

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>1 THEORIE.....</b>	<b>2</b>
1.1 Stress und Stressbewältigung .....	2
1.1.1 Definition: Stress und Stressbewältigung .....	2
1.1.2 Die kognitiv-transaktionale Perspektive nach Lazarus .....	3
1.1.3 Proaktives Coping nach Schwarzer .....	9
1.1.4 Persönliche Ressourcen und Stressbewältigung .....	12
1.1.5 Soziale Unterstützung und Stressbewältigung .....	13
1.1.6 Empirische Befunde zum Konzept Stressbewältigung .....	14
1.2 Dyadisches Coping .....	17
1.2.1 Definition: Dyadisches Coping nach Bodenmann und Perrez .....	17
1.2.2 Grundannahmen des systemisch-transaktionalen Ansatzes .....	17
1.2.3 Funktion und Bedeutung des dyadischen Copings .....	23
1.2.4 Empirische Befunde zum Konstrukt Dyadisches Coping .....	24
1.3 Elterliches Erziehungsverhalten und Psychopathologie im Erwachsenenalter in Anlehnung an die Bindungstheorie .....	25
1.3.1 Erinnerungtes Elterliches Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der Bindungstheorie .....	25
1.3.2 Definition des Bindungsbegriffs und der Bindungstheorie .....	26
1.3.3 Innere Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentationen .....	27
1.3.4 Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen .....	28
1.3.5 Elterliches Erziehungsverhalten und Bindungsstil .....	30
1.3.6 Dyadisches Coping und Bindungsstil .....	31
1.4 Krankheitsbild Schlafstörung .....	33
1.4.1 Klassifikation von Schlafstörungen .....	33
1.4.2 Beschreibung der nicht-organischen Schlafstörungen .....	34
1.4.3 Beschreibung der organischen Schlafstörungen .....	37
1.4.4 Epidemiologie.....	38
1.4.5 Verlauf und Prognose.....	40
1.4.6 Insomnie und Depression .....	40
1.5 Entwicklung des Arbeitsmodells .....	42
1.5.1 Psychologische Variablen des Arbeitsmodells .....	42
1.5.2 Erläuterung des Arbeitsmodells.....	43
1.5.3 Zusammenfassung des Arbeitsmodells .....	48
1.6 Fragestellung und Hypothesen .....	50
1.6.1 Arbeitshypothesen.....	50
<b>2 METHODEN .....</b>	<b>53</b>
2.1 Vorbereitung und Durchführung der Fragebogenstudie .....	53
2.1.1 Die Operationalisierung des allgemeinen und proaktiven Copings .....	53
2.1.2 Die Operationalisierung des dyadischen Copings .....	57

2.1.3	Die Operationalisierung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens .....	59
2.1.4	Die Operationalisierung der Depression .....	65
2.1.5	Die Operationalisierung der Schlafqualität .....	66
2.1.6	Erhebung der Variablen.....	68
2.1.7	Die Stichprobe.....	69
2.1.8	Procedere der Datenerhebung.....	70
<b>3</b>	<b>RESULTATE .....</b>	<b>71</b>
3.1	Analyse der Daten .....	71
3.1.1	Beschreibung der PatientInnenstichprobe (Experimentalgruppe) .....	72
3.1.2	Beschreibung der gesunden ProbandInnenstichprobe (Kontrollgruppe) .....	73
3.2	Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....	75
3.2.1	Überprüfung der Unterschiedshypothesen.....	75
3.2.2	Überprüfung der Zusammenhangshypothesen .....	81
3.2.3	Zusammenfassung und erstes Fazit.....	95
3.3	Prüfung des Arbeitsmodells.....	96
3.3.1	Prüfung des spezifischen Einflusses von Bindung und Coping auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer klinisch relevanten Schlafstörung .....	97
3.3.2	Determinanten zur Vorhersage einer Schlafstörung .....	98
3.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	104
<b>4</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>105</b>
4.1	Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten und Schlafqualität .....	105
4.2	Depression und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten .....	109
4.3	Coping und Schlafqualität .....	110
4.4	Depression und Coping.....	114
4.5	Coping und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten .....	116
4.6	Varianzaufklärung der einzelnen Konstrukte.....	117
4.7	Anmerkungen zur Datenerhebungsmethode und -analyse .....	118
	<b>LITERATUR.....</b>	<b>122</b>
	<b>ANHANG</b>	

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus .....	6
Abbildung 2: Modell der „Proaktiven Coping Theorie“ .....	10
Abbildung 3: Variablen zur Vorhersage des individuellen oder dyadischen Stresserlebens.....	18
Abbildung 4: Kaskaden-Modell des Stress-Coping-Prozesses.....	22
Abbildung 5: Funktionen und Effekte des dyadischen Copings.....	23
Abbildung 6: Arbeitsmodell.....	49
Abbildung 7: PatientInnenstichprobe .....	71
Abbildung 8: Verteilung der Diagnosen in der PatientInnenstichprobe (N=57).....	72
Abbildung 9: ProbandInnenstichprobe .....	73

## TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Klassifikation der Schlafstörungen nach ICD-10 .....	34
Tab. 2 : Übersicht über die Erhebung der Variablen .....	68
Tab. 3: Mann-Whitney-U-Test für allgemeines und proaktives Coping .....	76
Tab. 4 : Mann-Whitney-U-Test für dyadisches Coping .....	77
Tab. 5: Mann-Whitney-U-Test für erinnertes elterliches Erziehungsverhalten.....	78
Tab. 6: Mann-Whitney-U-Test für Geschlechtsunterschiede über die gesamte Stichprobe.....	80
Tab. 7: Korrelationen des allgemeinen und proaktiven Copings mit subjektiver Schlafqualität (N=128).....	81
Tab. 8: Korrelationen des dyadischen Copings und der Stresskommunikation mit subjektiver Schlafqualität (N=119).....	82
Tab. 9: Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens Wärme mit subjektiver Schlafqualität (N <sub>vater</sub> = 121, N <sub>mutter</sub> = 127) .....	83

Tab. 10: Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens Ablehnung/Überbehütung mit subjektiver Schlafqualität( $N_{\text{vater}} = 121$ , $N_{\text{mutter}} = 127$ ).....	83
Tab. 11: Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit allgemeinem und proaktivem Coping.....	85
Tab. 12: Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für allgemeines und proaktives Coping (N=127).....	86
Tab. 13: Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für allgemeines und proaktives Coping (N=121).....	86
Tab. 14: Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit dyadischem Coping .....	88
Tab. 15: Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für dyadisches Coping (N=118) .....	89
Tab. 16: Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für dyadisches Coping (N=112) .....	89
Tab. 17: Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit Depression .....	90
Tab. 18: Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für Depression (N=127) .....	91
Tab. 19 : Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für Depression (N=121) .....	91
Tab. 20: Korrelationen des allgemeinen und proaktiven Copings mit Depression (N=128) .....	92
Tab. 21: Koeffizienten der Regression der Variablen des allgemeinen und proaktiven Copings für Depression (N=128).....	93
Tab. 22: Korrelationen des dyadischen Copings und der Stresskommunikation mit Depression (N=119) .....	94
Tab. 23: Koeffizienten der Regression der Variablen des dyadischen Copings für Depression (N=119) .....	94
Tab. 24: Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der ersten logistischen Regression auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ .....	97

Tab. 25: Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ (N=128).....	99
Tab. 26: Logistische Regression der Variablen allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	100
Tab. 27: Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen dyadisches Coping auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ (N=119) .....	100
Tab. 28: Logistische Regression der Variablen dyadisches Coping auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	101
Tab. 29: Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen erinnertes elterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ .....	101
Tab. 30 : Logistische Regression der Variablen erinnertes mütterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	102
Tab. 31: Logistische Regression der Variablen erinnertes väterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	102
Tab. 32: Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen Depression auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	103
Tab. 33: Logistische Regression der Variable Depression auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	103
Tab. 34: Zusammenfassung der Ergebnisse der logistischen Regression für die Auftretenswahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“ .....	104

## **EINLEITUNG**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Schlafqualität schlafgestörter Personen in Abhängigkeit individueller und dyadischer Stressbewältigung sowie erinnerten elterlichem Erziehungsverhalten zu evaluieren und diese mit schlafgesunden Personen zu vergleichen. Die von uns gewählte Vorgehensweise der Befragung mittels Fragebögen erlaubt die Untersuchung oben genannter Konstrukte und die Beurteilung der subjektiven Schlafqualität.

Insomnien sind meist keine eigenständigen Erkrankungen per se, sondern weisen weitaus öfter Symptomcharakter auf. Die meisten Schlafstörungen kommen bei somatischen Grunderkrankungen, psychischen Störungen oder Medikamenteneinnahme vor. Eine Differenzierung der Schlafstörungen nach ihrer Ursache ist für eine adäquate Behandlung von elementarer Bedeutung. Das psychische Wohlbefinden spielt für das Schlaferleben eine große Rolle. Gerade weil psychische Faktoren zur Verursachung und Aufrechterhaltung von Schlafproblemen entscheidend beitragen, hoffen wir, mit unserer Arbeit einen Beitrag für ein erweitertes Verständnis leisten zu können.

# 1 THEORIE

## 1.1 Stress und Stressbewältigung

In der modernen Leistungsgesellschaft sind Stress und Stressbewältigung zu Schlüsselbegriffen im öffentlichen wie im wissenschaftlichen Gesundheitsdiskurs geworden. Im Zentrum zahlreicher Studien steht die Frage, wie Menschen mit belastenden Situationen umgehen. Der Anstieg an Belastungen in einer komplexer werdenden Welt erfordert Fähigkeiten und Ressourcen, wirksam den verschiedensten Anforderungen zu begegnen. In diesem Sinn stellt Stressbewältigung eine elementare Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden dar.

Mit dem Ziel, eine theoretische Grundlage zu schaffen für das Verständnis der Resultate, werden im folgenden, die, der Untersuchung zu Grunde liegenden, Konzepte der Stressforschung, vorgestellt.

### 1.1.1 Definition: Stress und Stressbewältigung

Der Begriff Stress besitzt einen hohen Allgemeingrad. Selye, häufig als „Vater der Stressforschung“ bezeichnet, entwickelte ein Konzept, welches der biologischen Perspektive verpflichtet ist und Stress als „*unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung*“ versteht (Selye, 1956). Die biologische Einseitigkeit dieser frühen Stresstheorie wurde von Lazarus (1966; 1991) durch das bis heute einflussreiche psychologische Stresskonzept überwunden. Nach Lazarus beruht Stress auf Transaktionen zwischen belastenden Reizgegebenheiten und psychischen bzw. psychophysiologischen Reaktionsweisen.

Da die Folgen von Stress wesentlich von der individuellen Fähigkeit zur Stressbewältigung - im Englischen spricht man auch von Coping - abhängen, kommen den Bewältigungsprozessen eine besondere Bedeutung zu (für einen Überblick: Aldwin & Yancura, in press; Parker & Endler, 1996; Schwarzer, 1998). Bewältigung besteht sowohl aus verhaltensorientierten als auch aus

intrapsychischen Anstrengungen, die umweltbedingten und internen Anforderungen sowie die zwischen ihnen bestehenden Konflikte zu meistern.

Gemäß der kognitiven Tradition der Stressbewältigungsforschung entsteht Stress erst durch einen Prozess der kognitiven Bewertung. Die individuelle Wahrnehmung und Interpretation von Ereignissen und Situationen bedingt unterschiedliche Bewältigungsstrategien (*Coping-Strategien*) selbst bei gleichartigen Umweltbedingungen (Folkman & Lazarus, 1980).

Für die Bewältigung einer potentiellen Stresssituation - sei es ein sog. „kritisches Lebensereignis“ oder wiederholt auftretender „Alltagsstress“ (daily hassles) - werden verfügbare Ressourcen abgeschätzt und mögliche Reaktionsweisen antizipiert.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Stressbewältigung und Coping synonym verwendet.

### **1.1.2 Die kognitiv-transaktionale Perspektive nach Lazarus**

Die bedeutsamen Arbeiten von Lazarus & Launier (1978) stellen ein psychologisches Stresskonzept vor. Dieses als transaktional verstandene Konzept geht von einer phänomenologischen Analyse der durch kognitive Bewertungsprozesse vermittelten Beziehungen (Transaktionen) zwischen Person und Umwelt aus (Lazarus, Averill & Opton, 1970).

Die drei wesentlichen stressrelevanten Beziehungen sind Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung. Sie beschreiben ein Kräftegleichgewicht, bei dem die inneren oder äußeren Anforderungen die Anpassungsfähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen (Lazarus, 1966). Umweltbedingte Anforderungen sind externe Ereignisse, welche eine Anpassung erforderlich machen und im Falle des Misserfolges einer entsprechenden Handlung zu negativen Konsequenzen führen. Interne Anforderungen beziehen sich auf erstrebenswerte Ziele, Werte oder Aufgaben, die einem Individuum immanent sind oder erworben wurden und deren Vereitelung oder Aufschieben negative Folgen haben würde. Die Anpassungsfähigkeit umfasst die Eigenschaften, die ein Individuum potentiell in die Lage versetzt, die negativen



Folgen und das Scheitern einer Handlung zu verhindern. Der kognitiv-transaktionale Ansatz von Lazarus schließt komplexe Bewältigungsvorgänge und Emotionen sowie situative, persönliche und soziale Voraussetzungen und Konsequenzen mit ein. Die zwei Kernpunkte der transaktionistischen Auffassung Lazarus` (1966) sind kognitive Bewertung (*cognitive appraisal*) und Bewältigung (*coping*).

Den kognitiven Einschätzungen liegen objektive Bedingungen zugrunde. Für die Genese eines stressvollen Prozesses sind jedoch nicht die objektiven Verhältnisse per se verantwortlich, sondern die individuelle Wahrnehmung und Interpretation der Situationen und des Selbst. Somit kann kognitive Bewertung als ein mentaler Vorgang verstanden werden, jedes Ereignis in eine Reihe von Bewertungskategorien einzuordnen, die sich auf die Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person beziehen (primäre Bewertung) und auf die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (sekundäre Bewertung). Die Begriffe „primär“ und „sekundär“ bedeuten nicht, dass sie in einer festen zeitlichen Reihenfolge ablaufen. So können Kognitionen über Bewältigungsmöglichkeiten gebildet werden, noch bevor eine anstehende Transaktion eine stressrelevante Bedeutung für das persönliche Wohlbefinden gewinnt. Man kann z. B. auf Wege achten, wie man aus einem Theater entfliehen könnte, ohne notwendigerweise das Gefühl unmittelbarer Gefahr zu haben. Lazarus selbst räumt ein, dass die Wahl der Terminologie unglücklich ist, und schlägt vor, dass die Verwendung verschiedener Begriffe wie „Bewertung des Wohlbefindens“ und „Bewertung der Bewältigungsfähigkeiten“, das immer wieder in Literatur und Forschung auftretende Mißverständnis vermeiden würde. Eine nachträgliche Änderung will Lazarus jedoch nicht mehr vornehmen, da sich die Terminologie durchgesetzt und verbreitet hat (Lazarus, 1991).

Folgende drei grundlegende Kategorien der primären Bewertung des Wohlbefindens werden voneinander abgehoben: Ein Ereignis kann als irrelevant, günstig/positiv oder stressend betrachtet werden (Lazarus & Launier, 1978). Stressende Bewertungen treten, wie bereits angeführt, in drei Formen auf: als Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung. Alle drei schließen eine negative Bewertung des eigenen gegenwärtigen oder zukünftigen Wohlbefindens ein, wobei Herausforderung die am meisten positive Gefühlstönung aufweist.

Bedrohung und Herausforderungen richten sich auf bevorstehende Gefahren oder Ereignisse. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Formen scheint in der eher positiven gegenüber einer eher negativen Tönung der Bewertung von Transaktionen zu liegen, d. h., ob man in der Bewertung die potentielle Schädigung hervorhebt (Bedrohung) oder die schwer erreichbare, vielleicht risikoreichere, aber mit positiven Folgen verbundene Meisterung (Herausforderung) einer Situation. Die Bewertung hängt von der Konfiguration der Umweltereignisse wie z. B. Alltagsanforderungen oder Schicksalsschläge ab, aber auch von der individuellen Disposition, über die eigenen Bewältigungsfähigkeiten zu denken.

Herausforderung impliziert, ein besserer seelischer Zustand als Bedrohung zu sein, eine wirksamere Art zu leben und ein Weg, um bessere körperliche Gesundheit zu erlangen (Lazarus & Launier, 1978). Die Herausforderung des stabilen Status Quo eines Menschen, ist eine von vielen Facetten des proaktiven Copings (Schwarzer, 2000), auf das im folgenden noch genauer eingegangen wird.

Die Schaden/Verlust-Einschätzung richtet sich im Gegensatz zu Bedrohung und Herausforderung auf eine bereits eingetretene Schädigung, z. B. Erschütterung des Selbst- und Weltbildes und damit verbundene stabile Werte und Ziele, die langfristig nicht mehr realisierbar sind, eine Störung der sozialen Anerkennung oder ein zwischenmenschlicher Verlust.

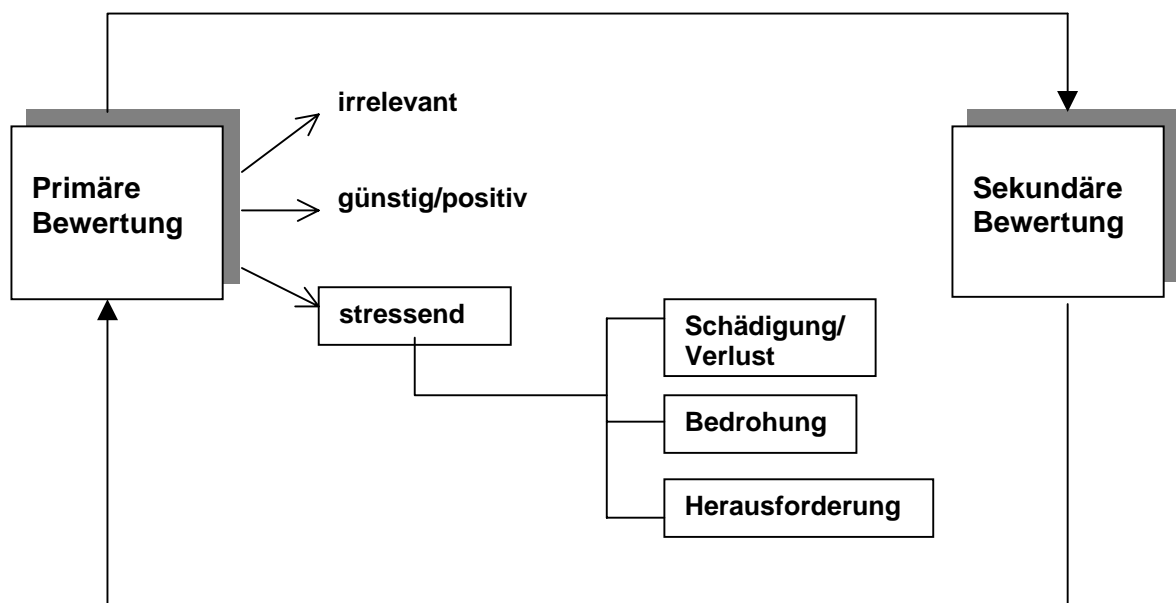
Die primären und sekundären kognitiven Bewertungen beeinflussen sich auch gegenseitig. Entscheidend ist, dass sekundäre Bewertung sowohl für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen der unter psychologischem Stress stehenden Person bedeutsam ist als auch für die Ausformung der primären Bewertungsprozesse selbst. Der zentrale Grund, warum sekundäre Bewertung soviel mit der primären Bewertung von Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung zu tun hat, liegt in der Definition von psychologischem Stress selbst (Lazarus & Launier, 1978). Eine potentielle Schädigung ist dann keine Schädigung, wenn die Person damit leicht umgehen kann, und wenn sie so bewertet wird, entsteht nur geringe oder keine Bedrohung.

Die Kompetenzen, Wertvorstellungen, Ziele, Überzeugungen, aber auch Umweltmerkmale wie soziale Netzwerke oder materielle Ressourcen, die eine Person für verfügbar hält, werden den vorhandenen Gefahren und Schädigungen

gegenübergestellt und bilden einen entscheidenden kognitiven Faktor in der Entstehung der psychischen Stressreaktion. Als eine wichtige Ressource im Prozeß der sekundären Einschätzung gilt die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person, also ihre Überzeugung, spezifische Anforderungen durch eigenes kompetentes Handeln unter Kontrolle zu bringen (Bandura, 1977; 1992).

Aus psychologischer Sicht ist erst mit der kognitiven Einschätzung oder Bewertung der jeweiligen Transaktion (Person-Umwelt-Beziehung) als bedrohlich, schädigend oder herausfordernd ein Stresszustand gegeben (Lazarus, 1991; 1993). Die spezifische Art, wie Menschen diesen Zustand bewältigen, scheint wichtiger für Krankheit/Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit zu sein, als die Häufigkeit und Schwere der Stressepisoden selbst (Lazarus, 1966; Murphy & Moriarty, 1976).

In Abbildung 1 ist der Prozess der kognitiven Bewertungen dargestellt. Die unterschiedlichen Funktionen sowie die verschiedenen Informationsquellen auf denen kognitive Bewertungen beruhen können so veranschaulicht werden.



**Abbildung 1:** Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Lazarus und Launier (1978) unterscheiden wertneutral vier Arten von Bewältigung: Informationssuche, direkte Handlung, Handlungshemmung und intrapsychisches Coping. Sie werden auf zwei Hauptfunktionen bezogen: problemorientiert (instrumentell) und emotionsorientiert. Das *problemorientierte* Coping beinhaltet Strategien, mit denen eine Person versucht, die Effekte einer stressvollen Situation zu lösen, neu zu bewerten oder zu minimieren. Dazu zählen z. B. aufgabenbezogenes Ausarbeiten von Lösungen oder die Erhöhung der eigenen Kompetenzen/Ressourcen. Das *emotionsorientierte* Coping bezieht sich auf die Regulation von Emotionen. Durch bewusste Aktivitäten, wie zum Beispiel selektive Aufmerksamkeit, positive Vergleiche, Selbstbetrug und Fantasieren, sollen die als belastend erlebten Emotionen reduziert werden. Auch wenn sich diese beiden Funktionen unterscheiden lassen, betont Lazarus (2000), dass die beiden Funktionen voneinander abhängen, zusammenarbeiten und einander während des gesamten Copingprozesses unterstützen. Zusammenfassend betrachtet, kann jede Bewältigungsform angewendet werden, um entweder die gestörte Person-Umwelt-Beziehung zu ändern oder die emotionale Erregung zu regulieren. Dies geschieht entweder unter dem Vergangenheits-/Gegenwartsbezug einer Schädigung oder dem Zukunftsbezug einer Bedrohung oder Herausforderung und ist auf das Selbst oder die Umwelt ausgerichtet.

*Informationssuche* kann eine instrumentelle Funktion haben, indem Voraussetzungen für eine Handlung geschaffen werden, mit denen sich das Problem lösen läßt. Sie kann aber ebenso eingesetzt werden, um das Wohlbefinden der Person zu heben, indem nur solche Informationen zusammengetragen werden, die den augenblicklichen Gefühlszustand verbessern.

*Direkte Handlungen* verändern die jeweilige Transaktion auf instrumentelle Weise, indem eine Person z. B. Entscheidungen trifft, eingreift oder Kontakte herstellt. Direkte Handlung kann aber auch emotionsgerichtet sein, wie dies häufig beim Trinken von Alkohol oder Einnehmen eines Beruhigungsmittels der Fall ist. Aber auch Entspannungsübungen helfen, Emotionen zu regulieren. Jede Form direkter Handlung unterliegt in einer komplexen sozialen und intrapsychischen Welt moralischen Zwängen und Gefahren, welche eine Person in die Lage zur *Handlungshemmung* versetzen, um im Einklang mit situativen und

intrapyschischen Gegebenheiten zu bleiben. Somit stellt die Unterdrückung einer Handlung einen Spezialfall der direkten Handlung dar.

*Intrapsychische Bewältigungsformen* schließen alle kognitiven Prozesse ein, die das Wohlbefinden einer Person verbessern und Emotionen regulieren sollen. Dazu zählt all das, was eine Person zu sich selbst sagt, sowie alle Formen der Aufmerksamkeitslenkung, z. B. Vermeidung oder Ablenkung. Sie können aber auch einen instrumentellen Wert haben, wenn sich beispielsweise eine Person der gelernten Entspannungstechniken bedient, um der störenden Redeangst vor Publikum zu begegnen. Ein Großteil der Bewältigung von Stress besteht also aus dem Bemühen, sich selbst oder seine Umwelt zu verändern (Lazarus & Launier, 1978).

Die Erhaltung eines stabilen inneren Milieus hat neben anderen wichtigen Anpassungserfordernissen eine entscheidende Bedeutung für die seelische und körperliche Gesundheit. Wirksame Bewältigung muss ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen psychologischen und physiologischen Interessen herstellen (Klinger, 1975; Lazarus & Launier, 1978).

Die Bewältigungsversuche zeigen unmittelbare Wirkungen und können in verschiedenen Situationen mehr oder weniger angemessen und wirksam sein. Das bedeutet, dass eine Handlung oder der Versuch, Emotionen zu regulieren nicht notwendigerweise auch zu einer erfolgreichen Beendigung führen und eine gute Stressanpassung bewirken (Jerusalem & Schwarzer, 1989). Mit einer guten Vorbereitung lässt sich z.B. eine schwierige Prüfung besser bewältigen als sich einzureden, dass persönlicher Erfolg nicht so wichtig sei. Letzteres kann zu einer Wahrnehmungsverzerrung führen und die Angst vor der Prüfung noch verstärken.

In dem Versuch einer Abgrenzung zu dem sehr allgemeinen „Stressbegriff“ bezeichnet Lazarus (1991) heute seine Stresstheorie als eine Emotionstheorie. Im Verlaufe der Jahrzehnte hat sich an seiner theoretischen Konzeption von Stress und Coping jedoch nicht viel verändert. Einige Ausdifferenzierungen machen deutlich, dass Lazarus (1991) unter Emotion ein integratives und organismisches Konzept versteht, dass über Stress und Bewältigung hinaus auch Motivation, Kognition und Anpassung mit einschließt.

### 1.1.3 Proaktives Coping nach Schwarzer

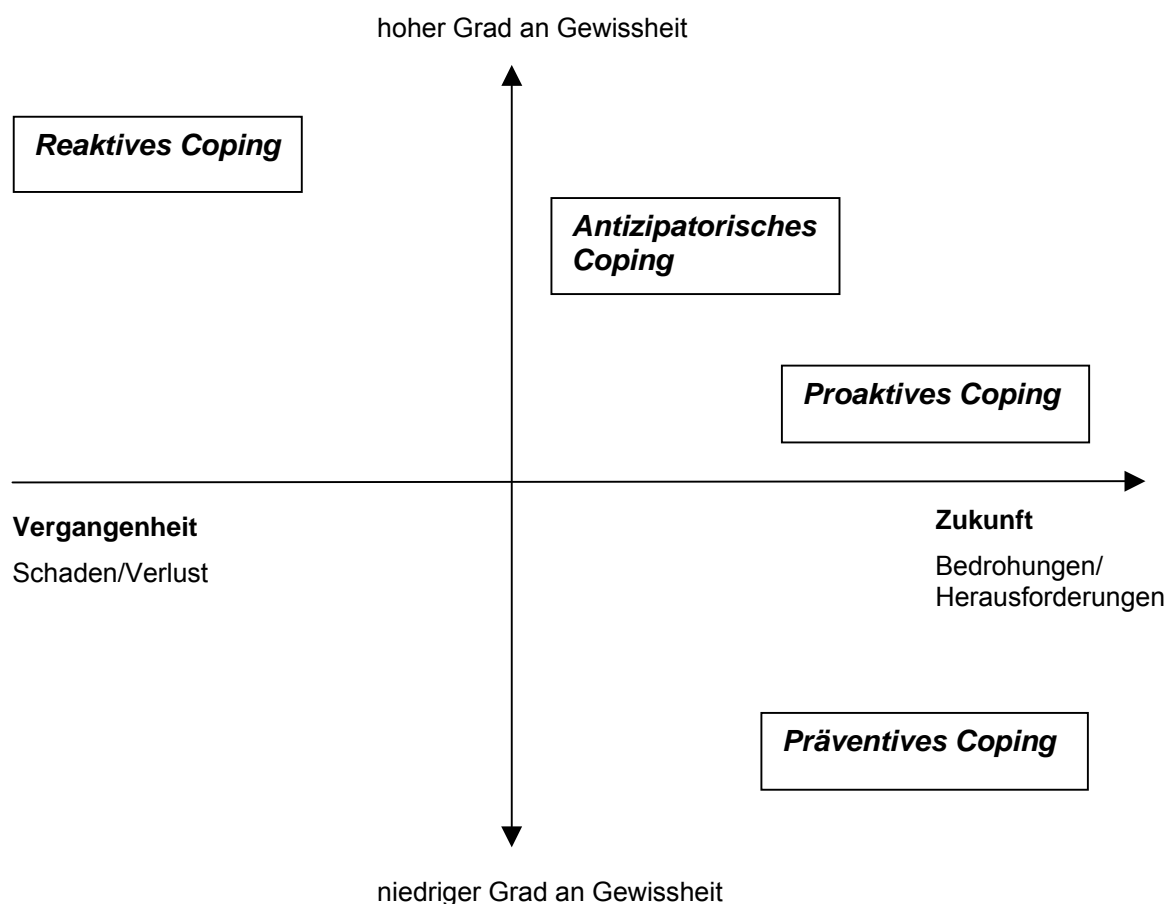
In den letzten Jahrzehnten hat die Bewältigung psychischer Belastungen in der Forschung zahlreiche Konzeptualisierungen erfahren. Neben den Ansätzen von Hobfoll (1998), Holmes & Rahe (1967) erweisen sich die prozeßorientierte Betrachtung von Lazarus (1966, 1991) und Konzepte, die stärker auf Bewältigungsdispositionen ausgerichtet sind, als die fruchtbarsten Ansätze. Leitend hierbei ist der Versuch, die verschiedenen Formen von Stressbewältigung zu systematisieren und übergeordnete Dimensionen zu identifizieren. Beispielsweise wird bei Lazarus das problemorientierte vom emotionsorientierten Coping unterschieden. Die klassischen Versuche, solche Dimensionen zu finden, implizieren ein reales oder hypothetisches stressreiches Ereignis, das entweder schon stattgefunden hat oder in der Zukunft liegt.

Obwohl die Unterscheidung zwischen problem- und emotionsorientiertem Coping sehr wichtig ist, hat die spätere Stressforschung gezeigt, dass diese zwei Richtungen allein nicht den multivariaten Aspekten von Stressbewältigung gerecht werden können.

Nach Schwarzer (2000) fehlt die positive Seite von Coping im Sinne von persönlichem Wachstum, dem Meistern von Anforderungen und dem Streben nach Lebenszielen. Dabei wird angenommen, dass das Leben insgesamt stressreich ist und einer ständigen Bewältigung bedarf. Dies bildet den Hintergrund für die Entstehung des Konzeptes „Proaktives Coping“ (Aspinwell & Taylor, 1997; Schwarzer, 2000). Die grundlegende Struktur dieser in die Zukunft gerichteten Perspektive eröffnet neue Forschungsfragen und hilft, traditionelle Copingkonzepte zu überwinden, die die reaktive Natur des Coping überbetonen und Faktoren wie Ziele und Lebensbedeutungen sowie zeitliche Aspekte vernachlässigen (Beehr & McGrath, 1996; Wong, 1998).

Als Ergänzung zu den früheren Copingdimensionen wird eine systematische Unterscheidung zwischen reaktivem, antizipatorischem, präventivem und proaktivem Coping getroffen (Schwarzer & Knoll, 2002; Schwarzer & Taubert, 2002). Die vier alternativen Perspektiven von Coping beinhalten unterschiedliche Grade der Gewissheit über das Auftreten eines Ereignisses. Wie in Abbildung 2

dargestellt, ist der Differenzierung der verschiedenen Bewältigungsformen eine Zeitachse zu Grunde gelegt.



**Abbildung 2:** Modell der „Proaktiven Coping Theorie“  
(Quelle: Schwarzer et al., 2002)

Eine erweiterte Betrachtung des Coping-Konzeptes hat den Vorteil, auch die menschlichen Verhaltensweisen zu evaluieren, die darauf abzielen, das eigene Leben kreativ und selbstverantwortlich zu gestalten. In diesem Sinne ist es angebracht, den Fokus stärker auf das Risiko- und Zielmanagement zu richten.

**Reaktives Coping** bezieht sich auf das Bemühen, ein bereits abgeschlossenes oder noch laufendes Ereignis durch die Kompensation von Schaden und Verlust zu bewältigen. Das Coping von z. B. einer Trennungssituation oder Versagen im Beruf, kann sich darauf richten, Ziele umzudefinieren, Sinn zu suchen oder das Verlorene wiederherzustellen. Die Bewältigungsbemühungen können problem-,

emotions- oder sozial orientiert sein und erfordern eine optimistische Grundhaltung, um die Schädigungen zu überwinden.

Die folgenden Formen der Stressbewältigung unterscheiden sich vom reaktiven Coping grundsätzlich dadurch, dass sie in die Zukunft gerichtet sind und kognitive Einschätzungen von Bedrohung oder Herausforderung enthalten.

**Antizipatorisches Coping** bezieht sich auf den Umgang mit kritischen Ereignissen, die noch nicht stattgefunden haben, aber unausweichlich eintreten werden, wie z. B. eine Prüfung oder ein Bewerbungsgespräch. Schaden oder Verlust treten nur dann ein, wenn es einer Person nicht gelingt, die mit dem Ereignis antizipierte Bedrohung oder Herausforderung zu bewältigen. Die Funktion von Coping liegt hier darin, ein aktuelles Problem zu lösen, z. B. indem die Anstrengung erhöht, nach Hilfe gesucht oder auf Ressourcen zurückgegriffen wird. Eine andere Funktion von Coping liegt in der Regulierung von Emotionen angesichts der bevorstehenden Ereignisse, z. B. dadurch, dass die Situation undefiniert wird, so dass sie keine Bedrohung mehr darstellt, oder durch Zerstreuung bzw. Ablenkung.

Antizipatorisches Coping kann aufgefasst werden als das „Management bekannter Risiken“. Dabei werden die eigenen Ressourcen präventiv zur Bekämpfung des potentiellen Stressors aktiviert, oder indem man sich auf den Nutzen respektive Erfolg konzentriert, der mit dem Ereignis verbundenen ist. Selbstwirksamkeit - der Glaube an die eigenen Fähigkeiten - ist eine dieser persönlichen Ressourcen, erfolgreich spezifische Situationen zu bewältigen (Schwarzer & Renner, 2000).

