

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen im
Zusammenhang mit Major Depression und institutioneller
Gewalt – eine Untersuchung im Rahmen der Wiener
Heimstudie“

verfasst von / submitted by

Katharina Sophie Moser, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2017/ Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Abstract.....	5
Einleitung	6
1 Theoretischer Hintergrund.....	7
1.1 Grundlegendes	7
1.1.1 Institutioneller Kindesmissbrauch	7
1.1.2 Major Depression	11
1.1.3 Selbstwert.....	14
1.1.4 Selbstwirksamkeit.....	15
1.1.5 Kontrollüberzeugungen	16
1.2 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen ...	17
1.3 Kindesmissbrauch und Major Depression im Erwachsenenalter	24
1.4 Der Zusammenhang von Major Depression mit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen	25
1.4.1 Major Depression und Selbstwert	25
1.4.2 Major Depression und Selbstwirksamkeit.....	26
1.4.3 Major Depression und Kontrollüberzeugungen	28
1.4.4 Major Depression und alle drei Konstrukte	31
1.5 Zusammenhänge von Kindesmissbrauch und Major Depression mit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen.....	32
2 Zielsetzungen der Studie	35
3 Methode	37
3.1 Studiendesign	37
3.2 Stichprobe(n)/Untersuchungsdurchführung	37
3.3 Beschreibung der Erhebungsverfahren	38
3.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997)	38
3.3.2 Multidimensionale Selbstwertskala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006)	39
3.3.3 Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU; Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammstedt, 2012)	40
3.3.4 Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4; Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2012)	40
3.4 Fragestellungen und Hypothesen	41

3.5 Datenaufbereitung	49
3.6 Statistische Auswertung.....	49
4 Ergebnisse	51
4.1 Beschreibung der Stichprobe	51
4.1.1 Geschlecht	51
4.1.2 Alter	52
4.1.3 Ausbildung	52
4.1.4 Familienstand	52
4.1.5 Diagnose Major Depression	54
4.2 Reliabilitätsanalysen	55
4.3 Hypothesenprüfung	56
4.3.1 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen (Fragestellung 1)	56
4.3.2 Unterschiede im Selbstwert (Fragestellung 2)	57
4.3.3 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit (Fragestellung 3)	59
4.3.4 Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen (Fragestellung 4)	61
5 Diskussion	63
5.1 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen ...	63
5.2 Kindesmissbrauch, Major Depression und Selbstwert	65
5.3 Kindesmissbrauch, Major Depression und Selbstwirksamkeit	66
5.4 Kindesmissbrauch, Major Depression und externale Kontrollüberzeugungen	67
5.5 Kindesmissbrauch, Major Depression und internale Kontrollüberzeugungen	69
5.6 Verbindungen zwischen den vier Fragestellungen.....	71
6 Limitationen und Ausblick.....	72
7 Schlussfolgerungen.....	73
 Literaturverzeichnis	 75
Tabellenverzeichnis	83
Abbildungsverzeichnis	83
Abkürzungsverzeichnis	84

Zusammenfassung

Hintergrund. Als Teil der Wiener Heimstudie gliedert sich die vorliegende Arbeit in zwei Teile. Der erste Teil befasst sich mit der Art und Stärke des Zusammenhangs zwischen den drei Persönlichkeitskonstrukten Selbstwert (SE), Selbstwirksamkeit (SW) und Kontrollüberzeugungen (KÜ). Da Forschungsarbeiten um die Theorie der *core self-evaluations* zeigen konnten, dass diese Konstrukte einen starken gemeinsamen Kern haben, wurden signifikante Zusammenhänge erwartet. Der zweite Teil befasst sich mit der Frage, auf welche Weise Missbrauch, der Kindern in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt angetan wurde, und Lebenszeitdiagnosen von Major Depression (MD) gemeinsam auf Unterschiede im SE, in der SW sowie in internalen (IKÜ) und externalen (EKÜ) Kontrollüberzeugungen im Erwachsenenalter wirken.

Methodik und Stichprobenbeschreibung. Die Studie umfasste 218 Betroffene von institutionellem Missbrauch (BG) und eine Kontrollgruppe (KG) mit 127 Personen. Innerhalb der BG litten 14.3% unter einer aktuellen MD, in der KG 0.0%. Unter einer früheren MD litten 51.2% der BG, 27.6% der KG. SE wurde nicht in seiner globalen Form, sondern in verschiedenen Facetten (emotional, sozial, leistungsbezogen) anhand der *Multidimensionalen Selbstwertskala* erfasst. SW wurde anhand der *Allgemeinen Selbstwirksamkeit Kurzskala* erfasst, Kontrollüberzeugungen anhand der *Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4*. Die Zusammenhänge zwischen SE, SW und KÜ wurden mittels Korrelationsberechnungen überprüft. Mittels zweifaktorieller Rangvarianzanalysen wurden jeweils die Haupteffekte der Gruppenzugehörigkeit und des Vorliegens einer früheren MD sowie deren Wechselwirkung im Hinblick auf Unterschiede im SE, in der SW und in den KÜ berechnet.

Ergebnisse. Innerhalb der BG waren sämtliche Korrelationen signifikant. Sie bildeten die erwarteten positiven (SE und SW, SE und IKÜ, SW und IKÜ) und negativen (SE und EKÜ, SW und EKÜ) Zusammenhänge ab. In der KG waren deutlich weniger signifikante Korrelationen feststellbar und deren Effektgrößen niedriger als in der BG. Bezüglich der Varianzanalysen zeigten sich folgende Ergebnisse: Missbrauch und eine frühere MD gingen mit niedrigeren Werten des SE und höheren Werten der EKÜ einher. Die SW war in der KG höher ausgeprägt als in der BG; eine frühere MD war in der BG mit niedrigerer SW verbunden, in der KG mit höherer SW. Verglichen mit der Gesamtstichprobe war die IKÜ bei Personen mit Missbrauchserfahrungen ohne frühere MD am höchsten ausgeprägt, bei Personen mit Missbrauchserfahrungen mit früherer MD am niedrigsten. Innerhalb der KG war das Vorliegen einer früheren MD mit höheren Werten in der IKÜ verbunden.

Schlüsselwörter: Institutioneller Missbrauch, Kindesmissbrauch, Major Depression, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrollüberzeugung, Externale Kontrollüberzeugung

Abstract

Background. As part of the Vienna Institutional Abuse Study the current study is organized in two parts. Part one is concerned with the nature and strength of the association between the three personality constructs of self-esteem (SE), self-efficacy (SW), and locus of control (LOC). As research regarding the theory of *core self-evaluations* could show that these constructs have a substantial common core, significant correlations were expected. Part two is concerned with the issue of how abuse that was committed against children in Viennese children's foster homes, and lifetime diagnoses of Major Depression (MD) have common effects on differences in SE, SW, as well as in internal (ILOC) and external (ELOC) locus of control in adulthood.

Methods and Sample Description. The study included 218 victims of institutional abuse (BG) and a control group (KG) including 127 individuals. In the BG, 14.3% suffered from a current MD, in the KG this ratio was 0.0%. In the BG, 51.2% suffered from a former MD; in the KG, this prevalence was 27.6%. SE was not assessed in its global version but in different facets (emotional, social, academic) and measured with the *Multidimensionale Selbstwertskala*. SW was measured with the *Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala*, locus of control was measured with the *Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4*. The associations between SE, SW and LOC were assessed by correlations. Non-parametric two-way analyses of variance assessed the main effects of group and presence of former MD and their interaction on SE, SW and LOC, respectively.

Results. In the BG, all correlations were significant. They showed the expected positive (SE and SW, SE and ILOC, SW and ILOC) and negative (SE and ELOC, SW and ELOC) associations. In the KG, there were substantially less significant correlations and their effect sizes were smaller than in the BG. The analyses of variance showed the following results: Abuse and former MD were associated with lower scores in SE and with higher scores in ELOC. Scores in SW were higher in the KG; in the BG former MD was associated with lower scores in SW, in the KG it was associated with higher scores in SW. Compared to the whole sample, scores in ILOC were highest in individuals who had been abused and had no former MD, scores in ILOC were lowest in individuals who had been abused and had a former MD. In the KG the presence of a former MD was associated with higher scores in ILOC.

Keywords: Institutional abuse, child abuse, Major Depression, self-esteem, self-efficacy, internal locus of control, external locus of control

Einleitung

Persönlichkeitsmerkmale, die grundlegende Annahmen über sich selbst und das eigene Wirken in der Welt darstellen, sind elementar für sämtliche Handlungen einer Person (Judge, Erez, & Bono, 1998). Darüber hinaus können positive selbstbezogene Bewertungen und zuversichtliche Annahmen über die eigenen Einfluss- und Wirkungsmöglichkeiten die Resilienz gegenüber psychischen Erkrankungen verstärken. Negative Selbstbewertungen und pessimistische Einschätzungen der eigenen Möglichkeiten können dementsprechend mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einhergehen (Moran & Eckenrode, 1992). Beispiele für solche Persönlichkeitsmerkmale sind Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen. Häufige Begleiterscheinungen einer Depression sind niedrige Ausprägungen in Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie eine externe Kontrollüberzeugung: Personen, die unter einer depressiven Episode leiden, haben häufig negative Einstellungen zu sich selbst (Hammond & Romney, 1995), eine pessimistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten angesichts herausfordernder Situationen (Bandura, 1997) sowie die Überzeugung, das eigene Leben werde überwiegend von nicht beeinflussbaren äußeren Kräften bestimmt (Harrow, Hansford, & Astrachan-Fletcher, 2009). Ob diese Einstellungen zu der Entwicklung einer depressiven Episode führen, Folgen einer solchen sind oder ob wechselseitige Einflüsse bestehen, wird in vielen Forschungsarbeiten diskutiert (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Beck, 1967; Harrow et al., 2009; Lewinsohn, Steinmetz, Larson, & Franklin, 1981; Rholes, Riskind, & Neville, 1985; Risch et al., 2010; Sowislo & Orth, 2013). Ein weiterer fundamentaler Risikofaktor, sowohl für die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter (Chapman et al., 2004; Wingenfeld et al., 2011) als auch für negative Bewertungen und Einstellungen hinsichtlich sich selbst (Culpin, Stapinski, Miles, Araya, & Joinson, 2015; Nilsson, Dahlström, Priebe, & Svedin, 2015; Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett, & Taylor, 2011), ist das Erleben von körperlichen, emotionalen und sexuellen Misshandlungsformen in der Kindheit.

Zum einen soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zu der Frage leisten, inwieweit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen als Indikatoren eines übergeordneten Konstrukts grundlegender Selbstbewertungen angesehen werden können. Darüber hinaus werden die Ausprägungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale im Erwachsenenalter in Bezug gesetzt zu ihren jeweiligen Zusammenhängen mit depressiven Episoden und Erfahrungen von institutionellem Kindesmissbrauch. Für die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit wurden die Auskünfte erwachsener Betroffener von institutionellem Missbrauch, der ihnen bis in die 1980er Jahre in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt angetan worden war, mit den Auskünften einer Kontrollgruppe verglichen, deren Mitglieder zur selben Zeit in Wien, jedoch nicht in einer Institution, aufgewachsen waren.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Grundlegendes

In den folgenden Abschnitten werden zunächst Definitionen sowie grundlegende Aspekte der in dieser Arbeit thematisierten Variablen dargestellt. In weiterer Folge werden Befunde zu komplexeren Zusammenhängen dieser Variablen veranschaulicht.

1.1.1 Institutioneller Kindesmissbrauch

Im ersten Weltbericht zum Thema Gewalt und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002, S. 60) werden hinsichtlich Kindesmissbrauch vier verschiedene Misshandlungsformen definiert: Körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, und Vernachlässigung. Unter körperlichen Missbrauch fallen Handlungen, die tatsächlichen körperlichen Schaden verursachen oder das Potenzial dazu haben. Sexueller Missbrauch bezeichnet eine Gewaltform, bei der Personen zur Befriedigung eigener sexueller Bedürfnisse Handlungen an Minderjährigen vornehmen. Emotionaler Missbrauch bezieht sich auf das Versagen einer Betreuungsperson, für ein angemessenes und unterstützendes Umfeld zu sorgen. Er beinhaltet Handlungen, die sich nachteilig auf das Wohl des Kindes auswirken können, wie Abwertung, Spott, Bedrohung, Einschüchterung, Diskriminierung und Ablehnung. Vernachlässigung bezieht sich auf das Versagen, die Entwicklung des Kindes in mindestens einem der folgenden Bereiche zu gewährleisten: Gesundheit, Bildung, emotionale Entwicklung, Ernährung, Unterkunft und sichere Lebensbedingungen. Vernachlässigung kann nur dann eintreten, wenn die Betreuungsperson über die entsprechenden Ressourcen verfügt und sie diese dem Kind nicht zukommen lässt. Durch diesen Aspekt wird Vernachlässigung von Armutsverhältnissen unterschieden. Zusätzlich zu den dargestellten vier Missbrauchsformen beinhaltet die auf der WHO-Konferenz bezüglich der Prävention von Kindesmissbrauch (1999, S. 15) vorgestellte Definition sämtliche kommerzielle oder sonstige Ausbeutung, die einen tatsächlichen oder potenziellen Schaden des Kindes hinsichtlich Gesundheit, Überleben, Entwicklung oder Würde zur Folge hat und die im Kontext einer von Verantwortung, Vertrauen oder Macht geprägten Beziehung stattfindet.

Kindesmissbrauch, der in einem institutionellen Setting stattfindet, wurde von Gallagher (2000) definiert als

[...] Missbrauch eines Kindes (unter 18 Jahren) durch eine/n Erwachsene/n, der/die mit ihm/ihr arbeitet. Der/die Täter/in kann in einer bezahlten oder freiwilligen Funktion beschäftigt sein; im öffentlichen, freiwilligen oder privaten Sektor; in einer Wohneinrichtung

oder nicht in einer Wohneinrichtung; und kann entweder direkt mit Kindern arbeiten oder sich in einer aushelfenden Funktion befinden (S. 797).

Die Tragweite von institutionellem Missbrauch (IM) im Vergleich zu anderen Formen von Missbrauch werden durch die Berichte von Goffman (1961) deutlich, der von 1955 bis 1956 Feldforschungen im St. Elizabeths Hospital in Washington, D.C. unternahm, einer psychiatrischen Anstalt mit etwa 7000 Betten. Sein Ziel war es, die Mitwelt der PatientInnen kennenzulernen und etwas über deren subjektive Wahrnehmung dieses Umfelds herauszufinden. Seine dortigen Erfahrungen veranlassten die Entwicklung des Terminus' der *totalen Institution*, die Goffman definierte als einen „Wohn- und Arbeitsort, an dem eine große Anzahl von Individuen in ähnlicher Situation, abgeschnitten von der Zivilisation, für eine nennenswerte Zeitspanne, gemeinsam ein in sich geschlossenes, formal verwaltetes Leben führt“ (Goffman, 2009, S. xxi). Beispiele für totale Institutionen können unterschiedliche Einrichtungen wie etwa Waisenhäuser, Altenheime, psychiatrische Kliniken, Gefängnisse, Konzentrationslager, Militärlasernen, Internate, große Herrschaftshäuser und Kloster sein. Als Hauptmerkmal totaler Institutionen, das weitreichende Konsequenzen mit sich bringt, bezeichnete Goffman die Tatsache, dass die verschiedenen menschlichen Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Freizeit) nicht, wie üblicherweise, voneinander losgelöst, an verschiedenen Orten, mit verschiedenen Ko-Akteuren und unter unterschiedlicher Aufsicht stattfinden. Vielmehr zeichne sich eine totale Institution durch die absolute Auflösung dieser Trennung aus. Das gesamte Leben findet an einem einzigen Ort, unter der Aufsicht einer einzigen autoritären Instanz statt und unterliegt einem rationalen Plan, der den Interessen der Institution entspricht. Implikationen dieses Charakteristikums totaler Institutionen sind Überwachung statt Orientierungshilfe, strikte Trennung zwischen der Welt des Personals und der Welt der Insassen/BewohnerInnen, Kontrolle über die Art, Dauer und Entlohnung von Arbeit, vorgeschriebene Freizeitaktivitäten sowie Unvereinbarkeit des Lebens in der Institution mit Aktivitäten außerhalb der Institution. IM nach Goffman lässt sich definieren als „Missbrauch, der in Umgebungen stattfindet, in denen das Kind in nahezu jedem Aspekt von einer Institution oder einer einzigen Autorität kontrolliert wird“ (Lueger-Schuster et al., 2014, S. 52).

Bis dato gibt es noch relativ wenig Forschung, die sich speziell mit den Auswirkungen von institutionellem Kindesmissbrauch auf die psychische Gesundheit bzw. mit den Zusammenhängen psychischer Störungen bei Opfern im Erwachsenenalter befasst (Carr et al., 2010). Die vorhandenen Studien zu diesem spezifischen Feld machen deutlich, dass Prävalenzraten psychischer Störungen in diesen Populationen extrem erhöht sind, vor allem hinsichtlich posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS), Alkoholerkrankungen und affektiven Störungen (Carr et al., 2010; Fitzpatrick et al., 2010; Lueger-Schuster et al., 2014; Wolfe, Francis, & Straatman, 2006). Um die im

folgenden Abschnitt berichteten Prävalenzraten in Populationen von Opfern institutionellen Missbrauchs vergleichen zu können, wird auf die Untersuchungen von Wittchen et al. (2011) zu Prävalenzen psychischer Störungen in der Gesamtpopulation im europäischen Raum zurückgegriffen: Die 12-Monats-Prävalenz der PTBS liegt in europäischen Ländern durchschnittlich bei etwa 2.3%, die der Alkoholabhängigkeit bei etwa 3.4% und die der affektiven Störungen bei etwa 6.4%.

