ...nörgele ich an allem herum!	<input type="checkbox"/>				
66. ...mache ich es mir erst mal so richtig gemütlich!	<input type="checkbox"/>				
67. ...mache ich etwas, dass das Problem löst!	<input type="checkbox"/>				
68. ...kreisen meine Gedanken nur noch um diese Sache!	<input type="checkbox"/>				

Wenn mich **etwas in der Schule** unter Druck setzt und ich ganz aufgeregt bin, dann...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
69. ...denke ich mir: Es hat sowieso keinen Zweck mehr!	<input type="checkbox"/>				
70. ...denke ich mir: Morgen sieht das schon wieder anders aus!	<input type="checkbox"/>				
71. ...möchte ich mich am liebsten krank stellen!	<input type="checkbox"/>				
72. ...sage ich mir: Damit werde ich fertig!	<input type="checkbox"/>				

GT

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Du Dich selbst siehst und empfindest. Bitte trage Deinen Eindruck von Dir selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Du glaubst, dass Dein Verhalten im Vergleich zu anderen Menschen unauffällig ist. 0 bedeutet also, dass diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (z.B. Nr. 1: Du hast den Eindruck, dass Du selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig bist, dann kreuzt Du 0 an). Glaubst Du, dass Dein Verhalten nach einer Seite hin abweicht, so kreuze bitte je nach Ausmaß 1,2 oder 3 an.

1.	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3	2	1	0	1	2	3	eher geduldig.
2.	Ich glaube, ich suche eher	3	2	1	0	1	2	3	ich meide eher Geselligkeit.
3.	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3	2	1	0	1	2	3	von anderen gelenkt zu werden.
4.	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3	2	1	0	1	2	3	sehr wenig beeinflussen.
5.	Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher selten	3	2	1	0	1	2	3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6.	Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3	2	1	0	1	2	3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7.	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3	2	1	0	1	2	3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8.	Ich halte mich für sehr wenig	3	2	1	0	1	2	3	besonders ängstlich.
9.	Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3	2	1	0	1	2	3	eher unzufrieden sind.
10.	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3	2	1	0	1	2	3	besonders wenig Vertrauen.

11.	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3	2	1	0	1	2	3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12.	Ich glaube, ich meide eher	3	2	1	0	1	2	3	suche eher sehr engen Anschluss an einen anderen Menschen.
13.	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3	2	1	0	1	2	3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14.	Ich halte mich selten	3	2	1	0	1	2	3	oft für sehr bedrückt.
15.	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3	2	1	0	1	2	3	sehr wenig von mir preis.
16.	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3	2	1	0	1	2	3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17.	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3	2	1	0	1	2	3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18.	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3	2	1	0	1	2	3	eher übergenau.
19.	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3	2	1	0	1	2	3	eher schwer aus mir heraus.
20.	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3	2	1	0	1	2	3	eher älter.
21.	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3	2	1	0	1	2	3	eher überordentlich.
22.	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3	2	1	0	1	2	3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.
23.	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man ich für minderwertig	3	2	1	0	1	2	3	für wertvoll hält.
24.	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3	2	1	0	1	2	3	eher Bequemlichkeit.
25.	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3	2	1	0	1	2	3	eher sehr nahe.

26.	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3	2	1	0	1	2	3	eher wenig Phantasie
27.	Ich glaube, ich lege kaum	3	2	1	0	1	2	3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28.	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3	2	1	0	1	2	3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29.	Ich denke, ich mache mir selten	3	2	1	0	1	2	3	immer Selbstvorwürfe.
30.	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3	2	1	0	1	2	3	wenig Liebe schenken.
31.	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3	2	1	0	1	2	3	besonders eigensinnig.
32.	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3	2	1	0	1	2	3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33.	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3	2	1	0	1	2	3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34.	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3	2	1	0	1	2	3	wenig erlebnisfähig.
35.	Ich denke, ich habe sehr gute	3	2	1	0	1	2	3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36.	Ich glaube, dass man mich im allgemeinen eher als stark	3	2	1	0	1	2	3	eher als schwach einschätzt.
37.	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3	2	1	0	1	2	3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38.	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3	2	1	0	1	2	3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39.	Ich glaube, ich kann sehr Schwer	3	2	1	0	1	2	3	sehr leicht ausgelassen sein.
40.	Ich denke, ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen.	3	2	1	0	1	2	3	sehr befangen.