**Präventives Coping** ist eine Art Risikomanagement und bezieht sich auf potentiell kritische Lebensereignisse in der fernen Zukunft, die nicht zwangsläufig eintreten müssen. Beispiele hierfür sind Überlegungen, eine schwere Krankheit zu erleiden, ein Opfer von Kriminalität zu werden oder durch eine Naturkatastrophe in seiner Existenz bedroht zu sein. Die Langzeitperspektive derartiger Risiken motiviert Menschen, ganz allgemeine oder auch spezifische Ressourcen aufzubauen, um für die unvorhersehbaren Geschehnisse des Lebens vorbereitet zu



sein. Dazu zählen der Aufbau und die Pflege eines sozialen Netzwerkes oder das Abschließen einer Lebensversicherung.

**Proaktives Coping** ist der Prototyp positiver Stressbewältigung, da es keinerlei negative Bewertungen wie Schaden/Verlust oder Bedrohungen enthält. Menschen, die sich proaktiv verhalten, bauen allgemeine Ressourcen auf, die ihnen bei der erfolgreichen Lebensbewältigung helfen und ihr persönliches Wachstum fördern. Sie haben eine Vision. Charakteristisch für Proaktives Coping ist die positive kognitive Einschätzung über das Leben als Herausforderung durch selbstgesetzte Lebensziele. Stress wird interpretiert als „Eustress“ und führt zu erhöhter Produktivität und Vitalität. Eine solch autonome Lebensbewältigung ist in diesem Sinne zu verstehen als ein Zielmanagement und kein Risikomanagement.

Das Setzen hoher Ziele und deren hartnäckige Verfolgung, das Entwerfen der dafür erforderlichen konstruktiven Handlungspläne sowie die Bereitschaft, Herausforderungen anzunehmen, sind Bestandteil selbstregulativer Zielerreichungsprozesse. Diese erklären, was Menschen motiviert, beharrlich nach ehrgeizigen Zielen zu streben (Schwarzer, 1998, 1999a). Proaktive Menschen sind motiviert, die Risiken und Gefahren, die das Leben bereit hält, als Herausforderungen anzunehmen und verpflichten sich dabei einem persönlichen Qualitätsmanagement. Allgemein wird proaktives Coping begünstigt durch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung - der optimistischen Überzeugung, selbst in der Lage zu sein, schwierige Ziele in Angriff zu nehmen und sie gegen mögliche Widerstände zu verteidigen. Die Rolle optimistischer Überzeugungen in der Selbstregulation während des Zielverfolgungsprozesses wird detaillierter beschrieben in dem theoretischen Ansatz zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens „Health Action Process Approach“ von Schwarzer (1992, 1999b; Schwarzer & Renner, 2000).

#### **1.1.4 Persönliche Ressourcen und Stressbewältigung**

Wichtig für den Umgang mit Stress sind persönliche Ressourcen (Kobasa & Puccetti, 1983). Dazu zählen Kompetenzen und Fähigkeiten, die an sich jedoch keine hinreichende Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung gegebener

oder antizipierter stressreicher Anforderungen sind. Entscheidend ist demnach nicht, welche objektiven Möglichkeiten jemand besitzt, sondern wie Handlungsmöglichkeiten individuell eingeschätzt werden. Bandura (1977) prägte in diesem Bereich den Begriff „perceived self-efficacy“ (wahrgenommene Selbstwirksamkeit). Wird das eigene Handlungspotential unterschätzt, bzw. fehlt die wahrgenommene Kontrolle über internale Bewältigungsfähigkeiten, können keine adaptiven Strategien entwickelt werden und ein dysfunktionaler Verlauf wird begünstigt.

Nach Bandura streben Menschen danach, über Ereignisse, die unmittelbar ihr Leben betreffen, Kontrolle auszuüben. Die Fähigkeit, Ereignisse beeinflussen zu können, macht diese vorhersehbar und damit kontrollierbar, wohingegen die Unfähigkeit, Einfluss auf Ereignisse ausüben zu können, zu Resignation und sogar zu Verzweiflung führt (Bandura, 1997).

### **1.1.5 Soziale Unterstützung und Stressbewältigung**

Wie von Lazarus (1991) beschrieben, erfolgt die subjektive Einschätzung einer potentiellen Belastung als kognitive Gegenüberstellung von Umwelanforderungen und eigenen Ressourcen. Dabei sind es nicht nur innerpsychische Ressourcen auf die ein Mensch zurückgreift, sondern auch externale Ressourcen. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Erhaltung von Gesundheit und für die Bewältigung von Stress wird seit vielen Jahren in der Literatur diskutiert (Greenglass, 1996; Henderson, 1992; Mitchell & Trickett, 1980; Schwarzer & Leppin, 1991).

Die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung stellt nach Lazarus (1991) eine Ressource dar, die von vornherein die kognitive Einschätzung von Stress mitbestimmt und die Stressbewältigung beeinflusst. Das Gefühl, sozial gut eingebettet zu sein und auf die Hilfe anderer vertrauen zu können, stärkt die eigene Handlungsbereitschaft und wirkt emotional stabilisierend, um adäquat mit kritischen Anforderungen oder dem Lebensstress allgemein umgehen zu können. Dabei gilt die Mobilisierung und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung selbst als Bewältigungsstrategie, deren Erfolg u. a. davon abhängt, wie kompetent

jemand sein soziales Netzwerk aktivieren kann und wie verlässlich die zwischenmenschlichen Beziehungen sind.

In der Stressforschung wurden soziale Unterstützung und Stressbewältigung sowohl konzeptionell als auch empirisch getrennt behandelt. In jüngster Zeit richtet sich die Aufmerksamkeit der Forscher auf eine Verknüpfung beider Konstrukte. Die Konzeptionalisierung von sozialer Unterstützung als Coping erweitert das Konzept der Stressbewältigung, da es interpersonale Zusammenhänge mit einbezieht. Ein solcher Ansatz wertschätzt die Wichtigkeit der Ressourcen, die eine Person in seinen Mitmenschen finden kann, und die wiederum in ein Verhaltens- und kognitives Copingrepertoire des Individuums umgewandelt werden können. Es wird angenommen, dass auf Gegenseitigkeit beruhende hilfreiche Sozialbeziehungen einen protektiven Effekt haben für die psychische und körperliche Gesundheit sowie emotionale Stabilität (Greenglass, 1996; Schwarzer & Leppin, 1991; Uchino et al., 1996).

### **1.1.6 Empirische Befunde zum Konzept Stressbewältigung**

Das Forschungsfeld im Bereich Stress und Stressbewältigung ist eines der komplexesten der Psychologie. Mit dem Aufkommen der kognitiven Theorien, und insbesondere durch die Arbeiten der Forschergruppe um Lazarus, verlagerte sich der Blickwinkel zunehmend auf die Bewältigungsprozesse.

Viele Forscher sind sich einig, dass dysfunktionale oder nichtadaptive Bewältigungsstrategien langfristig zu psychosomatischen Störungen führen können (Aldwin & Yancura, in press; Billings & Moos, 1984, 2000; Mason, 1970; O'Neill & Zeichner, 1985). Traditionell unterscheidet die Forschung zwischen problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping.

Ergebnisse von Forschungsstudien sprechen für eine Beziehung zwischen der situationsbezogenen Wahrnehmung von Kontrolle und aktiven problemlösungsorientierten Bewältigungsstrategien. So zeigen Arbeitnehmer, die glauben nur wenig Kontrolle über ihr Arbeitsfeld zu haben, auch weniger Engagement lösungsorientiert zu handeln und setzen dafür mehr emotionsorientierte Bewältigungsstrategien ein (Perrewe & Ganster, 1989; Spector, 1986). In Anlehnung an Bandura (1997) ist die wahrgenommene

Kontrolle, die subjektive Überzeugung eines Individuums, Situationen, durch den effektiven Einsatz adäquater Verhaltensweisen, zu meistern. Die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen bedeutet Kontrolle auszuüben, indem beispielsweise ein Handlungsplan erstellt und die Handlung aktiv angegangen wird. Damit stellt wahrgenommene Kontrolle einen wesentlichen Aspekt problemorientierten Copings dar. Hierzu legen weitere Forschungsarbeiten die begründete Vermutung nahe, dass das Vertrauen in die eigene Kompetenz, Herausforderungen und Bedrohungen kontrollieren zu können, eine erfolgreiche Handlung wahrscheinlicher machen (Bandura, 1992; Folkman, 1984; Schwarzer, 1992). Das bedeutet, Individuen, die daran glauben, dass Handlungsergebnisse ihrer eigenen Kontrolle unterliegen, eher problemorientierte Bewältigungsstrategien zeigen als solche Personen, die der Ansicht sind, dass Erfolg bzw. Misserfolg einer Handlung aus dem Zufall resultieren. Darüberhinaus wird der wahrgenommenen Kontrolle eine Pufferfunktion gegen die gesundheitlichen Folgen von Stress zugeschrieben (Israel et al., 1989; Kälin, 1995; Karasek et al., 1981).

Während problemorientiertes Coping mit weniger psychosomatischen Beschwerden zusammenzuhängen scheint, findet man in der Literatur sehr häufig, dass emotionsorientiertes Coping, wie z. B. Selbstbeschuldigung, ungünstige Folgen für die Gesundheit hat (Billings et al., 2000; Stanton et al., 2000). Dabei werden unkontrollierbare sowie schädigende oder bedrohende Situationen häufiger emotionsorientiert bewältigt (Kälin, 1995). Forschungsergebnisse von Greenglass (1993) zeigen, dass die Bewältigung stressreicher Situationen durch negatives emotionales Coping assoziiert ist mit beruflicher Unzufriedenheit. In dem Sinn kann negatives emotionales Coping an sich schon ein Stresssymptom sein. Auf gleicher Linie liegen die von Dunkel-Schetter et al. (1992) empirisch gewonnenen Zusammenhänge, dass positives emotionales Coping ein effizienter Weg sein kann, stressreiche Ereignisse zu bewältigen.

Insgesamt spricht die empirische Befundlage für eine enge Verbindung von positiven Emotionen und positiver Bewertung. Folkman (1997) unterstreicht deshalb die Bedeutung einer Copingtheorie, die positive psychische Zustände und optimistische Aspekte mit in Betracht zieht.

Die ersten Forscher, die Stress und Coping in einem positiven Verständnis aufgriffen, waren Selye (1976), der den Begriff „Eustress“ prägte und Lazarus (1966), der mit „Herausforderungen“ eine der drei Hauptbewertungsstrategien vorstellte. Die theoretischen Überlegungen zu proaktiven Bewältigungsformen bauen auf Lazarus` (1991) Ansatz der kognitiven Bewältigung auf und folgen dem positiven Trend in der Copingforschung.

Proaktives Coping stellt den jüngsten Ansatz dar, der voraussehendes vorsorgendes Verhalten in bezug auf stressreiche Anforderungen in den Mittelpunkt seiner Theorie stellt (Aspinwall & Taylor, 1997; Greenglass, 2002; Schwarzer, 1999a). Erste Forschungsarbeiten mit dem Proaktiven Coping Inventar (PCI) belegen, dass menschliche Verhaltensweisen evaluiert werden, die darauf abzielen, das eigene Leben kreativ und selbstverantwortlich zu gestalten und Stress als positive Erfahrung anzunehmen (Greenglass et al., 1999; Schwarzer, 2000; Schwarzer & Taubert, 2002).

## 1.2 Dyadisches Coping

### 1.2.1 Definition: Dyadisches Coping nach Bodenmann und Perrez

Eine systemische Betrachtung von Stress und Coping in Partnerschaften war bis zur ersten Formulierung des dyadischen Konstrukts durch Bodenmann eher selten. In Anlehnung an den transaktionalen Ansatz von Lazarus und Folkman legten Bodenmann und Perrez (1991) den Fokus auf die dyadische Stress- und Copingforschung aus systemischer Perspektive. Sie entwickelten einen systemisch-transaktionalen Ansatz von Stress und Coping bei Paaren, der im folgenden vorgestellt werden soll.

Dyadisches Coping beschreibt einen systemischen Prozess innerhalb von Paarbeziehungen, in dessen Rahmen Stresssignale des einen Partners, die Wahrnehmung dieser Signale durch den anderen Partner und seine darauf folgenden verbalen oder nonverbalen Antwortreaktionen auf die Stressäußerungen berücksichtigt werden.

Genauer umfasst dyadisches Coping die Bemühungen eines Partners oder beider Partner, bei individuellen Belastungen oder dyadischem Stress bei der Stressbewältigung mitzuwirken.

Gemäß den von Bodenmann (1995a) postulierten Einflussfaktoren auf das Auftreten von dyadischem Coping ist anzunehmen, dass gemeinsames dyadisches Coping nur dann auftritt, wenn beide Partner ausreichend bis hoch motiviert sind, über individuelle und dyadische Kompetenzen verfügen sowie eine wohlwollende Stimmung in der Partnerschaft herrscht.

### 1.2.2 Grundannahmen des systemisch-transaktionalen Ansatzes

#### ***Stress in Partnerschaften als dyadisches Phänomen***

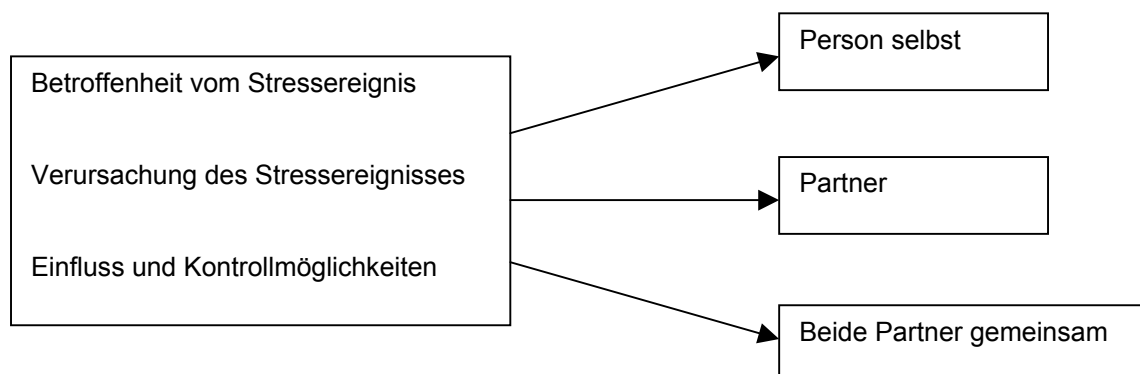
Die dyadische Sicht von Stress und Coping basiert auf zwei Grundannahmen (Bodenmann, 2000a):

Erstens sind gemeinsame Situationseinschätzungen und gemeinsame Ziele der Partner Voraussetzung einer dyadischen Stressdefinition. Stresserleben und

Coping bei Paaren oder Familien ist in den seltensten Fällen ein rein individuelles Geschehen. Meistens ist Stress in Partnerschaften für beide relevant und wirkt sich auf das Gesamtsystem aus, selbst wenn ursprünglich nur einer der beiden Partner betroffen war.

Die zweite Annahme der dyadischen Sicht von Stress ist, dass auch individueller Stress unter gegebenen Bedingungen dyadenrelevant wird. Dies tritt vor allem dann ein, wenn individuelle Copingressourcen defizitär oder dysfunktional sind, wenn es sich um eine sehr starke Stressexposition handelt oder wenn sich Stress im Alltag kumuliert. Damit wird eine komplexe Reziprozität zwischen individueller und dyadischer Stresseinschätzung der Partner, bzw. zwischen individuellen und dyadischen Zielen und Coping angenommen.

Zentral für die Vorhersage von Stresserleben und Copingverlauf ist, inwiefern die einzelnen Partner, die Dyade oder paarexterne Personen vom Stress betroffen sind, wo die Verursachung des Stressereignisses liegt und wie die wahrgenommenen Kontrollmöglichkeiten aussehen.



**Abbildung 3:** Variablen zur Vorhersage des individuellen oder dyadischen Stresserlebens (Quelle: Bodenmann, 2000a)

### ***Dyadisches Coping als interpersonelle Stressbewältigung***

Wie eingangs bereits erwähnt, stehen Stressäusserungen der Partner und Bewältigungsverhalten innerhalb der Partnerschaft in enger Interaktion.

Hierbei können mehrere Formen der Stressäusserungen unterschieden werden. Die ersten beiden Formen der Stressäusserungen werden zusammenfassend als „problembezogene Kategorien“ bezeichnet, die anderen vier Formen als „emotionsbezogene Kategorien“.

- *Problembezogene Stresskommunikation* beschreibt an den Partner gerichtete, verbale Äußerungen mit Aufforderungscharakter, um problembezogene Informationen, Ratschläge und sachliche Unterstützung zu erhalten. Die Äußerungen sind konkreter, sachlicher Art mit retrospektiv-evaluativem oder prospektivem Charakter.
- Verbale, explizite Anfrage und *Aufforderungen zur Übernahme von Aufgaben* und Tätigkeiten zur Stressentlastung in aktueller/chronischer Überlastungssituation (Delegation). Diese Kategorie tritt eher selten auf.
- *Nonverbale emotionsbezogene Stressäußerung* zum Ausdruck emotionalen Unbehagens z.B. durch motorische Unruhe, Zittern, Seufzen, Stöhnen oder weinerlichen Tonfall. Die Stresssignale müssen für den Partner wahrnehmbar sein. Ferner muss ihr appellativer Charakter ersichtlich werden.
- *Neutrale Beschreibung* von anscheinend emotional relevantem Stress als sachliche, neutrale „Erzählung“ von Belastungen. Die Beschreibung erfolgt ohne Gefühlsäußerung und ohne direkten - impliziten oder expliziten - Aufforderungscharakter an den Partner.
- *Latente, verbale emotionsbezogene Stressäußerungen* erscheinen ähnlich wie die neutrale Beschreibung als sachliche, neutrale Schilderungen der Stresssituation. Obwohl sie nicht direkt angesprochen wird, ist die Belastung latent im Raum spürbar. Den stärker appellativen Charakter erhalten solche Äußerungen z. B. durch Zynismus oder Niedergeschlagenheit.
- *Verbal implizite, emotionsbezogene Stressäußerungen* signalisieren implizit eine Nachfrage um emotionale Unterstützung, ohne jedoch direkte Informationen zur eigentlichen Stressursache und zum emotionalem Befinden zu geben. Häufig werden sie in Form physiologischer Beschreibungen oder oberflächlichen Gefühlen gegeben. Außerdem kommen Selbsthinterfragungen oder klare Wunschäußerungen bezüglich zukünftigen eigenen Verhaltens vor.
- *Verbal explizite, emotionsbezogene Stressäußerungen* sind verbale Äußerungen konkreter Emotionen und kognitiver Vorgänge. Die betroffene Person teilt mit, wie sie sich im Zusammenhang mit dem Stress fühlt, was sie denkt oder welche Wünsche und Bedürfnisse sie hat.

Innerhalb der Partnerschaft können drei Formen der Stressbewältigung unterschieden werden (Bodenmann, 1991, 1997, 2000b):



1. *Individuelles Coping* von beiden Partnern unabhängig voneinander oder gleichzeitig. Dabei kann eine Kongruenz bestehen, wenn gleiche Bewältigungsstrategien zur selben Zeit eingesetzt werden. Eine Diskrepanz besteht, wenn unterschiedliche Strategien zeitgleich eingesetzt werden.
2. *Dyadisches Coping*, im Sinne von supportivem, delegiertem und gemeinsamen Coping
3. *Suche nach sozialer Unterstützung* außerhalb der Dyade unter Einbezug des sozialen Netzwerks eines Partners oder beider Partner.

In Abhängigkeit von der Situation oder Problemkonstellation sowie von den jeweils aktuellen und situationsübergreifenden, stabilen Copingdispositionen und -ressourcen beider Partner können verschiedene Formen dyadischen Copings unterschieden werden. Diese Formen können emotions- oder problembezogen sein und positive oder negative Auswirkungen haben, d. h., in unterschiedlichem Maße funktional oder dysfunktional für den Umgang mit Stress sein (Bodenmann, 1995b, 2000b).

Im folgenden sollen der Übersicht halber hier nur die in unserer Studie relevanten Formen des dyadischen Copings erläutert werden:

- „*Supportives dyadisches Coping*“, welches sach- und emotionsbezogene Unterstützungshandlungen des einen Partners zugunsten des anderen umfasst. Diese Copingform stellt die eigentliche Verbindung zwischen Coping und sozialer Unterstützung dar. Beispiele: Ratschläge, Informationen, Problemanalyse, materielle Unterstützung, Wertschätzung, Interesse, Mut machen, Solidarisierung, Mithilfe zur Umbewertung/Gefühlsberuhigung (emotionsbezogen).
- Das „*delegierte dyadische Coping*“ wird als die Möglichkeit des einen Partners verstanden, in Stresssituationen dem anderen Tätigkeiten oder Aufgaben zur Bewältigung abzutreten. Normalerweise tritt diese Form des dyadischen Copings nur bei sachbezogenen Stressoren auf.
- *Gemeinsames dyadisches Coping* beinhaltet Belastungsbewältigungsversuche, die aufgrund dyadenrelevanter Ziele beide Partner involvieren. In der Regel entsteht ein symmetrischer oder komplementärer dyadischer Copingprozess, um emotionalen Stress, sachliche oder soziale Probleme zu bewältigen. Wichtige Voraussetzungen sind

gemeinsame Einschätzungen und die Fähigkeit oder Bereitschaft zu Kompromissen. Diese Kategorie tritt sowohl in problembezogener als auch in emotionsbezogener Form selten auf.

Beispiele: gemeinsame Lösungsdiskussionen, gleichmässige Aufteilung einer Tätigkeit, gemeinsame Planung, gemeinsame Informationsbeschaffung (problembezogen), gegenseitige Solidarisierung, gemeinsame Entspannungsübungen, dyadische Rituale zur Beruhigung (emotionsbezogen).

### ***Der Stress-Coping-Prozess***

Die Erfahrung mit früheren Stressereignissen und deren erfolgreiche oder inadäquate Bewältigung ist entscheidend für die individuelle Stressbewältigung zum aktuellen Zeitpunkt.

Neben individualbiographischen Aspekten wirken sich Einflüsse der Sozialisation auf die aktuelle Stressbewältigung aus. Hierunter wird beruflicher, familiärer, sozialer und persönlicher Stress verstanden, ebenso wie problematische Familienmuster und familiäre „Vermächtnisse“.

Zusätzlich zu vergangenen Stressereignissen spielen häufig auch zukünftige Ereignisse, welche antizipatorisch vorweggenommen werden, eine Rolle für die aktuelle Bewältigung.

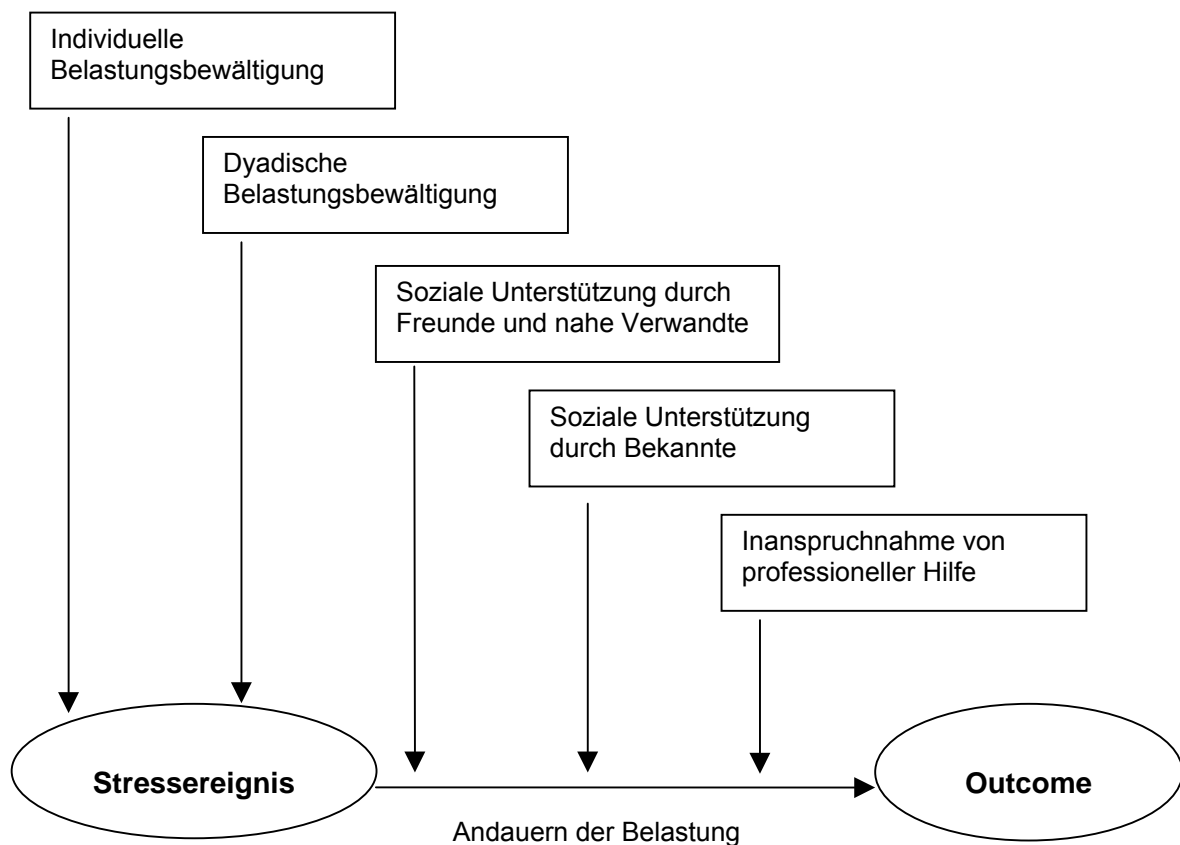
Zu einer Kumulation von Stress über die Zeit kommt es dann, wenn es sich um einen sehr intensiven und langanhaltenden Stressor handelt und sich das Individuum nicht regenerieren kann, weil der nächste Stressor schon antizipiert wird. Eine solche Kumulation tritt unter Umständen bereits dann auf, wenn der Stressor zu einem ungünstigen Zeitpunkt in der Biographie eines Individuums auftritt, auch wenn seine Intensität oder Dauer an sich eher gering ist.

Die gegenseitige Beeinflussung durch Stress und die wechselseitige Stresskumulierung hat für die Partnerschaft eine besondere Bedeutung. Der Stress des Partners kann neben dem eigenen Stress zu einem größeren Anstieg des Belastungsprofils führen. Damit werden Bewältigungsressourcen, die dem Individuum oder der Dyade zur Verfügung stehen, maximal beansprucht.

Dyadisches Coping wird notwendig, wenn individuelle Belastungsbewältigungen ungenügend oder dysfunktional sind und keine adäquate Lösung des Problems bzw. keine angemessene Emotionsregulation stattgefunden hat. Als dysfunktional

erweisen sich dabei sämtliche Formen von Vorwürfen, Passivität, Vermeidung sowie Substanzmissbrauch. Effektive individuelle Bewältigungsstrategien sind dagegen aktive Einflussnahme, Gefühlsberuhigung und Umbewertung.

Bodenmann (2000a) nimmt an, dass in einer Stresssituation zuerst individuelle Belastungsbewältigungsstrategien eingesetzt werden, die bei Fortbestand des Stresses durch dyadisches Coping ergänzt werden. Dauert die Belastung weiter an, werden paarexterne Ressourcen zur Unterstützung mobilisiert. Im „Kaskaden-Modell des Stress-Coping-Prozesses“ (vgl. Abbildung 4) werden die Annahmen Bodenmanns anschaulich dargestellt:



**Abbildung 4:** Kaskaden-Modell des Stress-Coping-Prozesses

(Quelle: Bodenmann, 2000a)

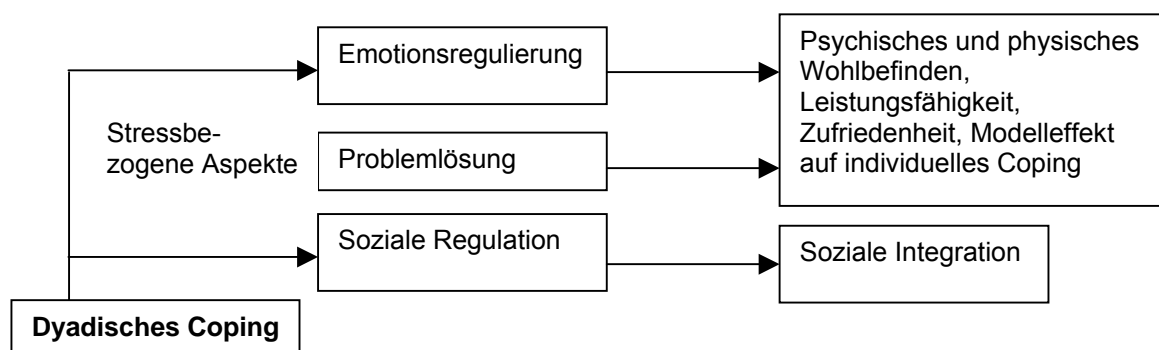
In Abhängigkeit des Belastungstypus, der Stressintensität, der Dauer der Belastung, der verfügbaren Unterstützungsquellen, des Geschlechts der Person und der Betroffenheit vom Stress wird zu verschiedenen Zeitpunkten auf

unterschiedliche Ressourcen zurückgegriffen. Zumeist wird dabei von einem Nebeneinander statt von einer strengen Reihenfolge ausgegangen.

Zusammenfassend erlaubt das Kaskadenmodell nicht nur eine präzise Abbildung des Stress-Coping-Prozesses, sondern klärt ebenfalls über den Zustand des vom Stress Betroffenen auf. „Je distaler die Ressourcen sind, die in Anspruch genommen werden, desto größer ist der Leidenszustand der Person, desto länger dauert die Belastung an und desto größer ist das Bedrohungspotential einer größeren Krise.“ (Bodenmann, 2000a, S.77).

### 1.2.3 Funktion und Bedeutung des dyadischen Copings

Bedeutsam ist dyadisches Coping bezüglich der in diesem Prozess impliziten Nutzung gemeinsamer Synergien. Instrumentell kann die Wirkung dyadischen Copings bezeichnet werden, wenn man die „puffernden“ Effekte bezüglich Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit berücksichtigt. Außerdem schlägt sich dyadisches Coping in kognitiven Repräsentationen über die Paarbeziehung nieder. Sie wird als Stätte der Geborgenheit, der Zuflucht und des Schutzes in aversiven Lebensumständen wahrgenommen. Darüber hinaus kann dyadisches Coping einen selbstwertstabilisierenden Effekt haben. Durch die Wahrnehmung, dass der Partner einen ernst nimmt und sich einsetzt, kann indirekt die eigene Belastungsbewältigung verbessert werden.



**Abbildung 5:** Funktionen und Effekte des dyadischen Copings

(Quelle: Bodenmann, 2000a)

Es wird angenommen, dass dyadisches Coping so lange in positiver Form vorkommt, wie die Funktionalitätskriterien der effektiven Stressreduktion und der partnerschaftsfördernden Auswirkungen erfüllt sind. Günstig sind die Auswirkungen dann, wenn das Stressausmaß unmittelbar reduziert wird.

#### **1.2.4 Empirische Befunde zum Konstrukt Dyadisches Coping**

Aufgrund des aktuellen empirischen Forschungsstandes kann von einem Zusammenhang zwischen Stress und Partnerschaft ausgegangen werden. Dyadisches Coping wurde mittels verschiedener methodischer Zugänge an über 1000 klinischen und nicht klinischen Paaren validiert und kann als empirisch fundiert betrachtet werden (Bodenmann, 1997; 2000b).

Empirisch wurde dyadisches Coping mit einer Vielzahl von Variablen in Zusammenhang gebracht, darunter Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Wohnform, Kommunikationskompetenzen, soziale Kompetenz, individuelles Coping und Belastungsbewältigung. Untersucht und verglichen wurden dyadische Copingformen auch bei verschiedenen klinischen Gruppen, so z. B. bei Paaren mit einer Angststörung oder affektiven Störungen.

Die wichtigsten Befunde bezüglich dyadischem Coping und Partnerschaft können folgendermaßen zusammengefasst werden (Bodenmann, 2000a, 2000b):

- Dyadisches Coping hängt signifikant mit einer höheren partnerschaftlichen Kommunikation zusammen.
- Stabil-zufriedene Paare praktizieren dyadisches Coping signifikant häufiger.
- Dyadisches Coping korreliert in mittlerer Höhe signifikant mit einer höheren Partnerschaftsqualität und –zufriedenheit.
- Dyadisches Coping erweist sich zur Vorhersage der Partnerschaftsqualität als wichtiger im Gegensatz zu individuellem Coping und sozialer Unterstützung.
- Dyadisches Coping moderiert den Zusammenhang zwischen Stress und Partnerschaftsqualität im Verlauf der Partnerschaft.
- Der Partner und damit dyadisches Coping erweisen sich als wichtigste Unterstützungsressourcen von Personen in Partnerschaften.
- Fehlendes dyadisches Coping erweist sich als ein Hauptprädiktor für Trennung und Scheidung.

## 1.3 Elterliches Erziehungsverhalten und Psychopathologie im Erwachsenenalter in Anlehnung an die Bindungstheorie

### 1.3.1 Erinnerungtes Elterliches Erziehungsverhalten vor dem Hintergrund der Bindungstheorie

Eine der wichtigsten Theorien, die sich mit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und der Entstehung psychischer Störungen sowohl im Kindes- und Jugend als auch im Erwachsenenalter beschäftigt, ist die Bindungstheorie.

Die Bindungstheorie wurde als erstes von dem englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby in den 50iger Jahren konzeptionalisiert. Er beobachtete bei seiner Arbeit mit Jugendstraftätern, dass alle Täter schwere, traumatische Verluste in der Kindheit erlebt hatten (1944).

John Bowlby ist Gründer der Bindungstheorie, die sich von allen traditionellen und entwicklungspsychologischen Ansätzen unterscheidet. Die wichtigste psychoanalytische Grundannahme blieb jedoch erhalten: Die Frage nach der frühkindlichen Beeinflussung wichtiger späterer Beziehungen und seelischer Gesundheit.