Wolfe et al. (2006) untersuchten 76 erwachsene Männer, die im Kindesalter in einer kirchlichen Institution mit 24-Stunden-Betreuung (folglich einer totalen Institution sensu Goffman) Opfer von schwerem Missbrauch geworden waren. Die Missbrauchsfälle datieren aus den frühen 1960er bis späten 1980er Jahren, fingen aber erst in den 1990ern an, untersucht zu werden. Da beinahe alle Männer sowohl körperlichen als auch sexuellen Missbrauch erlebt hatten, wurde die Form der Gewalt in dieser Studie nicht unterschieden. 42.1% der Männer litten unter einer aktuellen PTBS, 21.1% unter einer früheren PTBS. 21.1% litten unter einer aktuellen, 44.7% unter einer früheren Alkoholerkrankung, 25.0% unter einer aktuellen, 11.8% unter einer früheren affektiven Störung. Auch aktuelle komorbide Erkrankungen waren sehr häufig, vor allem die Kombination aus einer PTBS und gleichzeitiger Alkoholerkrankung sowie die Kombination aus einer PTBS und gleichzeitiger affektiver Störung. Knapp die Hälfte der Männer hatte zum Zeitpunkt der Erhebung sexuelle Schwierigkeiten wie Hyper- oder Hyposexualität oder Gefühle der Unzulänglichkeit. Von denjenigen, die in ihrem Leben intime Partnerschaften von zumindest einem Monat Dauer (gehabt) hatten, berichtete die Hälfte davon, ihre/n PartnerIn selbst verbal oder körperlich angegriffen zu haben. Viele waren bereits in kriminelle Auseinandersetzungen verwickelt gewesen. Beinahe alle Männer berichteten sowohl von einem Vertrauensverlust innerhalb persönlicher Beziehungen als auch von einem Glaubensverlust und einer Abwertung der Kirche, mangelndem Respekt vor Autoritäten und negativen Zukunftsperspektiven. Diese Studie war Teil einer gerichtlichen Untersuchung mit dem Zweck der Opferentschädigung und hatte damit unter anderem das Ziel der Beurteilung des psychischen Status' der Opfer. Diese wussten darüber Bescheid, was eventuell zu Verzerrungen hinsichtlich der Angaben über ihre Probleme geführt haben könnte. In der Studie von Carr et al. (2010), die auf der von Wolfe et al. (2006) aufbaute, waren die TeilnehmerInnen 247 erwachsene Überlebende von IM in Irland, der ebenfalls in kirchlichen Institutionen mit 24-Stunden-Betreuung erlebt worden war. Auch hier wurden stark erhöhte Prävalenzraten von psychischen Störungen gefunden, wenn auch etwas weniger stark als bei Wolfe et al. (2006): 44.9% litten unter einer aktuellen Angststörung, davon entfielen 16.6% auf eine PTBS. Aktuelle affektive Störungen wurden bei 26.7% diagnostiziert, Lebenszeit-Diagnosen einer affektiven Störung gab es bei 36.0%. Die Prävalenz von aktuellem Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit inklusive Alkohol war in dieser Population mit 4.9% niedriger. Die Lebenszeitprävalenz lag jedoch bei 35.2%. 30.4% der TeilnehmerInnen wiesen eine aktuelle Persönlichkeitsstörung auf. Nur 16.6% der Untersuchten

wiesen einen sicheren Bindungsstil auf, der von Carr et al. ebenfalls erhoben wurde. In dieser Studie stand die Untersuchung der psychischen Verfassung der TeilnehmerInnen nicht in Zusammenhang mit Entschädigungszahlungen, sodass ihre Angaben vermutlich nicht durch finanzielle Anreize verzerrt wurden. Fitzpatrick et al. (2010) erweiterten die Ergebnisse von Wolfe et al. (2006) und Carr et al. (2010) durch die Unterscheidung verschiedener Arten von Missbrauch. Sie zogen dafür dieselbe Stichprobe heran wie Carr et al. (2010). Die teilnehmenden Personen wurden gefragt, was das Schlimmste war, das ihnen in der Institution passiert war und basierend auf ihrer Antwort in drei Gruppen eingeteilt (sexueller vs. körperlicher vs. emotionaler Missbrauch als schlimmste Misshandlungsform). Gruppe eins bestand aus den Personen, die sexuellen Missbrauch als ihre schlimmste Erfahrung angegeben hatten. Die Personen in dieser Gruppe zeigten die höchsten Missbrauch-Gesamtraten und hatten genauso häufig körperlichen Missbrauch erfahren wie diejenigen in Gruppe zwei, die körperlichen Missbrauch als schlimmstes Erlebnis angegeben hatten. Gruppe eins fiel also sowohl durch hohe sexuelle als auch durch hohe körperliche Missbrauchsraten auf. Das Profil dieser Gruppe zeichnete sich durch besonders große Schwierigkeiten in sämtlichen Bereichen aus. Die Häufigkeiten von PTBS, Alkohol- und Substanzmissbrauch und antisozialer Persönlichkeitsstörung waren hier am höchsten. Personen in Gruppe drei, die emotionalen Missbrauch als schlimmste Erfahrung angegeben hatten, zeigten die niedrigsten Missbrauch-Gesamtraten und wiesen die niedrigsten Raten bezüglich Alkohol- und Substanzmissbrauch und antisozialer Persönlichkeitsstörung auf. Gruppe zwei lag hinsichtlich Prävalenzraten von psychischen Störungen zwischen Gruppe eins und drei. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht nur hinsichtlich der von ihnen als am schlimmsten bewerteten Misshandlungsform, sondern auch hinsichtlich ihres Gesamtausmaßes an erlebtem Missbrauch, sodass nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, auf welchen der beiden Faktoren die gefundenen Unterschiede im psychischen Funktionsniveau zurückgeführt werden können (Fitzpatrick et al., 2010). Auch Lueger-Schuster et al. (2014) untersuchten institutionellen Missbrauch, und zwar in Institutionen der katholischen Kirche in Österreich, und deren Auswirkungen auf das Zurechtkommen der Opfer im Erwachsenenalter. Die meisten gemeldeten Missbrauchsfälle dieser Studie stammen aus der Zeitspanne zwischen den späten 1950er und mittleren 1970er Jahren. Beinahe die Hälfte der befragten Personen in dieser Studie litt unter einer aktuellen PTBS, und bei 84.9% wurde zumindest ein psychopathologisches Symptom gefunden, vor allem in Bezug auf Zwang, paranoide Vorstellungen und zwischenmenschliche Sensibilität.

Den dargestellten Studien gemein ist die Tatsache, dass meist nicht nur eine Form des Missbrauchs, sondern zwei oder mehrere erlebt wurden. Multiple Gewalterfahrungen scheinen mit mehr Problemen im Erwachsenenalter zusammenzuhängen. Die berichteten Missbrauchsfälle blieben häufig extrem lange unentdeckt. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Gesellschaft

„gebunden an kulturelle, ethnische und religiöse Identitäten“ war und deshalb „immer noch eindrucksvoller Widerstand dagegen vorherrscht, die Missbrauchserfahrungen und kontinuierlichen Bedürfnisse [der Opfer] anzuerkennen“ (Wolfe et al., 2006, S. 209).

1.1.2 Major Depression

Die Major Depression (MD) gehört zu den affektiven Störungen. Neben der MD zählen zu diesen außerdem die Dysthymie, die nicht näher bezeichnete depressive Störung sowie bipolare Störungen (Bipolar-I-Störung, Bipolar-II-Störung, zylothyme Störung; Wittchen & Hoyer, 2011). Die empirischen Untersuchungen der vorliegenden Arbeit beschäftigten sich speziell mit der MD und beurteilten das Vorliegen dieser Erkrankung anhand der Diagnosekriterien des DSM-IV, weshalb diese im Folgenden dargestellt werden sollen (American Psychiatric Association, 2000).

Um eine MD zu diagnostizieren, müssen fünf Kriterien (A–E) erfüllt sein. Kriterium A ist erfüllt, wenn mindestens fünf der folgenden Symptome über einen Zeitraum von zwei Wochen an fast allen Tagen nahezu durchgängig aufgetreten sind (mindestens eines der fünf Symptome muss Symptom 1 oder 2 sein):

1. depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages
2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten
3. deutlicher Gewichts-/Appetitverlust oder Gewichtszunahme/Appetitsteigerung
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
5. psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
6. Müdigkeit/Energieverlust
7. Gefühle von Wertlosigkeit und/oder Schuld
8. Konzentrationsschwierigkeiten und/oder Entscheidungsprobleme
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidgedanken, genaue Planung des Suizids oder tatsächlicher Suizidversuch

Weiters muss abgeklärt werden, dass die Symptome nicht die Kriterien einer gemischten Episode erfüllen (Kriterium B). Die Symptome verursachen Leiden oder Einschränkungen in klinisch bedeutsamer Weise (Kriterium C), sind keine direkte physiologische Folge einer Substanz (z.B. Kokainentzug) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hypothyreose; Kriterium D) und sind nicht besser durch einfache Trauer erklärbar (Kriterium E), d.h. die Symptome dauern nach dem

Verlust einer geliebten Person länger als zwei Monate an oder sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Folgende Änderungen vom DSM-IV zum DSM-5 betreffen die MD (American Psychiatric Association, 2015): Im Falle einer chronischen MD wird im DSM-5 die neue Diagnosebezeichnung *Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)* vergeben, unter die auch die im DSM-IV als Dysthymie bezeichnete Störung fällt. Treten bei Episoden von MD gleichzeitig mindestens drei manische Symptome auf, die nicht das Kriterium einer vollen manischen Episode erfüllen, kann dies im DSM-5 durch die Zusatzkodierung „Mit gemischten Merkmalen“ gekennzeichnet werden. Das Kriterium E im DSM-IV (keine reine Trauerreaktion) wird im DSM-5 fallengelassen, mit der Begründung, dass Trauer nach dem Tod einer geliebten Person ein gravierender Stressor ist, der bei entsprechender Vulnerabilität eine Episode einer MD auslösen kann. Auch die im DSM-IV implizit getroffene Aussage, dass eine Trauerreaktion nicht länger als zwei Monate andauere, wurde entfernt, da laut Experten solche Reaktionen häufig länger (bis zu zwei Jahre) andauern.

Das Risiko, irgendwann im Verlauf des Lebens an einer MD zu erkranken, liegt Schätzungen zufolge bei 15% (Lebenszeitprävalenz, Wittchen & Hoyer, 2011). Die 12-Monats-Prävalenz der MD liegt in europäischen Ländern durchschnittlich bei etwa 5.7% (Wittchen et al., 2011). Folgende Variablen wurden als Risikofaktoren mit der Entwicklung einer depressiven Störung in Verbindung gebracht (Wittchen & Hoyer, 2011): Hinsichtlich des Alters wird von einem Anstieg des Risikos von der mittleren Adoleszenz bis zum 65. Lebensjahr ausgegangen. Weibliches Geschlecht sowie ein getrennter/geschiedener oder verwitweter Familienstand gehen mit einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit einer Depression einher, wobei Interaktionen zwischen diesen beiden Variablen gefunden wurden (Paykel et al., 2005; Weissman et al., 1996; beide zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011): Männer sind stärker gefährdet, wenn sie geschieden sind oder getrennt leben, Frauen hingegen, wenn sie verheiratet sind. Zusätzlich stehen ein niedriger sozioökonomischer Status und psychosoziale Belastungsfaktoren mit einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression in Verbindung. Häufige Komorbiditäten von depressiven Störungen sind Angststörungen und körperliche Erkrankungen. Das Mortalitätsrisiko einer MD ist hoch: Etwa 15% der Betroffenen sterben durch Suizid (Wittchen & Hoyer, 2011).

Coyne, Gallo, Klinkman und Calarco (1998) beschäftigten sich in einer Studie mit den langfristigen Auswirkungen der Erfahrung, eine depressive Episode erlebt zu haben. Major Depression ist eine Störung, deren beeinträchtigende Wirkung zusätzlich durch ihren häufig rezidivierenden Charakter verstärkt wird. Nachdem man bereits einmal an einer depressiven Episode gelitten hat, ist das Risiko für weitere depressive Episoden erhöht. Laut der American Psychiatric

Association (2000) erfahren 50%–75% der Personen, die einmal die Diagnose einer Depression erhalten hatten, weitere depressive Episoden innerhalb der nächsten zehn Jahre. Coyne et al. (1998) stellten dar, wie einige Problembereiche auch jenseits der Remission einer depressiven Episode bestehen bleiben können. So sei es gut vorstellbar, dass sich, beispielsweise durch wiederholte negative Reaktionen von FreundInnen und Familienmitgliedern auf verschiedenste Beeinträchtigungen, bei remittierten Personen eine andauernde Angst vor einem Rückfall und dadurch eine übertriebene Wachsamkeit bezüglich wiederauftretender Symptome ausbildet. Damit einhergehend sei es wahrscheinlich, dass remittierte Personen ihr Leben so ausrichten, dass sie Situationen vermeiden, in denen sie erneut damit konfrontiert sein könnten, Erwartungen nicht erfüllen zu können, sei es im beruflichen oder im sozialen Kontext. Solche und andere Auswirkungen einer Depression auf die Art und Weise, wie Menschen in der auf eine depressive Episode folgenden Zeit über sich selbst denken und ihr Leben ausrichten, erfasst der Self-Appraisal Questionnaire (SAQ; Coyne & Calarco, 1995). Er umfasst die folgenden Skalen: *Need to Maintain a Balance in Life*, *Vulnerability to Lack of Energy*, *Fear of Recurrence*, *Fear of Taking Risks*, *Concealment of Symptoms*, *Sense of Being a Burden to Others*, *Relationship Concerns*, *Found Strength in Depression*, *Sense of Stigma*.

Coyne et al. (1998) untersuchten anhand des SAQ vier verschiedene Gruppen: psychiatrisch-depressive PatientInnen mit aktueller MD (P), PatientInnen mit depressiver Verstimmung unterhalb der Kriterien einer MD (D), leidende, aber nicht depressive (L) sowie nicht leidende (N) Personen. Wie von den AutorInnen erwartet, gaben P und D in allen Skalen außer in *Found Strength in Depression* höhere Werte an als L und N. Ein weiteres Ergebnis der Studie war weniger vorhersehbar: Viereinhalb Monate nach der ersten Befragung wurde neben der erneuten Vorgabe des SAQ zusätzlich die Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D; Hamilton, 1960) eingesetzt, die häufig für die Beurteilung einer Remission einer Depression herangezogen wird. Je niedriger der Wert der HAM-D, desto vollständiger ist die Remission (Coyne et al., 1998). Zu diesem zweiten Zeitpunkt hatten P und D niedrigere Werte in der HAM-D als L und N, gleichzeitig jedoch höhere Werte in den Skalen des SAQ, mit Ausnahme von *Found Strength in Depression*. Auch hatten L, die zu einem früheren Zeitpunkt ihres Lebens unter einer Depression gelitten hatten, höhere Werte in den SAQ-Skalen als L, die nie unter einer Depression gelitten hatten. Diese Befunde sprechen dafür, dass ungünstige Denkmuster und vorsichtige Verhaltensweisen wie die Angst vor Rückfällen, Risiken oder davor, anderen zur Last zu fallen und die damit einhergehende Einschränkung sozialer Beziehungen, auch noch zu einem Zeitpunkt aufrechterhalten bleiben, zu dem eine Depression bereits als remittiert beurteilt wurde. Der konsistente Befund, dass bei Personen, die irgendwann in ihrem Leben depressive Episoden erfahren haben, die Werte in der Skala *Found Strength in Depression*

niedrig waren, spricht gegen die These, dass das Überstehen einer depressiven Episode zu mehr Stärke oder einer besseren Lebensperspektive führen könnte (Coyne et al., 1998).

1.1.3 Selbstwert

Bei dem Versuch einer Begriffsdefinition von Selbstwert stößt man in der Literatur auf große Heterogenität. Im Englischen ist der Begriff *self-esteem* vorherrschend und wird recht einheitlich verwendet. Im Deutschen existieren verschiedene Begriffe wie *Selbstwert*, *Selbstwertschätzung*, *Selbstwertgefühl*, *Selbstakzeptanz*, *Selbstbewusstsein*. Shavelson, Hubner und Stanton (1976) definierten den Begriff Selbstkonzept als die Selbstwahrnehmung einer Person, die durch Erfahrungen mit ihrem Umfeld ausgebildet wird und in wechselseitiger Beeinflussung mit ihren Handlungen steht. *Self-concept* und *self-esteem* werden in der Arbeit von Shavelson et al. synonym verwendet. In neueren Beiträgen, die sich mit dem Selbst beschäftigen, wird jedoch meist unterschieden zwischen *Selbstkonzept* als deskriptiver Komponente, die das Selbstbild beschreibt, sowie *Selbstwert* als evaluativer Komponente, die dieses Selbstbild bewertet (Fleming & Courtney, 1984; Schütz, 2003; Schütz & Sellin, 2006). Aufgrund dessen wird fortan der Begriff Selbstwert (SE) verwendet, weil es sich im Kontext der vorliegenden Arbeit bei diesem Konstrukt um Selbstbewertung handelt, die über reine Deskription hinausgeht. Shavelson et al. (1976) nahmen basierend auf empirischen Analysen eine hierarchische Struktur des Selbstwertes an, die in der gekürzten Version nach Schütz und Sellin (2006) in Abbildung 1 dargestellt ist. Es wird von einem allgemeinen Selbstwert ausgegangen, der wie bei der hierarchischen Organisation intellektueller Fähigkeiten (vgl. Spearman, 1927) im Sinne eines Generalfaktors verstanden werden kann. Diesem Generalfaktor untergeordnet sind der akademische SE und der nicht-akademische SE. Letzterer wird weiter unterteilt in sozialen, emotionalen und physischen SE. Bezüglich der Frage, ob eher das allgemeine Selbstkonzept die spezifischen Bereiche beeinflusst oder ob der Einfluss umgekehrt ist, liegen keine eindeutigen Belege vor (Schütz & Sellin, 2006).