SBB-DES

	Kreuze bitte für jede Beschreibung - zuerst die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für Dich ist - und danach die Zahl, die angibt, wie sehr das ein Problem für Dich ist.	Wie zutreffend ist die Beschreibung?				Wie sehr ist das ein Problem für Dich?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehe	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
01	Ich bin die meiste Zeit über traurig.	0	1	2	3	0	1	2	3
02	Ich bin die meiste Zeit über mürrisch, gereizt und schlecht gelaunt.	0	1	2	3	0	1	2	3
03	Ich habe die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an allem oder fast allem, was ich mache.	0	1	2	3	0	1	2	3
04	Ich bin die meiste Zeit über müde oder wie ohne jede Energie und erschöpft.	0	1	2	3	0	1	2	3
05	Ich denke immer wieder an den Tod oder daran, mich selbst umzubringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
06	Ich habe versucht, mir das Leben zu nehmen.	0	1	2	3	0	1	2	3
07	Ich kann mich kaum konzentrieren.	0	1	2	3	0	1	2	3
08	Ich kann mich kaum zu einer Entscheidung durchringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
09	Ich fühle mich die meiste Zeit über unruhig, angespannt und wie getrieben.	0	1	2	3	0	1	2	3
10	Ich habe das Gefühl, ich kann nur sehr langsam denken oder ich bin in allen meinen Bewegungen ganz langsam.	0	1	2	3	0	1	2	3
11	Ich kann jede oder fast jede Nacht nur wenig schlafen.	0	1	2	3	0	1	2	3
12	Ich schlafe jeden oder fast jeden Tag sehr viel.	0	1	2	3	0	1	2	3
13	Ich habe die meiste Zeit über kaum Appetit.	0	1	2	3	0	1	2	3
14	Ich habe in letzter Zeit ohne eine Diät deutlich an Gewicht verloren.	0	1	2	3	0	1	2	3
15	Ich habe die meiste Zeit einen zu großen Appetit.	0	1	2	3	0	1	2	3
16	Ich habe in letzter Zeit deutlich an Gewicht zugenommen.	0	1	2	3	0	1	2	3
17	Ich habe kein Selbstvertrauen und fühle mich minderwertig und als Versager.	0	1	2	3	0	1	2	3

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?				Wie sehr ist das ein Problem für Dich?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehe	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
18	Ich habe starke Schuldgefühle oder mache mir viele Vorwürfe.	0	1	2	3	0	1	2	3
19	Ich weine viel.	0	1	2	3	0	1	2	3
20	Ich fühle mich hoffnungslos und verzweifelt.	0	1	2	3	0	1	2	3
21	Ich schaffe die alltäglichen Dinge des Lebens nicht (z.B. in der Schule oder zu Hause).	0	1	2	3	0	1	2	3
22	Ich blicke mutlos und hoffnungslos in die Zukunft.	0	1	2	3	0	1	2	3
23	Ich grübele viel über das nach, was früher war.	0	1	2	3	0	1	2	3
24	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück und möchte für mich alleine sein.	0	1	2	3	0	1	2	3
25	Ich spreche wenig.	0	1	2	3	0	1	2	3
26	Ereignisse oder Aktivitäten, die mir sonst sehr wichtig waren, interessieren mich jetzt kaum und lassen mich kalt.	0	1	2	3	0	1	2	3
27	Ich wache morgens mindestens zwei Stunden früher auf als normalerweise.	0	1	2	3	0	1	2	3
28	Ich fühle mich morgens besonders traurig, matt und erschöpft.	0	1	2	3	0	1	2	3
29	Ich habe mein Interesse und meine Freude an Sexualität verloren.	0	1	2	3	0	1	2	3
30	Ich leide unter den beschriebenen Problemen erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3				