Die Bindungstheorie untersucht die Bedeutung der spezifischen Bindung des Kindes an seine Bezugsperson(en) und deren Konsequenz für die Persönlichkeitsentwicklung und für die Entwicklung psychopathologischer Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Im Verlauf seiner Forschungskarriere arbeitete Bowlby verstärkt mit Mary Ainsworth zusammen. Diese entwickelte den „Fremde Situations-Test“, in dem Kinder in der Interaktion mit ihren Müttern, getrennt von ihren Müttern, mit Fremden und wiedervereint mit ihren Müttern beobachtet werden. Damit entwickelte sie ein System, die Bindung eines Kindes an seine Bezugsperson auf der Verhaltensebene zu bestimmen und postulierte die Unterscheidung zwischen sicher und unsicher gebundenen Kindern. Die unterschiedlichen Bindungsstile wurden als (1) *sicher* (keine Vermeidung des Kontakts und der Nähe zur Mutter bei der ersten Wiedervereinigung), (2) *unsicher-vermeidend* (Ignorieren oder aktives Vermeiden der Mutter) und (3) *unsicher-ambivalent* (Annäherungs-

Vermeidungs-Konflikt gegenüber der Mutter und aggressives Verhalten) beschrieben.

Ainsworths Studentin, Mary Main, hat Ainsworths' empirische Bindungsforschung ausgeweitet und unser Verständnis von Bindung, vor allem im Erwachsenenalter, vertieft. Später ergänzten Main und Solomon (1986) einen vierten Bindungsstil, der als "desorganisiert" bezeichnet wurde (Hesse et al., 2000; Main, 1995; Main et al., 1990, 2001). Die Kinder zeigen hier in der „Fremden Situation" ein Verhalten, welches sich keinem der drei ursprünglich von Ainsworth et al. (1970) beschriebenen Bindungsstile zuordnen ließ und durch Zusammenbruch der normalen Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategien gekennzeichnet ist.

### **1.3.2 Definition des Bindungsbegriffs und der Bindungstheorie**

Bowlby sah Mutter und Säugling als Teilnehmer in einem sich wechselseitig bedingenden und selbstregulierenden System. Bindung zwischen Mutter und Kind ist ein Teil des komplexen Systems der Beziehung zwischen beiden (Bowlby, 1995b).

Die Bindungstheorie verbindet entwicklungspsychologisches, systemisches und psychoanalytisches Denken. In ihren Annahmen befaßt sie sich mit den grundlegenden, frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes und versucht, die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen im gesamten menschlichen Lebenslauf zu erklären (Spangler et al., 2000).

Das Bindungssystem erklärt Bowlby als primäres, genetisch verankertes motivationales System, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat.

Die Bindungsqualität ist dabei kein Fixum, sondern ein Kontinuum, das sich durch emotionale Erfahrungen in neuen Beziehungen zeitlebens in verschiedene Richtungen verändern kann. Bindung ist also ein emotionales Band, das sich während der Kindheit entwickelt, dessen Einfluss aber nicht auf diese frühe Entwicklungsphase beschränkt ist, sondern sich auch auf alle weiteren

Lebensabschnitte erstreckt. Somit stellt Bindung eine emotionale Basis während des ganzen Lebens bis ins Alter hinein dar.

Das Phänomen der „sicheren Basis“ (secure Base) scheint für das körperliche und psychische Wohlbefinden eines Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg von Bedeutung zu sein und wird nach Auffassung der Bindungstheorie durch Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale der relevanten Bezugsperson mitbedingt (Bowlby, 1989).

Bindungsqualität entsteht durch feinfühliges Verhalten der Bezugsperson, die in der Lage ist, die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und diese angemessen und prompt zu befriedigen. Zur Bezugsperson wird diejenige, die die Bedürfnisse des Säuglings auf Dauer befriedigt. In der Regel sind dies die Eltern des Kindes, zu denen dann eine sichere Bindung entstehen kann. Werden allerdings die Bedürfnisse in den Interaktionen mit der Bezugsperson gar nicht oder nur unzureichend befriedigt, entwickelt sich häufig eine unsichere Bindung.

### **1.3.3 Innere Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentationen**

Der Säugling bildet innere, kognitive Modelle des Verhaltens und der damit verbundenen Affekte von sich und der primären Bezugsperson aus, die sogenannten „inneren Arbeitsmodelle“. Diese Modelle machen Verhalten von Mutter und Kind vorhersagbar. Fungiert die Mutter beispielsweise als sicherer „Hafen“ und befriedigt die Bedürfnisse des Kindes feinfühlig, prompt und angemessen, baut dieses Kind ein inneres Modell von sich und seiner Mutter auf, das aus folgenden Kognitionen besteht: „meine Mutter ist immer für mich da, wenn ich sie brauche“, „meine Sorgen und Bedürfnisse finden Gehör“, „meine Mutter bringt mir warme, empathische Gefühle entgegen“, „ich bin ein liebenswerter Mensch“, usw. Für jede einzelne Bezugsperson werden getrennt eigenständige Arbeitsmodelle aufgebaut. Im Laufe der Kindesentwicklung werden die anfangs noch flexiblen inneren Arbeitsmodelle stabiler und entwickeln sich zu einer psychischen Repräsentanz, der Bindungsrepräsentation.



### 1.3.4 Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen

Mary Main hat ein halbstrukturiertes Interview, das sogenannte „Adult Attachment Interview (AAI)“ entwickelt, um die Bindungsrepräsentation von Erwachsenen zu erfassen (Main et al., 1985). Als Bindungsrepräsentation ist die mentale Organisation der eigenen Bindungsgeschichte (State of Mind) definiert.

Im Jugend -und Erwachsenenalter wird die Bindungsorganisation nicht mehr wie in der frühen Kindheit auf der Ebene des Bindungsverhaltens, sondern auf der Ebene der Bindungsrepräsentation erfaßt. Ein Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation der Eltern und der jeweiligen Bindungsqualität ihrer Kinder konnte sowohl retrospektiv als auch prospektiv in vielen Studien nachgewiesen werden.

In dem AAI soll die Organisation der Erinnerungen auf der Ebene der Repräsentation aktiviert werden. Die verbale Wiedergabe der erinnerten Kindheit im Dialog mit dem Interviewer wird durch Abwehrprozesse des Interviewten beeinflusst, die zu Inkohärenzen in den Schilderungen führen und vom Interviewten nicht registriert oder korrigiert werden. Die Auswertung des Interviews erfolgt durch eine linguistische Analyse, wobei die Kohärenz des Erzählten als Hauptmerkmal gilt.

Es gibt vier, von Mary Main festgelegte Kategorien von Bindungsrepräsentationen. Die Unterschiede in den Bindungsqualitäten reflektieren unterschiedliche Stile der Affektregulation, die sich aus den Erfahrungen des Kindes darüber entwickelt haben, wie die Bezugsperson Angst und Unbehagen lindern konnte und sich emotional auf seine Bedürfnisse eingestimmt hat (Cicchetti & Cohen, 1995a).

#### *Vier Formen der Bindungsrepräsentation bei Jugendlichen und Erwachsenen*

(1) *sicher organisierte innere Repräsentation* mit einer wertschätzenden Einstellung zur Bindung („free autonomous“). Bindungstheoretisch gesehen wächst Autonomie unmittelbar aus Sicherheit von Bindung und Sicherheit bei der Exploration (Grossmann, 1999). Sie entwickelt sich sowohl auf der Ebene einer sicheren emotionalen Organisation des Kleinkindes als auch auf der Ebene von Bindungsrepräsentationen Erwachsener, z. B. bei der Freiheit,

uneingeschränkt und autonom handeln zu können (freedom to evaluate, Hesse & Main, 1999).

- (2) *unsicher-vermeidend organisierte innere Repräsentation*, möglicherweise mit einer abwertenden Einstellung zur Bindung („dismissing“). Diese Kategorie ist äquivalent zu der unsicher - vermeidenden Bindung der Kindheit.
- (3) *unsicher-präokkupt organisierte innere Repräsentation* mit einer verstrickten Einstellung zur Bindung („enmeshed, preoccupied“). Diese Form entspricht der unsicher - ambivalenten Bindung der Kindheit.
- (4) *desorganisierte innere Repräsentation* der Bindung mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust der Bezugsperson durch den Tod („unresolved trauma of loss“).

Der Erfolg der Bindungstheorie stammt größtenteils auch von ihrer Fähigkeit, Konsequenzen verschiedener Bindungsmuster vorher zu sagen. Sicher gebundene Kinder sind später in größerem Maße sozial und emotional kompetent als Kinder mit einer unsicheren Bindung (Cassidy & Shaver, 1999).

Auch der Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit/ -desorganisation und psychopathologischen Störungen wurde über die Jahre hinweg vielfach nachgewiesen. Die neuere klinisch-psychiatrische Forschung betrachtet die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens als einen ätiopathogenetisch relevanten Faktor im Rahmen eines multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodells psychischer Störungen. Insbesondere ein erlebter Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge und eine gleichzeitige Überprotektion durch die Eltern während der Kindheit und Jugend stehen dabei offensichtlich mit der späteren Manifestation psychischer Störungen im Zusammenhang.

### 1.3.5 Elterliches Erziehungsverhalten und Bindungsstil

#### ***Elterliches Erziehungsverhalten als subjektive Repräsentation erziehungsbezogener Interaktionserfahrungen***

Es scheint offensichtlich, dass dem elterlichen Erziehungsverhalten im Kontext der Bindungsforschung eine wichtige Rolle zukommt. Diese bezieht sich vor allem auf die Tatsache, dass Kinder in den ersten Lebensjahren wesentliche Bindungserfahrungen in der Interaktion mit der Mutter oder dem Vater machen. Das vom Kind wahrgenommene (kindperzipierte) elterliche Erziehungsverhalten ist hier als subjektive Repräsentation eines spezifischen Interaktionsverhaltens in erziehungsthematischen Situationen aufzufassen.

Wir gehen davon aus, dass Bindungsrepräsentationen erwachsener Personen ganz wesentlich auch subjektive Repräsentationen der erziehungsbezogenen Interaktionen mit den Eltern während der Kindheit und Jugend umfassen. Diese Repräsentationen entsprechen dabei dem perzipierten elterlichen Erziehungsverhalten, das unter den Bedingungen einer retrospektiven Befragung von erwachsenen Probanden berichtet wird. Das perzipierte elterliche Erziehungsverhalten Erwachsener kann somit als eine spezifische Bindungsrepräsentation aufgefasst werden, die sich auf die erziehungsbezogenen Interaktionserfahrungen mit den Eltern bezieht.

Viele der Bindungserfahrungen, die Menschen während ihrer Kindheit und Jugend sammeln, entstammen erziehungsbezogenen Interaktionen zwischen den Eltern als wichtigsten Bezugspersonen und dem Heranwachsenden. Die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens kann somit als eine wesentliche Bedingung für die Herausbildung bestimmter kindlicher Bindungsmuster angesehen werden.

Wie Gittleman, Klein, Smider und Essex (1998) zeigten, können Bindungsstile im Erwachsenenalter auf der anderen Seite aber auch als Moderatorvariablen des Zusammenhanges zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und seelischer Gesundheit in Erscheinung treten. Offensichtlich bestehen zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und Bindung somit vielfältige Verknüpfungen.

In der vorliegenden Arbeit wird das *perzipierte (subjektiv wahrgenommene) elterliche Erziehungsverhalten* deshalb in Anlehnung an die bindungstheoretischen Konzepte des „inneren Arbeitsmodells“ und der

Bindungsrepräsentation als subjektive Repräsentation erziehungsbezogener Interaktionserfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung konzeptualisiert. Diese Interaktionserfahrungen stellen eine Form deklarativen Wissens dar und sind im autobiographischen Gedächtnis gespeichert. Im folgenden werden die Repräsentationen des elterlichen Erziehungsverhaltens und die Bindung an die Eltern begrifflich äquivalent behandelt.

Der elterliche Erziehungsstil wird als interindividuelle Variable angesehen, die aber intraindividuell als stabile Tendenzen von Eltern anzusehen sind, bestimmte Erziehungspraktiken zu manifestieren. Dies bedeutet, dass eine Elternperson sowohl in verschiedenen kindbezogenen Situationen als auch zu verschiedenen Zeitpunkten ähnlich, d.h. für ihre Person charakteristisch, gegenüber ihrem Kind reagiert und sich dadurch von anderen Elternpersonen unterscheidet.

### **1.3.6 Dyadisches Coping und Bindungsstil**

Während sich die Bindungstheorie lange Zeit vorwiegend mit der Mutter-Kind Beziehung im Kleinkindalter befasste, liegen seit einigen Jahren theoretische und empirische Arbeiten zum Bindungskonstrukt im Erwachsenenalter und in der Partnerschaft vor (Main, 2001; Sydow & Ullmeyer, 2001).

Dabei wird von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass Partner- und Paarbeziehungen genau so wie Eltern-Kind-Beziehungen Bindungsqualitäten aufweisen. Zwischen dem Bindungsstil in der Partnerschaft und der Stabilität und der Qualität der Partnerschaft lassen sich zumeist relevante Zusammenhänge nachweisen. Die Ergebnisse der Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass eine sichere Bindung mit einer günstigeren, zufriedenstellenderen Partnerschaftsqualität einhergeht. Die Beziehung von sicher-gebundenen Paaren ist durch mehr Selbstöffnung, wechselseitiges Vertrauen, positive Emotionalität und Zärtlichkeit sowie eine günstigere Konflikt- und Problemlösung gekennzeichnet. Diese Variablen werden in der modernen Scheidungsforschung als wichtige Prädiktoren für eine gute Qualität und Stabilität der Partnerschaft bezeichnet (Bodenmann & Cina, 1999).

Sicher gebundene Personen sind zudem häufig verheiratet (rund 80 % der verheirateten Paare weisen eine sichere Bindung auf) und führen meist einen gemeinsamen Haushalt mit dem Partner. Ängstlich-vermeidende, ängstlich-ambivalente und gleichgültig-vermeidende Paare, welche unsicher gebundene Paare repräsentieren, scheinen dagegen eine weniger tragfähige Partnerschaft zu haben. Das Ausmaß an emotionaler Selbstöffnung ist reduziert, die Beziehungsdefinition häufig unklar, die wechselseitige Aufeinanderbezogenheit schwächer ausgeprägt und die Stabilität der Beziehung niedriger als diejenige von sicher gebundenen Paaren.

Interessant in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung, dass sich sicher gebundene Personen häufiger ebenfalls mit einem sicher gebundenen Partner liieren, während z. B. ängstlich-vermeidende Personen eher ambivalent gebundene Partner auswählen (für einen Überblick: Cina & Bodenmann, 2003; Grau, 1994). Die ideale Paarbeziehung mit den größten Freiheitsgraden liegt dann vor, wenn beide Partner sich selbst und wechselseitig regulieren können.

Im Zusammenhang mit Coping haben vor allem die Arbeiten von Lussier und Mitarbeiter (1997), Mikulincer und Florian (1995) und Mikulincer, Florian und Weller (1993) gezeigt, dass Unterschiede im Bewältigungsverhalten der verschiedenen Bindungstypen beobachtbar sind. So praktizieren sicher gebundene Partner häufiger sachbezogenes Coping, ängstlich gebundene eher emotionsbezogenes und vermeidende Partner eher vermeidendes Coping, wobei die Zuordnung nicht immer eindeutig und disjunkt möglich ist. Insgesamt liegen jedoch erst wenige Studien zu Stress, Coping und Partnerschaft vor (Feeney & Kirkpatrick, 1996).

## 1.4 Krankheitsbild Schlafstörung

Schlafstörungen zählen zu den verbreitetsten psychosomatischen Erkrankungen und stellen in westlichen Industrieländern ein sehr häufiges Gesundheitsproblem dar. Die rasante Entwicklung der Schlafmedizin in den letzten zwei Jahrzehnten erweiterte das Verständnis über gestörten Schlaf. Früher galt ein „zu wenig“ an Schlaf als Schlafstörung (Insomnie). Heute versteht man unter Schlafstörungen nicht nur Insomnien, sondern auch Hypersomnien, Parasomnien und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (Backhaus & Riemann, 1999).

### 1.4.1 Klassifikation von Schlafstörungen

Eine differenzierte Erfassung der im Schlaf auftretenden Probleme und Phänomene ist anhand diagnostischer Kriterien, für die es jedoch keine einheitliche Regelung gibt, möglich. Zur reliablen und validen Diagnostik von Schlafstörungen existieren drei verschiedene Klassifikationssysteme: DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen), ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) und ICSD (Internationale Klassifikation von Schlafstörungen; deutsche Version: Schramm & Riemann, 1995).

DSM-IV und ICD-10 beziehen beide in einem ausführlichen Teil ein Klassifikationsschema von Schlafstörungen mit ein. Die Einteilung erfolgt nach verschiedenen Klassifikationsprinzipien, was eine Vergleichbarkeit der Systeme schwierig macht (Backhaus & Riemann, 1999). Die ICSD wurde in einem weltweiten Konsens von Schlafspezialisten aufgestellt und bietet insgesamt 88 verschiedene Diagnosen.

Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung das Klassifikationssystem nach ICD-10 zur Diagnosestellung herangezogen wurde, soll dieses im folgenden kurz skizziert werden.

### **Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10**

Die ICD-10 differenziert in organische und nicht-organische Schlafstörungen. Eine diagnostische Zuordnung von Schlafstörungen erfolgt sowohl zu psychiatrischen als auch zu neurologischen Krankheitsbildern. Während der neurologische Teil die organisch bedingten Schlafstörungen umfasst, sind im Kapitel V „Psychische Störungen“ die nichtorganischen Schlafstörungen aufgeführt. Tabelle 1 gibt die Einteilung der Schlafstörungen nach ICD-10 wieder.

**Tab. 1: Klassifikation der Schlafstörungen nach ICD-10**

<b>Nicht-organische Schlafstörungen</b>	<b>Organische Schlafstörungen</b>
<b>Dyssomnien</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nichtorganische Insomnie ( F51.0)<sup>a</sup></li> <li>▪ Nichtorganische Hypersomnie (F51.1)</li> <li>▪ Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleine-Levin-Syndrom (G 47.8)</li> <li>▪ Narkolepsie (G47.4)</li> <li>▪ Nicht-psychogene Störung mit unangebrachten Schlafenszeiten (G 47.2)</li> <li>▪ Schlafapnoe (G 47.3)</li> <li>▪ Episodische Bewegungsstörungen und nächtliche Myoklonien (G25.3)</li> <li>▪ Restless-legs-Syndrom (G25.8)</li> </ul>
<b>Parasomnien</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schlafwandeln (F51.3)</li> <li>▪ Pavor Nocturnus (F51.4)</li> <li>▪ Alpträume (F51.5)</li> <li>▪ Andere nicht-organische Schlafstörungen (F51.8)</li> <li>▪ Nicht näher bezeichnete nicht-organische Schlafstörungen (F51.9)</li> </ul>	

<sup>a</sup> Im DSM-IV wird analog zur ICD-10 Diagnose „nichtorganische Insomnie“ die „primäre Insomnie“ verschlüsselt.

#### **1.4.2 Beschreibung der nicht-organischen Schlafstörungen**

##### **Dyssomnien**

Die diagnostizierten Schlafstörungen von den PatientInnen, die in die Studie eingeschlossen wurden, sollen im folgenden vorgestellt werden. Dabei liegt der Hauptschwerpunkt auf der Beschreibung der Insomnien. Sie stellen die häufigste Form von Schlafstörungen dar. Insomnie bedeutet im eigentlichen Wortsinn komplette Schlaflosigkeit. Im klinischen Sprachgebrauch werden darunter Ein- und/oder Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, nicht-erholsamer Schlaf und damit assoziierte Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit wie etwa

Leistungs- und Konzentrationsstörungen und erhöhte Tagesmüdigkeit verstanden (Al-Shajlawi et al., 2004). Insomniepatienten haben einen erheblichen Leidensdruck und sind gesundheitlichen und anderen Risiken ausgesetzt. Zu den Folgen, die vor allem aus chronifizierten Schlafstörungen erwachsen, zählen beispielsweise verminderter beruflicher Erfolg, verstärkte Probleme im sozialen Kontakt, erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer anderen psychischen Störung und erhöhte Prädisposition für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (Hajak & Rüther, 1995).

Die ICD-10 subsummiert **nichtorganische Insomnie** unter Dyssomnien (vgl. Tab. 1). Darunter werden alle Formen von Insomnien nichtkörperlicher Ursache zusammengefasst (Al-Shajlawi et al., 2004). Leitsymptome der nichtorganischen Insomnie sind z. B. Einschlafschwierigkeiten, Früherwachen, lange Wachphasen nicht-erholsamer Schlaf, pathologische Müdigkeit, überwiegende Beschäftigung mit dem Schlaf, Konzentrations- und Leistungsschwächen. Insomnien sind häufig multifaktoriell bedingt, so dass eine eindeutige Zuordnung zu psychischen Störungen, organischen Erkrankungen, substanzinduzierten Schlafstörungen und psychophysiologischen Faktoren nicht möglich ist. Aus diesem Grund ist eine genaue Differentialdiagnostik anhand von Schlaftagebüchern und Schlafragebögen wie der Pittsburgher Schlaf-Qualitäts-Index (PSQI) sowie durch eine ausführliche Schlafanamnese wichtig. Um das Beschwerdebild Schlaflosigkeit zu bestimmen, gibt eine polysomnografische Abklärung im Schlaflabor zusätzlich wichtige Aufschlüsse über verursachende Faktoren.

Damit die Diagnose einer nichtorganischen Insomnie gestellt werden kann, muss einerseits eine organische, psychische oder substanzbedingte Störung als Ursache ausgeschlossen werden (Backhaus & Riemann, 1999). Andererseits muss sichergestellt sein, dass ein spezifisches psychophysiologisches Bedingungsgefüge zur Aufrechterhaltung der Schlafbeschwerden vorliegt.

Aufbauend auf dem Modell von Morin hat Backhaus (1997) ein erweitertes kognitiv-behaviorales Modell vorgelegt: Während die Schlafstörung häufig durch akute Belastungsfaktoren ausgelöst wird, tragen Fehlconditionierungen, maladaptive Kognitionsmuster, dysfunktionale Schlafgewohnheiten und ungünstige Selbsttherapieversuche zu einem chronischen Hyperarousal auf verschiedenen Ebenen bei und halten die Schlafbeschwerden aufrecht.



Typischerweise verselbstständigt sich die Symptomatik nach Wegfall der auslösenden Faktoren. Durch eine frühzeitige therapeutische Intervention kann der Prozess der Chronifizierung aufgehalten werden.

Die **nichtorganische Hypersomnie** wird ebenso wie die nichtorganische Insomnie im ICD-10 unter Dyssomnien eingeordnet (vgl. Tab. 1). Hypersomnie ist definiert als ein Zustand exzessiver Schläfrigkeit während des Tages und Schlafattacken, die nicht durch eine inadäquate Schlafdauer oder durch verlängerte Übergangszeiten bis zum Wachzustand nach dem Aufwachen erklärbar sind. Hypersomnische Patienten schlafen unwillkürlich am Tage, vor allem in reizarmen Situationen wie z. B. während monotoner Tätigkeiten.

Der Erkrankungsbeginn liegt meist in der Adoleszenz, oft wird die korrekte Diagnose aber erst Jahre später gestellt. Schätzungen gehen von einer Prävalenz von 0,03 bis 0,06 % der Allgemeinbevölkerung aus. Als Entstehungsmechanismus wird eine Störung der Schlaf - Wachregulation mit einem Überwiegen des Non-REM-Schlaf-Systems gegenüber dem aktivierenden System der Formatio reticularis angenommen.

### ***Parasomnien***

Parasomnien sind abnorme Ereignisse, die entweder während des Schlafes oder an der Schwelle zwischen Wachsein und Schlafen auftreten. Als Hauptbeschwerde nennt der Patient dieses Ereignis selbst, nicht seine Auswirkungen auf den Schlaf oder das Wachsein. Unter der Vielzahl der Parasomnien sind wegen ihrer relativ hohen Prävalenz vor allem Somnambulismus (Schlafwandeln), nächtliche Alpträume und Pavor Nocturnus von klinischer Bedeutung.

**Somnambulismus** (Schlafwandeln) sind komplexe Verhaltensweisen im Schlaf, von einfachem Aufsetzen bis zu Tätigkeiten, z. B. im Haushalt, beginnend im Tiefschlaf, mit einer schweren Erweckbarkeit während der Episode und Amnesie für das Ereignis. Es handelt sich um einen Zustand veränderter Bewusstseinslage, in dem äussere Reize nicht wahrgenommen werden und der Augenkontakt vermieden wird. Nach dem Wecken des Schlafwandlers ist dieser für einige Zeit desorientiert.

**Nächtliche Alpträume** - hier handelt es sich um ein relativ langes, angstbesetztes Traumerleben mit zunehmender Beängstigung gegen Ende des Traumes und plötzlichem Erwachen aus dem Schlaf mit einer angstvollen Traumerinnerung. Es dominieren Inhalte mit vitaler Gefährdung, wie Verfolgung und Bedrohung des Lebens oder der Selbstachtung. Alpträume zeigen wie das Schlafwandeln einen kontinuierlichen Übergang vom normalen Begleitphänomen gesunden Schlafes bis hin zur manifesten Schlafstörung.

**Pavor Nocturnus** - diese Schlafstörung zeichnet sich aus durch abruptes nächtliches Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit massiver Angst oder Furcht, zum Teil mit initialem Schrei und autonomer Erregung wie Schwitzen, Gesichtsröte oder Tachykardie. Nach dem Erwachen fehlt die Erinnerung an das Geschehen oder ist auf ein oder zwei bruchstückhafte bildhafte Vorstellungen begrenzt.

### 1.4.3 Beschreibung der organischen Schlafstörungen

Das **Schlafapnoe-Syndrom** ist die häufigste Ursache hypersomnischer Beschwerden, die sich in Einbussen in der Tagesvigilanz und Tagesleistungsfähigkeit zeigen. Lautes, unregelmässiges Schnarchen, die Beobachtung nächtlicher Atempausen durch den Bettpartner und eine erhöhte Tagesschläfrigkeit sind die wesentlichen Leitsymptome des Schlafapnoe-Syndroms. Die Prävalenz des Apnoe-Syndroms liegt bei etwa 0,5 bis 2 % und steigt auf den dreifachen Wert bei Männern über 65 Jahren.

**Restless-legs-Syndrom (RLS)** löst bei starker Ausprägung vor allem hypersomnische Beschwerden aus. Die „ruhelosen Beine“ sind quälende Missempfindungen in den Beinen, die in Ruhe auftreten und typischerweise mit einem intensiven Bewegungsdrang einhergehen. Aktive Bewegung kann die Missempfindung für kurze Zeit lindern. Daher brechen Patienten Einschlafversuche ab und laufen unruhig hin und her. Sie klagen über erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen. 1 bis 5 % der Bevölkerung sind von RLS betroffen und mit dem Alter nehmen die Symptome der Störung zu (Hajak, 2001).

**Narkolepsie** - zu Beginn der Erkrankung tritt zumeist nur eine vermehrte Einschlafneigung in monotonen Situationen auf. Die wesentlichen Symptome der Narkolepsie sind imperative Einschlafattacken, Kataplexien (Erschlaffung des Muskeltonus), hypnagoge Halluzinationen sowie Schlafparalyse. Die Einschlafattacken treten in Situationen auf, in denen Gesunde nicht einschlafen können, wie z. B. während einer anregenden Unterhaltung, beim Essen oder während einer wichtigen Prüfung. Die Schlafepisoden dauern ca. 10 bis 20 Minuten, danach sind die Patienten erfrischt. Im Verlauf der Erkrankung entwickelt sich eine andauernde Schläfrigkeit, die die Leistungsfähigkeit erheblich vermindert. Das Vorkommen von Narkolepsie in der Allgemeinbevölkerung wird auf 0,03 bis 0,16 % geschätzt.

#### 1.4.4 Epidemiologie

Zur Prävalenz von Schlafstörungen liegen eine Reihe epidemiologischer Studien vor. In den westlichen Industrieländern leiden nach Schätzungen 20 - 30 % an ausgeprägten und chronischen Schlafstörungen, die Hälfte von ihnen gilt als behandlungsbedürftig (Backhaus et al., 1998; Hohagen et al. 1993; Wittchen, 2001). In einer repräsentativen Feldstudie in Oberbayern konnten Weyerer und Dilling (1991) zeigen, dass 28,5% der befragten Personen an Schlafstörungen litten, wobei die Hälfte einen Schweregrad angab, der eine professionelle Behandlung ratsam erscheinen ließ.

Hohagen und Mitarbeiter (1993, 1994) untersuchten Häufigkeit und Art der Behandlung von Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Praxis in Mannheim. Über 2500 PatientInnen im Alter von 18 bis 65 Jahren, die ihren Hausarzt wegen gesundheitlicher Probleme konsultierten, wurden in der Studie erfasst. Erhoben wurden die Schlafgewohnheiten und -probleme, der Gebrauch von Hypnotika sowie zusätzliche Informationen über körperliche und psychische Störungen durch den Hausarzt. PatientInnen, die die DSM-III-R-Kriterien einer Insomnie erfüllten, wurden 4 Monate später nochmals befragt.

Anhand der Ergebnisse läßt sich feststellen, dass mehr als 20 % der PatientInnen unter einer ausgeprägten Schlafstörung bereits über einen längeren Zeitraum leiden. Davon sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Mit höherem

Lebensalter steigt die Häufigkeit von Schlafstörungen. So gab in der Untersuchung von Hohagen und Mitarbeiter (1993) die älteste Gruppe der Befragten (51 - 65 Jahre) am häufigsten und die jüngste Gruppe (18 - 35 Jahre) am seltensten Schlafstörungen an. Eine Zunahme der Schlafbeschwerden mit steigendem Lebensalter dürfte dabei, neben natürlichen physiologischen Veränderungen (Reduktion des Tiefschlaf-Anteils), vor allem durch das häufigere Auftreten chronischer körperlicher Erkrankungen und damit einhergehenden Schmerzen und Sorgen bedingt sein. Insbesondere mit Depressionen und anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen besteht eine hohe Komorbidität.

Die aufgeführten Ergebnisse wurden in einer Folgeuntersuchung in Freiburger und Göttinger Allgemeinarztpraxen größtenteils repliziert (Backhaus et al., 1998). Die neueste Studie in deutschen Hausarztpraxen – NISAS – kam zu ähnlichen Ergebnissen (Wittchen et al., 2001).

Zusammenfassend ergibt sich, trotz unterschiedlicher methodischer Verfahren der epidemiologischen Studien, in westlichen Industrieländern eine übereinstimmende Häufigkeit von Schlafstörungen von etwa 20 - 30%. Bei etwa der Hälfte der Betroffenen, und damit 10 - 15 % der Bevölkerung, liegt eine schwere und damit vermutlich behandlungsbedürftige Schlafbeeinträchtigung vor (Hajak & Rüther, 1995).

Unklar bleibt jedoch, warum nur maximal die Hälfte der längerfristig Schlafgestörten eine ärztliche Behandlung aufsuchen und ob eine vorhandene Schlafstörung immer Krankheitswertigkeit besitzt (Simen et al., 1995). Werden zur Diagnosestellung striktere Kriterien herangezogen, zeigt sich, dass nur ein Viertel der Personen, die gestörten Schlaf schildern, auch darunter leiden. Zu diesem Ergebnis kommen die neueren Untersuchungen von Ohayon und Mitarbeiter (1997).

Eine weitere noch unbeantwortete Frage besteht darin, wie sich die Ursachenverteilung der Insomnien zusammensetzt. Hierzu liegen Daten aus schlafmedizinischen Zentren vor. Hajak & Rüther (1995) kommen in ihrer Übersicht zu dem Ergebnis, dass 31 - 45 % der Schlafstörungen körperlich bedingt sind, 31 - 36 % der Patienten mit insomnischen Beschwerden unter einer psychiatrischen Erkrankung leiden, bei 7 - 12 % der Betroffenen die Schlafstörung

durch Medikamente oder Suchtmittel ausgelöst oder aufrechterhalten wird und 15 - 24 % der Patienten an einer primären/nichtorganischen Insomnie leiden.

#### **1.4.5 Verlauf und Prognose**

Der Verlauf von Insomnien ist häufig chronisch, eine Störungsdauer von 12 - 14 Jahren keine Ausnahme. In den Allgemeinarztstudien, die in Mannheim, Freiburg und Göttingen durchgeführt wurden (Backhaus et al., 1998; Hohagen et al., 1993, 1994), gaben mehr als 75 % der Patienten mit schwerer Insomnie an, bereits ein bis fünf Jahre unter ihrer Schlafstörung zu leiden. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Repräsentativstudie von Simen et al. (1995), in der 75% der Befragten mit Ein- bzw. Durchschlafstörungen über 2 Jahre durch ihren schlechten Schlaf beeinträchtigt waren.

Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass chronische Insomnien das Risiko, später an einer psychischen Störung, insbesondere an Depression, Angststörung oder Alkoholabhängigkeit zu erkranken, deutlich erhöhen (Breslau et al., 1996; Chang et al., 1997).

#### **1.4.6 Insomnie und Depression**

Etwa 70 % der psychiatrisch kranken Patienten klagen über Symptome einer Insomnie. Andererseits liegt bei 31 - 35 % aller Insomniepatienten eine manifeste psychiatrische Erkrankung zu Grunde. Darüberhinaus gibt es viele Patienten, die ausschließlich unter Schlaflosigkeit leiden, aber nicht depressiv erkrankt sind. (Hajak, 2001).

Bei depressiven Störungen beobachtet man am häufigsten übermäßige Tagesmüdigkeit bzw. -schläfrigkeit und erhöhte Erschöpfbarkeit, viele PatientInnen beklagen sich über Nichterholsamkeit des Schlafs. Bei PatientInnen mit einer Depression verschiebt sich die REM - Schlafphase mehr in die erste Nachthälfte, der Tiefschlafanteil ist verkürzt und die Schlafkontinuität (verlängerte Einschlafzeit, unterbrochenes Durchschlafen und frühmorgendliches Erwachen) ist

deutlich gestört (Riemann et al., 2001, 2003). In einer Studie von Riemann und Mitarbeitern (1995) zeigte sich, dass bei depressiven Menschen eine erhöhte Anzahl von REM - Perioden und eine Verkürzung der REM - Latenz auftritt.

Manchmal ist es schwierig, Depressionen von Ein- und Durchschlafstörungen zu unterscheiden, da sich die Symptome ähneln. Außerdem können Depressionen sowohl als Ursache sowie als Folge und Begleiterscheinung von chronischen Schlafstörungen auftreten.

Personen mit einer nicht adäquat behandelten Insomnie haben ein erhöhtes Risiko, später an Depressionen zu erkranken (Roberts et al., 2000). Chang und Mitarbeiter (1997) konnten in einer prospektiven Studie zeigen, dass das relative Risiko, an einer Depression zu erkranken, für Männer mit einer Insomnie am höchsten war. Insofern könnte eine frühzeitige Insomniebehandlung auch eine geeignete Präventionsmöglichkeit für depressive Erkrankungen darstellen. (Riemann et al., 2002).