Abbildung 1. Hierarchische Organisation des Selbstkonzeptes in Anlehnung an Shavelson, Hubner und Stanton (1976), zitiert nach Schütz und Sellin, 2006.

Viele Fragebögen zur Messung von SE lassen die verschiedenen Facetten von SE außer Acht und erheben ausschließlich den globalen SE. Einer der am häufigsten eingesetzten Fragebögen zur Erfassung von globalem Selbstwert ist die von Rosenberg (1965) entwickelte Self-Esteem-Scale. Dieser Fragebogen misst hauptsächlich den Aspekt der Selbstakzeptanz, dem die emotionale Komponente des Modells von Shavelson et al. (1976) am nächsten kommt (Fleming & Courtney, 1984). Rosenberg (1979) definierte SE als globale positive oder negative Gefühle einer Person gegenüber sich selbst. Da für die empirischen Untersuchungen der vorliegenden Arbeit die multidimensionale Selbstwertskala (MSWS, siehe Abschnitt 3.3.2) von Schütz und Sellin (2006) herangezogen wurde, soll abschließend eine Definition angeführt werden, die Schütz (2003) in ihrer Habilitationsschrift gebrauchte:

[Selbstwert ist] die Bewertung eines Individuums hinsichtlich sich selbst, die üblicherweise aufrechterhalten wird; sie drückt eine Einstellung von Bestätigung oder Missbilligung aus, und weist auf das Ausmaß hin, in dem sich das Individuum als fähig, bedeutend, erfolgreich und wertvoll ansieht. Kurzgefasst ist Selbstwert eine persönliche Beurteilung des [eigenen] Wertes, die sich in Einstellungen äußert, die das Individuum sich selbst gegenüber hat (Coopersmith, 1967, zitiert nach Schütz, 2003, S. 4).

1.1.4 Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (SW) geht auf Bandura (1977) zurück und kann definiert werden als die persönliche Einschätzung, herausfordernde Situationen aufgrund der eigenen Fähigkeiten gut bewältigen zu können. Definitionen von SW sind bei verschiedenen ForscherInnen recht einheitlich. So definierten Chen, Gully, Whiteman und Kilcullen (2000) allgemeine SW als „individuelle Unterschiede in der Tendenz von Menschen, sich selbst als fähig anzusehen, in einer Vielzahl von Situationen aufgabenbezogenen Anforderungen nachzukommen“ (S. 838). Hierbei geht es nicht um Routineaufgaben, sondern um solche, in die man Anstrengungen investieren muss, um sie lösen zu können. Ist bei einer Person die SW, eine Handlung in einer bestimmten Situation erfolgreich ausführen zu können, hoch, und die Konsequenz, die aus dieser Handlung folgt, wird von der betreffenden Person wertgeschätzt, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Person die entsprechende Handlung ausführen wird. Anders als bei Konsequenzerwartungen, die nur die Beziehung zwischen einer Handlung und einer Handlungsfolge betreffen, geht es bei der SW um die Beurteilung der eigenen Kompetenz, Handlungen ausführen bzw. Situationen bewältigen zu können, die mit gewünschten Konsequenzen verbunden sind (Bandura, 1997). Bandura (1977, 1997) benennt vier Quellen, aus denen SW abgeleitet werden kann:

1. Das Erfahren persönlicher Erfolge bzw. Misserfolge
2. Stellvertretende Erfahrungen, die durch das Beobachten anderer Personen gemacht werden
3. Verbale Überredung: Bedeutende andere Personen drücken ihren Glauben an die eigenen Fähigkeiten aus, wenn diese angezweifelt werden
4. Physiologische und affektive Zustände: Beim Bevorstehen einer wichtigen Prüfung könnte beispielsweise durch die Wahrnehmung physiologischer Angstsymptome auf eine niedrige SW geschlossen werden, bzw. durch die Wahrnehmung positiver Erregung auf eine hohe SW

SW stellt eine wichtige Grundbedingung dar, um sowohl allgemein als auch in spezifischen Situationen Herausforderungen annehmen und kompetent mit diesen umgehen zu können. Sie ist eine „wichtige Voraussetzung für hohe Motivation und hohes Leistungsniveau, für psychisches und körperliches Wohlbefinden und für hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit“ (Schwarzer, 2004, S. 13). Für diverse Gesundheitsverhaltensweisen, für Krankheitsbewältigung sowie für förderliche kognitive Prozesse wurden jeweils positive Zusammenhänge mit SW gefunden.

1.1.5 Kontrollüberzeugungen

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung (KÜ; Rotter, 1966) beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person das Gefühl hat, die Ereignisse in ihrem Leben durch eigenes Verhalten und Anstrengungen selbst kontrollieren zu können (internale KÜ), bzw. das Ausmaß, in dem eine Person das Gefühl hat, ihr Leben würde von äußeren Kräften wie Glück, Zufall und mächtigen Anderen bestimmt (externale KÜ). Dem Konstrukt der KÜ von Rotter sehr ähnlich ist die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) bzw. deren Neuformulierung (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Miller & Norman, 1979), die ebenfalls Erklärungsstile vorstellt und dabei zwischen positiven und negativen Ereignissen differenziert: In dieser Theorie wird, wie von Rotter, zwischen internalen vs. externalen Attributionen unterschieden, zusätzlich werden jedoch noch die Dimensionen global vs. spezifisch und stabil vs. instabil miteinbezogen. Günstig für die psychische Gesundheit (vor allem in Bezug auf die Prävention einer Depression) sei ein internaler, globaler und stabiler Erklärungsstil in Bezug auf positive Ereignisse sowie ein externaler, spezifischer und instabiler Erklärungsstil in Bezug auf negative Ereignisse. Eine günstige Attribution nach Erhalt eines positiven Prüfungsergebnisses wäre folglich: „Dieses Ergebnis verdanke ich meiner guten Vorbereitung (internal) – auch bei der nächsten Prüfung werde ich auf meine Fähigkeiten zählen können (stabil), ebenso wie bei der Organisation der Weihnachtsfeier (global)“. Eine günstige Attribution nach Erhalt eines negativen

Prüfungsergebnisses wäre: „Dieses Ergebnis ist meiner Ablenkung durch den Lärm der Baustelle während der Prüfung geschuldet (external). Mein Scheitern bezieht sich nur auf diese eine Prüfung (spezifisch); nächstes Mal wird es wieder besser laufen (instabil)“. In Studien, die sich mit der Kontrollierbarkeit von Ereignissen beschäftigen, wird zwischen den beiden Theorien häufig nicht explizit unterschieden. „Überzeugungen hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit der Ereignisse im Leben einer Person können auf verschiedenste Arten gemessen werden. [...] Welche Methode auch immer verwendet wird, jedes Instrument basiert auf der Pionierarbeit von Julian Rotter (1966)“ (Benassi, Sweeney, & Dufour, 1988, S. 357). Manche Erhebungsinstrumente von KÜ verwenden nicht nur zwei, sondern mehrere Subskalen, wie die IPC-Skalen von Levenson (1972): I steht für *internality*, P für *powerful others*, und C für *chance*. Die äußeren Kräfte, die bei Rotter über die Skala *Externale KÜ* erfasst werden, sind bei Levenson also auf zwei Skalen aufgeteilt.

Bei der Erhebung von KÜ ist eine weitere Unterscheidung zu beachten (siehe Chen, Goddard, & Casper, 2004): Bei einigen Messinstrumenten von KÜ geht es bei dem Konstrukt ausschließlich um die Einschätzung des Ausmaßes der persönlichen Kontrolle. Bei anderen, wie auch bei der Skala von Rotter (1966), wird zusätzlich zu dieser Selbsteinschätzung auch KÜ als eine Art Weltanschauung erhoben. Hierbei geht es nicht darum, ob man sich selbst imstande sieht, Ereignisse in seinem Leben zu kontrollieren, sondern darum, inwieweit man generell der Ansicht ist, dass Menschen die Kontrolle über Ereignisse haben oder ob Ereignisse eher vom Zufall bestimmt werden. Ein Beispielitem für KÜ als Weltanschauung aus Rotters Skala (1966, S. 11) ist: „*People's misfortunes result from the mistakes they make*“. Beim Instrument zur Messung jobbezogener KÜ von Spector (1988, zitiert nach Chen, Goddard et al., 2004, S. 354–355) geht es ausschließlich um KÜ als Weltanschauung (Beispielitem: „*Getting the job you want is mostly a matter of luck*“).

1.2 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

Die Persönlichkeitsmerkmale SE, SW und KÜ sind sehr stark beforschte psychologische Konstrukte. In der Datenbank PsycINFO (Suche am 4. August 2017) findet man zusammengefasst mehr als 53000 Veröffentlichungen, die diese Konstrukte beinhalten (Schlagwort *self-esteem*: 23449, Schlagwort *self-efficacy*: 18922, Schlagwort *locus of control*: 12901 Veröffentlichungen).

Seit etwa zwei Jahrzehnten wird in der einschlägigen Literatur eine Debatte über die Frage der Art und Stärke des Zusammenhangs zwischen diesen drei Konstrukten geführt. Innerhalb dieser Debatte gibt es zwei kontroverse Sichtweisen. Deren Hauptvertreter sind einerseits Timothy Judge und Kollegen, andererseits Gilad Chen und Russell Johnson.

Judge, Locke und Durham (zitiert nach Chen, 2012; Smedema, 2014) stellten 1997 die Theorie der sogenannten „grundlegenden Selbstbewertungen“ (core self-evaluations; in Folge CSE

genannt) auf. Diese können verstanden werden als Grundannahmen, die Individuen über sich selbst und ihr Wirken in der Welt haben (Judge, Erez et al., 1998). Der Theorie nach hängen sämtliche Überzeugungen und Handlungen einer Person von ihren grundlegenden Selbsteinschätzungen ab. Judge und Kollegen postulierten, dass die Persönlichkeitskonstrukte SE, SW, KÜ und emotionale Stabilität (ES) bzw. niedriger Neurotizismus (NE) einen gemeinsamen Kern haben und folglich als Indikatoren eines höhergeordneten Konstrukts, nämlich der CSE, angesehen werden sollten. Um als CSE zu gelten, müssen Konstrukte drei theoretische Kriterien erfüllen (Smedema, 2014): Erstens müssen sie von ihrer Natur her bewertend sein, nicht lediglich beschreibend („Ich bin eine wertvolle Person“ und nicht „Ich lerne schnell“). Zweitens müssen sie grundlegend für das Selbstkonzept einer Person sein, und drittens müssen sie einen breiten Anwendungsbereich haben, d.h. über kontextspezifische Bewertungen, wie zum Beispiel arbeitsbezogenen Selbstwert, hinausgehen. In diesem Zusammenhang ist auf Chen, Goddard et al. (2004) zu verweisen, die veranschaulichten, dass alle CSE-Konstrukte sowohl als allgemeingültige, situationsunabhängige Überzeugungen von sich selbst (Traits) als auch als kontextspezifische Zustandsvariablen gesehen werden können (States). Laut Judge et al. (1997, zitiert nach Smedema, 2014) werden die CSE durch die genetische Ausstattung sowie durch Lebenserfahrungen und Denkprozesse einer Person beeinflusst und geformt. Negative Lebenserfahrungen können zur Entwicklung sowohl funktionaler als auch dysfunktionaler Denkmuster beitragen. Da das Persönlichkeitsmerkmal Emotionale Stabilität bzw. dessen Kehrseite, Neurotizismus, nicht Teil der empirischen Untersuchungen vorliegender Arbeit ist, wird auf Befunde zu speziell dieser Eigenschaft im weiteren Verlauf der Arbeit nicht näher eingegangen.

Die Theorie der CSE wurde meist im Kontext verschiedener arbeitsbezogener Variablen wie Leistung und Zufriedenheit im Beruf untersucht. So konnten Judge, Locke, Durham und Kluger (1998) zeigen, dass sich CSE sowohl direkt als auch indirekt auf die Berufszufriedenheit auswirken. In Studien von Erez und Judge (2001) waren höher ausgeprägte CSE mit höherer Motivation und Leistung bei Aufgaben in einem Laborsetting sowie mit besserem Zielsetzungsverhalten verbunden. Erez und Judge konnten zusätzlich zeigen, dass die vier Variablen SE, SW, KÜ und ES konsistentere Prädiktoren von arbeitsbezogenem Verhalten waren, wenn sie in Form eines einzigen Konstrukts untersucht wurden als in Form isolierter Variablen. Judge und Hurst (2007) fanden in einer Studie, dass CSE im Jugend- und jungen Erwachsenenalter gemeinsam mit dem familiären sozioökonomischen Status und akademischer Leistung das Einkommen in der Mitte des Lebens vorhersagen können und dass hohe CSE die Vorteile aus diesen Faktoren noch verstärken. Anhand von Metaanalysen untersuchten Judge und Bono (2001) die Korrelationen von SE, SW, KÜ und ES mit Zufriedenheit und Leistung im Job und schlossen aus ihren Ergebnissen, dass diese Eigenschaften zu den besten dispositionellen Prädiktoren der genannten Variablen gehören.

Judge, Erez et al. (1998) und Judge, Erez, Bono und Thoresen (2002) beschäftigten sich in mehreren Metaanalysen speziell mit der Art und Stärke des Zusammenhangs zwischen SE, SW, KÜ und ES. Judge, Erez et al. (1998) untersuchten die Zusammenhänge anhand von 12 Stichproben mit insgesamt 15000 Personen. Die (sowohl unkorrigierten als auch von Messfehlern bereinigten) Korrelationskoeffizienten, die sich aus dieser Analyse ergaben, sind in Tabelle 1 dargestellt. Die korrigierten Korrelationskoeffizienten unterzogen die Autoren einer Hauptkomponentenanalyse, deren Ergebnisse in Tabelle 2 dargestellt sind. Aufgrund der Stärke der Korrelationen und der Höhe der Faktorladungen plädierten die Autoren dafür, die vier Variablen SE, SW, KÜ und ES als Erscheinungsformen eines einzigen latenten Konstruktes zu betrachten und sie nicht als voneinander getrennte Variablen zu untersuchen.

Tabelle 1. Korrelationen zwischen den CSE-Variablen

Variable	Selbstwert	Allgemeine Selbstwirksamkeit	Kontrollüberzeugungen	Neurotizismus
Selbstwert	1.00	.70	.44	-.51
Allgemeine Selbstwirksamkeit	.86	1.00	.45	-.45
Kontrollüberzeugungen	.58	.59	1.00	-.36
Neurotizismus	-.62	-.54	-.47	1.00

Anmerkung. Korrelationen unterhalb der Diagonale sind von Mess- und Stichprobenfehlern bereinigt. Die Korrelationen oberhalb der Diagonale sind unkorrigiert.

(vgl. Judge, Erez et al., 1998, S. 172)

Tabelle 2. Hauptkomponentenanalyse der CSE-Variablen.

Variable	Faktor 1: „Core Self-Evaluations“
Selbstwert	.92
Allgemeine Selbstwirksamkeit	.90
Kontrollüberzeugungen	.77
Neurotizismus	-.77
Eigenwert	2.85
Prozentsatz der erklärten Varianz	71.20

Anmerkung. Ergebnisse basieren auf Korrelationen aus Metaanalysen.