Korrelationen der Einzelskalen des SVF-KJ, GT und SBB-DES zu t1

		SVF-KJ												
		BAG	ABL	STK	POS	SUB	VER	GED	RES	AGG	EMO	PRB	NCO	PCO
SBB-DES		.07	.08	-.12*	-.17**	-.07	.30**	.26**	.57**	.33**	.09	-.08	.45**	-.03
GT	SR	-.00	-.15*	.17**	.25**	.20**	-.13*	.02	-.32**	-.13*	-.09	.24**	-.17**	.15*
	DO	.13*	.09	.25**	.27**	.23**	-.05	.02	-.13*	-.17**	.13*	.29**	-.10	.29**
	KO	-.03	-.06	.11	.15*	.14*	-.14*	-.01	-.06	-.22**	-.06	.16**	-.14*	.10
	GS	.02	-.00	.05	-.07	.11	.30**	.32**	.35**	.25**	.01	.04	.38**	.03
	DU	.06	.13*	-.20**	-.21**	-.19**	.06	-.08	.22**	.03	.11	-.24**	.07	-.14*
	SP	.09	.19**	-.16**	-.10	-.16**	.02	-.09	.26**	.02	.17**	-.17**	.06	-.05

Anmerkungen. BAG = Bagatellisierung, ABL = Ablenkung / Erholung. STK = Situationskontrolle. POS = Positive Selbstinstruktion. SUB = Soziales Unterstützungsbedürfnis. VER = Passive Vermeidung. GED = Gedankliche Weiterbeschäftigung. RES = Resignation. AGG = Aggression. EMO = Emotionsregulierende Bewältigung. PRB = Problemlösende Bewältigung. NCO = Negatives Coping. PCO = Positives Coping. SBB-DES = Gesamtwert depressive Störung (Schweregrad). SR = Soziale Resonanz. DO = Dominanz. KO = Kontrolle. GS = Grundstimmung. DU = Durchlässigkeit. SP = Soziale Potenz.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Korrelationen der Einzelskalen des SVF-KJ, GT und SBB-DES zu t3

		SVF-KJ												
		BAG	ABL	STK	POS	SUB	VER	GED	RES	AGG	EMO	PRB	NCO	PCO
SBB-DES		.10	.08	-.10	-.22**	-.03	.24**	.20**	.46**	.33**	.11	-.13*	-.38**	-.06
GT	SR	.05	-.12	.33**	.33**	.32**	-.14*	.07	-.24**	-.05	-.05	.37**	-.11	.29**
	DO	.06	.02	.20**	.21**	.20**	-.10	.18**	-.09	-.18**	.04	.23**	-.06	.21**
	KO	-.03	-.01	.23**	.12	.24**	-.08	.21**	-.03	-.06	-.03	.23**	.01	.18**
	GS	-.12	-.12	.00	-.17**	.08	.35**	.43**	.35**	.22**	-.13*	-.03	.43**	-.08
	DU	-.05	.16*	-.29**	-.28**	-.26**	.17**	.04	.30**	.12	.08	-.32**	.19**	-.23**
	SP	-.01	.19**	-.33**	-.30**	-.30**	.19**	-.00	.32**	.13	.11	-.36**	.19**	-.25**

Anmerkungen. BAG = Bagatellisierung, ABL = Ablenkung / Erholung. STK = Situationskontrolle. POS = Positive Selbstinstruktion. SUB = Soziales Unterstützungsbedürfnis. VER = Passive Vermeidung. GED = Gedankliche Weiterbeschäftigung. RES = Resignation. AGG = Aggression. EMO = Emotionsregulierende Bewältigung. PRB = Problemlösende Bewältigung. NCO = Negatives Coping. PCO = Positives Coping. SBB-DES = Gesamtwert depressive Störung (Schweregrad). SR = Soziale Resonanz. DO = Dominanz. KO = Kontrolle. GS = Grundstimmung. DU = Durchlässigkeit. SP = Soziale Potenz.

* $p < .05$, ** $p < .01$.