## 1.5 Entwicklung des Arbeitsmodells

In diesem Kapitel wird zunächst eine theoretische Übersicht über die Konstrukte und Parameter gegeben, die vermutlich in Zusammenhang mit dem Erleben von gestörtem Schlaf stehen. Im Anschluss daran folgen Fragestellungen und Hypothesen, welche die Ausgangsbasis der empirischen Untersuchung bilden.

Die Zusammenstellung der Konstrukte und Parameter entstand aus einer Sammlung unserer Erfahrungswerte und theoretischen Überlegungen sowie aus Beiträgen derjenigen Personen, die professionell in der Schlafmedizin, Stress- und Bindungsforschung tätig sind. Die Eindrücke wurden zusammengetragen und sortiert. Die im folgenden beschriebenen Variablen wurden aus dieser Sammlung herauskristallisiert.

### 1.5.1 Psychologische Variablen des Arbeitsmodells

#### ***Allgemeine und proaktive Stressbewältigung***

Proaktives Coping integriert Prozesse wie Qualität der persönlichen Lebensbewältigung und selbstregulierte Zielerreichung. Beim allgemeinen Coping werden planende, strategische und präventive Strategien, sowie die Nutzung sozialer Ressourcen berücksichtigt. Da proaktive Personen ein hohes Potential besitzen, soziale Ressourcen zu aktivieren, sollte das gemeinsame Coping in der Partnerschaft dementsprechend wirksam und zufriedenstellend sein. Auch die Überzeugung, dass sich die Dinge nicht wegen glücklicher bzw. unglücklicher Umstände oder unkontrollierbaren Faktoren ereignen, zeugen von der Bereitschaft, persönlich Verantwortung zu übernehmen und damit Kontrolle über stressrelevante Situationen zu erlangen.

#### ***Dyadisches Coping***

Dyadisches Coping stellt eine Variante der Stressregulation in der Partnerschaft dar. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Partner sich in der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen. Durch gezielte Bewältigungshandlungen wird eine neue Homöostase des vom Stress Betroffenen, des Gesamtsystems oder der

Beziehung zwischen Paar und Außenwelt herbeigeführt (Bodenmann, 1995a,b; 2000).

### ***Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten***

Hier wird das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten des Probanden unter bindungstheoretischen Aspekten betrachtet. Da die elterlichen Erziehungspraktiken nur retrospektiv erfasst werden können, beruht die Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens auf Kindheits- und Jugenderinnerungen der Studienteilnehmer.

### ***Depression als psychische Komorbidität von Schlafstörungen***

Bei PatientInnen mit Schlafstörungen findet sich oft eine hohe Komorbidität mit psychischen Störungen, insbesondere Depressionen (Riemann, et al., 1995; Roberts et al., 2000). Depressive Störungen wirken sich negativ auf die Wahrnehmungsfähigkeit von Bewältigungsmöglichkeiten, von Ressourcen und auch auf die Suche nach sozialer Unterstützung aus. Es ist daher anzunehmen, dass PatientInnen mit einer Schlafstörung und einer komorbid auftretenden Depression sich gering proaktiv erleben.

## **1.5.2 Erläuterung des Arbeitsmodells**

Die drei Hauptkomponenten des Arbeitsmodells sind erinnertes elterliches Erziehungsverhalten (Bindung), Stressbewältigung (allgemeines und proaktives sowie dyadisches Coping) und Schlaf (gestört versus normal/gesund). Als moderierende Variable werden Depressionen betrachtet. Zur Ableitung der Hypothesen wurden folgende theoretische Überlegungen angestellt.

### **◆ Bindung und Schlaf**

Wie unter 1.3. diskutiert, hat die Bindungsqualität Einfluss auf das körperliche und psychische Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung. Der Zusammenhang zwischen psychopathologischen Störungen und



Bindungsunsicherheit/Desorganisiertheit wurde in der Forschung immer wieder nachgewiesen (Crittenden, 1995; Pearson et al., 1994).

Als Risikofaktor für psychopathologische Störungen erscheint das Bindungsverhalten insofern wichtig, als angenommen wird, dass die frühen Bindungserfahrungen maßgeblich die Erwartungen, Haltungen und Gefühle gegenüber späteren engen Beziehungen im Leben beeinflussen. Die Art des Bindungsverhaltens wirkt sich als vulnerabler oder protektiver Faktor hinsichtlich der psychopathologischen Entwicklung aus. Personen, die über keine unterstützenden oder nur über fragile Beziehungen verfügen, sind schon durch normale Belastungen verletzbar.

In einer Metaanalyse, in der psychisch gestörte Mütter mit gesunden Müttern bezüglich ihrer mentalen Bindungsrepräsentation verglichen wurden, stellte sich heraus, dass in der klinischen Stichprobe ein deutlich geringerer Anteil an sicheren und der größte Anteil an desorganisierten Bindungsrepräsentationen auftrat (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Dies würde die Annahme bestätigen, dass psychisch gestörte Personen erwartungsgemäß eher unsichere oder desorganisierte mentale Bindungsmodelle aufweisen.

Im einzelnen wurden Bindungsrepräsentationen bisher im Zusammenhang gebracht mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Agoraphobie, Essstörungen, Zwangsstörung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Beziehungsstörungen (Atkinson & Zucker, 1997; Cicchetti et al., 1995b; Guidano, 1987; Jones et al.; 1996).

Die neuere klinisch-psychiatrische Forschung betrachtet die Qualität des elterlichen Erziehungsverhaltens als einen ätiopathogenetisch relevanten Faktor im Rahmen eines multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodells psychischer Störungen, insbesondere bezüglich Depressionen.

Ein Zusammenhang zwischen einem erlebten Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge durch die Eltern und der Manifestation psychischer Störungen im Erwachsenenalter ließ sich in zahlreichen empirischen Studien bestätigen (Brewin et al., 1993; Gerlsma et al., 1990; Perris, 1994; Rapee, 1997). Das Erleben eines ablehnenden, strengen und übermäßig kontrollierenden Erziehungsverhaltens und eines Mangels an emotionaler Wärme und Liebe seitens der Eltern wurden immer wieder als relevante Risikofaktoren für die

Entstehung psychischer Probleme und Störungen im Erwachsenenalter identifiziert (Gerlsma et al. 1990; Perris, 1994; Rapee, 1997).

Unterstützt durch diese Forschungsergebnisse leiten wir unsere Vermutung ab, dass zwischen Bindung bzw. dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und der Schlafqualität sowie dem Vorhandensein einer Schlafstörung ein Zusammenhang besteht.

#### ◆ Bindung und Stressbewältigung

Grundlegende Formen der Bewältigung wurzeln in der Bindungsbeziehung. Aus der Perspektive der Bindungsforschung stellt die Regulation von Emotionen einen zentralen Bestandteil des inneren Arbeitsmodells von Bindung selbst dar. Insbesondere dann wenn sich eine Person krank, ängstlich oder müde fühlt, zeigt sich das Bindungsverhalten deutlicher, als wenn die Person Fürsorge und Unterstützung erfährt (Bowlby, 1988).

Die Bindungs- und Copingforschung weist elementare gemeinsame Prinzipien auf, z. B. die Annahme eines Menschenbildes, das nicht deterministisch ist, sondern Raum läßt für eine Vielfalt von Entwicklungsmöglichkeiten.

Grundlegende gemeinsame Prinzipien von Bindungs- und Copingtheorien bestehen in der Annahme einer Passung zwischen Person und Umwelt, der Dynamik von Entwicklung und der Frage nach der Funktion oder Adaptivität von Verhalten. Bowlbys Menschenbild zeichnet sich dadurch aus, dass es jede Persönlichkeit als ein Individuum begreift, das einem subjektiven, von den bis dato erfolgten Person-Umwelt-Interaktionen gebahnten Entwicklungspfad folgt (Bowlby, 1995a).

Die Bindungsqualität besitzt im gleichen Maße wie Bewältigungsstrategien eine spezifische Instrumentalität, die bestimmt, wie direkt, flexibel und aktiv interpersonelle und intrapsychische Probleme gelöst werden.

Fuendeling (1998) hat in einer Übersichtsarbeit die empirische Befundlage zu unterschiedlichen Bewältigungsstilen der drei Bindungsmuster „sicher“, „ambivalent“ und „vermeidend“ im Kontext der Affektregulation systematisiert. In den bisherigen Studien zu Bindung und Coping sind fast ausschließlich manifeste Ausprägungen von Einzelstrategien gedeutet worden. Von diesen Befunden

könnten Impulse ausgehen im Hinblick auf Studien zur dyadischen Affektregulation sowie auf Prozesse der Affektregulation im Kontext der Stressverarbeitung.

Bisher sind bindungstheoretische Bezüge zu Aspekten der Stressbewältigung empirisch nicht gestützt. In dieser Studie soll geprüft werden, inwiefern das ressourcenorientierte Konzept der Bindungssicherheit in Zusammenhang steht mit positiven Bewältigungsstrategien, im besonderen dem proaktiven Coping.

#### ◆ **Dyadisches Coping und Bindung**

Der Zusammenhang zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (Bindung) und interpersonalen Problemen erweist sich besonders von Interesse, weil die Entstehung interpersonaler Probleme mit frühen Bindungserfahrungen in der Herkunftsfamilie in Verbindung gebracht wird.

In unserer Arbeit gehen wir von der Annahme aus, dass das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten in einer den in der Bindungsforschung beschriebenen „inneren Arbeitsmodellen“ vergleichbaren Form subjektiv repräsentiert ist (Bretherton et al., 2001). Die mentalen und emotionalen Repräsentationen des elterlichen Erziehungsverhaltens können somit auch als spezifische Bindungsrepräsentationen betrachtet werden. Personen, die sich an ein ablehnendes, überbehütetes oder emotional wenig warmes Erziehungsverhalten ihrer Eltern erinnern, sollten dementsprechend einen eher unsicheren Bindungsstil entwickelt haben, der wiederum mit Problemen bei der Gestaltung von Beziehungen und einem weniger effektiven Umgang mit Stress als Paar einhergeht.

Die erlebte Qualität der Beziehung zu den eigenen Eltern scheint sich somit in gewissem Maße in der Beziehung zum Partner wiederzuspiegeln, ein Befund, der mit psychoanalytischen und bindungstheoretischen Annahmen weitgehend in Einklang steht (Meissner, 1978; Paley et al., 1999). Offensichtlich erfolgt über die Generationen hinweg eine „Weitergabe“ (intergenerational Transmission) von Einstellungen und Verhaltensweisen, die die Aufnahme und Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen regulieren (Amato, 1996; Bartle-Haring &

Sabateli, 1998; Cohn et al., 1992; Gloger-Tippelt, 1999; Ricks, 1995; Van Ijzendoorn, 1993).

Entsprechend dieser Überlegungen nehmen wir an, dass sich auch zwischen dem dyadischen Coping und dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten relevante Zusammenhänge in der aufgezeigten Richtung nachweisen lassen.

Wir erwarten in unserer Studie, dass sich ein ablehnendes oder kontrollierendes erinnertes elterliches Erziehungsverhalten im Erwachsenenalter in verstärkten Problemen im Umgang mit anderen Menschen niederschlägt, hier besonders in Copingmustern mit der oder dem PartnerIn.

#### ◆ **Stressbewältigung und Schlaf**

Der Schlaf wird stark vom Tagesverlauf und von der aktuellen Lebenssituation beeinflusst. Da während jeder Schlafphase wichtige Regenerationsprozesse stattfinden, kommt dem erholsamen Schlaf eine enorme Bedeutung zu. Irgendwann in seinem Leben macht (fast) jeder Mensch einmal die Erfahrung, eines gestörten Nachtschlafs. Die Ursachen für schlechten Schlaf können sehr unterschiedlich sein. Neben psychischen Belastungen und negativen Emotionen wie Ängsten, Wut oder Ärger sind es auch Stressoren aus der Umwelt, die auf eine Person einwirken und den Schlaf rauben können. Stresssituationen sind in unserem Alltag kaum zu vermeiden: hohe Leistungsanforderungen, berufliche und familiäre Belastungen, Zukunftssorgen oder Beziehungskonflikte sind typische Situationen, die fast jeder kennt und individuell verschieden bewältigt.

Ausgehend von den Erkenntnissen der modernen Stressforschung sind es nicht primär die äußeren Belastungsfaktoren, die Stress erzeugen, sondern die Art und Weise, wie wir damit umgehen. Die Frage, wie wir uns verhalten, wenn wir mit Stressoren konfrontiert sind oder was wir vorbeugend tun können, um Stressoren adäquat zu begegnen, wird vor dem Hintergrund der schlafmedizinischen Erkenntnisse und für die Gesundheit allgemein, zusehends wichtig (Aldwin & Yancura, in press; Graßhoff et al., 1991; Rahm, 1994, 1995; Schindler, 1988). Pietrowsky und Mitarbeiter (1998) konnten in einer experimentellen Studie zeigen,

dass stressauslösende Situationen vor dem Einschlafen nachhaltig den Schlaf veränderten.

Kales und Mitarbeiter (1976) stellten die Hypothese auf, dass schlechte Schläfer über mangelnde Stressbewältigungsstrategien verfügen. Individuen, die mit ihrem Stress dysfunktional umgehen, haben mehr Schwierigkeiten abends abzuschalten, sich etwas Gutes zu tun, Grübeln auch nach dem Zubettgehen über ihre Probleme und machen sich Sorgen. Diese Menschen liegen nachts oft mit pausenlos einschießenden und thematisch wechselnden Gedankenbildern und Verarbeitungs- und Planungsgedanken wach (Al-Shajlawi et al., 2004). Oft zeigt sich dabei Ärger und Verzweiflung über den gestörten Schlaf und ein wachsendes Sich-Sorgen über die Konsequenzen für die eigene Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit im alltäglichen Geschehen. Eine Chronifizierung von Schlafstörungen ist dabei keine Seltenheit.

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen vermuten wir, dass Personen, die dysfunktional mit ihrem Stress umgehen, eine geringere subjektive Schlafqualität berichten und vulnerabler sind für eine Schlafstörung als Personen, die über gute Bewältigungsfähigkeiten verfügen.

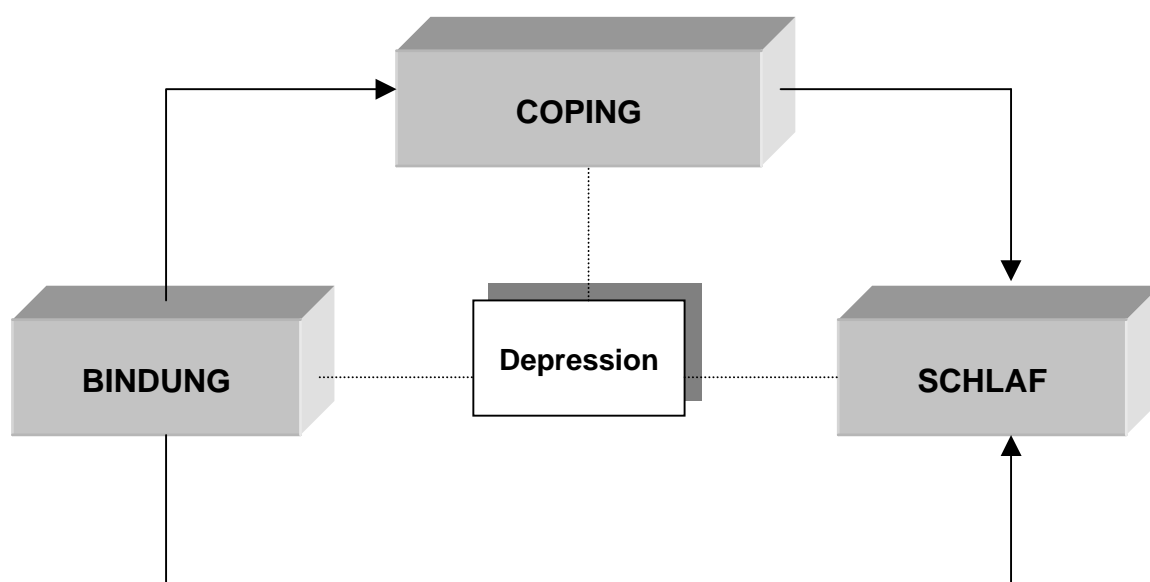
### **1.5.3 Zusammenfassung des Arbeitsmodells**

Das Arbeitsmodell (vgl. Abb. 6) veranschaulicht zusammenfassend die theoretischen Ausführungen zum Einfluss der postulierten psychologischen Variablen auf die Ausprägung gesunder versus gestörter Schlaf. Es stellt die Basis des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit dar.

Weiterhin zeigt das Arbeitsmodell, dass die Zusammenhänge der Variablen untereinander über die Fragestellung der Arbeit hinaus - mit Ausnahme der Variablen Bindung und Stress - nicht nur als unidirektional betrachtet werden können. Es handelt sich vermutlich vielmehr um eine wechselseitige Determination zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen, dessen genaue Explikation den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Ein Aspekt, der jedoch berücksichtigt werden soll, ist die mögliche Wechselwirkung zwischen den Einflussvariablen. So ist es denkbar, dass zwei oder mehr unabhängige Variablen im Zusammenspiel eine gemeinsame Wirkung

auf die abhängige Variable zeigen. In dieser Arbeit bleibt der Fokus auf die Wirkung der einzelnen Faktoren auf die abhängige Variable gerichtet.



**Abbildung 6:** Arbeitsmodell

## 1.6 Fragestellung und Hypothesen

Bevor die Hypothesen formuliert und in das Arbeitsmodell integriert werden, folgt zunächst die Leitfrage der Diplomarbeit.

*Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und Schlafstörungen im Erwachsenenalter?  
Unterscheiden sich schlafgesunde von schlafgestörten Personen in Bezug auf die individuelle und dyadische Stressbewältigung?  
Welche Wechselwirkungen bestehen zwischen den einzelnen Konstrukten?*

### 1.6.1 Arbeitshypothesen

- (a) Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des allgemeinen und proaktiven Copingstils.
- (b) Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des Umgangs mit Stress als Paar.
- (c) Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens.
- (d) Es werden Geschlechtsunterschiede bezüglich Coping, erinnertem elterlichen Erziehungsverhalten, depressiver Symptomatik und der Schlafqualität erwartet.
- (e) Je schlechter eine Person Stress bewältigen kann, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.

- (f) Je schlechter der partnerschaftliche Umgang mit Stress, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.
- (g) Je mehr sich eine Person an ein warmes Erziehungsverhalten erinnert, desto besser wird die subjektive Schlafqualität eingeschätzt.
- (h) Je mehr sich eine Person an ablehnendes/überbehütendes elterliches Erziehungsverhalten erinnert, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.
- (i) Je mehr warmes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto besser ist ihr allgemeines und proaktives Coping.
- (j) Je mehr ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto schlechter ist ihr allgemeines und proaktives Coping.
- (k) Je mehr warmes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto besser ist ihr dyadisches Coping.
- (l) Je mehr ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto schlechter ist ihr dyadisches Coping.
- (m) Je weniger Erinnerung an ein warmes elterliches Erziehungsverhalten besteht, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.
- (n) Je mehr ein ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten erinnert wird, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.
- (o) Je schlechter das allgemeine und proaktive Coping, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.
- (p) Je schlechter das dyadische Coping, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.

Im folgenden empirischen Teil der Arbeit wird zunächst die Operationalisierung der Variablen beschrieben. Nach der Darstellung der Erhebungsmethoden folgt



die statistische Analyse der Daten mit der Prüfung der Hypothesen. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse der Studie dargestellt und diskutiert.

## **2 METHODEN**

### **2.1 Vorbereitung und Durchführung der Fragebogenstudie**

Aufgrund methodischer und praktischer Überlegungen wurde die Entscheidung getroffen, die Daten in Form einer Fragebogenstudie zu gewinnen. Aufgrund höherer Objektivität und Reliabilität von Fragebogenverfahren im Vergleich zu Interviews kann es sinnvoll sein, die Daten quantitativ mittels Fragebögen zu erheben (Mummendey, 1987). Auch in Anbetracht der Anzahl von Variablen, die im Rahmen der Fragestellung erhoben werden, erschien uns dies die ökonomischste Form der Datenerhebung. Weiterhin legen die Überlegungen zur Stichprobengröße die Vorgabe einer Fragebogenbatterie nahe, da die Durchführung von Interviews als zu zeitaufwändig erachtet wurde.

Die Durchführung der Studie erfolgte über einen Zeitraum von sechs Monaten auf der schlafmedizinischen Station der Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie im freien Feld.

Im folgenden wird erläutert, wie die im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellten Konstrukte (vgl. Kap. 1) operationalisiert werden und anhand welcher Methoden die Erfassung der Variablen erfolgt.

#### **2.1.1 Die Operationalisierung des allgemeinen und proaktiven Copings**

Das von Greenglass, Schwarzer und Taubert (1998, 1999) vorgestellte Proaktive Coping Inventar (PCI) ist ein neues Forschungsinstrument zur Messung von Stressbewältigung. Der Fragebogen zu allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung integriert Prozesse persönlicher Lebensbewältigung und selbstbestimmter Zielsetzung. Die Schwerpunkte liegen auf proaktiven, planenden und präventiven Strategien und der Nutzung sozialer Ressourcen.

Individuen, die hohe Werte auf der Skala „Proaktives Coping“ haben, werden als Menschen angesehen, die jederzeit eigene und soziale Ressourcen

aktivieren können, und die eine reichhaltige Vorstellung darüber besitzen, wie die Anforderungen des Lebens erfolgreich bewältigt werden können. Coping ist für eine proaktive Person nicht eine einzelne Reaktion oder Antwort, sondern eine Sicht von sich selbst und der Welt. Es ist ein Lebensansatz, ein existentieller Glaube, dass sich die Dinge nicht wegen glücklicher Umstände oder unkontrollierbarer Faktoren ereignen, sondern wegen der persönlichen Verantwortung, die das Individuum übernimmt.

Mit dem Proaktiven Coping Inventar steht ein innovatives Forschungsinstrument zur Verfügung, das proaktive Kognitionen und Verhaltensweisen als positive Aspekte von Coping zusammenfassend und erschöpfend evaluiert (Greenglass et al., 1999). Es umfasst 7 Skalen mit insgesamt 55 Items, die auf einer 4-stufigen Skala von 1 („stimmt nicht“), 2 („stimmt kaum“), 3 („stimmt eher“) bis 4 („stimmt genau“) beantwortet werden. Sechs Skalen fokussieren positive Aspekte von Coping wie Eigeninitiative ergreifen, für Unvorhersehbares planen oder Ressourcen aufbauen. Die Skala „funktionaler Handlungsaufschub“ ist die einzige der insgesamt 7 Skalen, die negative Aspekte von Coping, im Sinne konfliktvermeidenden und aufschiebenden Verhaltens, evaluiert. Der Skala des proaktiven Copings wird besondere Bedeutung zugemessen, da sie für das neue Konzept der proaktiven Stressbewältigung steht. Alle anderen Skalen des PCIs werden nach Schwarzer unter dem Begriff „allgemeines Coping“ zusammengefasst.

Da in dieser Studie im Kontext interpersonaler Ressourcen speziell das dyadische Coping untersucht wird, kommt der FDCT-N zum Einsatz. Die PCI-Skalen „Suche nach Unterstützung“ und „Suche nach emotionaler Unterstützung“ werden nicht verwendet, um inhaltliche Überschneidungen mit den ausgewählten Subskalen des FDCT-N zu verhindern.

Folgende 5 Skalen des Proaktiven Coping Inventars wurden eingesetzt:

### ***Skala „Proaktives Coping“***

In der deutschen Version enthält diese Skala 17 Items und kombiniert inhaltlich autonome Zielsetzung mit selbstregulierenden Kognitionen und Verhaltensweisen zur Zielerreichung. Das proaktive Individuum strebt aktiv nach der Verbesserung

seines Lebens sowie seiner Umwelt anstatt nur auf ein Ereignis oder einen Stressor zu reagieren.

Die interne Konsistenz der Skala ist mit einem Cronbach's alpha von .80 und .85 hoch. Außerdem weist die Skala gute Itemkorrelationen und eine akzeptable Schiefe als Indikator der Symmetrie um den Mittelwert auf.

### ***Skala „Kognitive Bewältigung“***

Mit seinen 11 Items beschreibt diese Skala die Simulation und kognitive Abwägung einer Vielzahl von möglichen Verhaltensalternativen bei auftretendem Stress. Es schliesst Problemanalysen und das Generieren von hypothetischen Aktionsplänen zur Reduktion antizipierter Belastungen ein. Zeitlich eingeordnet liegt das kognitive Coping zwischen der Intention zu Handeln und dem Einleiten der stressreduzierenden Handlung. Kognitive Bewältigung kann der strategischen Planung vorausgehen. Es handelt sich um eine rationale und problemorientierte Bewältigungsstrategie. Kognitive Bewältigung interkorreliert hoch mit Präventivem Coping und mässig mit proaktivem Coping.

Diese Skala weist mit Cronbach's alpha von .79 und .80 eine gute interne Konsistenz auf.

### ***Skala „Strategische Planung“***

Diese 4 - Itemskala legt den Fokus auf den Prozess der zielorientierten Handlungsplanerstellung, in dem umfangreiche Aufgaben zur Stressbewältigung in kleinere, zu bewältigende Komponenten aufgeteilt werden. Die generelle Fähigkeit einen Handlungsplan hinsichtlich verfügbarer Ressourcen wie Zeit oder Expertise zu generieren, wird hier gemessen. Diese kognitive Fähigkeit ist essentiell im Umgang mit Anforderungen jeglicher Art. Strategisches Planen ist eine kognitive Leistung, welche das Coping wesentlich verbessern kann. Zeitlich gesehen folgt es der kognitiven Bewältigung, die im Vergleich mit dem Planen weniger endgültig ist. Strategisches Planen korreliert hoch mit der kognitiven Bewältigung und dem präventiven Coping.

Die interne Konsistenz (alpha=.71) der Skala „Strategische Planung“ ist akzeptabel.

**Skala „Präventives Coping“**

Präventives Coping evaluiert die Kognitionen und Verhaltensweisen, mit denen potentielle Stressoren antizipiert werden, sowie die Bewältigungsmaßnahmen, die eingeleitet werden, bevor der Stressor sich voll ausbildet. Präventives Coping unterscheidet sich vom proaktiven Coping, da es sich auf eine potentielle Bedrohung in der Zukunft bezieht. Individuell fließen dabei die Erfahrung, Voraussicht oder bereits erworbenes Wissen einer Person bezüglich der Stressbewältigung ein. Optimales präventives Coping kann dazu führen, dass der Stressor überhaupt nicht auftritt.

Im Vergleich dazu basiert proaktives Coping nicht auf einer antizipierten Bedrohung sondern darauf, nach selbstbestimmten Zielen zu streben und Herausforderungen zu suchen, um die Lebensqualität zu verbessern. Das bedeutet auch, Risiken einzugehen, da es nicht darum geht, den Status Quo aufrechtzuerhalten, sondern ihn herauszufordern.

Die 10 - Itemskala „Präventives Coping“ weist gute interne Konsistenz (Chronbach`s alpha von .79 bis .83) und Itemkorrelationen auf. Sie korreliert hoch mit den Skalen „Kognitive Bewältigung“ und „Strategische Planung“.

**Skala „Funktionaler Handlungsaufschub“**

Diese 3 - Itemskala misst, inwieweit eine Person ein Problem aufschiebt anstatt es direkt mit Lösungseinleitungen anzugehen. Die Items drücken den generellen Hang eines Individuums aus, schwierige Dinge beiseite zu legen oder zu verschieben. Diese „Vermeidungsskala“ ist außergewöhnlich, weil sie die einzige Skala des PCI ist, die negative Aspekte von Coping erfaßt und damit in negativer Relation zu der proaktiven Coping Skala steht.

Diese Skala weist mit Cronbach`s alpha von .61 und .74 eine akzeptable interne Konsistenz auf.

Der PCI besitzt gute psychometrische Eigenschaften: eine Komponentenanalyse bestätigte die faktorielle Validität und Homogenität aller Skalen. Die empirische Evidenz spricht für eine gute Konstrukt- und Kriteriumsvalidität des Proaktiven Coping Inventars (Greenglass, 2002).

### 2.1.2 Die Operationalisierung des dyadischen Copings

Dieser Fragebogen zur Erfassung von dyadischem Coping (Bodenmann, 2000c) basiert auf dem systemisch-transaktionalen Stresskonzept von Bodenmann und Perrez (1991) und Bodenmann (1995b, 1997). Es liegen mehrere Versionen des FDCT-N vor, die kontinuierlich verfeinert wurden. Die Grundstruktur umfasst:

- (a) die Äusserung von Stresssignalen und
- (b) entsprechende Antwortreaktionen des Partners im Sinne des supportiven dyadischen Copings, des delegierten dyadischen Copings und des gemeinsamen dyadischen Copings. Es werden jeweils emotions- und sachbezogene Formen unterschieden.

Der FDCT-N umfasst 62 Items und basiert auf Itemanalysen früherer Fassungen. In dieser Studie wurden nur die Skalen „Eigene Stresskommunikation“ und „Zufriedenheit mit und Wirksamkeit des dyadischen Copings“ eingesetzt, so dass in diesem Rahmen auch nur die relevanten Skalen vorgestellt werden:

Die Skala „Eigene Stresskommunikation“ fragt mittels vier Items ab, was die betreffende Person tut, wenn sie sich gestresst/belastet fühlt.

- (a) *Explizite sachbezogene Stresskommunikation* (Item: „Ich teile meinem Partner mit, dass ich froh um seine praktische Unterstützung oder sachlichen Ratschläge und Hilfestellungen bin.“);
- (b) *Delegation von Aufgaben und Tätigkeiten* (Item: „Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.“);
- (c) *Explizite emotionsbezogene Stresskommunikation* (Item: „Ich sage meinem Partner offen, wenn ich gestresst bin und seine emotionale Unterstützung brauche.“);
- (d) *Nonverbale emotionsbezogene Stresskommunikation* (Item: „Ich zeige meinem Partner durch mein Verhalten, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht.“)

Die Skala „dyadisches Coping“ besteht aus zwei Items und erfasst die Zufriedenheit und wahrgenommene Wirksamkeit des Umgangs mit Stress als Paar. Hier geht es um die eigene Evaluation des dyadischen Copings.

Die Interkorrelation der einzelnen Subskalen liegen im mittleren Bereich und sprechen für die relative Unabhängigkeit der verschiedenen Subskalen. Relativ starke Zusammenhänge liegen allerdings zwischen dem sach- und emotionsbezogenen supportiven dyadischen Coping des Partners,  $r = .71$ , und dem sach- und emotionsbezogenen gemeinsamen dyadischen Coping,  $r = .61$ , vor. Diese Zusammenhänge verdeutlichen, dass Paare, wenn sie Stress dyadisch bewältigen, sowohl sach- wie emotionsbezogen supportiv und gemeinsam interagieren.

Die Test-Retestreliabilität, in einem Zeitraum von einem Monat untersucht, ist für die einzelnen Skalen mit  $r_{tt} = .63$  bis  $.83$  befriedigend. Einzig die Skala sachbezogene Stresskommunikation weist eine relativ niedrige zeitliche Stabilität auf.

Die Konstrukt- und Kriteriumsvalidität, die diskriminative Validität und die prognostische Validität des FDCT-N konnten überzeugend nachgewiesen werden (Bodenmann, 1996). Der Fragebogen erweist sich somit als ein äußerst nützliches Instrument, um ökonomisch die Qualität und Häufigkeit des dyadischen Copings zu erfassen.

### 2.1.3 Die Operationalisierung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens

Der FEE von Schumacher, Eisemann & Brähler (1999a) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 24 Items zur Erfassung von Erinnerungen erwachsener Personen an das Erziehungsverhalten ihrer Eltern. Er dient somit der retrospektiven Erfassung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens bzw. der subjektiven Repräsentationen des elterlichen Erziehungsverhaltens.

Der FEE basiert konzeptionell und inhaltlich auf dem in Schweden entwickelten EMBU-Fragebogen von Perris und Mitarbeiter (1980). Der EMBU-Fragebogen wurde bisher vor allem im Rahmen von klinischen Studien zur Psychopathologie im Erwachsenenalter eingesetzt. Auf der Basis von Erhebungsdaten sowohl klinischer als auch gesunder Untersuchungsstichproben konnten mittels Faktorenanalyse drei replizierbare und transkulturell invariante EMBU-Dimensionen ermittelt werden (Ablehnung, Emotionale Wärme und Überbehütung), welche den Beurteilungen zu Grunde liegen (Arrindell et al., 1994).

Der FEE stellt eine deutschsprachige Kurzform des EMBU dar, wobei aus jeder der drei faktorenanalytisch fundierten EMBU-Skalen acht Items ausgewählt und anschließend übersetzt wurden. Die Selektion der Items erfolgte primär auf der Grundlage ihrer Faktorladungen und unter Berücksichtigung der Trennschärfekoeffizienten.

#### *Aufbau und Auswertung*

Mit dem FEE wird das perzipierte elterliche Erziehungsverhalten getrennt für den Vater und die Mutter hinsichtlich der drei faktorenanalytisch ermittelten Dimensionen „Ablehnung und Strafe“, „Emotionale Wärme“ sowie „Kontrolle und Überbehütung“ beurteilt. Die drei Skalen werden im folgenden vorgestellt:

#### *(1) Ablehnung und Strafe*

Mit dieser Skala werden erziehungsrelevante elterliche Verhaltensmerkmale erfasst, die durch übermäßige Strenge, Tadel und Kritik gekennzeichnet sind und



vom Erzogenen als partiell unangemessen sowie als Zurückweisung und Ablehnung erlebt wurden.

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala fühlten sich während ihrer Kindheit und Jugend durch ihre Eltern eher abgelehnt und zurückgewiesen. Darüber hinaus wurden sie von ihren Eltern so behandelt, dass sie sich vor anderen Menschen schämten. Personen mit hohen Werten berichten oft ferner über ein negativeres Selbstkonzept, mehr körperliche Beschwerden, eine geringere Lebenszufriedenheit (vor allem bezüglich der Bereiche Gesundheit, Ehe, Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person, Freunde und Bekannte), ausgeprägte interpersonale Probleme, geringes Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie über eine schlechtere Qualität der Partnerschaft als Personen mit niedrigen Werten auf dieser Skala.

### *(2) Emotionale Wärme*

Die Items dieser Skala beschreiben elterliche Verhaltensweisen, die vom Erzogenen als liebevoll, unterstützend, lobend sowie tröstend wahrgenommen wurden, ohne zu starke Einmischung zu implizieren.