(vgl. Judge, Erez et al., 1998)

Judge et al. (2002) kritisierten die Vorgehensweise vieler vorheriger Forschungsarbeiten, die sich mit zwei oder mehr der vier Variablen SE, SW, KÜ und ES als Prädiktoren von Drittvariablen, beispielsweise Stress, beschäftigten, ohne die Beziehung zwischen den Prädiktorvariablen,

beispielsweise zwischen SE und KÜ, zu untersuchen (wie bei Abouserie, 1994, zitiert nach Judge et al., 2002). Die Korrelationskoeffizienten, die sie als Ergebnisse ihrer Metaanalyse erhielten, gleichen denen der Metaanalyse von Judge, Erez et al. (1998): SE – SW: .85, SE – KÜ: .52, SW – KÜ: .56, SE – ES: .64, SW – ES: .62, KÜ – ES: .40. Die Faktorladungen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ähneln ebenfalls denen von Judge, Erez et al. (1998): SE: .93, SW: .77, KÜ: .82, NE: -.63 (Stichprobe 1) bzw. SE: .84, SW: .75, KÜ: .54, NE: -.74 (Stichprobe 2). Neben der Berechnung der Korrelationen und der Untersuchung der Faktorenstruktur der Variablen SE, SW, KÜ und ES hatten die Studien von Judge et al. (2002) das Ziel, die Ergebnisse von Judge, Erez et al. (1998) um Analysen zur konvergenten, diskriminanten und inkrementellen Validität zu erweitern. Dies realisierten die Autoren mittels Multitrait-Multimethod-Analysen sowie mittels Korrelationen mit verwandten (z.B. Big Five Persönlichkeitsmerkmale) und unterschiedlichen (z.B. Stress) Variablen. Die Korrelationen von SE, SW, KÜ und ES sowohl mit den verwandten als auch mit den unterschiedlichen Variablen waren hinsichtlich ihrer Richtung und Stärke sehr ähnlich, weshalb die Autoren von einer niedrigen diskriminanten Validität der vier Konstrukte und damit einhergehend von einem starken gemeinsamen Kern ausgingen. Über sämtliche Kriteriumsvariablen hinweg betrug die inkrementelle Validität jeder einzelnen der vier CSE-Variablen im Durchschnitt 10%–14%. Diese Ergebnisse der Validitätsanalysen nahmen die Autoren als weiteren Anlass, SE, SW, KÜ und ES als Indikatoren eines höhergeordneten Konstrukts anzusehen. Da die bis dahin durchgeführte indirekte Erfassung der CSE, also das Heranziehen vier verschiedener Erhebungsinstrumente, umständlich und unökonomisch war, entwickelten Judge, Erez, Bono und Thoresen (2003) ein direktes Maß für CSE: die Core Self-Evaluations Scale (CSES), ein Fragebogen mit 12 Items. Um die Validität der CSES sicherzustellen, stellten die Autoren mehrere Bedingungen auf und überprüften diese: Die Reliabilität erreichte stets Werte von über .80. Eine eindimensionale Faktorenstruktur erreichte die beste Passung. Korrelationen der CSES mit den vier individuellen Traits SE, SW, KÜ und ES waren stark. Mittelstarke Korrelationen mit ähnlichen Persönlichkeitsmerkmalen und schwache Korrelationen mit ungleichen Merkmalen stellten die konvergente sowie diskriminante Validität sicher. Kriteriumsvalidität konnte gewährleistet werden durch signifikante Korrelationen der CSES mit beruflicher Leistung sowie Berufs- und Lebenszufriedenheit. Bei der Vorhersage dieser Variablen zeigte die CSES zudem inkrementelle Validität über die Big Five Persönlichkeitsmerkmale, was die Nützlichkeit des Instruments belegt. In einer Studie von Stumpp, Muck, Hülshager, Judge und Maier (2010) wurde eine deutschsprachige Version der CSES vorgestellt, die der gleichen Prozedur der Validitätsüberprüfung unterzogen wurde wie die Originalskala von Judge et al. (2003) und dieser ebenfalls standhielt.

Die Theorie der CSE und die Empfehlung, die Eigenschaften SE, SW, KÜ und ES als ein einziges Kernkonstrukt zu verstehen, haben viele Forschungsarbeiten angeregt, in denen sich das CSE-

Konstrukt als sehr guter Prädiktor für Variablen wie Berufs- und Lebenszufriedenheit, berufsbezogene Leistung und Höhe des Einkommens erwiesen hat, der mehr Varianz erklären kann als bei der Untersuchung der CSE-Merkmale als isolierte Prädiktoren. Dieses neue Forschungsfeld um die Theorie der CSE hat jedoch auch erhebliche Kritik erfahren, und es wurden einige Studien veröffentlicht, die gegen die CSE in ihrer dargestellten Form sprechen. Diese der CSE-Theorie gegenüber kritisch eingestellte Sichtweise wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

Chen, Gully und Eden (2004) untersuchten theoretische und funktionale Unterschiede zwischen SE und SW. Sie stellten dar, dass sich SW mehr auf die subjektive Einschätzung beziehe, verschiedenste Aufgaben bewältigen zu können, während es bei SE mehr darum gehe, ob man sich selbst mag. „Unabhängig von Überzeugungen bezüglich ihrer Fähigkeiten, Kompetenzen und anderen Eigenschaften sind Personen mit hohem Selbstwert allgemein zufrieden mit sich, während Personen mit niedrigem Selbstwert dazu tendieren, unzufrieden mit sich zu sein, auch wenn sie sich selbst als äußerst wirksam [*efficacious*] empfinden“ (S. 376). Eine sehr ähnliche Argumentation ist auch bei Bandura (1997, S. 11) zu finden. Laut Chen, Gully et al. handelt es sich bei der SW mehr um eine „motivationale Überzeugung [...] bezüglich aufgabenbezogener Fähigkeiten, während SE mehr eine affektive Beurteilung (oder ein Gefühl) hinsichtlich des Selbst erfasst“ (S. 376). Sie konnten zeigen, dass SW stärker mit motivationalen Traits (wie Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrung) und motivationalen States (wie Prüfungs-SW) zusammenhängt als SE; und dass SE stärker mit affektiven Traits (wie emotionale Stabilität) und affektiven States (wie Zustandsangst) zusammenhängt als SW. Demnach seien die Konsequenzen aus der Beurteilung seiner eigenen Fähigkeiten andere als die, die daraus resultierten, wie man für sich selbst fühlt. Johnson, Rosen, Chang und Lin (2015) beschäftigten sich mit der Rolle von KÜ innerhalb des Konstrukts der CSE. In den Metaanalysen von Judge, Erez et al. (1998) und Judge et al. (2002) wiesen KÜ meist niedrigere Ladungen auf dem höhergeordneten CSE-Faktor auf als SE und SW. Zudem sind KÜ, wie bereits in Abschnitt 1.1.5 dargestellt wurde, nicht nur Einschätzungen des Ausmaßes der persönlichen Kontrolle, sondern erfassen ebenfalls eine Art von Weltanschauung. Laut Johnson et al. (2015) haben KÜ nicht dieselbe selbstbewertende Natur wie SE und SW, sondern seien vielmehr Vorstellungen von der Kontrollierbarkeit des Umfelds und externer Belohnungen. Überdies führten die Autoren an, eine hohe interne KÜ habe nicht dieselbe Tragweite wie hoher Selbstwert:

Hoher Selbstwert ist vorteilhaft, weil es für die meisten Menschen wünschenswert ist, hohen Selbstwert zu haben. Ob eine interne KÜ wünschenswert ist, hängt jedoch von den Konsequenzen ab, die das Umfeld liefert. Negative Konsequenzen in einem kontrollierbaren Umfeld zu erfahren, ist nachteilig für Selbstbewertungen, genauso wie es nicht

notwendigerweise günstig ist, positive Konsequenzen in einem unkontrollierbaren Umfeld zu erfahren (Johnson et al., 2015, S. 1569).

Hinsichtlich der Frage, auf welche Weise sich Selbst- und Umfeldbewertungen gemeinsam auf Variablen wie Berufs- und Lebenszufriedenheit auswirken, vermuteten Johnson et al. einen anderen Mechanismus als Judge, Erez et al. (1998). Letztere nahmen an, dass Selbstbewertungen die Basis für die Bewertungen des Umfelds darstellen; Johnson et al. (2015) hingegen vermuteten, dass die Bewertungen des Umfelds sich auf die Selbstbewertungen auswirken. Ihre Ergebnisse zeigten erstens, dass die Modellpassung für das CSE-Konstrukt besser war, wenn KÜ aus dem Konstrukt ausgeschlossen wurde, als wenn es inkludiert war. Die Ladung von KÜ auf dem CSE-Faktor war .29, was eine gemeinsame Varianz von 8% bedeutet und nur einem Drittel der Höhe der Ladungen von SE (.91), SW (.90) und ES (.77) entsprach. Zweitens moderierten KÜ die Zusammenhänge von CSE mit Berufs- und Lebenszufriedenheit. Um diesen letzten Befund noch besser zu beleuchten, führten Johnson, Rosen, Chang und Lin (2016) eine Studie durch, der die Hypothese zugrunde lag, dass Arbeitsumgebungen, die als stärker kontrollierbar empfunden werden, die Ausprägungen von KÜ beeinflussen sollten, jedoch nicht die Ausprägungen von SE, SW und ES. Die TeilnehmerInnen wurden zufällig einer von drei Experimentalbedingungen zugeteilt: In der ersten wurden sie vor dem Ausfüllen der Fragebögen zur Erfassung von SE, SW, KÜ und ES gebeten, darüber nachzudenken, inwiefern ihr Arbeitsumfeld ihnen Kontrolle ermöglicht, sowie spezifische Beispiele hierfür aufzuschreiben. In der zweiten Bedingung sollten die TeilnehmerInnen darüber nachdenken und Beispiele nennen, inwiefern ihr Arbeitsumfeld ihre eigenen Kontrollmöglichkeiten verhindert. Die Wirksamkeit der Manipulation in diesen beiden Bedingungen wurde jeweils durch Manipulation-Check-Items überprüft und sichergestellt. In der dritten, neutralen Bedingung, wurden keine Instruktionen gegeben, die das Arbeitsumfeld betrafen, sondern lediglich die Fragebögen vorgegeben. Wie vermutet, unterschieden sich die Mittelwerte in SE, SW und ES über die drei Gruppen hinweg nicht signifikant, in KÜ jedoch schon. TeilnehmerInnen der ersten Bedingung gaben höhere Werte in der internalen KÜ an als diejenigen der zweiten und dritten Bedingung. TeilnehmerInnen der zweiten Bedingung gaben niedrigere Werte in der internalen KÜ an als diejenigen der dritten Bedingung. Diese Ergebnisse implizieren, dass KÜ im Gegensatz zu SE und SW von der Einschätzung der Kontrollierbarkeit der Umwelt abhängen und KÜ folglich keine austauschbare Variable ist (Johnson et al., 2016). Dieselben Kritikpunkte an der Inklusion von KÜ in das Konstrukt der CSE wie Johnson et al. (2015, 2016) äußerten auch Chen, Goddard et al. (2004). Sie beschäftigten sich ebenso wie viele Studien von Judge und Kollegen mit den Zusammenhängen von Selbstbewertungen und arbeitsbezogenen Variablen. Allerdings bezogen sie aufgrund besagter Kritik nur SE und SW als Komponenten von CSE ein. Anhand mehrerer komplexer Mediations- und Moderationsanalysen konnten sie zeigen, wie sich allgemeine und arbeitsbezogene

Selbstbewertungen sowie allgemeine und arbeitsbezogene Kontrollüberzeugungen gegenseitig beeinflussen und mit Arbeitseinstellungen zusammenhängen. Mit dem Untersuchen von SE, SW und KÜ in Form einer zusammengefassten Variablen wäre das Verstehen der genauen Wirkweise dieser wechselseitigen Einflüsse nicht möglich gewesen (Chen, Goddard et al., 2004). In einem Review unterzog Chen (2012) die Theorie der CSE einer kritischen Begutachtung, für deren Basis er drei Fragen aufstellte: Erstens, auf welcher Grundlage sollten SE, SW, KÜ und ES zu einem einzigen CSE-Konstrukt zusammengeschlossen werden? Zweitens, gibt es Gründe, diese vier Konstrukte nicht zu einem einzigen zusammenzuschließen? Und drittens, warum sollten andere Konstrukte nicht mit eingeschlossen werden? Obwohl die vier Konstrukte SE, SW, KÜ und ES laut Judge und Kollegen ihre theoretischen Einschlusskriterien erfüllen und es empirische Belege, hauptsächlich in Form von Metaanalysen, sowohl für den Zusammenhang der einzelnen Konstrukte untereinander als auch für deren ähnliche Beziehung zu Auswirkungen wie der berufsbezogenen Leistung und Zufriedenheit gebe, führte Chen mehrere Punkte an, die seiner Meinung nach gegen das Zusammenschließen zu einem Konstrukt höherer Ordnung sprechen: Der erste betrifft die Schwierigkeit, mit Sicherheit nachzuweisen, dass die drei theoretischen Einschlusskriterien erfüllt sind. So führt er mehrere Studien an, die die Konstrukte nicht in ihrer breit angelegten Version untersuchten, sondern als situationsspezifische Selbstbewertungen (z.B. Chen, Goddard et al., 2004). Der zweite Kritikpunkt betrifft die Tatsache, dass die Korrelationen zwischen den vier Konstrukten nicht gleich hoch sind, sondern SE und SW stets höher miteinander korrelieren als beispielsweise SE und KÜ (Judge, Erez et al., 1998; Judge et al., 2002). Trotz der starken positiven Korrelation zwischen SE und SW wurde in anderen Studien die Eigenständigkeit der beiden Variablen aufgezeigt (s. Chen, Gully et al., 2004). Des Weiteren sind die Befunde bezüglich der Zusammenhänge von CSE-Variablen mit Variablen wie Berufszufriedenheit nicht einheitlich. So korrelierten etwa KÜ in den Analysen von Judge und Bono (2001) am zweitstärksten mit Berufszufriedenheit, in den Untersuchungen von Judge et al. (2002) am niedrigsten. Chen (2012) stellte ebenfalls die Frage auf, weshalb andere Konstrukte nicht in das CSE-Kernkonstrukt mit eingeschlossen werden sollten. An dieser Stelle führte er ein überzeugendes Argument an, das die Interpretation der Höhe von Koeffizienten betrifft:

Die durchschnittliche (von Messfehlern unbereinigte) Korrelation zwischen SW und [dem Big Five Merkmal] Gewissenhaftigkeit in den Studien von Judge et al. (2002) war .43, was tatsächlich mehr ist als die durchschnittliche (von Messfehlern bereinigte) Korrelation von .40 zwischen KÜ und ES, die in derselben Studie berichtet wurde (Chen, 2012, S. 156).

Daraus ergibt sich die Frage, ob das CSE-Konstrukt eventuell noch höhere Validität hätte, wenn andere ähnliche Variablen wie etwa Gewissenhaftigkeit und positiver Affekt mit einbezogen würden. Chen (2012) regte abschließend an, die theoretischen Einschlusskriterien von CSE-Variablen zu

spezifizieren, überzeugendere Belege für ihre konvergente und diskriminante Validität zu liefern sowie Kriterien aufzustellen, nach denen ForscherInnen entscheiden können, ob für ihr Forschungsvorhaben die Untersuchung von CSE-Variablen in Isolation oder in Kombination besser geeignet ist. Chen legte nahe, dass für die Vorhersage von umfassenden Größen wie Berufseinstellungen die Kombination der Variablen vermutlich besser geeignet sei. Die Untersuchung isolierter Variablen sei wahrscheinlich angemessener für das Aufklären von feinen Unterschieden in theoretischen Mechanismen. Diese zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen ähneln Cronbachs (1956) Kategorisierung von PsychologInnen in „Lumper“ oder „Splitter“. Lumper bezeichnen ForscherInnen, die mehr Wert auf Gemeinsamkeiten legen und mehrere Konstrukte als Varianten oder Indikatoren einer übergeordneten Größe sehen. Der Fokus von Splittern hingegen liegt mehr darauf, die feinen Unterschiede zwischen Konstrukten aufzuzeigen und bei nicht genügender Entsprechung lieber eine neue Kategorie zu erschaffen. Demnach lässt sich der Ansatz von Judge und Kollegen in die Kategorie der Lumper, der von Chen, Johnson etc. in die der Splitter einordnen.

1.3 Kindesmissbrauch und Major Depression im Erwachsenenalter

Untersuchungen zu allgemeinen negativen Erfahrungen sowie speziell zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit beschäftigen sich häufig mit Folgen solcher Erfahrungen für die psychische Gesundheit (Lueger-Schuster et al., 2014; Mc Elroy & Hevey, 2014). Mehrfach wurde in diesem Zusammenhang belegt, dass Missbrauchserfahrungen in der Kindheit einen Risikofaktor für die spätere Entwicklung von Depressionen im Erwachsenenalter darstellen (Chapman et al., 2004; Pietrek, Elbert, Weierstall, Müller, & Rockstroh, 2013; Wingenfeld et al., 2011).

Chapman et al. (2004) untersuchten in diesem Kontext den Zusammenhang mehrerer negativer Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences; im Folgenden ACEs genannt) mit dem Risiko für Lebenszeit- bzw. für aktuelle MD-Diagnosen. Zu den untersuchten ACEs gehörten unter anderem emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch und sexueller Missbrauch. Es wurden sowohl die Effekte der einzelnen ACEs als auch ihre kumulativen Effekte berechnet. Als größter Risikofaktor für beide Geschlechter (berechnet anhand von Odds Ratios) sowohl für frühere als auch für kürzlich diagnostizierte MD-Episoden stellte sich emotionaler Missbrauch heraus. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass das Risiko für depressive Episoden mit der Anzahl an erlebten ACEs kontinuierlich anstieg. Dieser kumulative Effekt soll anhand von Häufigkeiten der Lebenszeitdiagnosen einer MD bei Frauen verdeutlicht werden: 18.5% der Frauen, die keine der erhobenen ACEs erlebt hatten, hatten irgendwann in ihrem Leben unter einer MD gelitten, bei einer erlebten ACE waren es bereits 25.8%, bei zwei ACEs 32.7%, bei drei ACEs 44.7%, bei vier ACEs 47.5% und bei fünf oder mehr erlebten ACEs 61.0% der Frauen. Das Erleben mehrerer negativer

Kindheitserfahrungen erhöht demnach die Vulnerabilität für Depressionen im Erwachsenenalter. Wingenfeld et al. (2011) untersuchten, wie sich Kindheitstraumata, Traumata im Erwachsenenalter sowie Alltagsstress auf die Psychopathologie bei Personen mit einer MD oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auswirken. Die Faktoren, die sich signifikant auf MD auswirkten, waren sexueller Missbrauch sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter, emotionaler Kindesmissbrauch, Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter sowie die folgenden Stressoren, die in dem Jahr vor der Studie wahrgenommen wurden: soziale Schwierigkeiten, Sorgen und stressreiche Erinnerungen. Kindheitstraumata sowie alltägliche Stressoren hatten jeweils inkrementelle Validität bei der Vorhersage depressiver Symptomatik.