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala erlebten in ihrer Kindheit und Jugend seitens ihrer Eltern ein hohes Maß an Zuwendung, Wärme und Unterstützung, wobei die Eltern dieses Verhalten auch in Anwesenheit anderer Menschen zeigten. In der Regel werden Mütter rückblickend als emotional wärmer und liebevoller geschildert als die Väter. Frauen berichten über ein höheres Maß erlebter Wärme durch den Vater als Männer. Die Mutter wird von Männern und Frauen hingegen als ähnlich warm und liebevoll erinnert.

Personen mit hohen Werten auf der Skala „Emotionale Wärme“ schildern ein stabiles Selbstkonzept, wenig körperliche Beschwerden, eine vergleichsweise hohe Lebenszufriedenheit und nur geringfügige interpersonale Probleme. Darüber hinaus nehmen sie ausreichend soziale Unterstützung wahr und berichten über keine gravierenden Partnerschaftsprobleme. Zwischen der Skala „Emotionale Wärme“ und der Skala „Ablehnung und Strafe“ des FEEs besteht eine negative Korrelation.

### *(3) Kontrolle und Überbehütung*

Mit dieser Skala werden elterliche Verhaltensmerkmale erfasst, die vom Erzogenen als übertrieben fürsorglich, schuldzuweisend, einmischend und einengend erlebt wurden. Die Items dieser Skala spiegeln eine ausgeprägte

Leistungsorientierung und hohe Erwartungen der Eltern gegenüber ihrem Kind wieder.

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala haben ihre Eltern als stark kontrollierend und als übertrieben besorgt erlebt. Sie fühlten sich durch die übertriebene Ängstlichkeit und die häufige Einmischung ihrer Eltern in ihrer Autonomieentwicklung und ihren eigenen Entscheidungsmöglichkeiten eher eingeschränkt. Zudem fühlten sie sich durch die Leistungsorientierung ihrer Eltern unter Druck gesetzt. Weiterhin wird berichtet, dass die Eltern häufiger versuchten, Schuldgefühle zu induzieren.

Die FEE-Skalen „Ablehnung“ und „Kontrolle und Überbehütung“ sind positiv miteinander korreliert. Hohe Werte auf der Skala „Kontrolle und Überbehütung“ sind deshalb auch mit Beeinträchtigungen des aktuellen Wohlbefindens und mit interpersonellen und partnerbezogenen Problemen verbunden. Allerdings fallen diese Zusammenhänge hier meist weniger deutlich aus.

Jede der drei Skalen besteht aus jeweils acht Items. Die insgesamt 24 Items des FEEs sollen, jeweils getrennt für den Vater und die Mutter auf einer vierstufigen Antwortskala mit den Kategorien „Nein, niemals“, „Ja, gelegentlich“, „Ja, oft“ sowie „Ja, ständig“ beantwortet werden.

#### *Gütekriterien des FEE*

Der FEE wurde 1994 im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung unter Einbezug von N=2.874 Bewohnern der alten und neuen deutschen Bundesländer im Alter zwischen 18 und 92 Jahren teststatistisch überprüft und normiert (vgl. Schumacher et al., 1999a, 1999b). Auf der Basis der Daten einer weiteren Repräsentativerhebung im Jahre 1999 (N = 1.799; 18-50 Jahre) wurde eine erneute testtheoretische Überprüfung sowie eine Kreuzvalidierung der Skalenstruktur vorgenommen.

Der FEE ist in seiner Durchführung und Auswertung standardisiert und deshalb als objektiv einzuschätzen. Die psychologischen Inhalte und die quantitativ abgestufte Auswertung des Fragebogens sind den Probanden durch die Instruktion und die Itemformulierungen unmittelbar ersichtlich. Dem FEE kann somit eine hohe Transparenz bescheinigt werden. Prinzipiell besteht beim FEE - wie bei anderen Fragebögen auch - die Möglichkeit bewusster und unbewusster

Verfälschungen. Hier sind Antworttendenzen (z. B. soziale Erwünschtheit) oder Sorgen um die Vertraulichkeit und Datenschutz von Bedeutung.

Für alle drei FEE-Skalen konnten befriedigende bis gute Reliabilitätskennwerte (interne Konsistenzen, Cronbach's Alpha, zwischen  $\alpha = .89$ , Erhebung 1994) bzw. zwischen  $\alpha = .73$  und  $\alpha = .90$  (Erhebung 1999); Split-Half-Koeffizienten (Speraman-Brwon) zwischen  $r = .70$  und  $r = .88$  (Erhebung 1994) bzw. zwischen  $r = .69$  und  $r = .88$  (Erhebung 1999) ermittelt werden. Zur *Retest-Reliabilität* der FEE-Skalen liegen bisher noch keine empirischen Befunde vor.

Bezüglich der Konstruktvalidität lässt sich anmerken, dass mittels Hauptkomponentenanalyse, die auf der Datenbasis der 1994er- Untersuchung getrennt für die Beurteilung des Vaters und der Mutter berechnet wurden, gezeigt werden konnte, dass sich die vom EMBU-Fragebogen übernommene dimensionale Struktur für den FEE sehr gut replizieren lässt. Die durch die drei Faktoren aufgeklärte Gesamtvarianz beträgt 48,6 % (für den Vater) und 46,6 % (für die Mutter). Die im Sinne der Kreuzvalidierung in der zweiten repräsentativen Bevölkerungsstichprobe aus dem Jahre 1999 berechneten Faktorenanalysen zeigten in überzeugender Weise, dass sich die dreifaktorielle Struktur des FEEs wiederum gut replizieren lässt (aufgeklärte Gesamtvarianz 50,5 % für den Vater und 48,4 % für die Mutter). Die dreidimensionale Struktur des Konstrukts „Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten“ kann somit als empirisch gut abgesichert gelten (Schumacher, 2002).

Die inhaltliche Validität des FEE kann insofern als gegeben angesehen werden, als die Items und Skalen Teilaspekte des elterlichen Erziehungsverhaltens abbilden, deren Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung und die Manifestation psychischer Störungen sowohl im Kindes -und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter durch zahlreiche empirische Studien in den Bereichen der Erziehungsstilforschung, der Bindungsforschung und der klinisch-psychiatrischen Angst -und Depressionsforschung als gut belegt gelten kann (Krohne & Hock, 1998; Parker, 1983; Rohner, 1986; Sperling & Berman, 1994).

Hinsichtlich der Validität im Sinne von „Veridikalität“ lässt sich mit dem FEE nicht beantworten, inwieweit das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten dem während der Kindheit und Jugend tatsächlich erlebten Erziehungsverhalten der Eltern entspricht. Diese Frage kann nur durch Längsschnittstudien unter Einbezug unabhängiger Beobachter geklärt werden. Eine mögliche Rekonstruktion

autobiographischer Gedächtnisinhalte muss jedoch immer in Betracht gezogen werden. Die Möglichkeit einer Rekonstruktion der persönlichen Lebensgeschichte sollte bei der Interpretation retrospektiv erhobener autobiographischer Daten und damit auch der Erinnerungen an das elterliche Erziehungsverhalten auf jeden Fall in Betracht gezogen werden (vgl. McCrae & Costa, 1988).

Für den FEE liegen nach Altersgruppen, Geschlecht und Wohnsitz differenzierte Prozentrang- und T-Wert-Normen vor (insgesamt N = 2.874; 18-92 Jahre). Es erfolgten Mehrfachnormierungen, d. h., es wurden sowohl Gesamt- als auch Gruppennormen berechnet. Für die Berechnung der Gruppennormen wurde die Gesamtstichprobe nach Altersgruppen (18-35 Jahre, 36-50 Jahre, 51-65 Jahre und 66-99 Jahre) und der Geschlechtszugehörigkeit der Probanden unterteilt.

***Die Skalen des Fragebogens zur Erfassung von erinnertem elterlichem Erziehungsverhalten (FEE) im Vergleich mit den Skalen der „Erfahrungen mit den Eltern“ des Adult Attachment Interviews (AAI) der Bindungstheorie***

Die Wahl des FEEs basiert nicht nur auf gütekriterienorientierter Argumentation, sondern vor allem auf der Tatsache, dass es inhaltliche Überschneidungen bezüglich der Skalen des FEEs mit dem Adult Attachment Interview der Bindungstheorie gibt (für ausführliche Darstellung vgl. Theorieteil). Dies rechtfertigt unter anderem, die Ergebnisse des FEEs unter bindungs-theoretischen Gesichtspunkten zu diskutieren.

In beiden Instrumenten gibt es die drei Skalen: Emotionale Wärme/Loving, Ablehnung/Rejecting und Kontrolle,Überbehütung/Involving. Zum Inhalt der Skalen des FEEs siehe oben. Der Vollständigkeit halber und zur besseren Vergleichbarkeit werden im folgenden kurz die relevanten Skalen des Adults Attachment Interviews (Main & Goldwyn, 1984) zusammengefaßt:

*Loving-Skala des AAI:*

Die Liebesskala betrachtet liebevolles elterliches Verhalten während der Kindheit. Hier werden Erinnerungen von angebrachter körperlicher Zärtlichkeit, emotionaler Anteilnahme, Trost und Zuneigung durch die Eltern bewertet. Auf der Loving Skala wird auch gewertet, wenn ein Proband berichtet, dass er sich mit seinen

Problemen oder Sorgen an Vater/Mutter wenden konnte oder dass auch auf kindlichen Unfug oder Fehlverhalten mit Humor, Verständnis oder einem angemessenen Gespräch durch die Eltern reagiert wurde. Viele Probanden erzählen von Kindheitserinnerungen besonderer elterlicher Wärme und Fürsorge, wenn sie krank oder verletzt waren.

Probanden mit hohen Werten auf der Loving Skala haben in der Regel niedrige Werte auf der Ablehnungsskala und äußern sich wertschätzend und respektvoll über ihre Eltern. Sie fallen meist in die Klasse der Personen mit einer sicheren Bindung.

#### *Ablehnungs-Skala des AAI:*

Probanden, die hohe Werte auf dieser Skala im Adult Attachment Interview haben, erinnern sich kaum oder gar nicht an Situationen, in denen sie warmes, fürsorgliches Verhalten durch die Eltern erfahren haben. Wenn sie liebevolles Verhalten der Eltern doch anführen, so können sie es nicht durch Beispiele belegen.

Sie berichten von emotionaler Kälte bis hin zu völliger Ablehnung von kindlichem Verhalten oder der kindlichen Person als Ganzes. Der Proband erinnert sich an Ängste, aus Desinteresse von den Eltern verlassen zu werden und/oder an starke Kritik oder Ärger der Eltern, wenn er sich als Kind verletzt hatte oder emotional gestresst war.

Ferner berichten Probanden mit hohen Werten davon, dass ihre Eltern wärmesuchendes Verhalten lächerlich gemacht haben oder verärgert/zornig wurden. Personen, die einen hohen Ablehnungswert erhalten, haben einen geringen Wert auf der Loving-Skala und fallen häufig in die unsicher gebundene Kategorie der Vermeider.

#### *Kontrolle/Überbehütungs-Skala des AAI:*

Auf dieser Skala wird elterliches Verhalten gewertet, dass stark kontrollierend oder überbehütend ist. Auch der Wert auf dieser Skala steht im AAI komplementär zu der Loving-Skala, d. h., Personen mit einem hohen Wert auf der Loving-Skala haben einen niedrigen Wert auf der Kontrolle/Überbehütungs-Skala und umgekehrt. Elterliche Überbehütung drückt sich in übermäßiger Sorge um das körperliche oder seelische Wohl des Kindes aus, welches dazu führt, dass dem

Kind altersadäquate Aktivitäten, Hobbies, oder Beschäftigungen untersagt werden. Dem Kind werden eigene Entscheidungen nicht zugestanden, der Alltag des Kindes wird vollständig durch Mutter/Vater kontrolliert, so dass die individuelle Persönlichkeitsentwicklung des Kindes deutlich eingeschränkt wird.

Probanden berichten häufig von der Erinnerung, dass sie sich als Kind und Jugendlicher oft gewünscht haben, die Mutter oder der Vater hätten sich weniger darum gekümmert, was sie taten oder dass sie sich permanent beobachtet gefühlt haben und dies zu einem Gefühl der Unfreiheit geführt habe. Auch Schuld- und Schamgefühle, es den Eltern nicht recht machen zu können oder nicht ihren Ansprüchen zu genügen, spielen häufig eine vordergründige Rolle.

Im AAI wird ferner noch elterliches Verhalten berücksichtigt, dass auf einen Rollentausch zwischen Elternteil und Kind hinweist, d. h., wenn das Kind die Mutter oder den Vater versorgt oder sich um sein seelisches Wohl mehr kümmert als umgekehrt. Da diese Dimension im FEE nicht enthalten ist, wird sie in unserer Untersuchung jedoch keine Rolle spielen.

Personen mit hohen Werten auf der Kontrolle/Überbehütungs-Skala fallen oft in die unsichere Bindungskategorie der ambivalent gebunden Menschen.

#### **2.1.4 Die Operationalisierung der Depression**

Das *Beck Depressions Inventar* – BDI (Beck & Steer, 1987) ist ein vollstandardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. Es wurde ursprünglich für die klinische Anwendung bei psychiatrischen Populationen entwickelt. Es ist anwendbar vom Jugend- bis zum Hochbetagtenalter. Das BDI besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, welche typische depressive Symptome beschreiben. Jede Antwortmöglichkeit ist 4-stufig skaliert, wobei die Patienten aus jeder Gruppe die Aussage auswählen sollen, die ihre gegenwärtige Lage (bezogen auf die letzte Woche) am besten beschreibt.

Das BDI ist keiner Ätiologietheorie der Depression verpflichtet. Bei den Items überwiegen jedoch die Beschreibungen der affektiven, der kognitiven und somatischen Symptomebene. Motorische Auffälligkeiten, Gewichtszunahme und gesteigertes Schlafbedürfnis sind nicht berücksichtigt. Da Beck selbst eine

kognitive Theorie der Depression entworfen hat, dominieren beim BDI vor allem die kognitiven Auffälligkeiten (9 der 21 Items).

Der Summenwert des BDIs drückt die Schwere der gegenwärtigen depressiven Symptomatik aus. Ein Wert von 18 Punkten und darüber darf als klinisch signifikant angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten sind bereits erhöht und weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Depressive Patienten in Remission und auch klinisch unauffällige Kontrollpersonen weisen Summenwerte von unter 9 Punkten auf. Depressive Patienten erreichen typischerweise Werte von deutlich über 20 Punkten.

Das BDI zeigt gute psychometrische Merkmale, die wiederholt bestätigt wurden (Schmitt & Maes, 2000). Die interne Konsistenz ist bei klinischen Stichproben durchweg hoch ( $> .88$ ), lediglich bei gesunden Kontrollgruppen werden  $.74$  (Cronbach's Alpha) erzielt. Die Stabilität der BDI-Werte ist naturgemäß gering und korreliert abnehmend über eine Woche mit  $.75$ , über 2 Wochen mit  $.68$  und über 3 Wochen mit  $.62$ . Die inhaltliche Validität ist durch die Ausrichtung an den weithin akzeptierten Klassifikationssystemen, DSM-IV und ICD-10, gegeben. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen depressiver Symptome liegen zwischen  $.79$  und  $.89$ . Es existieren Vergleichswerte, Prozentränge, Grenzwerte und Erwartungswerte für unterschiedliche klinische Gruppen, bei unterschiedlichen Behandlungen, getrennt nach Geschlecht und differenziert nach Alter.

### **2.1.5 Die Operationalisierung der Schlafqualität**

Der Pittsburgher Schlaf-Qualitäts-Index (PSQI) ist ein international verwendetes Standardinstrument, das erstmals 1989 von Buysse und Mitarbeitern beschrieben wurde.

Aufgrund der Tatsache, dass keine allgemeingültigen Richtlinien zur Differenzierung von normalem und pathologischem Schlaf existieren, und darüber hinaus die subjektive Schlafeinschätzung einen entscheidenden Einfluss auf die wahrgenommene Erholbarkeit ausübt, geht man heute dazu über, Insomnie als „subjektiv gestörten Schlaf“ zu definieren, weitgehend unabhängig von objektiven Schlafparametern. Damit rücken Fragebögen zur Erfassung von Schlafstörungen

in das Zentrum der Diagnostik. Sie erlauben den Überblick über die Entwicklung, das Ausmaß und die Art der Schlafstörung. Der PSQI vereinbart sowohl quantitative als auch qualitative Fragen.

Riemann und Backhaus (1996) entwickelten die deutsche Fassung des "Pittsburgh Sleep Quality Index" (PSQI) von Buysse und Mitarbeitern (1989). Der Fragebogen enthält 19 Fragen zur Selbstbeurteilung und 5 Fragen, die vom Partner/Mitbewohner beantwortet werden sollen, wobei letztere nicht mit in die quantitative Auswertung einbezogen werden.

Am Ende macht ein Gesamtscore die Ergebnisse zwischen den befragten Personen anschaulich und vergleichbar (Riemann & Backhaus, 1996; Backhaus & Riemann, 1999). Der PSQI verfügt über gute, wiederholt überprüfte psychometrische Qualitäten (Backhaus et al., 2002). Er vereint Möglichkeiten, Unterschiede im qualitativen Schlafempfinden zu differenzieren und gleichzeitig quantitative Ausprägungen von subjektiven Schlafstörungen zu beschreiben und miteinander zu vergleichen. Der PSQI eignet sich damit in hervorragender Weise, das Schlafverhalten und diverse Angaben zu Ausmaß und Art subjektiver Schlafstörungen zu untersuchen und zu quantifizieren.



### 2.1.6 Erhebung der Variablen

Ein Überblick darüber, welche Variablen wie erhoben werden, ist in Tabelle 2 gegeben.

**Tab. 2 : Übersicht über die Erhebung der Variablen**

INSTRUMENTE	VARIABLEN
PCI	Allgemeine und proaktive Stressbewältigung (Proaktives Coping, funktionaler Handlungsaufschub, kognitive Bewältigung, präventives Coping, strategische Planung)
FDCT-N	Dyadisches Coping (Stresskommunikation, dyadisches Coping)
FEE	Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten (Ablehnung/Überbehütung, Wärme)
BDI	Depression als psychische Komorbidität
PSQI	Erfassung der Schlafqualität
	soziodemografische Daten zur Beschreibung der Stichprobe

### 2.1.7 Die Stichprobe

Um zu gewährleisten, dass die Auswertung der Daten und die Aussagekräftigkeit der Ergebnisse nicht an einer zu geringen Stichprobengröße scheitert, wurde im Vorfeld festgelegt, dass 100 bis 120 PatientInnen und gesunde ProbandInnen rekrutiert werden sollten.

In die Studie wurden 57 PatientInnen mit einer Schlafstörung und 71 gesunde KontrollprobandInnen eingeschlossen. Dabei wurde darauf geachtet, dass die beiden Gruppen nach Alter und Geschlecht weitgehend gleichverteilt sind.

Das subjektive Schlafverhalten von PatientInnen und ProbandInnen wurde über einen Zeitraum von 2 Wochen anhand des Pittsburgher Schlaf-Qualitäts-Index (PSQI) beurteilt, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik anhand des Beck Depressions Inventars (BDI). Als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie wurde ein PSQI-Wert größer 6 und ein BDI-Wert größer 11 für die gesunde Kontrollstichprobe festgelegt. Fanden sich für die Kontrollprobanden bei der Auswertung des PSQI und BDI Hinweise auf eine Schlafstörung oder klinisch depressive Erkrankung, wurde die Probandin oder der Proband nachträglich von der Studie ausgeschlossen. Damit ist gewährleistet, dass in die Auswertungen für die Kontrollgruppe nur gesunde Schläfer eingegangen sind.

Für die Untersuchung unserer Fragestellung wurden in die Experimentalgruppe überwiegend PatientInnen mit der Verdachtsdiagnose „nichtorganische/primäre Insomnie“ rekrutiert. Zur Diagnosestellung wurden von den zuständigen Ärzten und Psychologen die ICD-10 und die polysomnografische Untersuchung herangezogen. Da Schlafstörungen häufig komorbid mit Depressionen einhergehen (Riemann & Voderholzer, 2003), wurden PatientInnen, die einen BDI-Wert > 11 erreichten, in der Experimentalgruppe einbehalten.

Weiterhin mussten PatientInnen und gesunde ProbandInnen mit einer Einschränkung der kognitiven und sprachlichen Leistungsfähigkeit von der Studie ausgeschlossen werden.

### 2.1.8 Procedere der Datenerhebung

Die Studie fand über den Zeitraum eines halben Jahres an der Universitätsklinik Freiburg und im Feld statt. Zu Beginn der Studie wurden die FachärztInnen, PsychologInnen und das Pflegepersonal der schlafmedizinischen Station in einer Studienbesprechung über Inhalte und Ziele der Studie informiert.

Die Rekrutierung der PatientInnen erfolgte im Rahmen ihres 2-tägigen Aufenthaltes im Schlaflabor. Die PatientInnen wurden über die Studie informiert. Dann wurden sie gebeten, den Fragebogen zu bearbeiten. Diejenigen, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, erhielten einen Fragebogen, der mit einem Code versehen war. Zusätzlich wurde dieser Code zusammen mit der Buch-Nummer der 2. Nacht versehen. Die PatientInnen wurden dann gebeten, den Fragebogen spätestens am Tag ihrer Entlassung bei dem Pflegepersonal abzugeben.

Parallel dazu erfolgte die Rekrutierung der gesunden ProbandInnen im Feld. Hierzu wurde monatlich eine Liste rekrutierter PatientInnen erstellt, um eine nach Alter und Geschlecht abgestimmte gesunde Kontrollstichprobe zu erhalten.

Die auf diese Weise erhobenen Daten wurden in ein *SPSS-File* eingegeben und statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse der Datenanalyse werden im folgenden Kapitel beschrieben.

## 3 Resultate

### 3.1 Analyse der Daten

Nach Eingabe der erhobenen Daten in ein *SPSS-File* erfolgte die Bereinigung der Stichprobe. Dabei wurden die Fälle der Kontrollgruppe ausgeschlossen, die im Fragebogen des PSQI einen Index von über 6 erreichten. Anschließend wurden deskriptive Statistiken für die in die Analyse einbezogenen Variablen (vgl. Kap. 1.5) berechnet, deren Darstellung aus Gründen der Übersichtlichkeit in tabellarischer Form in Anhang 1 erfolgt.

Für die Datenauswertung wurde zunächst geprüft, wie sich die Werte der Gesamtstichprobe über die einzelnen Variablen verteilen. Diese Prüfung erfolgte mit dem *Kolmogorov-Smirnov-Test* und ergab keine durchgängige Normalverteilung der Einflussvariablen. Dieses Vorgehen ist notwendig für die Entscheidung, welche statistischen Kennwerte zu ihrer Beschreibung verwendet werden können und welche analytischen Tests bei der Hypothesenprüfung zur Anwendung kommen.

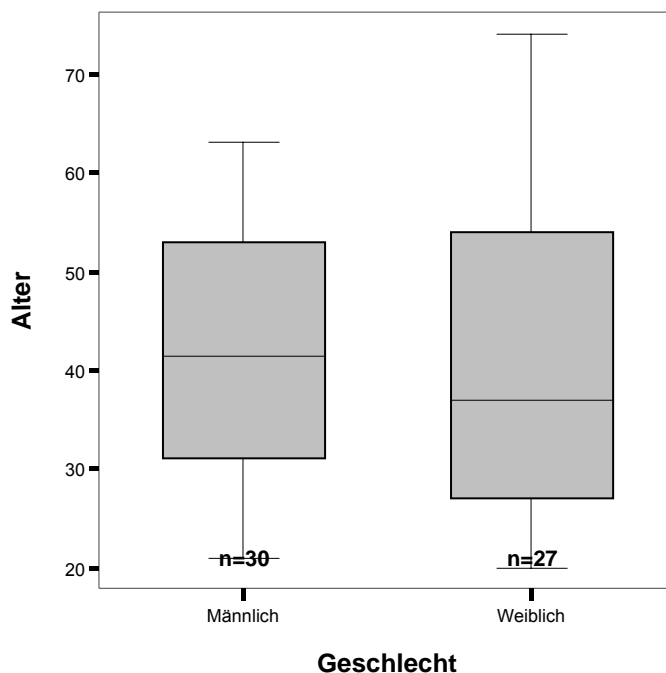
Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen wurde das parameterfreie Verfahren von *Mann-Whitney* (Bortz, 1999) eingesetzt. Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Variablen wurden zwei verschiedene statistische Verfahren angewandt: Korrelationsanalysen nach Spearman und lineare Regressionsanalysen.

Im Anschluss an die Überprüfung der Hypothesen wird in Kapitel 3.3. anhand regressionsanalytischer Berechnungen auf binär logistischer Basis das Arbeitsmodell einer weiteren Prüfung unterzogen. Diese soll Aufschluss über die prädiktive Qualität der Einflussfaktoren geben in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, eine Schlafstörung zu entwickeln.

Da die vorliegende Studie explorativen Charakter hat, wird auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Den Berechnungen wird ein Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  zugrunde gelegt.

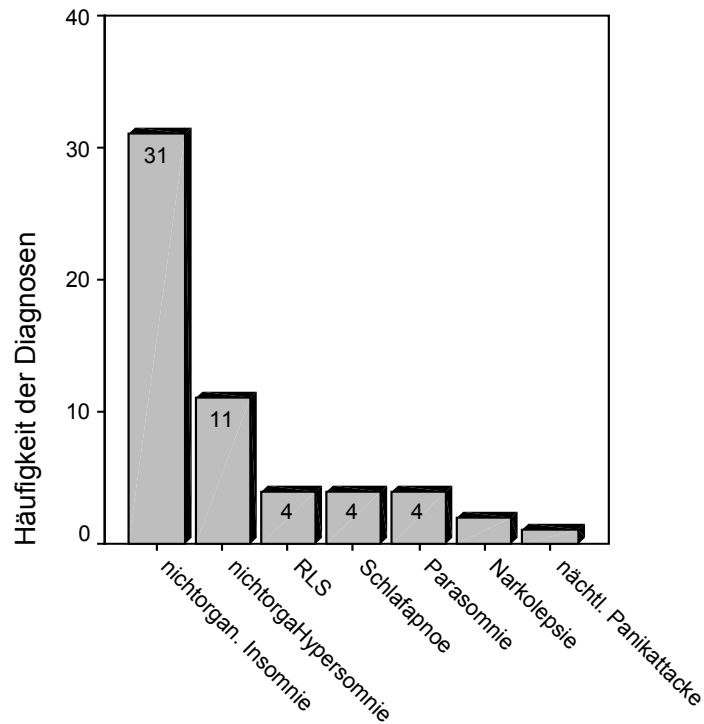
### 3.1.1 Beschreibung der PatientInnenstichprobe- Experimentalgruppe

Die Experimentalgruppe setzt sich aus 27 weiblichen und 30 männlichen PatientInnen zusammen. Die Altersspanne der PatientInnen liegt in einem Bereich zwischen 20 und 74 Jahren, wobei der Mittelwert der Stichprobe bei 42,7 Jahren (SD = 14,9) liegt. Das Durchschnittsalter der weiblichen Population liegt bei 42,6 (SD = 17,1), das der männlichen Population bei 42,9 (SD = 13,1).



**Abbildung 7:** PatientInnenstichprobe

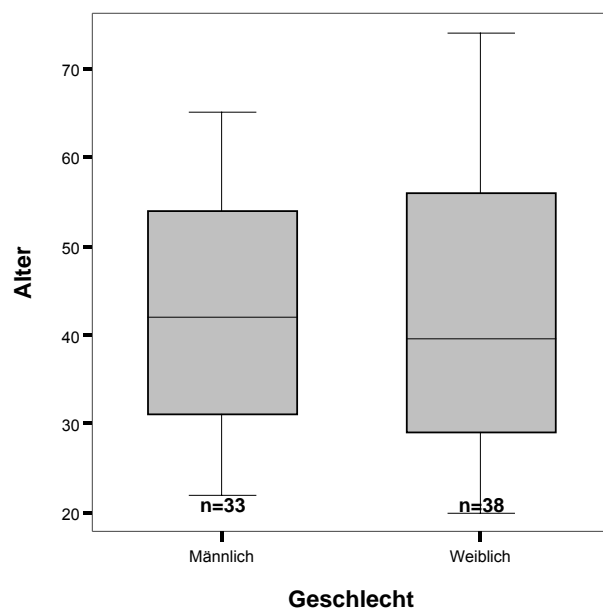
Die Diagnose *nichtorganische/primäre Insomnie* ist unter den 57 PatientInnen des Schlaflabors mit 54 % am häufigsten vertreten. Unter den insgesamt 4 *Parasomnien* sind 2 Diagnosen für *Schlafwandeln* und eine Diagnose für *Alpträume* vergeben. Desweiteren sind in der Stichprobe 4 PatientInnen mit der Diagnose *Schlafapnoe* und 4 PatientInnen mit der Diagnose *Restless Legs Syndrom* eingeschlossen. Die folgende Grafik beschreibt die Verteilung der Diagnosen in der PatientInnen-stichprobe.



**Abbildung 8:** Verteilung der Diagnosen in der PatientInnenstichprobe (N=57)

### 3.1.2 Beschreibung der gesunden ProbandInnenstichprobe - Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe setzt sich aus 38 weiblichen und 33 männlichen ProbandInnen zusammen. Die Altersspanne entspricht der PatientInnenstichprobe und reicht von 20 bis 74 Jahren. Der Mittelwert der Stichprobe liegt bei 43 Jahren (SD = 15,1). Das Durchschnittsalter der weiblichen (SD = 16,0) und der männlichen (SD = 14,2) Population liegt bei 43 Jahren.



**Abbildung 9:** *ProbandInnenstichprobe*

Eine weiterführende Beschreibung der beiden Stichproben anhand soziodemografischer Variablen ist in Anhang 2 dargestellt.

## 3.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der statistischen Hypothesenprüfung vorgestellt. Die Diskussion der wesentlichen Ergebnisse der Studie sowie der verwendeten Methoden folgt in Kapitel 4.

### 3.2.1 Überprüfung der Unterschiedshypothesen

Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des allgemeinen und proaktiven Copingstils.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Mit Ausnahme der Skala funktionaler Handlungsaufschub ergaben sich für alle Skalen des Proaktiven Coping Inventars höhere mittlere Ränge bei den Schlafgesunden gegenüber den Personen mit gestörtem Schlaf (vgl. Tab. 3). Die statistische Überprüfung auf Signifikanz hinsichtlich der zentralen Tendenz konnte diesen ersten Eindruck bestätigen.

Hochsignifikante Unterschiede zeigen sich in den Skalen proaktives Coping, kognitive Bewältigung und strategische Planung. Damit kann für diese Skalen die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Ebenso zeigt sich in der Skala präventives Coping ein signifikanter Unterschied. Für diese Skala wird die Nullhypothese verworfen. Bezüglich der Skala funktionaler Handlungsaufschub unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht, die  $H_0$  wird in diesem Fall beibehalten.



**Tab. 3:** Mann-Whitney-U-Test für allgemeines und proaktives Coping

Skala		N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
<b>Proaktives Coping</b>	Kontrollgruppe	71	77,44	<b>.000***</b>
	Experimentalgruppe	57	48,39	
<b>Funktionaler Handlungsaufschub</b>	Kontrollgruppe	71	60,78	.199
	Experimentalgruppe	57	69,13	
<b>Kognitive Bewältigung</b>	Kontrollgruppe	71	76,22	<b>.000***</b>
	Experimentalgruppe	57	49,90	
<b>Präventives Coping</b>	Kontrollgruppe	71	71,34	<b>.020*</b>
	Experimentalgruppe	57	55,98	
<b>Strategische Planung</b>	Kontrollgruppe	71	74,23	<b>.001***</b>
	Experimentalgruppe	57	52,38	

\*p ≤ .05, \*\*\*p ≤ .001

Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des Umgangs mit Stress als Paar.

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Die Tendenz der Gruppenunterschiede, wie sie beim allgemeinen und proaktiven Coping gefunden wurden, setzt sich auch bei der Untersuchung des dyadischen Copings fort. Wie bereits aus der Verteilung der mittleren Ränge (vgl. Tab. 4) ersichtlich wird, erreichen die gesunden Schläfer sowohl auf der Skala Stresskommunikation als auch auf der Skala dyadisches Coping höhere Werte gegenüber den schlechten Schläfern. Die Skala zur Erfassung der Stresskommunikation liegt nur an der Grenze zur Signifikanz, weshalb die Nullhypothese beibehalten werden muss. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich für die Skala dyadisches Coping. Hier kann die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden.

**Tab. 4 : Mann-Whitney-U-Test für dyadisches Coping**

Skala		N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
<b>Stress-kommunikation</b>	Kontrollgruppe	66	65,42	.055
	Experimentalgruppe	53	53,25	
<b>dyadisches Coping</b>	Kontrollgruppe	66	66,45	<b>.020*</b>
	Experimentalgruppe	53	51,96	

\*p ≤ .05

Schlafgesunde und Schlafgestörte unterscheiden sich bezüglich des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, besteht zwischen Schlafgesunden und Schlafgestörten ein hochsignifikanter Unterschied auf der Wärmeskala für Mutter und Vater. Wie die Verteilung der mittleren Ränge zeigt, erinnern die gesunden Schläfer deutlich mehr Wärme der Eltern aus der Kindheit als die Personen mit einer klinisch relevanten Schlafstörung. Die Nullhypothese wird hiermit für die Wärmeskala zugunsten der Alternativhypothese verworfen. Signifikant unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der erinnerten Ablehnung durch die Mutter. Auch hier kann die Nullhypothese verworfen werden. Für die Skalen Überbehütung durch Mutter und Vater sowie für die Skala Ablehnung durch den Vater wird die Nullhypothese beibehalten, da keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden konnten.

**Tab. 5:** Mann-Whitney-U-Test für erinnertes elterliches Erziehungsverhalten

	Skala		N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
<b>Vater</b>	<b>Ablehnung</b>	Kontrollgruppe	68	56,44	.100
		Experimentalgruppe	53	66,85	
	<b>Wärme</b>	Kontrollgruppe	68	71,40	<b>.000***</b>
		Experimentalgruppe	53	47,65	
	<b>Überbehütung</b>	Kontrollgruppe	68	59,25	.532
		Experimentalgruppe	53	63,25	
<b>Mutter</b>	<b>Ablehnung</b>	Kontrollgruppe	71	58,14	<b>.039*</b>
		Experimentalgruppe	56	71,43	
	<b>Wärme</b>	Kontrollgruppe	71	74,73	<b>.000***</b>
		Experimentalgruppe	56	50,40	
	<b>Überbehütung</b>	Kontrollgruppe	71	63,63	.899
		Experimentalgruppe	56	64,46	

\*  $p \leq .05$ , \*\*\* $p \leq .001$

Es werden Geschlechtsunterschiede bezüglich Coping, erinnertem elterlichen Erziehungsverhalten, depressiver Symptomatik und der Schlafqualität erwartet.