1.4 Der Zusammenhang von Major Depression mit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

1.4.1 Major Depression und Selbstwert

Ein erniedrigtes Selbstwertgefühl gehört zu den Symptomen einer Major Depression (American Psychiatric Association, 2000), und der negative Zusammenhang zwischen Selbstwert und Depressionssymptomatik wurde bereits mannigfach belegt (u.a. Goodman, Cooley, Sewell, & Leavitt, 1994; Hammond & Romney, 1995). Neuere Forschung beschäftigt sich in Longitudinalstudien mit dem Versuch, die Wirkrichtung dieses Zusammenhangs zu untersuchen. Zwei vorherrschende Modelle repräsentieren die beiden möglichen Richtungen: Das Vulnerabilitätsmodell stellt die Theorie auf, dass niedriges Selbstwertgefühl einen Risikofaktor für die Entwicklung einer MD darstellt. Niedriger Selbstwert sei also nicht nur ein Symptom einer Depression, sondern könne vielmehr als kausaler Faktor bei der Entstehung dieser Störung wirken (Beck, 1967). Das „Narbenmodell“ (*scar model*) hingegen besagt, dass das Selbstwertgefühl als eine Folge der Depression erniedrigt ist, dass MD also sozusagen eine Narbe im Selbstwert hinterlässt. Das Narbenmodell wurde von Lewinsohn et al. (1981) erstmals in einer Studie vorgestellt, in der drei Hypothesen gegeneinander getestet wurden: Es wurde untersucht, ob die für eine Depression typischen negativ verzerrten Kognitionen eine depressive Episode vorhersagen (Vulnerabilitätsmodell), als Folge von ihnen auftreten (Narbenmodell) oder ob sie die Episode schlicht begleiten. Weder die Ergebnisse bezüglich des Vulnerabilitäts- noch des Narbenmodells waren statistisch signifikant; lediglich die Hypothese über die veränderten Kognitionen als Begleiterscheinung einer Depression konnte belegt werden. Die von Lewinsohn et al. (1981) unbestätigten Modelle wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder untersucht, beispielsweise in einer Longitudinalstudie von Orth, Robins und Roberts (2008): Die Autoren erhoben MD und SE

jeweils zu vier Zeitpunkten. Ihre Regressionsanalysen zeigten, dass niedriger SE spätere Depressionssymptome vorhersagen konnte, Depressionssymptome waren jedoch kein Prädiktor für spätere Unterschiede im SE. Dieselben Ergebnisse erhielten Rieger, Göllner, Trautwein und Roberts (2016), die eine Replikation der Studie von Orth et al. (2008) durchführten. Die Befunde einer Metaanalyse über 77 Studien von Sowislo und Orth (2013) sprechen ebenfalls für das Vulnerabilitätsmodell: Der Effekt von SE auf MD war signifikant stärker als der Effekt von MD auf SE. Letzterer war jedoch auch signifikant.

Eine Studie von van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu und Nauta (2014) beschäftigte sich ebenfalls mit der Richtung des Zusammenhangs zwischen Selbstwert und Depression. Im Gegensatz zu Sowislo und Orth (2013) unterstützen ihre Ergebnisse ausschließlich das Vulnerabilitätsmodell; Befunde zum Narbenmodell waren nicht signifikant. Risch et al. (2010) beschäftigten sich mit der Frage, ob die wiederholten Erfahrungen erniedrigten Selbstwerts während eines rezidivierenden Verlaufs einer Major Depression dazu führen könnten, dass der Selbstwert einer Person chronisch geschädigt wird und ihr niedriges Selbstwertgefühl auch jenseits einer Remission bestehen bleibt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Selbstwert von remittierten depressiven PatientInnen, die drei oder mehr depressive Episoden erfahren haben, signifikant niedriger ist als der von remittierten depressiven Patienten, die weniger als drei depressive Episoden erfahren haben. Dieser Befund verleitet zu der Annahme, dass das Narbenmodell eventuell erst nach mehreren (mindestens drei) erlebten depressiven Episoden greift und sich der Selbstwert bei bis zu drei erlebten Episoden wieder erholt. Zusammengefasst sprechen die aufgeführten Studien dafür, dass niedriges Selbstwertgefühl sowohl Risikofaktor als auch Folge einer Depression sein kann, sodass eine Art Abwärtsspirale angenommen werden kann, in der sich depressive Symptomatik und Selbstwert gegenseitig negativ beeinflussen. Somit scheinen das Vulnerabilitätsmodell und das Narbenmodell gleichzeitig existieren zu können und schließen sich gegenseitig nicht aus (vgl. Sowislo & Orth, 2013; Van Tuijl et al., 2014).

1.4.2 Major Depression und Selbstwirksamkeit

Bandura (1977, zitiert nach Davis & Yates, 1982) legte in seiner Theorie der SW im Zusammenhang mit Depression mögliche Entstehungswege für negativen Affekt dar, der sich in weiterer Folge zu einer Depression ausbilden kann. Nach Bandura entsteht dieser negative Affekt dann, wenn eine Person die Erwartung hat, dass eine bestimmte Handlung zu einem erwünschten Ergebnis führt, sich jedoch nicht in der Lage sieht, diese Handlung auszuführen – wenn also Konsequenzerwartungen vorliegen, aber die zum Ausführen der Handlung und damit zum Erreichen dieser Konsequenz erforderliche SW niedrig ist. Der so entstandene negative Affekt führt in weiterer Folge zu einer Depression, wenn weitere Bedingungen erfüllt sind: Die Person muss das gewünschte Ergebnis stark wertschätzen, das Ergebnis muss aus Sicht der Person ausschließlich durch die nicht

ausführbare Handlung zu erreichen sein, und die geringe SW in Bezug auf diese Handlung muss von der Person auf weitere Verhaltensweisen generalisiert werden. Die Ergebnisse einer Studie von Davis und Yates (1982) belegten diese Theorie. Eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung scheint folglich mit Depression zusammenzuhängen. Wie die Mechanismen gegenseitiger Beeinflussung von SW und Depression aussehen könnten, findet sich in einer detaillierten Darstellung von Bandura (1997). Dort stellt er dar, dass ein wichtiger Faktor für die Entstehung einer Depression negativ verzerrte Kognitionen hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Selbstregulationsfähigkeiten sind. Dazu zählt er das Überwachen der persönlichen Erfolge und Misserfolge, die Beurteilung der eigenen Leistung angesichts selbstauferlegter Standards sowie die individuellen affektiven Reaktionen auf vollbrachte Leistungen. Für Depressionen anfällige Personen halten sich bei ihrer Selbstüberwachung an Misserfolgen auf, anstatt Erfolge zu würdigen. Auf welche Weise das Erzielen einer Leistung erklärt wird, wird durch SW beeinflusst: Personen mit hoher SW sehen Erfolge als Indikatoren ihrer eigenen Fähigkeiten an und schreiben Misserfolge externalen Hinderungsgründen zu. Personen mit niedriger SW nehmen Misserfolge allzu bereitwillig als Beweise für ihre persönliche Unzulänglichkeit an und schreiben Erfolge eher der günstigen Situation zu. Diese zwei Erklärungsstile sind auch typisch für die Unterscheidung von depressiven versus nicht depressiven Individuen (vgl. Abramson et al., 1978): Depressive schreiben oft Misserfolge sich selbst, Erfolge externalen Faktoren zu, Personen ohne Depression umgekehrt. Ein weiterer möglicher Entstehungsweg einer Depression, bei dem Kognitionen mit SW interagieren, ist die wahrgenommene SW bezüglich des Erreichens selbstauferlegter Erwartungen. Depressive Personen setzen sich üblicherweise Standards, die höher sind als die wahrgenommene SW, diese Standards zu erreichen. Anders gesagt erhöht die Kombination aus hohen Erwartungen an sich selbst und einer niedrigen SW die Vulnerabilität für eine Depression (vgl. Davis & Yates, 1982). Eine weitere Art der gegenseitigen Beeinflussung von SW und Kognitionen im Zusammenhang mit Depression zeigt sich in der „Ausübung von Kontrolle über depressive Gedanken selbst“ (Bandura, 1997, S. 157): Für Depressionen hoch anfällige Personen zeichnen sich dadurch aus, dass sie große Schwierigkeiten dabei haben, sich von negativen Gedanken zu befreien und mit dem Grübeln aufzuhören. Kavanagh und Wilson (1989, zitiert nach Bandura, 1997) konnten zeigen, dass Depressionen umso stärker ausgeprägt waren, je niedriger die eigene SW hinsichtlich der Regulation von grübelnden Gedanken wahrgenommen wurde. Einen zusätzlichen Effekt von SW auf Depression erklärt Bandura durch den Einfluss der allgemeinen SW auf die soziale SW. Soziale Beziehungen können negative Auswirkungen von Stress abdämpfen und dadurch die Vulnerabilität für Depressionen verringern. Untersuchungen genauer Wirkmechanismen lassen vermuten, dass es hauptsächlich die subjektiv wahrgenommene SW ist, über die sich soziale Kompetenzen einerseits, Stressoren des Umfelds andererseits auf Depressionen auswirken. „Soziale Unterstützung ist keine sich selbst formierende Einheit, die darauf wartet, Stressoren von geplagten

Menschen abzdämpfen. Vielmehr müssen Menschen hinausgehen und unterstützende Beziehungen finden oder für sich selbst erschaffen“ (Bandura, 1997, S. 158–159). Folglich hängt SW laut Bandura nicht nur direkt mit Depressionen zusammen, sondern auch indirekt, über den selbstwirksamen Ausbau sozialer Unterstützung, die wiederum präventiv gegen Depressionen wirkt.

In einer Longitudinalstudie von Pjanic et al. (2014) wurde untersucht, auf welche Weise Ressourcen wie SW und soziale Unterstützung auf die Beziehung zwischen chronischen Schmerzen und Depression einwirken. Erhebungszeitpunkte waren drei Monate nach der Verletzung durch einen Unfall sowie ein Jahr nach dieser Verletzung. SW als Hauptfaktor konnte Depression zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht signifikant vorhersagen, moderierte allerdings den Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression so, dass Schmerz in Kombination mit niedriger SW sich stärker auf eine Depression auswirkte als in Kombination mit hoher SW. Soziale Unterstützung moderierte den Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression nicht.

1.4.3 Major Depression und Kontrollüberzeugungen

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen MD und KÜ nach Rotter (1966) finden sich eindeutige Belege für eine Assoziation zwischen externaler KÜ und dem Vorhandensein einer Depression (Benassi et al., 1988; Chung, Preveza, Papandreou, & Prevezas, 2006; Macleod & Macleod, 1998). Die anhand einer Metaanalyse berechnete durchschnittliche Höhe der Korrelation zwischen Depression und externaler KÜ betrug $r=.31$ (Benassi et al., 1988). Die Neuformulierung der Theorie der erlernten Hilflosigkeit wurde in einer Studie von Raps, Peterson, Reinhard, Abramson, und Seligman (1982) empirisch getestet. Abgeleitet von der Theorie vermuteten die AutorInnen, dass depressive PatientInnen negative Ereignisse internalen, globalen und stabilen Faktoren zuschreiben würden sowie, zu einem etwas niedrigeren Ausmaß, positive Ereignisse externalen, spezifischen und instabilen Faktoren. Um die Annahme zu überprüfen, ob dieser Erklärungsstil speziell bei depressiven PatientInnen vorzufinden ist oder auch bei PatientInnen mit anderen psychischen Erkrankungen, verglichen Raps et al. sie mit medizinisch-chirurgischen und schizophrenen PatientInnen. Ihre Hypothesen wurden belegt und lieferten somit empirische Befunde für den pessimistischen Attributionsstil depressiv erkrankter Personen. In einer 15-jährigen Longitudinalstudie von Harrow et al. (2009) wurden KÜ im Zusammenhang mit schwer beeinträchtigten psychiatrischen PatientInnen untersucht, die an Schizophrenie, anderen psychotischen Störungen oder Depression litten. Externale KÜ hingen signifikant mit Depression zusammen. Je mehr die KÜ external ausgeprägt waren, desto niedriger war das allgemeine Funktionsniveau der PatientInnen. Eine höhere internale KÜ war mit einer vermehrten Besserung der Symptome verbunden. Da KÜ nur zu einem von fünf Zeitpunkten erhoben wurden, konnte die Frage der Einflussrichtung zwischen KÜ und MD nicht beantwortet werden. Harrow et al. diskutierten, dass das für depressive Episoden typische Gefühl, zum Scheitern

verurteilt zu sein, unabhängig davon, wieviel Mühe in etwas investiert wird, zu der Ausprägung einer hohen externalen KÜ führen könnte. Gleichzeitig könnten Personen mit einer hohen externalen KÜ durch ihr Gefühl der Machtlosigkeit, das eigene Schicksal beeinflussen zu können, besonders vulnerabel für die Entwicklung einer Depression sein. Diese Frage der Wirkrichtung ähnelt stark der in Abschnitt 1.4.1 (Major Depression und Selbstwert) dargestellten Diskussion über die Gültigkeit von Vulnerabilitäts- vs. Narbenmodellen. In der Theorie der sogenannten „Hoffnungslosigkeitsdepression“ (hopelessness depression) von Abramson et al. (1989) wird postuliert, dass allgegenwärtige Hoffnungslosigkeit einen ausreichenden kausalen Faktor einer Depression darstellt. Hoffnungslosigkeit entsteht laut der Theorie durch globale, stabile Erklärungsstile für negative Ereignisse, die der betreffenden Person sehr wichtig sind. Die Dimension internal vs. external wurde aus der Theorie mit der Begründung ausgeschlossen, dass internale Attributionen für negative Ereignisse per se nicht notwendigerweise ungünstig sein müssen: „Scheitern mangelnder Anstrengung zuzuschreiben führt [sogar] zu vermehrten Anstrengungen“ (Abramson et al., 1989, S. 363). Es scheint jedoch fraglich, ob internale Attributionen ausschließlich mangelnde Anstrengung betreffen. Durchaus negative Konsequenzen können internale Attributionen für negative Ereignisse vermutlich dann haben, wenn sie Gedanken wie „Ich scheitere, weil ich grundsätzlich schlecht und wertlos bin“ beinhalten – wenn Ereignisse eben internal, global und stabil erklärt werden, wie in der Theorie von Abramson et al. (1978) dargestellt. In den Metaanalysen von Benassi et al. (1988) wurden Studien, die unterschiedliche Skalen für positive und negative Ereignisse verwendeten, in einer eigenen Analyse untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse stützen die Assoziation von Depression und externaler KÜ hinsichtlich positiver Ereignisse, nicht jedoch den Zusammenhang von Depression mit internaler KÜ hinsichtlich negativer Ereignisse. Auch hier konnten also keine Belege für die Annahme, dass internale Attributionen für negative Ereignisse zum depressiven Erklärungsstil gehören, gefunden werden. Empirische Belege für Hoffnungslosigkeit bzw. Art des Erklärungsstils als Prädiktor von Depression lassen sich in zwei Longitudinalstudien finden: In einer Untersuchung von Rholes et al. (1985) gab es zwei Erhebungszeitpunkte mit einem Abstand von fünf Wochen. Hoffnungslosigkeit zu Zeitpunkt eins war ein signifikanter Prädiktor von Depression zu Zeitpunkt zwei, und zwar über die Vorhersagekraft von Depression zu Zeitpunkt eins hinaus. Riskind, Rholes, Brannon und Burdick (1987) vermuteten, dass es weitere Faktoren gibt, die beeinflussen, ob ein ungünstiger Erklärungsstil eine Person anfällig für eine Depression macht. In ihrer Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten im Abstand von sechs Wochen untersuchten sie als Beispiele solcher Faktoren die Negativität zukunftsbezogener Erwartungen sowie das Ausgangslevel depressiver Symptomatik (zum ersten Erhebungszeitpunkt). Die AutorInnen stellten dar, dass die Neuformulierung der Theorie der erlernten Hilflosigkeit eine Übereinstimmung zwischen Erklärungsstil und zukunftsbezogenen Erwartungen impliziere. Sie schätzten jedoch, dass solche Erwartungen auch von vielen weiteren

Faktoren wie etwa sozialen Vergleichen beeinflusst werden. So könne eine Person mit ungünstigem Erklärungsstil beispielsweise aufgrund starker familiärer Unterstützung trotzdem positive Erwartungen an zumindest einige zukünftige Ereignisse haben, oder umgekehrt. Sie stellten die Hypothese auf, dass die Vorhersagekraft des Erklärungsstils hinsichtlich späterer Depression vom Ausmaß der Übereinstimmung zwischen Erklärungsstil und Erwartungen abhängen würde, mit einer Verbindung aus depressivem Erklärungsstil (internale, globale und stabile Erklärungen für negative Ereignisse) und negativen Erwartungen als ungünstigster Kombination. Sie erwarteten, dass positive Erwartungen die Folgen eines negativen Erklärungsstils würden abdämpfen können. Zusätzlich vermuteten sie, dass negative Erwartungen eine Person mit allzu optimistischem Erklärungsstil vor enttäuschten Hoffnungen würden bewahren können. Negative Erwartungen könnten einen laut ihrer Hypothese also einerseits, bei günstigem Erklärungsstil, vor Enttäuschungen bewahren, andererseits, bei ungünstigem Erklärungsstil, Depressionen verursachen. Einen vergleichbaren Interaktionseffekt hinsichtlich der Vorhersage späterer Depression vermuteten Riskind et al. zwischen dem Ausgangslevel depressiver Symptomatik und Erklärungsstil. Die Ergebnisse zeigten, dass die Interaktion zwischen Erklärungsstil und Erwartungen 11.5% an zusätzlicher Varianz im Level depressiver Symptomatik zum zweiten Zeitpunkt vorhersagen konnte, über die Erklärungskraft vom Ausgangslevel depressiver Symptomatik und Erklärungsstil als signifikante Haupteffekte hinaus. Stark negative Erwartungen bezüglich zukünftiger Ereignisse in Verbindung mit depressivem Erklärungsstil sagten vermehrte depressive Symptomatik vorher, in Verbindung mit einem neutralen Erklärungsstil hingen sie mit depressiver Symptomatik nicht zusammen, und in Verbindung mit einem günstigen Erklärungsstil waren sie mit weniger depressiver Symptomatik verbunden. Die Interaktion zwischen dem Ausgangslevel depressiver Symptomatik und Erklärungsstil zeigte dasselbe Muster und konnte ebenfalls 11% an über die Haupteffekte hinausgehender Varianz erklären. Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse von Riskind et al. (1987) wie auch die von Rholes et al. (1985) dagegen, dass negative Kognitionen, Zukunftserwartungen oder ungünstige Erklärungsstile Folgen oder bloße Begleiterscheinungen von depressiven Episoden sind (im Sinne eines Narbenmodells). Vielmehr scheinen sie eine kausale Rolle bei der Entstehung von Depressionen zu spielen. Nichtsdestotrotz machen die Ergebnisse von Riskind et al. (1987) deutlich, dass es nicht ein ungünstiger Erklärungsstil allein ist, der Individuen vulnerabel für Depressionen macht, sondern dass deren psychische Ausgangsbedingungen, zukunftsbezogene Erwartungen und vermutlich viele weitere Faktoren in diesen Zusammenhang mit hineinspielen und für individuelle Unterschiede in der Vulnerabilität für bzw. Resilienz gegen depressive Episoden verantwortlich sind.

1.4.4 Major Depression und alle drei Konstrukte

Im folgenden Abschnitt werden Befunde von Studien dargestellt, die sich mit dem Zusammenhang von Depression mit mehr als einem der drei Konstrukte SE, SW und KÜ beschäftigen.

Stock (2006) untersuchte den Einfluss kognitiver Faktoren auf den Zusammenhang zwischen traumatischen Verletzungen durch Unfälle und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) und Depressionen. Zu den untersuchten kognitiven Faktoren gehörten SW und kausale Attributionen hinsichtlich des Unfalls. Diese wurden kurz nach der Verletzung erhoben, während PTSD und Depressionssymptome drei Monate später erfasst wurden. SW war negativ mit depressiven Symptomen verbunden und konnte deren Varianz zu 5.8% erklären. Eine externe Ursachenzuschreibung hinsichtlich der traumatischen Verletzung hing positiv mit Depression zusammen und konnte deren Varianz zu 6.0% erklären. Goodman et al. (1994) untersuchten die häufig vorgefundenen Zusammenhänge von Depression mit niedrigem SE und externaler KÜ in einer Population von sehr einkommensschwachen Afroamerikanerinnen, um zu überprüfen, ob diese Zusammenhänge auch in dieser Population zutreffen. Entgegen den Erwartungen hing Schizophrenie, jedoch nicht Depression mit einer externalen KÜ zusammen. SE unterschied sich nicht signifikant bei schizophrenen und depressiven Frauen, hing aber mit dem Schweregrad der Störung zusammen. In beiden Störungsgruppen korrelierte niedriger SE signifikant mit externaler KÜ; diese Korrelation fand sich jedoch nicht in der Kontrollgruppe. Die AutorInnen plädierten angesichts dieser Ergebnisse dafür, mehr Studien durchzuführen, die Depression, SE und KÜ im Zusammenhang mit Rassen- und Einkommensunterschieden erforschen. In einer Studie von Hammond und Romney (1995) zeigten klinisch depressive Jugendliche niedrigeren SE, stärkeren Pessimismus hinsichtlich der Zukunft und stärker externe KÜ im Vergleich zu Jugendlichen, deren Depression nicht klinischen Ausmaßes war. Letztere unterschieden sich in derselben Richtung von nicht depressiven Jugendlichen in den genannten Variablen. Moran und Eckenrode (1992) stellten dar, wie niedriger SE und externe KÜ als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression fungieren könnten:

Kognitive Depressionsmodelle wie Becks [1970] Modell kognitiver Verzerrungen behaupten, dass niedriger SE und eine externe KÜ ein kognitives Set verursachen, das ein Individuum dazu verleitet, Feedback aus dem Umfeld als kongruent mit seinem/ihrer negativen kognitiven Schema zu interpretieren. Diese Verzerrungen könnten zu der Entwicklung einer Depression führen (S. 744).

1.5 Zusammenhänge von Kindesmissbrauch und Major Depression mit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

Im folgenden Abschnitt sollen Ergebnisse aus Studien dargestellt werden, die sich mit Kindesmissbrauch, Depression und mindestens einem der vorgestellten Persönlichkeitsmerkmale SE, SW und KÜ beschäftigten.

Emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung und sexueller Missbrauch waren in einer Studie von Ling, Yang, Zhong, Zhang und Yao (2009) signifikante Prädiktoren von Depression. SE konnte diese Effekte moderieren, indem die Zusammenhänge zwischen Missbrauch und Depression mit steigendem SE graduell schwächer wurden. Kucharska (2017) konnte demonstrieren, dass Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt hatten, unter signifikant mehr depressiver Symptomatik und niedrigerem SE litten als Frauen, die eine andere Form der Gewalt erlebt hatten. In einer Studie von Nilsson et al. (2015) wurden beinahe lineare Beziehungen zwischen der Anzahl berichteter potenzieller Traumata mit SE und Depressivität gefunden. Je mehr Traumata berichtet wurden, desto niedriger war der SE und desto ausgeprägter waren die depressiven Symptome. Al-Fayez, Ohaeri und Gado (2012) zeigten an einer kuwaitischen Stichprobe von 4467 SchülerInnen, dass körperlicher, emotionaler und sexueller Kindesmissbrauch auch im arabischen Raum weit verbreitet ist und signifikant mit depressiver Symptomatik und niedrigerem SE zusammenhängt. Der stärkste Prädiktor von Depression und SE war in dieser Stichprobe der von Müttern ausgeübte emotionale Missbrauch. Von Müttern ausgeübte häufige verbale Aggression war auch in einer Longitudinalstudie von Donovan und Brassard (2011) mit signifikant mehr depressiven Symptomen und niedrigerem SE bei SchülerInnen verbunden. Theran und Han (2013) beschäftigten sich mit der Authentizität in engen Beziehungen, also der Fähigkeit, seine wahren Gedanken und Gefühle ausdrücken zu können, als möglichem Mediator der Zusammenhänge von Kindesmissbrauch mit MD und SE bei Frauen. Authentizität in engen Beziehungen medierte den Zusammenhang von emotionalem Missbrauch, nicht jedoch von körperlichem Missbrauch, sowohl mit MD und mit SE. Die Autorinnen plädierten angesichts dieses Befunds dafür, der Authentizität in Beziehungen als Ziel klinischer Interventionen stärkere Aufmerksamkeit zu widmen.

In einer Studie von Sachs-Ericsson et al. (2011) war Kindesmissbrauch sowohl mit der Anzahl an Gesundheitsproblemen im höheren Alter als auch mit erniedrigter Selbstwirksamkeit (SW) verbunden. Selbstwirksamkeit konnte den Zusammenhang zwischen Missbrauch und der Anzahl an Gesundheitsproblemen als Mediatorvariable erklären. Caldwell, Shaver, Li und Minzenberg (2011) vermuteten, dass ein ängstlicher Bindungsstil den Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und Depression medieren könne und sich Depression in weiterer Folge auf die elterliche SW auswirken würde, also auf das Ausmaß, in dem ein Elternteil die Überzeugung hat, sein/ihr Kind auf eine Weise

positiv beeinflussen zu können, durch die es sich gut entwickelt. Anders als Sachs-Ericsson et al. (2011) erwarteten Caldwell et al. (2011) also keinen Mediatoreffekt von SW im Zusammenhang von Missbrauch und Depression, sondern vielmehr einen Mediatoreffekt von Depression im Zusammenhang von Missbrauch und SW. Die von Caldwell et al. vermuteten Effekte konnten anhand von Regressionen und Strukturgleichungsmodellen belegt werden. Für den Zusammenhang zwischen Depression und SW liegen folglich Belege für beide möglichen Richtungen der Beeinflussung vor. Eindeutig scheinen jedenfalls die ungünstigen Folgen von Kindesmissbrauch auf beide Variablen zu sein.

Hovens, Giltay, Hemert und Penninx (2016) konnten in einer Longitudinalstudie mit 1474 TeilnehmerInnen aufzeigen, dass Kindesmissbrauch mit einem schlechteren Remissionsverlauf von Depressionen und Angststörungen verbunden ist. Persönlichkeitseigenschaften, darunter externale KÜ, mediieren diesen Zusammenhang. Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kamen Culpin et al. (2015), die allerdings nicht Missbrauchserfahrungen, sondern negative sozioökonomische Bedingungen in der Kindheit untersuchten. Ebenfalls anhand einer Longitudinalstudie konnten sie demonstrieren, dass diese negativen Bedingungen in der Kindheit mit einer stärker externalen KÜ im Alter von 16 Jahren einhergingen, die wiederum mit Depression im Alter von 18 Jahren zusammenhing. KÜ fungierte als Mediator zwischen negativen Kindheitserfahrungen und Depression – der direkte Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen lag jedoch nur knapp über dem Signifikanzniveau, sobald KÜ ins Modell aufgenommen wurde, was dafür spricht, dass der direkte Effekt negativer Kindheitserfahrungen auf Depression trotz starker Erklärungskraft von KÜ vorhanden ist. Culpin et al. argumentierten, dass der Zusammenhang zwischen negativen Bedingungen in der Kindheit und einer externalen KÜ vermutlich dadurch zustande kommt, dass die frühe Erfahrung von Benachteiligung und unkontrollierbaren Ereignissen dazu führt, dass die eigenen Einflussmöglichkeiten einem begrenzt erscheinen und man Kontroll- und Einflussmöglichkeiten eher in mächtigen anderen sieht. Muris, Meesters, Schouten und Hoge (2004) fanden keine Belege für Mediations- oder Moderationseffekte von KÜ auf den Zusammenhang zwischen ungünstigen elterlichen Erziehungsmethoden und Depression von Jugendlichen. In ihrer Studie korrelierten Zurückweisung und geringe emotionale Wärme der Eltern mit einer externalen KÜ der Jugendlichen, und die Varianz depressiver Symptome der Jugendlichen konnte durch Zurückweisung und geringe emotionale Wärme der Eltern sowie durch die externale KÜ der Jugendlichen vorhergesagt werden, jedoch nicht durch Interaktionen der entsprechenden Erziehungsverhaltensweisen mit KÜ.

In einem Vergleich von erwachsenen Personen mit und ohne Erfahrungen von sexuellem Kindesmissbrauch zeigten diejenigen mit Missbrauchserfahrungen unter anderem höhere Depressivität, stärker ausgeprägte externale KÜ und niedrigeren SE (Gwandure, 2007). Allen und

Tarnowskis (1989) Studie zeigte, dass sich Kinder mit körperlichen Missbrauchserfahrungen in allen von ihnen untersuchten Variablen signifikant von Kindern ohne Missbrauchserfahrungen unterschieden: Sie wiesen niedrigeren SE, stärker externe KÜ, größere Hoffnungslosigkeit und mehr Depressivität auf. In einer Studie von Banyard (1999) konnte die Ausprägung im SE jedoch nur durch sexuellen, nicht durch körperlichen Missbrauch vorhergesagt werden. Depressive Symptomatik konnte durch beide Missbrauchsformen vorhergesagt werden. Niedriger SE und erhöhte Depressivität korrelierten zudem mit einer externen KÜ. Gross und Keller (1992) verglichen Ausprägungen in Depressivität, SE und Attributionsstil zwischen vier Gruppen: Personen mit körperlichen, Personen mit emotionalen, Personen mit keinen und Personen mit beiden Formen von Missbrauchserfahrungen. In der Depressivität unterschied sich nur die Gruppe von Personen, die beide Formen von Missbrauch erlebt hatten, signifikant von den anderen Gruppen. Personen mit emotionalen oder beiden Formen von Missbrauchserfahrungen wiesen signifikant niedrigeren SE auf als Personen der KG, Personen mit körperlichen Missbrauchserfahrungen unterschieden sich im SE jedoch, wie bei Banyard (1999), nicht signifikant von der KG. Hinsichtlich des Attributionsstils waren die Unterschiede zwischen den vier Gruppen nicht signifikant. Unabhängig von der Signifikanz zeigten die Ergebnisse bei allen drei Variablen dasselbe Muster: Die KG hatte jeweils die günstigsten Werte, gefolgt von der Gruppe mit körperlichen Missbrauchserfahrungen, gefolgt von der Gruppe mit emotionalen Missbrauchserfahrungen. Die schlechtesten Werte wies jeweils die Gruppe mit den Personen auf, die beide Formen von Missbrauch erlebt hatten. Morrow (1991) veranschaulichte, dass individuelle Unterschiede in der Depressivität und im SE von weiblichen Inzestopfern damit zusammenhingen, worin die Opfer ihre Missbrauchserlebnisse begründet sahen. Der SE war signifikant niedriger und die Depressivität signifikant höher, wenn die Opfer sich selbst die Schuld für die Missbrauchserlebnisse gaben, als wenn sie den Missbrauch dem Täter, dem Schicksal oder transzendenten Gründen zuschrieben. Diese Ergebnisse stützen die Attributionstheorie der erlernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978) insofern, als internale Attributionen für negative Ereignisse mit mehr Depressivität und niedrigerem SE verbunden waren. In einer großangelegten Longitudinalstudie von Fisher et al. (2012) fungierten Angst, depressive Symptome, externe KÜ und niedriger SE als Mediatorvariablen in dem Zusammenhang von rauen Erziehungsmethoden und häuslicher Gewalt mit psychotischen Symptomen bei 13-Jährigen. Auch beim Vergleich einer Gruppe von weiblichen Jugendlichen mit Erfahrungen von sexuellem Kindesmissbrauch sowie einer Binge-Eating-Störung mit einer Kontrollgruppe ohne Missbrauchserfahrungen und Binge-Eating-Störung konnten die Unterschiede zwischen den Gruppen durch Unterschiede in Depression, KÜ und SE erklärt werden (Moyer, 1995). Moran und Eckenrode (1992) beschäftigten sich mit SE und KÜ als Resilienzfaktoren, von denen sie annahmen, dass sie die Konsequenzen von Kindesmisshandlungen auf die mögliche Entwicklung einer Depression mildern würden. Sie unterschieden zwischen KÜ hinsichtlich positiver

und negativer Ereignisse sowie zwei Gruppen von TeilnehmerInnen. Die Betroffenenengruppe (BG) hatte irgendeine Art von Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung (körperlich, emotional, sexuell oder mehrere) erlebt, die andere hatte keine Missbrauchserfahrungen gemacht (KG). KÜ hinsichtlich negativer Ereignisse hingen in ihrer Studie nicht mit Depression zusammen. Sowohl SE als auch KÜ hinsichtlich positiver Ereignisse interagierten jedoch signifikant mit der Gruppenzugehörigkeit in Bezug auf die Variable Depression. Personen mit Missbrauchserfahrungen, die positive Ereignisse externalen Faktoren zuschrieben und niedrigen SE hatten, waren am stärksten von Depression betroffen. Personen mit internaler KÜ und hohem SE hingegen ähnelten hinsichtlich Depression stark Personen der KG. Aus diesen Ergebnissen schlossen die AutorInnen, dass hoher SE und interne KÜ hinsichtlich positiver Ereignisse Schutzfaktoren in Bezug auf Depression bei Personen mit Missbrauchserfahrungen darstellen. Zusätzlich konnten Moran und Eckenrode zeigen, dass hoher SE und interne KÜ signifikant seltener bei denjenigen auftraten, die bereits in jüngerem Alter Missbrauchserfahrungen gemacht hatten, verglichen mit denen, die zum Zeitpunkt der Missbrauchserfahrungen bereits elf Jahre alt oder älter gewesen waren. Dies erklärten die AutorInnen damit, dass die Wahrscheinlichkeit, über die genannten Resilienzfaktoren zum Zeitpunkt der ersten negativen Erfahrungen bereits zu verfügen, selbstverständlich höher ist, wenn man zu diesem Zeitpunkt schon älter ist. Eine Studie von Forest, Moen und Dempster-McClain (1996) konnte zeigen, dass sich milde Formen von Belastungen in der Kindheit sogar positiv auswirken können, indem sie negative Effekte von im Erwachsenenalter auftretenden Belastungen abdämpfen und das Vorkommen depressiver Symptome weniger wahrscheinlich machen. Eine hohe interne KÜ konnte diesen positiven Effekt noch verstärken. Folglich scheint die bereits in der Kindheit gemachte Erfahrung, unerwünschte Lebensereignisse aus eigener Kraft bewältigen zu können, den Glauben an die eigenen Kontrollmöglichkeiten (die interne KÜ) zu fördern, was wiederum der Entwicklung von depressiven Symptomen entgegenwirkt. Die in dieser Studie berichteten belastenden Erlebnisse beinhalteten jedoch keine Missbrauchserfahrungen durch enge Bezugspersonen. Vermutlich fördert die Bewältigung bestimmter belastender Erlebnisse die Resilienz; Erlebnisse jedoch, die unter anderem einen massiven Vertrauensverlust innerhalb von Beziehungen mit sich bringen, die eigentlich eine Stütze bei der Bewältigung widriger Lebensumstände darstellen sollten, haben vermutlich den gegenteiligen Effekt, nämlich die Erhöhung der Vulnerabilität statt der Erhöhung der Resilienz.