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

Zur Überprüfung der Unterschiedshypothese wird über die gesamte Stichprobe der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt. In Tabelle 6 sind die Ergebnisse abgebildet. Danach ergeben sich für die Skalen des allgemeinen und proaktiven Copings keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Die Nullhypothese wird damit beibehalten.

Im partnerschaftlichen Umgang mit Stress erlangt die Skala Stresskommunikation Signifikanz. Die Nullhypothese kann zugunsten der Alternativhypothese für diese Skala verworfen werden. Die Geschlechtsunterschiede äußern sich in einem größeren mittleren Rang bei den Frauen gegenüber den Männern. Das bedeutet, die Frauen kommunizieren

deutlich häufiger ihren subjektiv erlebten Stress dem Partner gegenüber. Bezüglich der Zufriedenheit und Wirksamkeit im partnerschaftlichen Umgang mit Stress ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Damit muss die Nullhypothese für die Skala dyadisches Coping beibehalten werden.

In Hinsicht auf das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten zeigt sich, dass Männer signifikant weniger väterliche Wärme berichten als Frauen. Die Skala Ablehnung durch den Vater bewegt sich an der Grenze zur Signifikanz. Aus den mittleren Rängen ist ersichtlich, dass Männer tendenziell mehr erinnerte Ablehnung durch den Vater berichten als Frauen. Für die Skala Wärme durch den Vater kann die Nullhypothese verworfen werden. Für alle anderen Skalen des FEE wird die Nullhypothese beibehalten, da sich hier keine signifikanten Geschlechtsunterschiede zeigen.

In Bezug auf die depressive Symptomatik und die Schlafqualität ergeben sich für die Betrachtung der Gesamtstichprobe keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Die Nullhypothese wird in beiden Fällen beibehalten.

**Tab. 6:** Mann-Whitney-U-Test für Geschlechtsunterschiede über die gesamte Stichprobe

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
Proaktives Coping	M	63	64,10	.905
	W	65	64,88	
Funkt.Handl.aufschub	M	63	60,33	.203
	W	65	68,55	
Kognitive Bewältigung	M	63	65,71	.717
	W	65	63,33	
Präventives Coping	M	63	70,70	.062
	W	65	58,49	
Strategische Planung	M	63	65,88	.674
	W	65	63,16	
Stresskommunikation	M	57	53,37	<b>.043*</b>
	W	62	66,10	
Dyadisches Coping	M	57	58,84	.720
	W	62	61,06	
Ablehnung Vater	M	59	67,25	.052
	W	62	55,06	
Wärme Vater	M	59	53,05	<b>.015*</b>
	W	62	68,56	
Überbehütung Vater	M	59	61,40	.903
	W	62	60,62	
Ablehnung Mutter	M	62	66,29	.485
	W	65	61,82	
Wärme Mutter	M	62	61,39	.434
	W	65	66,49	
Überbehütung Mutter	M	62	61,40	.434
	W	65	66,48	
Schlafqualität - PSQI	M	63	67,44	.375
	W	65	61,65	
Depression - BDI	M	63	59,52	.134
	W	65	69,32	

\*  $p \leq .05$

### 3.2.2 Überprüfung der Zusammenhangshypothesen

Je schlechter eine Person Stress bewältigen kann, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.

$$H_0: r_{\text{Coping/Schlafqualität}} \leq 0$$

$$H_1: r_{\text{Coping/Schlafqualität}} > 0$$

Aufgrund der theoretischen Überlegungen (vgl. Kapitel 1.5.) wird vermutet, dass dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien zu einer als subjektiv gering erlebten Schlafqualität führen. Das Konstrukt *Schlafqualität* wird operationalisiert durch den *Pittsburgher Schlaf-Qualitäts-Index*: hohe PSQI-Werte ( $> 6$ ) bedeuten eine Verringerung der subjektiven Schlafqualität.

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich, zeigt sich für alle Skalen des Proaktiven Coping Inventars, die positive Aspekte von Coping erfassen, eine schwach negative, jedoch signifikante Korrelation mit der subjektiven Schlafqualität. Dabei zeigen die Fähigkeit, strategisch zu planen und Stress proaktiv zu bewältigen, den stärksten negativen Zusammenhang zur subjektiven Schlafqualität auf.

Für die Skala funktionaler Handlungsaufschub, die als einzige Skala des Proaktiven Coping Inventars negative Aspekte von Coping erfasst, besteht eine sehr geringe positive Korrelation, die aber signifikant ist. Demzufolge scheint sich negatives Coping - i. S. von Problemvermeidung (vgl. Kap. 1.1.3) - ungünstig auf die Schlafqualität auszuwirken.

Die Nullhypothese kann zugunsten der Alternativhypothese für alle Skalen des PCI verworfen werden. Damit wird die Annahme bestätigt, dass dysfunktionale Stressbewältigung die Schlafqualität beeinträchtigen kann.

**Tab. 7:** Korrelationen des allgemeinen und proaktiven Copings mit subjektiver Schlafqualität (N=128)

	Proaktives Coping	Funkt. Hdl.-aufschub	Kognitive Bewältigung	Präventives Coping	Strategische Planung
Korr.koeffizient	<b>-.390**</b>	<b>.175*</b>	<b>-.296**</b>	<b>-.186*</b>	<b>-.359**</b>
Sig. (1-eitig)	.000	.024	.000	.018	.000

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (einseitig).

Je schlechter der partnerschaftliche Umgang mit Stress, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.

$$H_0: r_{\text{dyad.Coping/Schlafqualität}} \leq 0$$

$$H_1: r_{\text{dyad.Coping/Schlafqualität}} > 0$$

Der erwartete Zusammenhang zeigt sich für die Skala dyadisches Coping schwach negativ, aber sehr signifikant. Damit kann die Nullhypothese verworfen werden. Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Skala Stresskommunikation und der subjektiven Schlafqualität. In diesem Fall muss die Nullhypothese beibehalten werden.

**Tab. 8:** Korrelationen des dyadischen Copings und der Stresskommunikation mit subjektiver Schlafqualität (N=119)

	Dyadisches Coping	Stresskommunikation
Korrelationskoeffizient	<b>-.243**</b>	-.074
Signifikanz (1-seitig)	.004	.213

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

Je mehr sich eine Person an ein warmes Erziehungsverhalten erinnert, desto besser wird die subjektive Schlafqualität eingeschätzt.

$$H_0: r_{\text{Wärme/Schlafqualität}} \leq 0$$

$$H_1: r_{\text{Wärme/Schlafqualität}} > 0$$

Die Überlegungen zum hypothetischen Arbeitsmodell (vgl. Kap. 1.5.) lassen einen positiven Zusammenhang zwischen hoher Schlafqualität und viel erinnertem warmen Erziehungsverhalten erwarten. Aus der Tabelle 9 wird ersichtlich, dass sich die Erwartung bezüglich der Wärmeskalen bestätigt. Demnach ist die berichtete Schlafqualität umso höher, je mehr elterliche Wärme eine Person erlebt hat. Die korrelativen Berechnungen erweisen sich als signifikant. Damit kann die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden.

**Tab. 9:** Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens  
Wärme mit subjektiver Schlafqualität ( $N_{vater} = 121$ ,  $N_{mutter} = 127$ )

	Wärme	
	Vater	Mutter
Korrelationskoeffizient	<b>-.409**</b>	<b>-.384**</b>
Signifikanz (1-seitig)	.000	.000

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

Je mehr sich eine Person an ablehnendes/überbehütendes elterliches Erziehungsverhalten erinnert, desto geringer ist die subjektive Schlafqualität.

$H_0: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Schlafqualität}} \geq 0$

$H_1: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Schlafqualität}} < 0$

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen (vgl. Kap. 1.5.) wird im Arbeitsmodell postuliert, dass erfahrene Ablehnung/Überbehütung in der Kindheit die Einschätzung der Schlafqualität im Erwachsenenalter verschlechtert. Die Berechnung der Spearman-Korrelation zwischen den Variablen ergab sowohl für die Mutter- als auch für die Vatervariablen eine schwach positive, aber signifikante Korrelation (vgl. Tab. 10). Die Nullhypothese wird deshalb zugunsten der Alternativhypothese verworfen.

**Tab. 10:** Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens  
Ablehnung/Überbehütung mit subjektiver Schlafqualität ( $N_{vater} = 121$ ,  $N_{mutter} = 127$ )

	Ablehnung		Überbehütung	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter
Korrelationskoeffizient	<b>.288**</b>	<b>.264**</b>	<b>.153*</b>	<b>.200*</b>
Signifikanz (1-seitig)	.001	.001	.047	.012

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (einseitig).



Je mehr warmes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto besser ist ihr allgemeines und proaktives Coping.

Je mehr ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto schlechter ist ihr allgemeines und proaktives Coping.

$$H_0: r_{\text{Wärme/Coping}} \leq 0$$

$$H_0: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Coping}} \geq 0$$

$$H_1: r_{\text{Wärme/Coping}} > 0$$

$$H_1: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Coping}} < 0$$

In einem ersten Schritt wurden Spearman-Korrelationen berechnet, um zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und dem allgemeinen und proaktiven Copingstil gibt. In Tabelle 11 sind die Ergebnisse der für die Mutter und den Vater getrennt berechneten Korrelationsanalysen für die einzelnen Strategien der Stressbewältigung dargestellt.

Mit erinnertem ablehnenden Erziehungsverhalten zeigen die Skalen proaktives Coping (nur bei Mutter), kognitive Bewältigung und strategische Planung einen schwach negativen, aber signifikanten Zusammenhang. Für diese Skalen wird die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen. Die Skalen funktionaler Handlungsaufschub und präventive Bewältigung zeigen keinen Zusammenhang mit erinnerter elterlicher Ablehnung – die Nullhypothese wird beibehalten.

In Bezug auf die Erinnerung an überbehütendes elterliches Erziehungsverhalten in der Kindheit ergibt sich kein Zusammenhang für die Stressbewältigung. In diesem Fall muss die Nullhypothese beibehalten werden.

Zu dem erinnerten warmen Erziehungsverhalten besteht kein Zusammenhang für die Skala funktionaler Handlungsaufschub, die problemvermeidungsorientierte Aspekte der Stressbewältigung evaluiert (vgl. Kap. 2.1.1). Für die Skalen proaktives Coping, kognitive Bewältigung, präventives Coping und strategische Planung des PCI besteht ein schwach positiver, aber signifikanter Zusammenhang mit erinnerter väterlicher und mütterlicher Wärme. Je mehr erinnerte elterliche Wärme die Personen berichteten, desto besseren Umgang mit Stress berichteten sie. Für erinnerte Vater- und Mutterwärme kann die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden.

**Tab. 11:** Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit allgemeinem und proaktivem Coping

Skala		Vater (N=121)			Mutter (N=127)		
		Ablehnung	Wärme	Überbehütung	Ablehnung	Wärme	Überbehütung
<b>Proaktives Coping</b>	Korr.koeffizient	-.109	<b>.362**</b>	.029	<b>-.161*</b>	<b>.352**</b>	-.032
	Sig. (1-seitig)	.117	.000	.375	.036	.000	.361
<b>Funk. Handl.-aufschub</b>	Korr.koeffizient	-.071	-.033	.061	-.039	-.018	.098
	Sig. (1-seitig)	.218	.359	.253	.331	.422	.136
<b>Kognitive Bewältigung</b>	Korr.koeffizient	<b>-.219**</b>	<b>.262**</b>	-.099	<b>-.223**</b>	<b>.265**</b>	-.042
	Sig. (1-seitig)	.008	.002	.140	.006	.001	.318
<b>Präventives Coping</b>	Korr.koeffizient	-.147	<b>.241**</b>	-.078	-.079	<b>.235**</b>	-.125
	Sig. (1-seitig)	.053	.004	.196	.188	.004	.081
<b>Strategische Planung</b>	Korr.koeffizient	<b>-.206*</b>	<b>.364**</b>	-.119	<b>-.154*</b>	<b>.282**</b>	-.124
	Sig. (1-seitig)	.012	.000	.096	.042	.001	.083

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (einseitig).

Ausgehend von den Korrelationsanalysen soll in einem zweiten Schritt anhand multipler linearer Regressionen nach der schrittweise vorgehenden Methode geprüft werden, welche Einflussvariablen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens für die Bewältigung von Stress einen prädiktiven Wert erlangen. Da in den Korrelationsanalysen für die Skala funktionaler Handlungsaufschub kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte (vgl. Tab. 11), wird auf eine regressionsanalytische Überprüfung verzichtet.

Tabelle 12 zeigt durchweg, dass sich ein warmes Erziehungsverhalten der Mutter signifikant auf den Umgang mit Stress allgemein auswirkt. Aufgrund der Vorzeichen der Beta-Koeffizienten lässt sich vermuten, dass dieser Einfluss positiv ist. Beta-Koeffizienten sind auf den Wertebereich der jeweiligen Variablen standardisierte Regressionskoeffizienten, die nach ihrer absoluten Größe eine Beurteilung der unabhängigen Variablen hinsichtlich der Stärke ihres Einflusses auf die Zielvariable erlauben (Zöfel, 2002). Das bedeutet, dass ein in der Kindheit

erlebtes warmes Erziehungsverhalten der Mutter einen späteren effektiven Umgang mit Stress zu begünstigen scheint.

Wie in Tabelle 13 zu lesen, erweist sich auch die erinnerte Wärme des Vaters als ein signifikanter Prädiktor für proaktives Coping. Beachtenswert ist, dass erinnerte Ablehnung durch den Vater, späteres proaktives Coping ebenfalls positiv zu beeinflussen scheint. Erinnerter väterlicher Ablehnung hat den stärksten Einfluss auf kognitive Bewältigung und präventives Coping. Dieser Einfluss ist aufgrund des Vorzeichens der Beta-Koeffizienten negativ.

Insbesondere scheinen proaktive und strategische Bewältigungsstrategien durch die elterliche Wärme in der Kindheit positiv beeinflusst zu sein.

**Tab. 12:** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für allgemeines und proaktives Coping (N=127)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Mutter	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Proaktives Coping	Wärme	.121	<b>.348</b>	4,144	.000***
Kognitive Bewältigung	Wärme	.068	<b>.261</b>	3,025	.003**
Präventives Coping	Wärme	.059	<b>.243</b>	2,804	.006**
Strategische Planung	Wärme	.071	<b>.266</b>	3,080	.003**

\* p ≤ .05, \*\*\*p ≤ .001

**Tab. 13:** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für allgemeines und proaktives Coping (N=121)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Vater	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Proaktives Coping	Wärme	.147	<b>.460</b>	4,483	.000***
	Ablehnung		<b>.221</b>	2,155	.033*
Kognitive Bewältigung	Ablehnung	.089	<b>-.299</b>	-3,416	.001***
Präventives Coping	Ablehnung	.057	<b>-.240</b>	-2,691	.008**
Strategische Planung	Wärme	.101	<b>.317</b>	3,652	.000***

\* p ≤ .05, \*\* p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

Innerhalb der Stressbewältigung kann erinnerte mütterliche Wärme mit 12,1 % den größten Anteil an Varianz für proaktives Coping aufklären. Erinnerter väterlicher Wärme und Ablehnung klären für einen proaktiven Umgang mit Stress zusammen 14,7 % auf.

Je mehr warmes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto besser ist ihr dyadisches Coping.

Je mehr ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten eine Person erinnert, desto schlechter ist ihr dyadisches Coping.

$$H_0: r_{\text{Wärme/Coping}} \leq 0$$

$$H_0: r_{\text{Ablehnung,Überbehütung/Coping}} \geq 0$$

$$H_1: r_{\text{Wärme/Coping}} > 0$$

$$H_1: r_{\text{Ablehnung,Überbehütung/Coping}} < 0$$

Zur Überprüfung, ob es einen Zusammenhang zwischen dem erinnerten warmen Erziehungsverhalten und dem partnerschaftlichen Umgang mit Stress gibt, wurden zunächst Korrelationen nach Spearman berechnet. Wie aus Tabelle 14 ersichtlich, korrelieren die Skalen des FDCT-N schwach positiv, aber signifikant mit der Erinnerung an ein warmes elterliches Erziehungsverhalten. Tendenziell zeigen sich diese Zusammenhänge für den Vater und für die Mutter gleich stark. In Bezug auf die ablehnenden/überbehütenden Erziehungsvariablen der Mutter und des Vaters zeigen sich keine Zusammenhänge zum Umgang mit Stress als Paar. Ausnahme ist die Skala Stresskommunikation, die einen negativen, signifikanten Zusammenhang aufweist zu erinnerter Ablehnung durch die Mutter. Der Zusammenhang zwischen erinnerter elterlicher Wärme und partnerschaftlichem Coping erweist sich als signifikant und schwach positiv. Damit kann die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese für erinnerte Vater- und Mutterwärme verworfen werden. Je mehr elterliche Wärme die Personen erinnerten, desto besseren Umgang mit Stress als Paar berichteten sie. Die Nullhypothese für elterliche Ablehnung/Überbehütung kann nur für die Mutter auf der Skala Ablehnung verworfen werden. Für die anderen Skalen Ablehnung/Überbehütung wird die Nullhypothese beibehalten.

**Tab. 14:** Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit dyadischem Coping

Skala		Vater (N=112)			Mutter (N=118)		
		Ab- lehnung	Wärme	Überbe- hütung	Ab- lehnung	Wärme	Überbe- hütung
<b>Stresskom- munikation</b>	Korrelations- koeffizient	-.095	<b>.264**</b>	.023	<b>-.164*</b>	<b>.250**</b>	-.038
	Sig. (1-seitig)	.161	.002	.407	.038	.003	.340
<b>Dyadisches Coping</b>	Korrelations- koeffizient	-.128	<b>.301**</b>	.021	-.123	<b>.291**</b>	-.054
	Sig. (1-seitig)	.090	.001	.415	.093	.001	.282

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (einseitig).

Im weiteren soll die Stärke des Einflusses des erinnerten Erziehungsverhaltens auf die partnerschaftliche Stressbewältigung überprüft werden. Dazu werden multiple lineare Regressionen nach dem schrittweisen Vorgehen berechnet. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 15 und 16 dargestellt. Demnach wirkt sich ein erinnertes warmes Erziehungsverhalten der Mutter signifikant positiv auf den Umgang mit Stress in der Partnerschaft aus.

Die regressionsanalytischen Ergebnisse bezüglich der väterlichen Erziehungsvariablen zeigen, dass erinnerte Wärme und Ablehnung einen relevanten Einfluss auf die dyadische Stressbewältigung im Erwachsenenalter ausüben. Auch hier kann aufgrund der positiven Vorzeichen der Beta-Koeffizienten vermutet werden, dass dieser Einfluss positiv ist. Der Einfluss von elterlichem Erziehungsverhalten bezieht sich im partnerschaftlichen Stresscoping auf die eigene Stresskommunikation und auf die wahrgenommene Zufriedenheit und Wirksamkeit der dyadischen Stressbewältigung.

**Tab. 15:** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für dyadisches Coping (N=118)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Mutter	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Stresskommunikation	Wärme	.058	.241	2,679	.008**
Dyadisches Coping	Wärme	.083	.288	3,234	.002**

\*\*p ≤ .01

**Tab. 16:** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für dyadisches Coping (N=112)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Vater	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Stresskommunikation	Wärme	.139	.443	4,124	.000***
	Ablehnung		.320	2,978	.004**
Dyadisches Coping	Wärme	.129	.434	4,010	.000***
	Ablehnung		.242	2,234	.028*

\* p ≤ .05, \*\* p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001

Die Varianz, die durch das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten für den Umgang mit Stress als Paar aufgeklärt werden kann, fällt für die Mutterwärme geringer aus als für den Vater. Die Erinnerung an warmes und ablehnendes väterliches Erziehungsverhalten klärt zusammen für Stresskommunikation 13,9 % und für dyadisches Coping 12,9 % auf.

Je weniger Erinnerung an ein warmes elterliches Erziehungsverhalten besteht, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.

Je mehr ein ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten erinnert wird, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.

$$H_0: r_{\text{Wärme/Depression}} \geq 0$$

$$H_0: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Depression}} \leq 0$$

$$H_1: r_{\text{Wärme/Depression}} < 0$$

$$H_1: r_{\text{Ablehnung, Überbehütung/Depression}} > 0$$

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen erinnertem elterlichen Erziehungsverhalten und depressiver Symptomatik erfolgt anhand der Korrelationsanalyse nach Spearman für die Mutter und den Vater. Die Operationalisierung von *Depression* erfolgt durch das *Beck Depressions Inventar* (BDI): hohe BDI-Werte bedeuten eine Zunahme depressiver Verstimmungszustände.

Depression korreliert schwach positiv, aber signifikant mit erinnerter Ablehnung an den Vater und die Mutter sowie mit Überbehütung der Mutter. Einen signifikanten, schwach negativen Zusammenhang weist Depression mit erinnerter elterlicher Wärme, sowohl des Vaters als auch der Mutter auf (vgl. Tab. 17).

Die Nullhypothese für Mutter- und Vaterwärme kann zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Je mehr elterliche Wärme die Personen erinnerten, desto weniger depressive Verstimmungszustände berichten sie. Für ablehnendes/überbehütendes Erziehungsverhalten der Mutter bzw. für die Ablehnung durch den Vater wird die Nullhypothese verworfen. Die Nullhypothese muss für die Skala Überbehütung durch den Vater beibehalten werden.

**Tab. 17:** Korrelationen des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens mit Depression

BDI		Vater (N=121)			Mutter (N=127)		
		Ab- lehnung	Wärme	Überbe- hütung	Ab- lehnung	Wärme	Überbe- hütung
Depression	Korrelations- koeffizient	.226**	-.391**	.120	.202*	-.373**	.221**
	Sig. (1-seitig)	.006	.000	.094	.011	.000	.006

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (einseitig).

Der in Tabelle 17 dargestellte Zusammenhang wirft die Frage auf, welches Erziehungsverhalten der Eltern einen relevanten Einfluss auf die Entwicklung einer Depression ausübt. Dazu wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse mit schrittweisem Vorgehen nachgeschaltet. Die Ergebnisse (vgl. Tab. 18, 19) verdeutlichen, dass ein erinnertes warmes Erziehungsverhalten sowohl der Mutter als auch des Vaters einen Einfluss ausübt. Demnach scheint wenig erinnertes warmes Erziehungsverhalten die Entwicklung depressiver Symptomatiken zu begünstigen.

**Tab. 18:** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten mütterlichen Erziehungsverhaltens für Depression (N=127)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Mutter	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Depression	Wärme	.134	<b>-.366</b>	-4,397	.000***

\*\*\*p ≤ .001

**Tab. 19 :** Koeffizienten der Regression der Variablen des erinnerten väterlichen Erziehungsverhaltens für Depression (N=121)

Abhängige Variable	Einflussvariablen für Vater	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Depression	Wärme	.120	<b>-.347</b>	-4,030	.000***

\*\*\*p ≤ .001

Den Varianzanteil, den erinnerte elterliche Wärme für Depression aufklären kann, beträgt für die Mutter 13,4 % und für den Vater 12 %.



Je schlechter das allgemeine und proaktive Coping, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.

$H_0: r_{\text{Coping/Depression}} \geq 0$

$H_1: r_{\text{Coping/Depression}} < 0$

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen (vgl. Kap. 1.5.) wird vermutet, dass ein schlechter Umgang mit Stress vermehrte depressive Verstimmung hervorruft.

Die in Tabelle 20 dargestellten Ergebnisse zeigen einen negativen Zusammenhang für alle Skalen des Proaktiven Coping Inventars, die positive Aspekte von Coping erfassen. Depression korreliert schwach, aber sehr signifikant mit den Skalen proaktives Coping, kognitive Bewältigung, präventives Coping und strategische Planung. Die Fähigkeit, Stress proaktiv zu bewältigen, weist den stärksten negativen Zusammenhang mit depressiver Symptomatik auf. Eine schwach positive, aber signifikante Korrelation ergibt sich für die Skala funktionaler Handlungsaufschub, die problemvermeidende Aspekte der Stressbewältigung erfasst.

Die Nullhypothese kann zugunsten der Alternativhypothese für alle Skalen des PCI verworfen werden. Die Annahme, dass mit zunehmend dysfunktionaler Stressbewältigung mehr depressive Symptomatik berichtet wird, kann für diese Studie bestätigt werden.

**Tab. 20:** Korrelationen des allgemeinen und proaktiven Copings mit Depression (N=128)

	<b>Proaktives Coping</b>	<b>Funkt. Hdl.-aufschub</b>	<b>Kognitive Bewältigung</b>	<b>Präventives Coping</b>	<b>Strategische Planung</b>
Korr.koeffizient	<b>-.472**</b>	<b>.207**</b>	<b>-.321**</b>	<b>-.234**</b>	<b>-.349**</b>
Sig. (1-seitig)	.000	.010	.000	.004	.000

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

In einer nachgeschalteten multiplen linearen Regression nach der schrittweise vorgehenden Methode, wird der Wert der einzelnen Variablen in Bezug auf deren Vorhersagekraft für Depression geprüft. Aus Tabelle 21 ergibt sich folgendes Bild:

**Tab. 21:** Koeffizienten der Regression der Variablen des allgemeinen und proaktiven Copings für Depression (N=128)

Einflussvariable	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Proaktives Coping	.227	-.368	-4,274	.000***
Strategische Planung		-.188	-2,187	.031*

\* p ≤ .05, \*\*\*p ≤ .001

Die Skalen proaktives Coping und strategische Planung erweisen sich als signifikante Prädiktoren für die Vorhersage einer Depression. Aufgrund der Vorzeichen der Beta-Koeffizienten kann also vermutet werden, dass mit weniger Fähigkeiten, Stress positiv zu bewältigen, die Entwicklung einer depressiven Symptomatik begünstigt wird. Der Varianzanteil, der durch proaktives Coping und strategische Planung für Depression aufgeklärt werden kann, beträgt 22,7 %.

Je schlechter das dyadische Coping, desto mehr depressive Symptomatik wird berichtet.

H<sub>0</sub>:  $r_{\text{dyad.Coping}} \geq 0$

H<sub>1</sub>:  $r_{\text{dyad.Coping}} < 0$

Es soll zunächst der Zusammenhang geprüft werden zwischen partnerschaftlicher Stressbewältigung und Depression. Es wird ein negativer Zusammenhang erwartet. Dieser ist, wie in Tabelle 22 ersichtlich, schwach, aber sehr signifikant für die Skala dyadisches Coping, so dass für diese Skala die Nullhypothese verworfen werden kann. Je mehr Zufriedenheit und Wirksamkeit im partnerschaftlichen Umgang mit Stress die Personen berichten, desto weniger depressive Symptome berichten sie. Für die Skala Stresskommunikation des FDCT-N kann kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Die Nullhypothese wird in diesem Fall beibehalten.

**Tab. 22:** Korrelationen des dyadischen Copings und der Stresskommunikation mit Depression (N=119)

	Dyadisches Coping	Stresskommunikation
Korrelationskoeffizient	<b>-.352**</b>	-.115
Signifikanz (1-seitig)	.000	.107

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (einseitig).

Um den Wert der einzelnen Variablen in Bezug auf deren Vorhersagekraft für eine Depression zu prüfen, wird eine lineare Regression nach der schrittweise vorgehenden Methode nachgeschaltet.

**Tab. 23:** Koeffizienten der Regression der Variablen des dyadischen Copings für Depression (N=119)

Einflussvariable	r <sup>2</sup>	Beta	T	p
Dyadisches Coping	.060	<b>-.245</b>	-2,729	.007**

\*\*p ≤ .01

Wie in Tabelle 23 dargestellt, erweist sich die Skala dyadisches Coping als relevante Prädiktorvariable für Depression. Demzufolge kann vermutet werden, dass mit weniger Zufriedenheit und Wirksamkeit des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress, eine depressive Symptomatik zunimmt. Der Anteil der Varianz, den dyadisches Coping für Depression aufklärt, fällt mit 6 % eher gering aus.

### 3.2.3 Zusammenfassung und erstes Fazit

Die Untersuchung, ob sich die schlafgesunde Kontrollgruppe und die schlafgestörte Experimentalgruppe bezüglich der Variablen Copingstil und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten im Mittel prinzipiell unterscheiden, ergab zufriedenstellende Ergebnisse. Im FEE konnten insbesondere auf der Wärmeskala für Mutter und Vater hochsignifikante Unterschiede gefunden werden. In Bezug auf Coping unterscheiden sich die Gruppen signifikant in der Zufriedenheit und Wirksamkeit mit dem dyadischen Coping sowie in allen Aspekten des positiven Umgangs mit Stress. Besonders im proaktiven Coping und bezüglich der kognitiven Bewältigung ergeben sich hochsignifikante Gruppenunterschiede.

Desweiteren lässt sich feststellen, dass ein großer Teil der untersuchten Variablen signifikant mit der subjektiv eingeschätzten Schlafqualität korrelieren. Im Hinblick auf Depression konnten ebenfalls meist signifikante Zusammenhänge der Variablen identifiziert werden.

Die statistische Überprüfung der Hypothesen über Schlafqualität bezüglich psychologischer Variablen lässt bereits folgende Aussage zu:

- *Je besser der Umgang mit Stress im Sinne positiver und partnerschaftlicher Bewältigung, desto besser ist die subjektive Schlafqualität und desto weniger depressive Symptomatik wird berichtet.*
- *Je mehr ein warmes Erziehungsverhalten erinnert wird, desto höher ist die subjektive Schlafqualität und desto niedriger sind die Depressionswerte.*
- *Ein warmes Erziehungsverhalten beeinflusst die Stressbewältigung positiv.*

Insgesamt geben diese Ergebnisse einen wichtigen Hinweis darauf, dass die Konzepte Coping und Bindung relevant sind für die Qualität des Schlafes und die Entwicklung depressiver Symptomatik.

### 3.3 Prüfung des Arbeitsmodells

Bislang wurden statistische Zusammenhänge zwischen der subjektiven Schlafqualität anhand des PSQI und verschiedenen Variablen untersucht und überwiegend nachgewiesen. Hierbei konnten aber noch keine Aussagen über die spezifischen Einflüsse von Bindung und Coping auf das *Vorhandensein* bzw. *Nicht-Vorhandensein einer Schlafstörung* gemacht werden.

Die binäre logistische Regression ist das hier gewählte Verfahren zur Überprüfung der theoretisch postulierten Einflüsse der psychologischen Variablen auf die Wahrscheinlichkeit, eine klinisch relevante Schlafstörung zu entwickeln. Mit diesem statistischen Verfahren wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variablen von den Werten der unabhängigen Variablen untersucht. Da die Zielvariable nur zwei Ausprägungen hat, wird bei der logistischen Regression mit Hilfe der Regressionsgleichung  $z=b_1x_1+b_2x_2+\dots+b_nx_n+a$  nicht der Wert der Zielvariable selbst vorhergesagt, sondern die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der beiden Kategorien (Zöfel, 2002). Damit unterscheidet sie sich von der multiplen linearen Regression. Analog zur Unterscheidung unabhängiger und abhängiger Variablen werden in der Regressionsrechnung sog. Prädiktorvariablen herangezogen, um Kriteriumsvariablen vorherzusagen (Bortz, 1999). Der Fragestellung der vorliegenden Arbeit folgend, bezieht sich die Kriteriumsvariable auf das Ereignis „gesunder Schlaf“ versus „gestörter Schlaf“. Alle im Schlaflabor polysomnografisch untersuchten Personen wurden, unabhängig von ihrem PSQI-Wert, der „schlafgestörten“ Experimentalgruppe zugeordnet.

Die Variablen Bindung und Coping sowie die moderierende Variable Depression werden als Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Schlafstörung angesehen.

In einem ersten Schritt wird die statistische Auswertung dargestellt, die Interpretation der Ergebnisse erfolgt in dem Kapitel (vgl. Diskussion).

### 3.3.1 Prüfung des spezifischen Einflusses von Bindung und Coping auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer klinisch relevanten Schlafstörung

Zunächst soll es um den Gesamtbeitrag der Variablen zur Vorhersage der Kriteriumsvariable gehen, d. h., der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Schlafstörung versus keiner Schlafstörung. Dazu wurde eine binäre logistische Regressionsanalyse mit allen Einflussvariablen (volles Modell) berechnet. Die unabhängigen Variablen wurden dabei nach der Methode *Einschluss* in das Regressionsmodell aufgenommen. Der prädiktive Wert jeder einzelnen Variablen wird anschließend analysiert (vgl. Kapitel).

Um den Anteil der durch die logistische Regression erklärten Varianz der unabhängigen Variablen an der Gesamtvarianz des Kriteriums „schlafgestört“ zu bestimmen, wird der Determinationskoeffizient Nagelkerke  $r^2$  herangezogen. Wie aus Tabelle 24 ersichtlich wird, beträgt die erklärte Varianz 76,5 %. Hieraus lässt sich das Unbestimmtheitsmaß  $1 - r^2$  ableiten, also der Anteil unerklärter Varianz an der Gesamtvarianz. Mit 23,5 % ist dieser kleiner als der Anteil der Varianz, der durch die unabhängigen Variablen erklärt werden kann.

**Tab. 24:** Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der ersten logistischen Regression auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“

Chi-Quadrat	df	p	-2 Log-Likelihood	Nagelkerkes R-Quadrat
93,770	14	.000	58,075(a)	.765

**Anfängliche -2 Log-Likelihood: 151,845**

(a) Schätzung beendet bei Iteration Nummer 8, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Gesamtprozent korrekte Klassifizierung: 90,1%

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: Stresskommunikation, dyadisches Coping, proaktives Coping, funktionaler Handlungsaufschub, kognitive Bewältigung, präventives Coping, strategische Planung, Ablehnung Vater/Mutter, Wärme Vater/Mutter, Überbehütung Vater/Mutter, BDI

Für die Schätzung unbekannter Parameter findet man mit der Maximum-Likelihood-Methode Stichprobenkennwerte, die so geartet sind, dass sie die

Wahrscheinlichkeit (Likelihood) des Auftretens der in einer Stichprobe beobachteten Messungen maximieren. Da die 2. Ableitung der Likelihood-Funktion ein negatives Vorzeichen hat, ist sichergestellt, dass das Ergebnis tatsächlich maximale Auftretenswahrscheinlichkeit besitzt (Bortz, 1999).