2 Zielsetzungen der Studie

Es wurde dargestellt, dass die Art und Stärke der Zusammenhänge zwischen den drei Konstrukten SE, SW und KÜ vielfach erforscht wurde. Aus den Befunden von Judge et al. (1998) und

Judge et al. (2002) geht hervor, dass die Konstrukte SE, SW und KÜ einen starken gemeinsamen Kern haben. Diese grundlegende Ähnlichkeit zwischen den drei Konstrukten wird auch von KritikerInnen des CSE-Konstrukts nicht bestritten. Uneinigkeit herrscht vor allem bezüglich der Frage, ob bzw. in welchen Forschungskontexten diese Variablen als gemeinsames Kernkonstrukt im Sinne der CSE und in welchen sie vorzugsweise in Form isolierter Variablen untersucht werden sollten (Chen, 2012). Angesichts der Tatsache, dass sich die vorliegende Studie mit den vorgestellten Konstrukten beschäftigt, diese jedoch anhand einer deutschsprachigen Stichprobe und mit anderen Untersuchungsinstrumenten als in den aufgeführten Studien erhebt, bietet sich eine spannende Möglichkeit zu überprüfen, ob die häufig gefundenen starken Zusammenhänge zwischen den Konstrukten sich auch in der vorliegenden Untersuchung abbilden. Mit dieser Fragestellung soll sich der erste Teil der empirischen Untersuchung befassen.

Der zweite Teil der empirischen Untersuchung soll sich der Erforschung der komplexen Zusammenhänge zwischen den fünf vorgestellten Elementen IM, MD, SE, SW und KÜ widmen.

Für den Zusammenhang zwischen MD und niedrigem SE gibt es reichlich Belege (Beck, 1967; Hammond & Romney, 1995; Sowislo & Orth, 2013). Die Wirkrichtung dieser Beziehung ist Gegenstand aktueller Forschung und wird in Modellen wie dem Vulnerabilitätsmodell (Beck, 1967) und dem Narbenmodell (Lewinsohn et al., 1981) dargestellt. Auch die negative Auswirkung von frühen traumatischen Erlebnissen auf das Selbstwertgefühl konnte vielfach aufgezeigt werden (Banyard, 1999; Gwandure, 2007; Nilsson et al., 2015). Studien, die sich mit der Beziehung zwischen ACEs, MD und SE beschäftigten, untersuchten meist die Auswirkungen von ACEs als Haupteffekt auf MD einerseits, auf SE andererseits (Al-Fayez, 2012; Donovan & Brassard, 2011; Kucharska, 2017). Auch SE als Moderatorvariable zwischen ACEs und MD wurde untersucht (Ling et al., 2009; Moran & Eckenrode, 1992). Keine der aufgeführten Studien untersuchte jedoch die möglichen Wechselwirkungen zwischen ACEs und MD in Bezug auf Unterschiede im SE.

Bandura (1997) diskutierte viele mögliche Zusammenhänge zwischen MD und SW. Auch für den Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und erniedrigter SW sowie für SW als Mediator zwischen Kindesmissbrauch und MD findet man Belege in der Literatur (Sachs-Ericsson et al., 2011). Caldwell et al. (2011) konnten einen Mediatoreffekt von MD auf die Beziehung zwischen ACEs und SW veranschaulichen. Jedoch gab es auch in Bezug auf Unterschiede in der SW keine Studien, die mögliche Wechselwirkungen von ACEs und MD untersuchten.

Die Diagnose einer Depression scheint mit einer externalen Kontrollüberzeugung zusammenzuhängen (Benassi et al., 1988; Harrow et al., 2009). Die Entwicklung einer externalen KÜ wird offenbar durch negative Erlebnisse in der frühen Kindheit begünstigt (Culpin et al., 2015; Fisher et al., 2012). Für den Zusammenhang zwischen ACEs und MD konnten häufig Mediatoreffekte der

externalen KÜ belegt werden (Culpin et al., 2015; Hovens et al., 2016). Studien, die mögliche Wechselwirkungen zwischen ACEs und MD untersuchten, konnten auch in Bezug auf Unterschiede in KÜ nicht gefunden werden.

Aufgrund der zusammengefassten Erkenntnislage soll im zweiten Teil der empirischen Untersuchung dieser Arbeit der Fokus auf mögliche Wechselwirkungen zwischen den speziellen Erfahrungen von institutionellem Kindesmissbrauch und dem Vorliegen einer aktuellen oder früheren MD in Bezug auf Unterschiede im SE, in der SW und in den KÜ gelegt werden. Haupteffekte von Missbrauchserfahrungen und dem Vorliegen einer aktuellen bzw. früheren MD auf die drei Konstrukte sollen ebenfalls überprüft werden.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Die präsentierte Studie ist Teil eines größeren Forschungsprojekts, der „Wiener Heimstudie“ (Lueger-Schuster, 2014). Dieses vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) finanzierte Projekt startete offiziell am 1.6.2014 und lief bis 31.5.2017. Die Wiener Heimstudie beschäftigte sich mit der Dokumentation und Aufarbeitung institutionellen Missbrauchs, der Kindern in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt bis in die 1980er Jahre angetan wurde. Ziel war die systematische Untersuchung psychosozialer Langzeitfolgen von körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalt. Hieraus sollen Präventions- und Unterstützungsansätze abgeleitet werden, um zukünftiger Gewalt vorbeugen zu können. Es handelt sich um eine querschnittliche, nicht-randomisierte Untersuchung im Kontrollgruppen-Design.

3.2 Stichprobe(n)/Untersuchungsdurchführung

Die Stichprobe teilt sich in zwei Gruppen auf: die Betroffenenengruppe (BG) und die Kontrollgruppe (KG). Die BG wurde über die „Außenstelle für Betroffene von Gewalt in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt“ des Weißen Rings erreicht. Den Betroffenen institutioneller Gewalt bot sich die Möglichkeit, sich zur Aufarbeitung an diese Stelle zu wenden, auch um Entschädigungszahlungen zu erhalten. Die KG wurde durch studentische MitarbeiterInnen rekrutiert und besteht aus Personen, die nicht in einer Institution aufgewachsen sind. Um Vergleichbarkeit mit der Betroffenenengruppe zu gewährleisten, waren für die KG einige soziodemografische Teilnahmebedingungen gesetzt: Wohnort Wien und Umgebung während Kindheit und Jugend, Geburt vor 1974, höchste abgeschlossene Ausbildung maximal Matura.

StudienteilnehmerInnen aus beiden Gruppen wurden von geschulten MitarbeiterInnen der Fakultät für Psychologie der Universität Wien in dazu geeigneten, ruhigen Räumlichkeiten persönlich interviewt. In diesem Interview kamen eine Fragebogenbatterie, die klinischen Interviews SKID-I und -II sowie die freiwillige Abgabe einer Haarprobe zur Analyse des Haarcortisols zur Anwendung. Die Dauer des Interviews lag zwischen 60 und 180 Minuten.

Vorliegende Studie bedient sich Daten, die im Zeitraum von September 2014 bis Februar 2016 erhoben wurden. Es ergab sich eine Stichprobengröße von insgesamt 346 Personen, von denen 219 der BG, 127 der KG angehörten.

3.3 Beschreibung der Erhebungsverfahren

Die vorliegende Studie verwendet folgende im Rahmen der Wiener Heimstudie zum Einsatz gekommene Verfahren:

3.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997)

Das Strukturierte Klinische Interview ist ein zweiteiliges Instrument, bestehend aus SKID-I und SKID-II. Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Störungen, die im DSM-IV auf Achse I definiert werden. Es können zusätzliche Informationen über Beginn und Verlauf der Diagnosen erhoben werden. Das SKID-II dient zur Erfassung und Diagnostik der auf Achse II definierten Persönlichkeitsstörungen. In beiden SKID-Teilen werden jeweils zunächst Screening-Fragen gestellt. Somit können im nachfolgenden Hauptteil diejenigen Sektionen ausgelassen werden, die sich in den Screening-Fragen bereits als irrelevant herausstellen. Auch durch die Angabe von Sprungregeln gestaltet sich die Befragung effizient und lässt sich individuell auf die Problembereiche jedes Befragten ausrichten. Für die vorliegende Studie wurde nur die „Sektion A: Affektive Syndrome“ des SKID-I verwendet. Mit dieser kann die Diagnose einer aktuellen Major Depression oder die Diagnose einer oder mehrerer früherer Major Depression Episoden gestellt werden. In der Heimstudie wurde die Variable *Frühere Major Depression* dichotom kodiert: Es wurde nicht die Anzahl früherer MD-Episoden erfasst, sondern nur unterschieden, ob mindestens eine frühere MD vorlag oder nicht.

Im Manual berichten die AutorInnen von einer guten bis sehr guten Test-Retest-Reliabilität und Validität, geben jedoch keine Werte an.

3.3.2 Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS; Schütz & Sellin, 2006)

Die MSWS ist eine Selbstbeschreibungsskala zur Erfassung verschiedener Facetten der Selbstwertschätzung. Sie ist eine deutschsprachige Adaptation der Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS) von Fleming und Courtney (1984). Die MSWS besteht aus sechs Subskalen: Emotionale Selbstwertschätzung (ESWS), zwei Facetten der Sozialen Selbstwertschätzung (SOSWS), nämlich Sicherheit im Kontakt (SWKO) und Umgang mit Kritik (SWKR), außerdem Leistungsbezogene Selbstwertschätzung (LSWS), Selbstwertschätzung Physische Attraktivität (SWPA) und Selbstwertschätzung Sportlichkeit (SWSP). Diese sind den übergeordneten Skalen Allgemeine Selbstwertschätzung (ASW) und Körperbezogene Selbstwertschätzung (KSW) zugeordnet. Der hierarchische Aufbau ist, angelehnt an die ursprüngliche Version von Shavelson et al. (1976), in Abbildung 1 dargestellt (siehe Abschnitt 1.1.3). Ein Beispielitem für ESWS lautet: *Haben Sie eine positive Einstellung zu sich selbst?* Ein Beispielitem für SWKO lautet: *Fühlen Sie sich häufig unwohl in Ihrer Haut, wenn Sie neue Leute kennen lernen?* Ein Beispielitem für SWKR lautet: *Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von Ihnen denken?* Ein Beispielitem für LSWS lautet: *Sind Sie mit Ihren Leistungen im Beruf zufrieden?* Ein Beispielitem für SWPA lautet: *Wie häufig wünschen Sie sich, besser auszusehen?* Ein Beispielitem für SWSP lautet: *Sind Sie zufrieden mit Ihren sportlichen Fähigkeiten?* Viele Items sind invers formuliert (z.B. Beispielitem SWKO). Diese müssen vor dem Zusammenfügen in die jeweiligen Subskalen umgepolt werden.

Das Antwortformat ist eine siebenstufige Likertskala. Um den Einfluss von Antwortstilen zu reduzieren, können einige Aussagen innerhalb der Dimension „selten“ (1) bis „sehr häufig“ (7) beantwortet werden, andere innerhalb der Dimension „wenig“ (1) bis „sehr“ (7). Hohe Werte in den Skalen der MSWS bedeuten somit eine hohe Selbstwertschätzung. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtskala liegt bei $\alpha = .93$. Die internen Konsistenzen der einzelnen Subskalen liegen zwischen $\alpha = .75$ und $\alpha = .87$. Zur Validität des Instruments ist zu sagen, dass der hierarchischen Struktur eine faktorenanalytische Überprüfung zugrunde liegt. Blascovich und Tomaka (1991) empfahlen die MSWS nicht nur zur Erfassung von Facetten von SE, sondern auch zur Erfassung von globalem SE. Korrelationen mit verwandten bzw. entgegengesetzten Konstrukten, die berechnet wurden, um die konvergente sowie diskriminante Validität zu bestimmen, zeigten befriedigende Ergebnisse.

In der Wiener Heimstudie wurden nur die vier Skalen des Allgemeinen Selbstwerts verwendet; die zwei Skalen des Körperbezogenen Selbstwerts wurden weggelassen. Diese verkürzte Version der MSWS besteht aus 22 Items.

3.3.3 Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU; Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammstedt, 2012)

Die ASKU besteht aus drei Items und dient der Erfassung des auf Bandura (1977) zurückgehenden Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Skala ist als eindimensional konzipiert und bezieht sich auf die Einschätzung der eigenen Kompetenz, Handlungen erfolgreich ausführen zu können. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung repräsentiert eine Kompetenzerwartung, die über Situationen und Aufgaben hinweg generalisiert ist, bezieht sich also nicht auf einen spezifischen Bereich. Ein Beispielitem lautet: *Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen*. Das Antwortformat ist eine fünfstufige Likertskala, bei der die Antwortmöglichkeiten von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) reichen. Hohe Werte in der ASKU bedeuten somit eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Die Reliabilitätswerte (Skalenhomogenitätswerte) der ASKU liegen zwischen .81 und .86. Sie wurden durch den Koeffizient ω von McDonald (1999) geschätzt.

3.3.4 Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4; Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2012)

Die IE-4-Skala dient der Erfassung des Persönlichkeitskonstrukts der Kontrollüberzeugungen nach Rotter (1966). Beschrieben wird somit das Ausmaß, in dem eine Person das Gefühl hat, ihre Lebensereignisse durch eigenes Verhalten und Anstrengungen selbst kontrollieren zu können, bzw. das Ausmaß, in dem eine Person das Gefühl hat, ihre Lebensereignisse würden von äußeren Kräften wie Glück, Zufall und mächtigen Anderen bestimmt. Diese beiden Pole werden durch zwei Subskalen repräsentiert, eine für internale, eine für externale Kontrollüberzeugung (IKÜ, EKÜ). Ein Beispielitem für IKÜ lautet: *Ich habe mein Leben selbst in der Hand*. Ein Beispielitem für EKÜ lautet: *Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt*. Die anhand der IE-4-Skala gemessenen KÜ betreffen ausschließlich die Einschätzung des Ausmaßes der persönlichen Kontrolle, nicht KÜ als Weltanschauung (vgl. Chen, Goddard et al., 2004). Die Subskalen enthalten jeweils zwei Items, die mittels einer fünfstufigen Likertskala von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) beantwortet werden können. Hohe Werte in der Skala IKÜ bedeuten somit eine stark internal ausgerichtete KÜ. Hohe Werte in der Skala EKÜ bedeuten eine stark external ausgerichtete KÜ. Die Reliabilitätswerte (Skalenhomogenitätswerte) der IE-4-Skala liegen zwischen .70 und .71 (IKÜ) bzw. zwischen .53 und .63 (EKÜ). Sie wurden durch den Koeffizient ω von McDonald (1999) geschätzt.

In der Wiener Heimstudie wurden die vier Items der IE-4-Skala jeweils durch ein sehr ähnliches Item erweitert.

3.4 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die in der vorliegenden Arbeit untersuchten vier Fragestellungen samt den dazugehörigen Hypothesenpaaren aufgeführt.

SE wurde in den oben aufgeführten Studien global erfasst. Die emotionale Selbstwertschätzung hat starke Ähnlichkeit zum Inhalt von globalem SE (Fleming & Courtney, 1984).

Da ein gemeinsamer Kern der drei Konstrukte SE, SW und KÜ auch von KritikerInnen des CSE-Konstrukts nicht bestritten wird, wurden die Hypothesen der Fragestellung 1, die sich auf ESWS, SW, IKÜ und EKÜ beziehen, gerichtet formuliert. Die Hypothesen, die sich auf SWKO, SWKR, LSWS und ASW beziehen, wurden ungerichtet formuliert, da zu diesen Facetten von SE aus früheren Studien keine genauen Vorannahmen abgeleitet werden konnten.

Hinsichtlich der Fragestellungen 2–4 wurden aufgrund eindeutiger Belege in früheren Studien die Hypothesen bezüglich folgender Unterschiede gerichtet formuliert: Unterschiede zwischen BG und KG in der ESWS (Al-Fayez et al., 2012; Allen & Tarnowski, 1989; Banyard, 1999; Gross & Keller, 1992; Gwandure, 2007; Moran & Eckenrode, 1992; Nilsson et al., 2015), Unterschiede zwischen Personen mit und ohne aktuelle MD in der ESWS (Goodman et al., 1994; Hammond & Romney, 1995; Orth et al., 2008; Rieger et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013; van Tuijl et al., 2014), Unterschiede zwischen BG und KG in der EKÜ (Allen & Tarnowski, 1989; Culpin et al., 2015; Fisher et al., 2012; Gwandure, 2007; Hovens et al., 2016; Moyer, 1995; Muris et al., 2004) sowie Unterschiede zwischen Personen mit und ohne aktuelle MD in der EKÜ (Benassi et al., 1988; Culpin et al., 2015; Hammond & Romney, 1995; Hovens et al., 2016; Moran & Eckenrode, 1992; Raps et al., 1982; Stock, 2006). Die Hypothesen zu den restlichen Haupteffekten wurden ungerichtet formuliert, weil die jeweilige Befundlage nicht ausführlich oder einheitlich war. Die Hypothesen zu den Wechselwirkungen wurden ebenfalls jeweils ungerichtet formuliert, weil zu deren Art aus der Literatur keine Vorannahmen abgeleitet werden konnten. Auch die Hypothesen bezüglich früherer MD-Episoden wurden ungerichtet formuliert, da die Befunde von Coyne et al. (1998) und Risch et al. (2010) nicht genügend Anhaltspunkte für eine gerichtete Formulierung bieten.