Die Güte der Anpassung des Modells wird mit der Likelihood-Funktion beurteilt (Bühl & Zöfel, 2000). Dafür wird als Maß der negative doppelte Wert des Logarithmus benutzt. Als Anfangswert für das -2 Log-Likelihood (-2LL) wird der Wert verwandt, der sich für das Regressionsmodell ergibt, das nur die Konstante enthält und beträgt in dieser Analyse 151,845 (vgl. Tab. 24). Nach 8 Iterationen ist die endgültige Lösung erreicht. Der neue -2LL Wert beträgt 58,075 und ist damit kleiner als der Anfangswert. Die Differenz von 93,770 ist als Chi-Quadrat-Wert ausgewiesen und höchst signifikant. Das bedeutet, dass das Anfangsmodell durch die Hinzunahme der unabhängigen Variablen eine höchst signifikante Verbesserung erfahren hat.

### 3.3.2 Determinanten zur Vorhersage einer Schlafstörung

In einem zweiten Schritt werden Regressionsanalysen für die Modelle berechnet, die die Konzepte allgemeine und proaktive Stressbewältigung, dyadisches Coping und Bindung sowie Depression repräsentieren. Dabei wird in einer schrittweise vorgehenden Methode geprüft, welche der psychologischen Variablen des Arbeitsmodells signifikante Einflüsse auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer klinischen Schlafstörung ausüben. Anhand der Regressionskoeffizienten  $b$ , die in der Regressionsgleichung als Koeffizienten die Prädiktorvariablen charakterisieren, läßt sich ermitteln, ob die Variable das Kriterium positiv oder negativ beeinflusst. Die *Wald*-Statistik erlaubt eine Beurteilung der Prädiktorvariablen hinsichtlich der Stärke ihres Einflusses auf das Kriterium „schlafgestörte Experimentalgruppe“. Desweiteren dient die *Wald*-Statistik der Überprüfung der betreffenden Koeffizienten auf Signifikanz  $p$ . Den Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  zugrunde gelegt.

### **Allgemeine und proaktive Stressbewältigung**

Für die Güte der Anpassung beträgt nach 5 Iterationen der endgültige  $-2$  Log-Likelihood Wert = 147,693. Die Differenz zum Anfangswert ( $-2$  LL = 175,911) beträgt Chi-Quadrat = 28,218 und ist mit  $p = .000$  höchst signifikant. Damit erfährt das Anfangsmodell durch die Hinzunahme der unabhängigen Variablen, die den stärksten Einfluss ausüben, eine signifikante Verbesserung (vgl. Tab. 25). Insgesamt können durch das proaktive Coping und die kognitive Bewältigung 26,5% Varianz für die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Schlafstörung aufgeklärt werden.

**Tab. 25:** Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ (N=128)

Chi-Quadrat	df	p	-2 Log-Likelihood	Nagelkerkes R-Quadrat
28,218	2	.000	147,693(a)	.265

**Anfängliche -2 Log-Likelihood: 175,911**

(a) Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Gesamtprozent korrekte Klassifizierung: 68,8%

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: proaktives Coping, kognitive Bewältigung

Für die Skalen des Proaktiven Coping Inventars sind in Tabelle 26 die Variablen dargestellt, die sich in der vorwärts schrittweisen Methode als signifikante Prädiktoren erweisen. Für die Wahrscheinlichkeit, schlafgestört zu sein, besitzen in dieser Gruppe unabhängiger Variablen das proaktive Coping und die kognitive Bewältigung die beste prädiktive Qualität. Aufgrund des negativen Vorzeichens des Regressionskoeffizienten  $b$  kann vermutet werden, dass geringe proaktive und geringe kognitive Stressbewältigung, die Wahrscheinlichkeit einer Schlafstörung begünstigen.



**Tab. 26:** Logistische Regression der Variablen allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“

Variable	b	Wald	df	p
Proaktives Coping	-,147	11,086	1	.001***
Kognitive Bewältigung	-,084	5,016	1	.025*

\*  $p \leq .05$ , \*\*\* $p \leq .001$

### Dyadisches Coping

Wie aus der Tabelle 27 hervorgeht, fällt die Varianzaufklärung durch das dyadische Coping mit 5,6 % eher gering aus für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Schlafstörung. Nach 3 Iterationen konnte das Anfangsmodell (-2 LL = 163,546), durch die Hinzunahme der Skala dyadisches Coping, signifikant verbessert werden. Die Differenz ist mit Chi-Quadrat = 5,059 zur endgültigen Lösung (-2 LL = 158,487) ausgewiesen und mit  $p = .024$  signifikant.

**Tab. 27:** Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen dyadisches Coping auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“ (N=119)

Chi-Quadrat	df	p	-2 Log-Likelihood	Nagelkerkes R-Quadrat
5,059	1	.024	158,487(a)	.056

**Anfängliche -2 Log-Likelihood: 163,546**

(a) Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Gesamtprozent korrekte Klassifizierung: 58 %

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: dyadisches Coping

Die Wahrscheinlichkeit, an einer klinisch relevanten Schlafstörung zu erkranken, kann durch die Variable dyadisches Coping signifikant vorhergesagt werden (vgl. Tab. 28). Demnach hat eine geringe Zufriedenheit und wenig erlebte Wirksamkeit der partnerschaftlichen Stressbewältigung den stärksten Einfluss innerhalb der Einflussvariablen des FDCT-N.

**Tab. 28:** Logistische Regression der Variablen dyadisches Coping auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“

Variable	B	Wald	df	p
Dyadisches Coping	-,248	4,822	1	.028*

\*  $p \leq .05$

### **Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten**

Die in der Tabelle 29 abgebildeten Determinationskoeffizienten Nagelkerkes R-Quadrat, geben Auskunft über die Varianz, die jeweils durch das erinnerte Erziehungsverhalten des Vaters und das der Mutter erklärt werden kann. In Bezug auf die Wahrscheinlichkeit schlafgestört zu sein, klären Vater- und Muttervariablen etwa gleich große Varianzanteile auf: durch den Vater 14,4 % und durch die Mutter 13,8 %. Eine höchst signifikante Verbesserung des Anfangsmodells konnte in den Analysen für beide Elternteile nach 4 Iterationen erreicht werden. Diese ist mit Chi-Quadrat = 13,792 ( $p = .000$ ) für den Vater und mit Chi-Quadrat = 13,856 ( $p = .000$ ) für die Mutter ausgewiesen.

**Tab. 29:** Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen erinnertes elterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „schlafgestört“

	Chi-Quadrat	df	p	-2 Log-Likelihood	Nagelkerkes R-Quadrat
Vater (N=121)	13,792	1	.000	152,085(a)	.144
Mutter (N=127)	13,856	1	.000	160,427(b)	.138

Vater: Anfängliche -2 Log-Likelihood: 165,877

Mutter: Anfängliche -2 Log-Likelihood: 174,284

(a),(b) Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Vater: Gesamtprozent korrekte Klassifizierung: 66,1% / Mutter: 64,6%

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: Wärme Vater

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: Wärme Mutter

Bei der Überprüfung des Einflusses des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens auf den Schlaf, anhand der vorwärts schrittweisen Methode, erlangen die Wärmeskalen für Mutter und Vater einen signifikant prädiktiven Wert (vgl. Tab. 30, 31). Die jeweils in einem Modell für den Vater bzw. für die Mutter eingeschlossenen Variablen sind das ablehnende/überbehütende und warme Erziehungsverhalten. Den Ergebnissen der logistischen Regressionsanalyse zufolge hat insbesondere ein in der Kindheit erlebter Mangel an Wärme einen Einfluss darauf, später im Erwachsenenalter an Schlafstörungen zu leiden. Dabei scheinen Vater und Mutter bezüglich des Erziehungsverhaltens eine gleichermaßen wichtige Rolle zu spielen.

**Tab. 30 :** *Logistische Regression der Variablen erinnertes mütterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“*

Variable	b	Wald	df	p
Wärme Mutter	-,126	12,347	1	.000***

\*\*\*p ≤ .001

**Tab. 31:** *Logistische Regression der Variablen erinnertes väterliches Erziehungsverhalten auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“*

Variable	b	Wald	df	p
Wärme Vater	-,124	12,058	1	.001***

\*\*\*p ≤ .001

### ***Depression als psychische Komorbidität von Schlafstörungen***

Für die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schlafstörung besteht, kann mit 57,2 % Varianzaufklärung ein hoher Anteil durch das Vorliegen depressiver Symptomatik erklärt werden. Das Anfangsmodell erfährt nach 6 Iterationen eine signifikante Verbesserung. Gegenüber dem Anfangswert (-2 LL = 175,911) beträgt der neue

-2 LL = 104,574. Das Chi-Quadrat = 71,337 ist als Differenz zum Anfangswert mit  $p = .000$  höchst signifikant (vgl. Tab. 32).

**Tab. 32:** Güte der Anpassung und Determinationskoeffizient der logistischen Regression der Variablen Depression auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“

Chi-Quadrat	df	p	-2 Log-Likelihood	Nagelkerkes R-Quadrat
71,337	1	.000	104,574 (a)	.572

**Anfängliche -2 Log-Likelihood: 175,911**

(a) Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Gesamtprozent korrekte Klassifizierung: 83,6 %

Einflussvariablen: (Konstante), Skalenwert: BDI

Depressive Verstimmungszustände erweisen sich als signifikante Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit, an einer klinisch relevanten Schlafstörung zu erkranken. Das Ergebnis der binär logistischen Regressionsanalyse ist in Tabelle 33 dargestellt.

**Tab. 33:** Logistische Regression der Variable Depression auf die Wahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“

Variable	b	Wald	df	p
Depression	.429	28,267	1	.000***

\*\*\* $p \leq .001$

### 3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt kann zur Vorhersage des Vorhandenseins einer Schlafstörung für die postulierten Einflussvariablen Bindung, Coping und Depression prädiktive Qualität identifiziert werden. In der Gruppe der Variablen zur allgemeinen und proaktiven Stressbewältigung erweisen sich proaktives Coping und kognitive Bewältigung als stärkste Prädiktoren für das Kriterium „schlafgestört“. Im Bereich der partnerschaftlichen Stressbewältigung ist das dyadische Coping gegenüber der Stresskommunikation bedeutsamer. Der erlebten Wärme in der Kindheit (sowohl von der Mutter als auch von dem Vater) kommt eine wichtigere Rolle zu als den ablehnenden/überbehütenden Erziehungsweisen in Bezug auf den Schlaf im Erwachsenenalter.

Hinsichtlich der Varianzaufklärung fällt auf, dass durch das Vorliegen depressiver Symptome der größte Teil der Vorhersagewahrscheinlichkeit einer Schlafstörung erklärt werden kann. In Anbetracht dessen, dass sich die binär logistischen Berechnungen auf die schlafgestörte Experimentalgruppe beziehen, ist dieses Ergebnis nicht überraschend. Dyadisches Coping kann gegenüber allgemeinem und proaktivem Coping sowie erinnertem elterlichen Erziehungsverhalten nur einen kleinen Teil an Varianz erklären.

Zusammenfassend gibt die folgende Tabelle 34 eine Übersicht darüber, welche Faktoren sich in den vorangegangenen Regressionsanalysen als stärkste signifikante Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit schlafgestört zu sein, herausgestellt haben.

**Tab. 34:** Zusammenfassung der Ergebnisse der logistischen Regression für die Auftretenswahrscheinlichkeit „gestörter Schlaf“

	<b>Coping</b>	<b>Erziehungsverhalten</b>	<b>Depression</b>
<b>Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Schlafstörung</b>	Keine oder ungenügende Fähigkeit, Stress proaktiv und kognitiv zu bewältigen  Unzufriedenheit und mangelnde Wirksamkeit im dyadischen Coping	Wenig Erinnerung an warmes Erziehungsverhalten der Mutter und/oder des Vaters	Vermehrte depressive Symptomatik

## 4 DISKUSSION

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse inhaltlich und methodisch kritisch besprochen und diskutiert werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Zusammenhängen zwischen den im Arbeitsmodell aufgestellten Konzepten. Im Ausblick werden abschliessend Anregungen und Überlegungen hinsichtlich zukünftiger Forschungsprojekte im Bereich Bindung, Stressbewältigung und Schlafqualität dargestellt.

### 4.1 Erinnerungtes elterliches Erziehungsverhalten und Schlafqualität

Wie sich in dem Ergebnisteil herausstellte, erinnern die gesunden Schläfer signifikant mehr Wärme der Eltern aus ihrer Kindheit als die Personen mit einer Schlafstörung. Signifikant ist auch der Unterschied hinsichtlich der erinnerten Ablehnung durch die Mutter in der Kindheit. Hier erinnern wiederum die Schlafgestörten signifikant mehr Ablehnung von der Mutter als die Schlafgesunden. Menschen, die einen gesunden Schlaf haben, erinnern sich in dieser Studie also an mehr Wärme durch beide Elternteile, insbesondere der Mutter und weniger elterliche Ablehnung bzw. Überbehütung.

Die Annahme, dass eine Person mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation eher vulnerabel für die Entwicklung einer psychischen Störung zu sein scheint, wurde in den letzten Jahrzehnten in der Bindungsforschung immer wieder belegt (vgl. Theorieteil). Als Risikofaktor für psychopathologische Störungen erscheint das Bindungsverhalten insofern wichtig, als angenommen wird, dass die frühen Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen maßgeblich die Erwartungen, Einstellungen und Emotionen gegenüber späteren engen Beziehungen im Leben beeinflussen.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung unserer Diplomarbeit stellten wir uns nun die Frage, ob es auch einen Zusammenhang zwischen Schlafstörungen, vor allem nichtorganischer/primärer Insomnie und Bindungsrepräsentationen geben könnte.

Die Ergebnisse bezüglich dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und Schlafstörungen stimmen mit den aufgestellten Vermutungen überein. Eine in der Kindheit erlebte Sicherheit und elterliche Wärme kann zu späterer psychischer Stabilität beitragen. Das heisst konkret, dass sich elterliche Wärme in der Kindheit wie ein Schutzfaktor vor Psychopathologien im Erwachsenenalter auswirkt, bzw. dass erlebte elterliche Ablehnung und/oder Überbehütung in einem multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodell ein Individuum anfälliger für spätere psychische Instabilität bis hin zur Ausbildung einer psychischen Störung werden läßt. Erlebte Ablehnung durch die Mutter oder den Vater zeigte dabei in unserer Untersuchung einen noch bedeutsameren Einfluss auf die Entwicklung einer Schlafstörung als die Überbehütung.

Bemerkenswert ist dabei, dass der Einfluss von Mutter und Vater auf das Kind relativ gleichberechtigt zu sein scheint, d. h., sowohl mütterliche als auch väterliche Wärme bzw. Ablehnung oder Überbehütung können sich im einzelnen bedeutsam auf eine Schlafstörung auswirken. Dies unterstützt den modernen Forschungsansatz, der zunehmend auch die Bedeutsamkeit der Vater-Kind-Interaktion für die psychische Entwicklung des Kindes betont und den Fokus von der Mutter als einzige wichtige Bezugsperson weg auf die bedeutsame Triade Mutter-Vater-Kind lenkt.

Wie schon in der Literatur vielfach nachgewiesen (Bowlby, 1978) unterstreichen unsere Ergebnisse die Wichtigkeit der Eltern-Kind-Interaktion in der Kindheit und Jugend eines Individuums und zeigen darüber hinaus anschaulich, wie das elterliche Erziehungsverhalten sich auch auf die Schlafqualität eines Erwachsenen auswirken kann.

Die Bindungstheorie begründet die Bedeutung der elterlichen Wärme in der Kindheit damit, dass das Individuum ein sicheres inneres Arbeitsmodell (Main et al., 1985) aufbaut. Die erlebte Fürsorge und Wärme der Eltern wird zu einer inneren sicheren Basis, von der aus das Individuum die Welt erkunden und seine Probleme bewältigen kann. Wie sich in Langzeitstudien gezeigt hat, sind Menschen mit einer sicheren Bindung an Mutter und/oder Vater eher selbstbewusst, sozial und emotional kompetent, lösungsorientiert und konfliktfähig. Sie sind ausserdem eher in der Lage, eine stabile und tragende Partnerschaft einzugehen und Beziehungen zu ihrer sozialen Umwelt aufzubauen. Beides gibt ihnen in konflikthaften Situationen Unterstützung und Halt.

Wie unsere Ergebnisse zeigen, hat die in der Kindheit erlebte Fürsorge und Wärme aber nicht nur Einfluss auf das Tagesgeschehen und die Interaktion mit der sozialen Umwelt, sondern wirkt sich auch auf das Nachtgeschehen - die subjektiv erlebte Schlafqualität - aus.

Ungeklärt bleibt, welche Faktoren dazu beitragen, dass die Bindung eines Menschen an seine Eltern anscheinend auch auf die Schlafqualität Einfluss nimmt. Denkbar wäre die Annahme, dass die innere sichere Basis dazu führt, dass während des Tages effizienter mit Problemen und Stress umgegangen wird, so dass die Nachtruhe nicht durch Sorgen oder Grübeln beeinträchtigt ist.

Wie sieht es nun aber bei Männern und Frauen im Geschlechtsunterschied aus? Die Frage nach den Geschlechtsunterschieden ergab ebenfalls signifikante Ergebnisse. Männer berichten in unserer Untersuchung weniger erlebte väterliche Wärme in der Kindheit und mehr Ablehnung durch den Vater als Frauen. Dieses Ergebnis ist sehr eindrücklich, jedoch in seiner Richtung nicht überraschend.

Auch in unserer modernen Gesellschaft scheint es immer noch weniger sozial anerkannt zu sein, als Vater seinem Sohn ebensoviel zärtliche Wärme und Fürsorge entgegen zu bringen wie seiner Tochter. Vielleicht spukt in den Köpfen der Väter und damit auch in vielen Köpfen der Gesellschaft immer noch der Glaube, dass zuviel väterliche Wärme den Sohn verweichlicht und ihn daran hindern könnte, ein starker, selbstständiger und gesellschaftsfähiger Mann zu werden.

Die geringere Wärme, die Väter in unserer Studie ihren Söhnen zukommen liessen, könnte sich natürlich auch auf die weit verbreiteten Geschlechtsstereotypen beziehen. Ein idealtypisch selbstständiger, starker und willenskräftiger Mann lässt seinen Sohn weniger Wärme und eher Ablehnung erfahren als seine Tochter, um ihn zu einem ebenso selbstständigen, starken und willenskräftigen Mann heranzuziehen, wie er selbst einer ist. Er ist bestrebt, ein Komplementär zu der emotionalen Mutter zu bilden, die in ständigem Harmoniestreben mit ihrem Kind symbiotisch zu verschmelzen scheint. Dies könnte sich äussern, indem kleine Vergehen des Sohnes durch den Vater härter bestraft und verurteilt werden als die der Tochter, der Sohn nach kleinen Unfällen oder Missgeschicken wie etwa ein Fahrradsturz weniger getröstet wird und auch allgemein weniger körperliche Zuneigung erfährt als eine Tochter.



Wir denken, dass die erlebte verminderte Wärme der Söhne durch ihre Väter nicht bedeutet, dass die Söhne weniger geliebt oder angenommen sind, sondern eher, dass sich ein Vater in seiner Rolle als Mann gegenüber einem werdenden Mann - nämlich seinem Sohn - anders verhält als gegenüber seiner Tochter. Schon von Geburt an wird also ein Sohn von seinem Vater anders sozialisiert als eine Tochter. Ob er dies bewusst oder unbewusst tut, bleibt unklar. Vermutlich ist es eine Kombination aus beidem. Dabei ist ferner anzunehmen, dass das väterliche Verhalten einem Sohn gegenüber nicht nur auf unsere Gesellschaftsnormen und sozialen Erwartungen zurückzuführen ist, sondern wie die Bindungstheorie anführt auch evolutionär bedingt sein kann.

In der in unserer Gesellschaft typischen Rollenverteilung zwischen Mutter und Vater eines Kindes stellt die Mutter idealerweise den sicheren Hafen, das tröstende, verständnisvolle Nest dar, in das sich ein Kind bei Bedarf immer wieder zurückziehen kann, wissend, dass ihm dort Zuflucht und Schutz geboten werden. Die Mutter übernimmt primär den Part der Pflege und Fürsorge eines Kindes. Der Vater - der diese Funktion natürlich auch übernimmt - geht oft aber mit dem Kind etwas forscher um. Er ist es, der durch angemessene Überforderung und herausforderndes Spiel das Kind zu neuen Entwicklungsschritten anstößt. Väter ermutigen meist mehr die Exploration ihres Kindes, fördern seine Neugier und stimulieren damit die Erweiterung seines kognitiven, motorischen und emotionalen Repertoires. Auch Mütter übernehmen natürlich diese entwicklungsstimulierende Funktion, genauso wie Väter ein „sicherer Hafen“ für ein Kind sein können. Es hat sich aber gezeigt, dass Mütter tendenziell eher schützend und pflegend sind, während Väter eher stimulierend und herausfordernd mit ihren Kindern interagieren. Dass Väter dieses explorationsfördernde Verhalten bei Söhnen besonders verstärken, scheint eine logische Erweiterung. Denkbar wäre, dass sich diese Tendenz in weniger väterlicher Wärme und mehr Ablehnung zeigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein erlebter, massiver Mangel an emotionaler Wärme und Fürsorge durch die Eltern während der Kindheit offensichtlich mit der späteren Manifestation psychischer Störungen im Zusammenhang steht.

Methodisch gesehen lässt sich bezüglich unserer Studie kritisch anmerken, dass wir das erinnerte, elterliche Erziehungsverhalten anhand des FEEs, also einem

Fragebogen, erhoben haben. Bei erwachsenen Personen sind die bindungsrelevanten Erinnerungen der Kindheitserfahrungen mit den Bezugspersonen in Form von Bindungsrepräsentationen organisiert (Grossmann, 1999). Auf die in diesem Zusammenhang relevante Frage, ob Bindungsrepräsentationen dem Bewusstsein zugänglich sind und deshalb mittels Selbstbeurteilungsverfahren erfasst werden können oder eher als unbewusste Schemata aufzufassen sind, die allenfalls durch elaborierte Erhebungsmethoden, wie beispielsweise dem Adult-Attachment-Interview (AAI) zu operationalisieren sind, wollen wir nicht genauer eingehen, da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Von dieser methodischen Problematik abgesehen, sind wir jedoch der Ansicht, dass es im Rahmen dieser Studie inhaltlich vertretbar ist, auf ein elaboriertes Verfahren wie das AAI zu verzichten und den FEE zur Erhebung des erinnerten, elterlichen Erziehungsverhaltens zu verwenden, da Bindungsrepräsentationen erwachsener Personen ganz wesentlich durch die subjektiven Repräsentationen der erziehungsbezogenen Interaktionen mit den Eltern während der Kindheit und Jugend geprägt sind (für eine ausführliche, inhaltliche Erläuterung vgl. Theorieteil).

## **4.2 Depression und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten**

Neben dem Zusammenhang von Bindung und Schlafstörungen betrachteten wir in unserer Untersuchung auch den Einfluss von elterlichem Erziehungsverhalten auf das Auftreten einer klinisch relevanten Depression. Hier zeigte sich ein geringer, aber sehr signifikanter Zusammenhang, d. h., erlebte mütterliche und väterliche Wärme scheint eine protektive Wirkung in Bezug auf das Auftreten einer Depression zu haben. Eine erinnerte Ablehnung durch die Eltern und eine erinnerte Überbehütung durch die Mutter scheint die Entwicklung einer Depression zu begünstigen. Auch dieses Ergebnis unterstützt also die allgemeine Vermutung, dass eine in der Kindheit entwickelte innere sichere Basis zu mentaler Gesundheit im Erwachsenenalter beiträgt. Fehlt diese sichere Basis, da eine Person zuviel elterliche Ablehnung und/oder Überbehütung in der Kindheit erfahren hat, ist diese Person eher gefährdet eine Depression im Erwachsenenalter zu entwickeln.

Sowohl der Zusammenhang von unsicherer Bindung und Schlafstörung als auch der gefundene Zusammenhang von unsicherer Bindung und Depression kann als ein weiterer Beleg für die generelle Annahme gesehen werden, dass Bindung ein wichtiger Faktor in dem multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodell psychischer Erkrankungen darstellt.

### **4.3 Coping und Schlafqualität**

Wie die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, gibt es sehr signifikante Unterschiede in den Gruppen schlafgesund versus schlafgestört in Bezug auf das proaktive Coping, die kognitive Bewältigung, die strategische Planung und das präventive Coping.

Nach Schwarzers Theorie zur allgemeinen und proaktiven Stressbewältigung (1999b) gibt es verschiedene Stadien des Copings. Bei einem auftretenden Stressor kommt es typischerweise als erstes zu der Intention etwas gegen diesen Stressor zu unternehmen. Im Stadium der kognitiven Bewältigung werden Aktionspläne gegen den Stressor erstellt und verschiedene Handlungsweisen abgewägt. In der nun folgenden Phase der strategischen Planung wird ein zielorientierter Handlungsplan aufgestellt. Anschließend kommt es zu der stressreduzierenden Handlung. Wenn es bei einer Person zu dem Einsatz des präventiven Copings kommt, werden potentielle Stressoren antizipiert, bevor sie überhaupt auftreten. In einem solchen Fall müssen die oben aufgeführten Phasen der Stressbewältigung nicht durchlaufen werden, da es erst gar nicht zu der vollen Ausbildung des Stressors kommt. Inadäquates Coping in der Vergangenheit hingegen kann ein aktuelles Defizit an Copingressourcen verursachen, so dass sich der Stress im Laufe der Zeit immer mehr kumuliert.

Untersuchungen aus der Schlafforschung zeigen, dass schlafgestörte Menschen nicht unbedingt mehr Belastungen ausgesetzt sind als andere, aber deutlich größere Schwierigkeiten haben, diese zu bewältigen (Rahm, 1994; 1995). Die mangelnde Fähigkeit, sich zu entspannen, seine Probleme und Sorgen abends gedanklich loszulassen, zeichnet diese Menschen ebenso aus wie die Neigung zu unfruchtbarem Grübeln.

Die Ergebnisse unserer Studie deuten in die Richtung, dass die Verwendung von Stressbewältigungsstrategien, die auf einer optimistischen Grundhaltung basieren, mit besserem Schlaf einhergehen. Umgekehrt hat der vermeidende Copingstil „Funktionaler Handlungsaufschub“ negative Auswirkungen auf die Schlafqualität, d. h., Personen, die ihre Probleme verdrängen oder die Konfliktlösung aufschieben, scheinen deutlich schlechter zu schlafen. Eine geringe Fähigkeit, Stress proaktiv zu bewältigen, hat den stärksten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, sich wegen gestörten Schlafes in einem schlafmedizinischen Labor vorzustellen. Stressende Faktoren nicht oder nur ungenügend kognitiv zu bewältigen, scheint ebenso die Entwicklung einer Schlafstörung zu begünstigen. Wie wir während des Tages mit unseren stressauslösenden Problemen umgehen, beeinflusst also anscheinend die Schlafqualität in der Nacht.

Diese Erkenntnis liegt zwar auf den ersten Blick nahe, ist in seinem Umfang aber von großer Bedeutung. Besonders hinsichtlich der Behandlung von Schlafstörungen könnte sich ein verhaltenstherapeutisches Stressbewältigungstraining als effektive Methode erweisen, um die Schlafprobleme der Patienten und damit auch ihren Leidensdruck auf lange Sicht zu verringern.

Wie wichtig es ist, Stress positiv und adaptiv zu bewältigen, belegen zahlreiche Studien aus medizinischer und psychologischer Forschung (vgl. Theorieteil): um gesund, leistungsfähig und belastungsfähig zu sein, brauchen wir ausreichend Schlaf und um gut zu schlafen, sollte der Ausschaltung von Störfaktoren besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Proaktive Lebensbewältigung, präventive und stressantizipierende Maßnahmen sowie eine optimistische innere Einstellung bezüglich der Konfliktlösung zählen unter anderem zu den Fähigkeiten, Stress kompetent zu bewältigen. Mit Stressoren proaktiv umzugehen, bedeutet meist auch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1997) und damit ein Gefühl der Kontrolle zu haben. Kontrolle auszuüben lässt Ereignisse vorhersehbarer werden (Bandura, 1997) und reduziert damit den Stress.

Dabei dürfen die Anforderungen, die in einer sich schnell wandelnden Zeit auf uns zukommen, jedoch nicht isoliert betrachtet werden. Emotionaler Rückhalt und Geborgenheit in einem sozialen Gefüge - Familie, Partnerschaft, soziales Umfeld -

helfen bei der Stressbewältigung und Erhaltung der psychischen Gesundheit entscheidend mit.

Hinsichtlich der Frage, ob sich Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die subjektiv erlebte Schlafqualität zeigen, ist anzumerken, dass wir in unserer Untersuchung keine signifikanten Ergebnisse erhielten. Dass wir diesen Effekt nicht aufzeigen konnten, liegt vermutlich daran, dass wir eine selektive Stichprobe mit einer Größe von  $N = 128$  rekrutiert haben. Ferner handelt es sich bei unserer Arbeit um keine epidemiologische Studie, so dass die Betrachtung von bevölkerungsrepräsentativen Geschlechtsunterschieden spekulativ bleiben muss.

Wie sieht es nun aber mit dem Einfluss von dyadischem Coping auf die Schlafqualität aus? In Bezug auf partnerschaftliche Stressbewältigung und Schlafqualität gibt es ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen gesunden und schlechten Schläfern in die Richtung, dass hohe Zufriedenheit und empfundene Wirksamkeit im Umgang mit Stress als Paar die Schlafqualität verbessert. Dieser Zusammenhang zeigt sich zwar nur schwach, aber verweist eindeutig auf eine ernstzunehmende Tendenz.

Für die Skala Stresskommunikation zwischen Partnern gibt es keinen signifikanten Zusammenhang mit schlechtem bzw. gutem Schlaf, d. h., es zeigte sich für die Qualität des Schlafes in unserer Studie nicht als relevant, ob und wie ein Paar seinen Stress kommuniziert.

Methodisch muss an dieser Stelle kritisch festgestellt werden, dass wir in unserer Untersuchung von den ursprünglich 7 Skalen des FDCT-N zum dyadischen Coping nur zwei, für unser Arbeitsmodell relevante Skalen, eingesetzt haben. Die beiden verwendeten Skalen „Zufriedenheit und Wirksamkeit mit dem dyadischen Coping“ und „Stresskommunikation eines Paares“ verfügen zwar über ausreichende Gütekriterien, es bleibt aber zu bedenken, dass der Einsatz eines unvollständigen Fragebogens immer auch mit kleinen methodischen Unreinheiten einhergehen kann. Unter diesem Gesichtspunkt ist es also durchaus möglich, dass bei dem Einsatz des vollständigen FDCT-N mit seinen 7 Skalen, die Ergebnisse bezüglich Schlafqualität und partnerschaftlichem Coping noch stärker ausgefallen wären.

Bezüglich der Geschlechtsunterschiede im dyadischen Coping erhielten wir das Ergebnis, dass Frauen in einer Partnerschaft häufiger ihren Stress kommunizieren als Männer. Dies könnte vielleicht daran liegen, dass Männer eher

versuchen, ihre Probleme selbstständig zu lösen und sich so ihrer Partnerin in Bezug auf ihren Stress weniger mitteilen.

Es bleibt nun zu diskutieren, welche Gründe hinter dem gefundenen Zusammenhang zwischen hoher Zufriedenheit und wahrgenommener Wirksamkeit des dyadischen Copings und gutem Schlaf stehen könnten.

Wie bereits im Theorieteil erörtert, sieht Bodenmann (2000a) dyadisches Coping vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn individuelle Bewältigungskompetenzen nicht ausreichend oder ineffektiv sind. Bei auftretenden Stressoren kommt es zunächst zu individuellen Lösungsversuchen. Scheitern diese, wird idealerweise der Partner mit in die Einleitung der Stressreduktion einbezogen, so dass es zu partnerschaftlichem Coping kommt. Hilft auch dieses nicht bei der Stressbewältigung, wird im Idealfall das soziale Netzwerk im weiteren Sinne aktiviert (vgl. Kaskadenmodell, Bodenmann, 2000a).

Stressbewältigung wird bei diesem Ansatz unter anderem in den sozialen Antwortreaktionen der Umwelt gesehen, da Stress in Partnerschaften sich auf das soziale Gesamtsystem auswirkt, auch wenn ursprünglich nur einer der beiden Partner betroffen ist.

Zu beachten ist hierbei besonders, dass generell dyadisches Coping nur dann auftritt, wenn beide Partner ausreichend hoch motiviert sind, sich gegenseitig zu unterstützen und eine wohlwollende, empathische Stimmung in der Partnerschaft herrscht. Nur wenn sich beide Partner der Partnerschaft innerlich verpflichtet fühlen und an deren Aufrechterhaltung ein echtes Interesse haben, kann die Partnerschaft als Stätte der Zuflucht, Geborgenheit und des Aufgehobenseins empfunden werden.

Hier findet sich die Verbindung zur Bindungstheorie wieder, denn wie bereits im Theorieteil besprochen, haben Personen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation eher eine stabile und tragende Partnerschaft mit den oben genannten Qualitäten. Individuen, die eine sichere Bindungsrepräsentation haben, leben also eher in einer supportiven Partnerschaft und können somit wahrscheinlicher ihre Stressbewältigungsstrategien durch ein zufriedenstellendes dyadisches Coping erweitern. Mit diesem Spektrum an Bewältigungsmechanismen scheinen solche Personen weniger von Schlafstörungen betroffen zu sein.

Wie sich nun in der obigen Diskussion auf der Grundlage unserer Studienergebnisse zu Stress und Schlaf allgemein herausgestellt hat, beeinflusst der Umgang mit Stress signifikant die Schlafqualität. Es ist also eine naheliegende Erweiterung dieses Konzeptes, dass auch der Umgang mit Stress als Paar die Qualität des Schlafes beeinflussen kann. Der Einfluss von Stressbewältigung auf die Schlafqualität müsste sich folglich am günstigsten gestalten, wenn beide Partner sich selbst und wechselseitig regulieren können. Die Partnerschaft wirkt in solchem Falle zusätzlich zu den individuellen Coping-Strategien einer Person wie ein selbstwertstabilisierender „Schutzmantel“ gegen Stresseinflüsse, so dass diese Person weniger leicht aus ihrem inneren Gleichgewicht zu bringen ist. Gutes dyadisches Coping bedeutet dann, dass das Paar gemeinsam sowohl sach- wie emotionsbezogen interagiert, d. h., dass der vorwiegende Copingstil problemlösungsorientiert ist, dabei aber auch die Emotionen beider Partner bezüglich des Stressors und des Lösungsprozesses berücksichtigt werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass es bisher nur wenige Studien zu Stress und proaktivem Coping bzw. Partnercoping gibt, sind die gewonnenen Zusammenhänge besonders interessant. Ein vertiefender Forschungsansatz in diese Richtung könnte für die Zukunft aufschlussreiche Erkenntnisse hinsichtlich des Umganges mit Schlafstörungen bringen und ferner die Verbindung zwischen den Konzepten der Bindungstheorie und der Psychopathologie festigen.

#### **4.4 Depression und Coping**

Wie im Ergebnisteil dargestellt, gibt es in unserer Studie einen schwachen, negativen aber sehr signifikanten Zusammenhang zwischen individuell positiver Stressbewältigung und Depression, d. h., vor allem bei einem proaktiven und strategischen Umgang mit Stress werden weniger depressive Verstimmungszustände berichtet.

Interessant ist hierbei die Diskussion des Zusammenhangs zwischen einer Schlafstörung, einer Depression und dysfunktionalen Coping-Strategien. Menschen mit Schlafstörungen können anscheinend weniger effektive Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln, um schwierige Lebenssituationen zu meistern. Andererseits leiden Menschen, die dysfunktionale Copingmuster zeigen,

eher unter einer Depression. Personen, die Stress nicht adaptiv bewältigen, empfinden oft eine subjektiv wahrgenommene Hilflosigkeit (Seligmann & Petermann, 1992). Diese Menschen verhalten sich dann eher passiv, ihr Repertoire an Coping-Strategien engt sich mit zunehmend wahrgenommener Hilflosigkeit ein, und der Druck durch den Stress nimmt zu. Die Unfähigkeit den eigenen Stress zu reduzieren, kann schließlich in eine depressive Verstimmung münden, wenn nicht sogar in eine klinisch relevante Depression.

Der negative Zusammenhang zwischen Depressionen und proaktivem Coping wurde auch schon in den Studien von Greenglass (2002) berichtet und deutet darauf hin, dass es sich hier vermutlich um eine allgemeine Richtung handelt, unabhängig von unserer Stichprobe und Datenerhebung. Proaktives Coping geht weniger mit Depressionen einher. Dies scheint auch inhaltlich stimmig, da sich das Konzept des proaktiven Copings selbst durch eine positive, selbstwirksame Lebenseinstellung und eine hohe Kontrollüberzeugung auszeichnet.

In Bezug auf das dyadische Coping erhielten wir in unserer Untersuchung ebenfalls signifikante Ergebnisse im Hinblick auf Depressionen. Je zufriedener eine Person mit dem partnerschaftlichen Coping ist und je wirksamer sie den gemeinsamen Umgang mit Stress erlebt, desto weniger depressive Symptome scheinen aufzutreten. Dieser Zusammenhang ist auch unter Einbeziehung des Konzeptes der erlernten Hilflosigkeit von Seligmann (1975) in dem Sinne einleuchtend, als dass beim Scheitern von individuellen Coping-Strategien und dem Einsetzen des Gefühls von Hilflosigkeit und Machtlosigkeit hinsichtlich der aufgetretenen Probleme, der Partner zur Stressreduktion miteinbezogen werden kann. Das Gefühl der Hilflosigkeit lässt sich somit eindämmen, weil eine Person durch die Unterstützung ihres Partners wieder eine Möglichkeit hat, ihren Stress zu bewältigen. Es scheint also folgerichtig, dass ein Mehr an Zufriedenheit und empfundener Wirksamkeit des dyadischen Copings, ein Weniger an depressiven Symptomen beinhaltet.



## 4.5 Coping und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten

Unsere Ergebnisse zeigen, dass warmes elterliches Erziehungsverhalten eine wirksame Stressbewältigung begünstigt, und das sowohl in Bezug auf die positive Stressbewältigung des Individuums allein als auch auf die Stressbewältigung in der Partnerschaft. Hierbei scheint besonders das proaktive Coping, aber auch die kognitive und präventive Bewältigung durch die Elternwärme in der Kindheit gefördert zu werden.

Unseres Wissens nach, sind diese Zusammenhänge zwischen Stressbewältigung und erinnertem elterlichem Erziehungsverhalten so noch nicht empirisch untersucht und damit besonders aufschlussreich.

Elementare Formen der Konfliktbewältigung wurzeln in den frühen Bindungsbeziehungen eines Individuums und zwar vor allem, indem ein Kind lernt, mit Hilfe seiner primären Bezugspersonen, seine Emotionen zu regulieren. Die Bindungsrepräsentation eines Individuums schlägt sich auch in dem Stil seiner Affektregulation nieder. Da Stresssituationen oft von aversiven Gefühlen wie Angst, Wut oder Ärger begleitet sind, stellt die erfolgreiche Emotionsregulation einer Person an sich schon eine Form des Copings dar. Hier zeigt sich eine direkte Verbindung zwischen Bindung und Stressbewältigung.

Wie bereits Bowlby (1995a) postuliert hat, ist es darüber hinaus wichtig, die Passung zwischen einer Person und seiner Umwelt zu betrachten. Je optimaler diese Passung ist, desto weniger Konflikte zwischen dem Individuum und seiner Umwelt entstehen, desto weniger Stress empfindet die Person und desto befriedigender ist die Person-Umwelt-Interaktion.

Die Bindungssicherheit einer Person bedeutet, dass sie im Umgang mit ihrer Umwelt und möglichen Konflikten auf mehr Ressourcen zurückgreifen kann. Die Bindungsrepräsentation eines Individuums bestimmt also mit, wie direkt, flexibel, kreativ und aktiv seine Coping-Strategien sind.

Der gefundene Zusammenhang zwischen erinnelter elterlicher Wärme in der Kindheit und einem proaktivem Copingstil im Erwachsenenalter ist inhaltlich stimmig. Die in der Kindheit aufgebaute sichere Basis scheint auch im Erwachsenenalter noch wie eine Explorationsplattform zu sein, von der aus die sicher gebundene Person in Richtung persönlichem, visionärem Wachstum streben kann. Eine sicher gebundene Person bewältigt dabei ihren Stress in dem

Sinne proaktiv, als dass sie Konflikte als Herausforderungen ansieht, die aufgrund ihrer selbstgesetzten Lebensziele entstehen. Es handelt sich um eine autonome Lebensbewältigung, bei der die sichere Basis als Grundlage für die optimistische Überzeugung dient, selbst imstande zu sein, schwierige Konfliktsituationen anzugehen und nach aufsteigenden Lebenszielen zu streben.

Auffällig waren die Ergebnisse bezüglich des väterlichen Erziehungsverhaltens. Wie die Mutterwärme begünstigt zwar auch die Vaterwärme proaktives Coping, Zufriedenheit mit dem dyadischen Coping und eine bessere Stresskommunikation innerhalb der Partnerschaft, zusätzlich scheint aber väterliche Ablehnung den gleichen Effekt zu haben. Einige Personen, die väterliche Ablehnung erinnerten, berichteten in unserer Studie ebenfalls proaktives Coping, Zufriedenheit mit dem dyadischen Coping und gute Stresskommunikation. Dieses inhaltlich nicht mit der Bindungstheorie übereinstimmende Ergebnis könnte auf Antworttendenzen der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein. Denkbar wäre auch, dass diese Personen mit väterlicher Ablehnung, viel Wärme der Mutter oder einer dritten, unbenannten Bezugsperson in der Kindheit erhalten haben, die die väterliche Ablehnung kompensieren konnte.

Im allgemeinen scheinen Personen ohne eine sichere Bindungsbasis Stress eher reaktiv zu begegnen und sehen sich somit größeren Konflikten gegenüber als proaktive Individuen, die den Stress als Eustress erleben oder ihn bereits vor dem Auftreten verhindern können.

So betrachtet, könnte eine innere sichere Basis in Form einer sicheren Bindung an die primäre Bezugsperson sogar als eine Voraussetzung für die Fähigkeit, Stress proaktiv zu bewältigen, und allgemein zu einer positiven Lebensbewältigung, angesehen werden. Dies in Zukunft noch eingehender zu beforschen, wäre mit Sicherheit ein gewinnbringender und spannender Ansatz.

#### **4.6 Varianzaufklärung der einzelnen Konstrukte**

Wie die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalysen zeigen, beträgt die aufgeklärte Gesamtvarianz des Kriteriums „Schlafgestört“ 76,5 %. Das heisst, allgemeines, proaktives und dyadisches Coping sowie die erinnerte elterliche Wärme, Ablehnung und Überbehütung und das Ausmaß der vorhandenen

depressiven Symptome erklären zusammen eine hohe Varianz. Auffällig ist vor allem der Anteil an Varianz, den Depressionen mit 57,2 % für die Wahrscheinlichkeit, schlafgestört zu sein, aufklären. Ausgehend von den Erläuterungen im Theorie- und Methodenteil, läßt sich dieses Ergebnis durch die Komorbidität von Depressionen mit Schlafstörungen erklären. Eine hohe Variabilität des Schlafvermögens und die Unvorhersagbarkeit der Schlafqualität vermitteln der schlafgestörten Person den Eindruck vollkommener Hilflosigkeit, eines Ausgeliefertseins, eines Versagens und erhöhen das Angstniveau (Al-Shajlawi, 2004). Diese Gefühle der Hilflosigkeit und des Versagens, die aus einem nicht bewußt und nicht kontrolliert herbeizuführenden Schlaf erwachsen, können eine Person vulnerabel machen für eine depressive Erkrankung.

Insbesondere in Anbetracht der Neuheit der Verknüpfung der Konzepte Coping, Bindung und Schlaf ist die Varianzaufklärung vor allem durch allgemeines und proaktives Coping und das erinnerte elterliche Erziehungsverhalten ein sehr ermutigendes Ergebnis, dass die Wichtigkeit dieser Konzepte im Zusammenhang mit einer Schlafstörung unterstreicht.

#### **4.7 Anmerkungen zur Datenerhebungsmethode und -analyse**

Aufgrund der Komplexität des Leitthemas unserer Arbeit, haben wir uns entschieden, diese als Fragebogenstudie zu erarbeiten. Da es sich bei Datenerhebungen mittels Fragebögen um eine ex-post-facto-Erhebung handelt, ist eine systematische Variation der möglichen Einflussvariablen natürlich nicht möglich. Deshalb bleiben alle Aussagen letztlich nur empirisch untersuchte Zusammenhänge, da Kausalität nur mit Hilfe experimenteller Versuchsdesigns und systematischer Variation der postulierten Einflussvariablen nachgewiesen werden kann.

Fragestellungen wie die unsrige lassen sich nur mit relativ großen Stichproben und Datenmengen untersuchen. Qualitative Untersuchungen am Einzelfall oder experimentelle Anordnungen wären zwar für die Fragestellung unserer Arbeit auf eine andere Weise aufschlussreich und interessant, hätten aber den Rahmen unserer Diplomarbeit bei weitem überstiegen.

Darüber hinaus ist bei Untersuchungen, die Selbstbeurteilungsverfahren einsetzen, zu bedenken, dass es immer zu bewussten oder unbewussten Verfälschungen seitens der Studienteilnehmer kommen kann. Oft wird ein Fragebogen zum Beispiel nach Maßen der sozialen Erwünschtheit beantwortet oder es zeigt sich eine Tendenz zur Mitte, d. h., die extremen Antwortkategorien werden systematisch vermieden. Bei der Auswertung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes sollten die Ergebnisse bezüglich solcher möglichen Verfälschungen kritisch betrachtet werden.

Hinsichtlich der statistischen Auswertung unserer Daten konnte auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet werden, da es sich bei unserer Untersuchung um eine Studie mit explorativem Charakter handelt. Aus diesem Grund, und um einen kritischen Umgang mit unseren Daten zu gewährleisten, haben wir verschiedene statistische Verfahren gewählt. So wurde den korrelativen Berechnungen jeweils eine Regressionsanalyse nachgeschaltet, um die Wertigkeit der einzelnen Variablen in Bezug auf deren Vorhersagekraft für die Kriteriumsvariable zu prüfen. Mit der Entscheidung, die Überprüfung der Hypothesen auf eine solche kritische Weise zusätzlich zu betrachten, rückten vor allem das proaktive Coping und die elterliche Wärme von den postulierten Einflussvariablen in den Fokus unserer Aufmerksamkeit.

Wir möchten ferner unterstreichen, dass, obwohl der Auswertung insgesamt ein Alpha-Niveau von .05 zu Grunde gelegt wurde, die Mehrzahl der Ergebnisse sich auf einem Alpha-Niveau von .01 als signifikant erwiesen. Für zukünftige Replikationsstudien wäre es jedoch ratsam, bei multiplen Korrelationen eine Alpha-Adjustierung einzufügen.

In Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse muss natürlich bedacht werden, dass aus korrelativen Berechnungen keine kausalen Schlüsse gezogen werden dürfen. Man darf also nicht die Zusammenhänge im Sinne des Ursache-Wirkungsprinzips auslegen, d. h., dass ein erlebter Mangel an emotionaler Wärme in der Kindheit oder eine dysfunktionale Stressbewältigung im Erwachsenenalter nicht zwangsläufig ursächlich auf die Entwicklung einer Schlafstörung wirken.

Abschliessend ist bezüglich unserer Untersuchung die hohe Motivation und Compliance der PatientInnen hervorzuheben. Bemerkenswert ist nicht nur, dass

die Fragebögen durchweg vollständig ausgefüllt wurden, sondern auch, dass das allgemeine Interesse der Studienteilnehmer an der Studie sehr groß war. Viele PatientInnen und KontrollgruppenteilnehmerInnen haben uns ihre postmail-Adressen mit der Bitte um Feedback bezüglich unserer Ergebnisse hinterlassen.

## **FAZIT**

Unsere Untersuchung des Zusammenhangs von Coping, erinnertem elterlichem Erziehungsverhalten und Schlafqualität musste auf die Analyse einzelner Aspekte beschränkt werden, da es sich um einen komplexen und explorativen empirischen Ansatz handelt. Sicherlich bietet diese Studie daher nur einen ausschnittartigen Einblick in das Spektrum möglicher Zusammenhänge der drei untersuchten Konstrukte.

Ziel unserer Untersuchung war, eine Grundlage und Anregung für weitere interessante Forschungsprojekte hinsichtlich des Zusammenspiels von Coping, Bindung und Schlaf zu schaffen. Zusammenfassend können wir sagen, dass die gewonnenen Ergebnisse überwiegend unsere Annahme stützen, dass die hier vorgestellten psychologischen Faktoren eine wichtige Rolle in der Erklärung für einen guten bzw. schlechten Schlaf spielen.

## **AUSBLICK**

Für die weitere Forschung auf dem Gebiet der Schlafstörungen im Zusammenhang mit Bindung und Coping wäre es sicherlich interessant, die Schlafstörungen spezifisch zu betrachten, d. h., welche Art der Schlafstörung mit welchem Bindungs- bzw. Copingstil einhergeht, und ob es überhaupt differenzierende Unterschiede gibt. Dabei könnte auch die Betrachtung der einzelnen Schlafparameter wie Einschlafzeit, Schlafeffizienz und andere polysomnografisch erhobenen Parameter von Interesse sein. Dies würde eine Aussage zu der objektiven Schlafqualität erlauben, die im Rahmen unserer Arbeit

aufgrund des Schwerpunktes auf die Gesamtbetrachtung der Schlafqualität anhand des PSQI-Index und dem Kriterium „schlafgestört“ nicht möglich war.

Im weiteren könnte es aufschlussreich sein, die Konstrukte Coping, Bindungsrepräsentation und Schlafstörung im Hinblick auf spezielle Altersgruppen zu untersuchen. Insbesondere Langzeitstudien würden ein gutes Untersuchungsdesign darstellen, wenn es um die Frage geht, ob sich der Einfluss von Bindung und Coping bei derselben Person über die Zeit hinweg verändert oder ob sich die Coping-Strategien/Bindungsstile selbst signifikant verändern. Interessant ist außerdem natürlich die Frage, ob im Querschnitt in unterschiedlichen Altersgruppen verschiedene Ergebnisse bezüglich einer Schlafstörung, Bindung und Coping auftreten.

Hinsichtlich der Gruppeneinteilung erscheint es uns wichtig zu betonen, dass es sich bei der Experimentalgruppe unserer Studie um eine heterogene Gruppe handelt. Die Ergebnisse machen nur begrenzte Aussagen in Bezug auf das Störungsbild der nichtorganischen/primären Insomnie. Für zukünftige Forschung wäre es interessant eine Gruppe von primären Insomnikern im Vergleich mit einer Gruppe mit organischen Schlafstörungen wie z. B. Restless-legs-Syndrom, hinsichtlich ihres Copingstils und ihres erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens zu untersuchen.

Zu den Konzepten dieser Arbeit allgemein lässt sich noch ergänzen, dass im Bereich psychischer Gesundheit, das Konstrukt der sozialen Unterstützung von enormer Wichtigkeit zu sein scheint. Die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung stellt eine Ressource dar, die die kognitive Einschätzung von Stress mitbestimmt und das Coping beeinflusst (Lazarus, 1991). Das Ausmaß, in dem ein Mensch in ein tragendes, soziales Netz eingebunden ist, scheint entscheidend für seine psychische Gesundheit zu sein und sollte damit immer wieder als Forschungsschwerpunkt für ein vertieftes Verständnis in Erwägung gezogen werden.

Zu dem engsten sozialen Kreis gehört natürlich in erster Linie die Familie und damit die Beziehung einer Person zu seinen Eltern. Wie die Bindungsforschung seit langem postuliert und in zahlreichen Studien nachgewiesen hat, kommt hier der Mutter als primärer Bezugsperson vor allem in den ersten Jahren eines Kleinkindes eine besondere Bedeutung zu. Wie sich aber

zunehmend - und auch in unserer Arbeit - zeigt, sollte der Beziehungsfokus darüber hinaus stärker auf den Vater ausgeweitet werden, denn obwohl der Vater in der Regel in den ersten Jahren bedeutend weniger Zeit mit dem Kind verbringt, scheint er eine tragende Rolle bei der Konstruktion der inneren und äusseren Welt des Kindes zu spielen. Die Vaterfigur, die Vater-Kind-Dyade, aber auch die Mutter-Vater-Kind-Triade haben also eine ernstzunehmende Berechtigung, in Zukunft noch mehr in das Zentrum der klinisch-psychologischen Forschung zu rücken.

Als Komorbidität mit Schlafstörungen ging in unsere Arbeit die Depression mit ein. In einem erweiterten Ansatz bezüglich der Zusammenhänge psychischer Störungen untereinander wäre es sicher spannend, auch noch andere psychische Störungsbilder wie zum Beispiel Angststörungen oder Psychosen in Verbindung mit Schlafstörungen zu betrachten. Beim Auftreten von Komorbiditäten empfiehlt sich aber auch eine kritische Einstellung gegenüber der Zusammenhangsbetrachtung psychischer Störungen, da oft nur schwer zu klären ist, welche Erkrankung die Ursache und welche Störung die Wirkung darstellt.

In unserem Fall bedeutet dies, dass es unklar bleibt, ob die Depression im allgemeinen schon vor dem Auftreten der Schlafstörung bestand und damit eventuell auch ursächlich auf die Schlafstörung gewirkt hat oder ob die Depression als Folge der Schlafstörung auftrat. Es können also keine kausalen Annahmen gemacht werden, sondern lediglich korrelative Zusammenhänge festgestellt und im einzelnen vorsichtig interpretiert werden.

Abschliessend können wir zusammenfassen, dass die in unserer Diplomarbeit erarbeitete Verknüpfung der Konstrukte Coping, Bindung und Schlaf für weitere Forschungsprojekte durchaus bedeutungsvoll ist und auch für die klinisch-therapeutische Praxis eine hohe Relevanz haben könnte.

## LITERATUR

Ainsworth, M. et al. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49-67.

Aldwin, C. M. & Yancura, L. A. (in press). Coping and Health: A comparison of the Stress and Trauma Literatures. Manuscript for P. P. Schnurr, J. A. Winnubst, & B. L. Green (Eds.), *Physical Healthconsequences of exposure to extreme Stress*. Washington, DC: American Psychology Association.

Al-Shajlawi, A., Hajak, G. & Riemann, D. (2004). Insomnien, Hypersomnien und Parasomnien. *Krankenhauspsychiatrie, 15*, 85-89.

Amato, P. R. (1996). Explaining the intergenerational transmission of divorce. *Journal of Marriage and the Family, 58*, 628-640.

Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Van der Ende, J., Gaszner, P., Iwawaki, S., Maj, M. & Zhang, J. E. (1994). Parental rearing behavior from a cross-cultural perspective: A summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 145-171). New York: Willey.

Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.

Atkinson, L. & Zucker, K. J. (1997). *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford.

Backhaus, J. (1997). *Insomnie – Epidemiologie, Ätiologie, Psychotherapie*. Dissertation, Universität Freiburg.



Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D. & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 737-740.

Backhaus, J., Müller-Popkes, K., Hajak, G., Voderholzer, U., Berger, M., Riemann, D. & Hohagen, F. (1998). Prevalence, diagnosis and treatment of insomnia in general practice. *Journal of Sleep Research*, 7, Supplement 2, 13.

Backhaus, J. & Riemann, D. (1999). *Schlafstörungen. Serie: Fortschritte der Psychotherapie* (Band 7). Göttingen: Hogrefe.

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

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bartle-Haring, S. & Sabatelli, R. (1998). An intergenerational examination of patterns of individual and family adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 903-911.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). Relationships between the Beck Depression Inventory and Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression in depressed outpatients. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 9, 327-339.

Beehr, T. A. & McGrath, J. E. (1996). The methodology of research on coping: Conceptual, strategic, and operational-level issues. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping-theory, research, applications* (pp. 65-82). New York: Wiley.

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.

Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M. & Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 131-142.

Bodenmann, G. (1995a). Dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit. *Psychologische Beiträge*, 37, 72-89.

Bodenmann, G. (1995b). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 54, 34-49.

Bodenmann, G. (1996). Die Erfassung von dyadischem Coping: Der FDCT-2 Fragebogen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 7, 119-148.

Bodenmann, G. (1997). The influence of stress and coping on close relationships: a two-year longitudinal study. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 56, 156-164.

Bodenmann, G. (2000a). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen*. Bern: Huber.

Bodenmann, G. (2000b). *Stress, kritische Lebensereignisse und Partnerschaft*. In P. Kaiser (Hrg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 219-238). Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2000c). *FDCT-N. Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings als generelle Tendenz*. Fribourg: Universität, Institut für Familienforschung und-beratung.

Bodenmann, G. & Cina, A. (1999). Der Einfluss von Stress, individueller Belastungsbewältigung und dyadisches Coping auf die Partnerschaftsstabilität: eine 4-Jahres-Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 130-139.

Bodenmann, G. & Perrez, M. (1991). Dyadisches Coping. Eine systemische Betrachtungsweise der Belastungsbewältigung in Partnerschaften. *Zeitschrift für Familienforschung*, 3, 4-25.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-53.

Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.

Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In Greenspan et al (Eds.), *Course of life, 1: Infancy* (pp. 229-270). US: International Universities Press, Inc.

Bowlby, J. (1995a). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter-Verlag.

Bowlby, J. (1995b). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39, 411-418.

Bretherton et al. (2001). Mother and father child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families: Do they predict relationships with peers and teachers? *Attachment & Human Development*, 3, 1-29.

Brewin, C., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.

Bühl, A. & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 9. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison-Wesley.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Bermann, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). The nature of the child's ties. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.

Chang, P. P., Ford, D. E., Mead, L. A., Cooper-Patrick, L. & Klag, M. J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression. *American Journal of Epidemiology*, 146, 105-114.

Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (1995a). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Dantes (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and methods* (pp. 3-20). New York: Wiley.

Cicchetti, D. et al. (1995b). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 1-75.

Cina, A. & Bodenmann, G. (2003). Woran Beziehungen scheitern. *Psychologie Heute*, 30, 24-25.

Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A. & Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues*, 13, 432-449.

Crittenden, P. (1995). Attachment and risk for psychopathology: the early years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16, 12-16.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.

Feeney, B. C. & Kirkpatrick, L. A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70, 255-270.

Folkman, S. (1984). Personal control, stress, and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Fuendeling, J. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 291-322.

Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G. & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 10*, 251-277.

Gittleman, M. G., Klein, M. H., Smider, N. A. & Essex, M. J. (1998). Recollections of parental behaviour, adult attachment and mental health: Mediating and moderating effects. *Psychological Medicine, 28*, 1443-1455.

Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung über die Generationen. Der Beitrag des Adult Attachment Interviews. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48*, 73-85.

Graßhoff, U., Schramm, E., Hohagen, F., Riemann, D., Weyerer, S. & Berger, M. (1991). Soziodemographische Faktoren und Schlafstörungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 15*, 183-188.

Grau, I. (1994). Entwicklung und Validierung eines Inventars zur Erfassung von Bindungsstilen in Paarbeziehungen. *Dissertation, Universität Marburg, Fachbereich Psychologie*.

Greenglass, E. R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International Review, 42*, 323-340.

Greenglass, E. R. (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). In Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (Vols. CD-ROM). Berlin: Free University of Berlin.

Greenglass, E. R. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 36-58). England: Oxford University Press.

Greenglass, E. R., Finkenbaum, L. & Burke, R. J. (1996). Components of social support, buffering effects, and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal, 9*, 185-197.

Greenglass, E. R., Schwarzer, R. & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument*. (On-line). Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/greenpci.htm>

Grossmann, K. E. (1999). Old and new internal working models of attachment: The organisation of feelings and language. *Attachment and Human Development*, 1, 253-269.

Grossmann, K. E. et al. (1999). A wider view of attachment and exploration: stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 760-786). New York: Guilford Press.

Grossmann, K. E. (2000). Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum und der Stand bindungstheoretischen Denkens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 221-237.

Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.

Hajak, G. & Rüther, E. (1995). *Insomnie - Schlaflosigkeit. Ursachen, Symptomatik und Therapie*. Berlin: Springer.

Hajak, G. (2001). Epidemiologie der schweren Insomnie und ihre Konsequenzen in Deutschland. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 49-56.

Henderson, A. S. (1992). Social support and depression. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp 85-92). Washington: Hemisphere.

Hesse, E. & Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.

Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*, 1097-1127.

Hobfoll, S. E. et al. (1998). Distinguishing the stress labyrinth: Interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress & Coping. An International Journal, 11*, 181-212.

Hohagen, F., Rink, K., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S. & Berger, M. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242*, 329-336.

Hohagen, F., K ppler, C., Schramm, E., Rink, K., Weyerer, S., Riemann, D. & Berger, M. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*, 102-108.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Israel, B., House, J., Schurman, S., Heaney, C. & Mero, R. (1989). The relation of personal resources, participation, influence, interpersonal relationships and coping strategies to occupational stress, job strains, and health: A multivariate analysis. *Work and Stress, 3*, 163-194.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1989). Selbstkonzept und  ngstlichkeit als Einflu sgr o en f r Stresserleben und Bewltigungstendenzen. *Zeitschrift f r Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 21*, 307-324.

Jones, J. T. & Cunningham, J. D. (1996). Attachment styles and other predictors of relationship satisfaction in dating couples. *Personal Relationships, 3*, 387-399.



Kälin, W. (1995). *Drei Coping Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des ‚Cope‘, des ‚Coping Inventory for Stressful Situations‘ und des ‚Ways of Coping Questionnaire‘* (unveröffentlichte Lizentiatsarbeit). Bern: Universität, Institut für Psychologie .

Kales, A., Caldwell A. B., Preston, T. A., Healey, S. & Kales, J. D. (1976). Personality patterns in insomnia. Theoretical implications. *Archiv of General Psychiatry*, 33, 1128-1134.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.

Kobasa, S. C. O. & Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.

Krohne, H. W. & Hock, M. (1998). Erziehungsstil. In D. H. Rost (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (S. 105-110). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Reviews Psychology*, 44, 1-21.

Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 56, 665-673.

Lazarus, R. S., Averill, J. R. & Opton, E. M. (1970). Toward a cognitive theory of emotion. In M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions* (pp. 207-232). New York: Academic 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* (pp. 287-327). New York: Plenum.

Lussier, Y. et al. (1997). Coping strategies as moderators of relationships between attachment and marital adjustment. *Journal of Social & Personal Relationships*, 14, 777-791.

Main, M. (1995) Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg & R. Muir (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (407-477). Hillsdale: Analytic Press.

Main, M. & Goldwyn, R. (1984). *Adult Attachment Classification and rating system*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, T. Mark & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure - disorganized attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport: Ablex Publishing

Main, M. et al. (2001). Adult Attachment Interview. In G. Gloger-Tippelt, *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 352-387). Bern: Huber.

Mason, J. W. (1970). Strategy in psychosomatic research. *Psychosomatic Medicine*, 32, 427-439.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1988). Do parental influences matter? A reply to Halverson. *Journal of Personality*, 56, 445-449.

Meissner, W. W. (1978). The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy. Psychoanalytic, behavioral and system-theory perspectives* (pp. 25-88). New York.: Bruner & Mazel.

Mikulincer, M., Florian, V. & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality & Social Psychology*, 64, 817-826.

Mikulincer, M. & Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.

Mitchell, R. & Trickett, E. J. (1980). Analysis of the effects and determinants of social networks. *Community Mental Health Journal*, 16, 27-44.

Mummendey, H. D. (1987). *Die Fragebogen-Methode*. Göttingen: Hogrefe.

Murphy, L. B. & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth*. New Haven: Yale University Press.

O'Neill, C.P. & Zeichner, A. (1985). Working women: A study of relationships between stress, coping and health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, 105-116.

Ohayon, M., Canlet, M., Priest, R. & Guilleminault, C. (1997). DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 171, 382-388.

Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.

Parker, J. D. A & Endler, N. S. (1996). Coping and Defense: A Historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Application*. (pp. 3-23). New York: Wiley.

Paley, B., Cox, M. J., Burchinal, M. R. & Payne, C. C. (1999). Attachment and marital functioning: Comparison of spouses with continuous-secure, earned-secure, dismissing, and preoccupied attachment stances. *Journal of Family Psychology*, 13, 580-597.

Pearson, J., Cohn, D., Cowan, P. & Cowan, C. (1994). Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6, 359-373.

Perrewe, P. L. & Ganster, D. C. (1989). The impact of job demands and behavioral control on experienced job stress. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 213-229.

Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 309-333). Cichester: Wiley.

Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Scandinavica*, 61, 265-274.

Pietrowsky, R., Reinecker, H. & Born, J. (1998). Wirkungen eines

Stressbewältigungstrainings auf eine experimentell induzierte Schlafstörung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 561-580.

Rahm, L. (1994). *Psychologische Aspekte von Schlafproblemen, Stressverarbeitung, Erlebens- und Verhaltensweisen, Befinden, Schlafverhalten und Schlafqualität*. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Band 464.

Rahm, L. (1995). Subjektive Schlafqualität und Stressverarbeitung. In C. Becker-Carus (Hrg.), *Aktuelle psychophysiologische Schlafforschung* (pp. 42-54). Serie: Forum Stress- und Schlafforschung, Band 1.

Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.

Ricks, M. H. (1995). The social transmission of parental behavior. Attachment across generations. *Monographs of the Society of Research in Child Development*, 50, 211-227.

Riemann, D. & Backhaus, J. (1996). *Behandlungen von Schlafstörungen. Ein psychologisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Riemann, D., Kammerer, J., Löw, H. & Schmidt, M. H. (1995). Sleep in adolescents with primary major depression and schizophrenia: A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 313-326.

Riemann, D. & Voderholzer, U. (2001). Schlafstörungen bei Depressionen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. *Internistische Praxis*, 41, 805-814.

Riemann, D. & Voderholzer, U. (2002). Consequences of chronic (primary) insomnia: Effects on performance, psychiatric and medical morbidity. An overview. *Somnologie*, 6, 101-108.

Riemann, D. & Voderholzer, U. (2003). Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76, 255-259.

Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A. & Strawbridge, W. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157, 81-88.

Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Pauli, P. (1988). *Korrelate des gestörten Schlafes: Eine Replikationsstudie*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 118-129.

Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars. *Diagnostica*, 46, 38-46.

Schramm, E. & Riemann, D. (1995). *ICSD. Internationale Klassifikation der Schlafstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schumacher, J. (2002). *Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten. Konzeptualisierung, diagnostische Erfassung und psychologische Relevanz im Erwachsenenalter*. Frankfurt: Peter Lang.

Schumacher, J., Eisemann, M. & Brähler, E. (1999a). Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica*, 45, 194-204.

Schumacher, J., Eisemann, M., Strauß, B. & Brähler, E. (1999b). Erinnerungen älterer Menschen an das Erziehungsverhalten ihrer Eltern und Indikatoren des aktuellen Wohlbefindens. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 12, 20-39.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere.

Schwarzer, R. (1998). Stress and coping resources: Theory and review. In R. Schwarzer (Ed.), *Advances in health psychology research* (Vol. 1). Berlin: Freie Universität.

Schwarzer, R. (1999a). *Proactive Coping Theory*. Paper presented at the 20<sup>th</sup> International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14, 1999.

Schwarzer, R. (1999b). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 114-127.

Schwarzer, R. (2000). Manage stress at work through preventive and proactive coping. In E. A. Locke (Ed.), *The Blackwell handbook of principles of organizational behavior* (pp. 342-355). Oxford: Blackwell.

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2002). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychological assessment* (Chp. 25). Washington: American Psychological Association.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495.

Schwarzer, R. & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping:*

*Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M. E. P. & Petermann, F. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.

Simen, S. et al. (1995). Häufigkeit, Konsequenzen und Risiken chronischer Schlaflosigkeit. *Psycho*, 21, 509-519.

Spangler, G., Grossmann, K., Grossmann, K. E. & Femmer-Bombik, E. (2000). Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 203-220.

Spector, P. E. (1986). Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations*, 39, 1005-1016.

Sperling, M. B. & Berman, W. H. (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.

Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.

Sydow, K. & Ullmeyer, M. (2001). Paarbeziehung und Bindung. Eine Meta-Analyse von 63 Studien, publiziert zwischen 1987 und 1997. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 186-188.



Taubert, S. (1999). *Development and validation of a psychometric instrument for the assessment of proactive coping*. Unpublished diploma thesis. Berlin: Freie Universität Berlin, Germany.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

Van Ijzendoorn, M. H. (1993). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 623-627.

Van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups; a metaanalytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.

Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Prevalence and treatment of insomnia in the community: Results from the upper bavarian field study. *Sleep*, 14, 392-398.

Wittchen, H. U. et al. (2001). Die „Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study“ – Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. *Nervenheilkunde*, 1, 4-16.

Wong, P. T. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile. In P. T. Wong & R. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 111-140). Mahwah: Erlbaum.

Zöfel, P. (2002). *Statistik verstehen. Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung*. München: Addison-Wesley.