Fragestellung 1:

Bestehen Zusammenhänge zwischen SE, SW und KÜ?

H_0 (1.1.1): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H_1 (1.1.1): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H₀ (1.1.2): Es besteht kein Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

H₁ (1.1.2): Es besteht ein Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.1.2) sind die Hypothesen H₀ und H₁ (1.1.3), (1.1.4) und (1.1.5) zu den zwei weiteren Skalen der MSWS, *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik* und *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung*, sowie zu der übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* formuliert.

H₀ (1.2.1): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H₁ (1.2.1): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H₀ (1.2.2): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

H₁ (1.2.2): Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.2.2) sind die Hypothesen H₀ und H₁ (1.2.3), (1.2.4) und (1.2.5) zu den zwei weiteren Skalen der MSWS, *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik* und *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung*, sowie zu der übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* formuliert.

H₀ (1.3.1): Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H₁ (1.3.1): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* der MSWS.

H₀ (1.3.2): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

H₁ (1.3.2): Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala und der Skala *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* der MSWS.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.3.2) sind die Hypothesen H₀ und H₁ (1.3.3), (1.3.4) und (1.3.5) zu den zwei weiteren Skalen der MSWS, *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik* und *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung*, sowie zu der übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* formuliert.

H₀ (1.4): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala.

H₁ (1.4): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Internale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala.

H₀ (1.5): Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala.

H₁ (1.5): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen SW und der Skala *Externale Kontrollüberzeugung* der IE-4-Skala.

Fragestellung 2:

Wirken die Diagnose einer aktuellen oder früheren Major Depression sowie die Erfahrung von institutionellem Missbrauch gemeinsam auf Unterschiede im Selbstwert?

2.1 Zeigen sich Unterschiede im Selbstwert zwischen Personen mit der Diagnose einer aktuellen Major Depression (AMD) und Personen, bei denen keine aktuelle Major Depression vorliegt (NAMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H₀ (2.1.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen AMD gleich hohe oder höhere Werte auf als NAMD.

H₀ (2.1.1, Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen Personen der BG gleich hohe oder höhere Werte auf als Personen der KG.

H₀ (2.1.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (2.1.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen AMD niedrigere Werte auf als NAMD.

H₁ (2.1.1, Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen Personen der BG niedrigere Werte auf als Personen der KG.

H₁ (2.1.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₀ (2.1.2, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht kein systematischer Unterschied zwischen AMD und NAMD.

H₀ (2.1.2, Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht kein systematischer Unterschied zwischen der BG und der KG.

H₀ (2.1.2, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (2.1.2, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht ein systematischer Unterschied zwischen AMD und NAMD.

H₁ (2.1.2, Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht ein systematischer Unterschied zwischen der BG und der KG.

H₁ (2.1.2, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (2.1.2) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (2.1.3), (2.1.4) und (2.1.5) zu den zwei weiteren Skalen der MSWS, *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik* und *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung*, sowie zu der übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* formuliert.

2.2 Zeigen sich Unterschiede im Selbstwert zwischen Personen mit der Diagnose einer oder mehrerer früherer Episoden einer Major Depression (FMD) und Personen, bei denen keine frühere Major Depression vorlag (NFMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H₀ (2.2.1, frühere Major Depression): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht kein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₀ (2.2.1, Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen Personen der BG gleich hohe oder höhere Werte auf als Personen der KG.

H₀ (2.2.1, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (2.2.1, frühere Major Depression): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht ein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₁ (2.2.1, Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) weisen Personen der BG niedrigere Werte auf als Personen der KG.

H₁ (2.2.1, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Emotionaler Selbstwertschätzung* (MSWS) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₀ (2.2.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht kein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₀ (2.2.2, Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht kein systematischer Unterschied zwischen der BG und der KG.

H₀ (2.2.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (2.2.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht ein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₁ (2.2.2, Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht ein systematischer Unterschied zwischen der BG und der KG.

H₁ (2.2.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich *Sozialer Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt* (MSWS) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (2.2.2) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (2.2.3), (2.2.4) und (2.2.5) zu den zwei weiteren Skalen der MSWS, *Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik* und *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung*, sowie zu der übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* formuliert.

Fragestellung 3:

Wirken die Diagnose einer aktuellen oder früheren Major Depression sowie die Erfahrung von institutionellem Missbrauch gemeinsam auf Unterschiede in der Selbstwirksamkeit?

3.1 Zeigen sich Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zwischen Personen mit der Diagnose einer aktuellen Major Depression (AMD) und Personen, bei denen keine aktuelle Major Depression vorliegt (NAMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H₀ (3.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) weisen AMD gleich hohe oder höhere Werte auf als NAMD.

H₀ (3.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht kein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H_0 (3.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H_1 (3.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) weisen AMD niedrigere Werte auf als NAMD.

H_1 (3.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht ein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H_1 (3.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

3.2 Zeigen sich Unterschiede in der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Personen mit der Diagnose einer oder mehrerer früherer Episoden einer Major Depression (FMD) und Personen, bei denen keine frühere Major Depression vorlag (NFMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H_0 (3.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht kein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H_0 (3.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht kein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H_0 (3.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H_1 (3.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht ein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H_1 (3.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht ein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H_1 (3.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit* (ASKU) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

Fragestellung 4:

Wirken die Diagnose einer aktuellen oder früheren Major Depression sowie die Erfahrung von institutionellem Missbrauch gemeinsam auf Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen?

4.1 Zeigen sich Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen zwischen Personen mit der Diagnose einer aktuellen Major Depression (AMD) und Personen, bei denen keine aktuelle Major Depression vorliegt (NAMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H₀ (4.1.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht kein systematischer Unterschied zwischen AMD und NAMD.

H₀ (4.1.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht kein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H₀ (4.1.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht keine Wechselwirkung zwischen der aktuellen Diagnose einer MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (4.1.1, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht ein systematischer Unterschied zwischen AMD und NAMD.

H₁ (4.1.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht ein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H₁ (4.1.1, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₀ (4.1.2, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen AMD gleich hohe oder niedrigere Werte auf als NAMD.

H₀ (4.1.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen Personen der BG gleich hohe oder niedrigere Werte auf als Personen der KG.

H₀ (4.1.2, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht keine Wechselwirkung zwischen der aktuellen Diagnose einer MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (4.1.2, aktuelle Major Depression): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen AMD höhere Werte auf als NAMD.

H₁ (4.1.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen Personen der BG höhere Werte auf als Personen der KG.

H₁ (4.1.2, aktuelle Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer aktuellen MD und der Gruppenzugehörigkeit.

4.2 Zeigen sich Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen zwischen Personen mit der Diagnose einer oder mehrerer früherer Episoden einer Major Depression (FMD) und Personen, bei denen keine frühere Major Depression vorlag (NFMD), in gleicher Weise, unabhängig von Erfahrungen von institutionellem Missbrauch?

H₀ (4.2.1, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht kein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₀ (4.2.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht kein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H₀ (4.2.1, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (4.2.1, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht ein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₁ (4.2.1, Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht ein systematischer Unterschied zwischen BG und KG.

H₁ (4.2.1, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Internalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₀ (4.2.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht kein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₀ (4.2.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen Personen der BG gleich hohe oder niedrigere Werte auf als Personen der KG.

H₀ (4.2.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht keine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

H₁ (4.2.2, frühere Major Depression): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht ein systematischer Unterschied zwischen FMD und NFMD.

H₁ (4.2.2, Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) weisen Personen der BG höhere Werte auf als Personen der KG.

H₁ (4.2.2, frühere Major Depression X Gruppe): Hinsichtlich der *Externalen Kontrollüberzeugung* (I-E-4-Skala) besteht eine Wechselwirkung zwischen der Diagnose einer früheren MD und der Gruppenzugehörigkeit.

3.5 Datenaufbereitung

Vor Beginn der deskriptiv- und inferenzstatistischen Auswertung der Daten wurden für die relevanten Variablen mittels Häufigkeitstabellen Plausibilitätschecks durchgeführt. Einträge, die außerhalb des definierten Wertebereiches lagen, wurden auf „99“ bzw. „999“ geändert. In allen zur Analyse herangezogenen Skalen gab es Personen mit fehlenden Werten (missing data). Wenn von einer Person Daten zu mindestens 80% der eine Skala bildenden Items vorliegen, ist es zulässig, die fehlenden Werte dieser Person für diese Skala zu interpolieren. Für die Skalen ASKU, IKÜ und EKÜ war diese Voraussetzung nicht erfüllt, weil diese Skalen nur durch drei bzw. vier Items abgebildet werden – dadurch waren durch ein einziges fehlendes Item bereits die zulässigen 20% überschritten. Bei den Skalen der MSWS jedoch waren die Bedingungen gegeben, wenn nur ein Item pro Skala fehlte. So konnten bei insgesamt 19 Personen die Informationen bezüglich der MSWS-Skalen durch händisches Interpolieren vervollständigt werden (ESWS: 5 Personen, SWKO: 5 Personen, SWKR: 5 Personen, LSWS: 4 Personen). 17 der 22 Items der MSWS sind invers formuliert und wurden vor dem Zusammenfügen in die jeweiligen Subskalen umgepolt. Eine Person der BG wurde aus dem Gesamtdatenfile ausgeschlossen, weil bei ihr mit Ausnahme einiger soziodemografischer Variablen sämtliche Informationen fehlten. Somit ergab sich eine Gesamtstichprobe von $N = 345$ ($BG = 218$; $KG = 127$).

3.6 Statistische Auswertung

Die deskriptiv- und inferenzstatistische Auswertung der Daten erfolgte mittels IBM SPSS Statistics Version 24. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt. Demnach war die Wahrscheinlichkeit p , eine Nullhypothese fälschlicherweise abzulehnen, geringer als 5%.

Eine der notwendigen Voraussetzungen für die Anwendung von parametrischen Verfahren ist das Vorliegen einer Normalverteilung (NV). Laut zentralem Grenzwerttheorem (Bortz & Döring, 2006) geht jede Verteilung ab einem Stichprobenumfang ≥ 30 in eine NV über. Da alle Gruppengrößen in vorliegender Arbeit > 30 sind, konnte diese Voraussetzung grundsätzlich angenommen werden.

Für die Beschreibung der für diese Arbeit herangezogenen Stichproben wurden bei nominalskaliertem Niveau der abhängigen Variablen (Geschlecht, Ausbildung, Familienstand, Vorliegen aktueller und früherer MD Episode) Chi²-Tests für Vierfelder- bzw. Mehrfeldertafeln, bei Intervallskalenniveau (Alter) ein t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Der Chi²-Test überprüft, ob zwei Variablen unabhängig voneinander sind bzw. ob sich Gruppen in Bezug auf ein kategoriales Merkmal unterscheiden. Die Voraussetzungen dieses Verfahrens sind unabhängige Daten sowie erwartete Häufigkeiten ≥ 5 in jeder Zelle (Bortz & Lienert, 2008). Der t-Test für

unabhängige Stichproben wird herangezogen, um zu prüfen, ob sich zwei Gruppen in Bezug auf ein intervallskaliertes Merkmal unterscheiden. Neben dem Intervallskalenniveau und der Unabhängigkeit der Daten ist die Homogenität der Varianzen eine weitere Voraussetzung dieses Verfahrens. Für den Fall heterogener Varianzen liefert SPSS ebenfalls die entsprechenden Prüfgrößen (Field, 2009). Alle für die Berechnung der Deskriptivstatistik erforderlichen Voraussetzungen waren erfüllt.

Die Zusammenhangshypothesen der Fragestellung 1 wurden anhand der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson geprüft. Der Korrelationskoeffizient r beschreibt Richtung und Stärke des linearen Zusammenhangs zweier Variablen und nimmt Werte zwischen -1 und 1 an. Mittels des Bestimmtheitsmaßes, R^2 , kann bestimmt werden, wieviel Varianz der einen Variablen durch die andere erklärt werden kann (Field, 2009).

Für die Auswertung der Unterschiedshypothesen der Fragestellungen 2 und 4 war ursprünglich die Berechnung zweifaktorieller multivariater Varianzanalysen (MANOVAs), für die der Fragestellung 3 die Berechnung einer zweifaktoriellen univariaten Varianzanalyse (ANOVA) geplant gewesen. Voraussetzung für die Berechnung von Varianzanalysen ist die Homogenität der Varianzen (Überprüfung mittels Levene-Test), im Fall der MANOVAs zusätzlich die Homogenität der Kovarianzmatrizen (Überprüfung mittels Box-Test; Field, 2009). Die Prüfgrößen der Homogenitätstests fielen für sämtliche relevanten Skalen hochsignifikant aus ($p < .001$). Das Problem der heterogenen Varianzen wurde zunächst durch Datentransformationen zu beheben versucht. Nachdem dies weder durch eine log-Transformation noch durch eine Quadratwurzel- oder eine reziproke Transformation gelang (Field, 2009), wurde für die Fragestellungen 2–4 trotz der Robustheit parametrischer varianzanalytischer Verfahren auf das parameterfreie Verfahren der Rangvarianzanalyse (Kubinger, 1986) ausgewichen. Dieses Verfahren ist, ebenso wie ihr parametrisches Pendant, in der Lage, den Einfluss von Haupteffekten zweier oder mehrerer unabhängiger Variablen sowie deren Wechselwirkungen auf eine abhängige Variable zu berechnen, ohne jedoch Voraussetzungen an die Verteilungen zu stellen. Die Basis mehrfaktorieller Rangvarianzanalysen ist das Verfahren des ranking-after-alignment (Bortz, Lienert, & Boehnke, 2008; Häusler & Kubinger, 2001). Dies bedeutet, dass vor der Berechnung des Einflusses eines Effekts zuerst der Einfluss der anderen Haupteffekte und Wechselwirkungen eliminiert wird. In Folge wird durch die alignierten Rangplätze eine χ^2 -verteilte Prüfgröße berechnet. Auf der Homepage des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik der Fakultät für Psychologie der Universität Wien wird ein Computerprogramm zur Berechnung zweifaktorieller Rangvarianzanalysen zur Verfügung gestellt. Dieses Programm wurde heruntergeladen und für die Berechnung der entsprechenden Hypothesen als SPSS-Modul verwendet.

Um die praktische Bedeutsamkeit vorgefundener signifikanter Ergebnisse beurteilen zu können, wurden für die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zusätzlich standardisierte Effektstärken

berechnet: Der Korrelationskoeffizient r kann als direktes Maß für die Effektstärke herangezogen werden. Für varianzanalytische Designs dient das Effektstärkemaß Eta^2 (η^2) bzw. partielles Eta^2 (η^2) bei mehrfaktoriellen Analysen. Eta^2 erklärt, wieviel Prozent der Gesamtvarianz der abhängigen Variable durch den jeweiligen Faktor oder die jeweilige Wechselwirkung erklärt werden kann (Field, 2009). Laut Cohen (1988) kann ein $r > .1$ als kleiner, ein $r > .3$ als mittlerer, und ein $r > .5$ als großer Effekt beurteilt werden. Bezüglich Eta^2 sind die entsprechenden Größenordnungen wie folgt: $\text{Eta}^2 > .01$ kann als kleiner, $\text{Eta}^2 > .06$ als mittlerer, $\text{Eta}^2 > .14$ als großer Effekt eingeordnet werden.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Um optimale Vergleichbarkeit zwischen Betroffenen- und Kontrollgruppe zu gewährleisten, waren für die Rekrutierung der letzteren einige soziodemografische Teilnahmebedingungen gesetzt (siehe Abschnitt 3.2). Im Folgenden wird das Ausmaß der Homogenität der beiden Gruppen anhand einiger Variablen dargestellt.

4.1.1 Geschlecht

In der Gesamtstichprobe ($N=345$) befanden sich 174 (50.4%) Männer und 171 (49.6%) Frauen – hier war das Geschlechterverhältnis also sehr ausgeglichen. Sieht man sich dieses Verhältnis für BG und KG getrennt an, lässt sich eine deutliche Ungleichverteilung erkennen, die in Tabelle 3 abzulesen ist. Die entsprechende Prüfgröße fiel mit $\chi^2(1) = 22.093$ und $p < .001$ signifikant aus.

Tabelle 3. Häufigkeiten der männlichen und weiblichen Teilnehmer in Abhängigkeit der Gruppe

Gruppe		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
BG	Anzahl	131	87	218
	%	60.1%	39.9%	100.0%
KG	Anzahl	43	84	127
	%	33.9%	66.1%	100.0%
Gesamt	Anzahl	174	171	345
	%	50.4%	49.6%	100.0%

4.1.2 Alter

Der Altersdurchschnitt der Gesamtstichprobe betrug 58.57 (SD = 10.00) Jahre. Zwischen BG und KG war kein signifikanter Altersunterschied festzustellen ($t(237.045) = -1.459$, $p = .146$). Die deskriptivstatistischen Kennwerte sind in Tabelle 4 abgebildet. Eine der KG zugehörige Person machte keine Angaben zu ihrem Alter.

Tabelle 4. Kennwerte des Alters in Abhängigkeit der Gruppe

Gruppe	n	M	SD	Min	Max
BG	218	57.95	9.53	29	87
KG	126	59.63	10.71	40	86
Gesamt	344	58.57	10.00	29	87

4.1.3 Ausbildung

Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung war festzustellen, dass in der BG die mit Abstand meisten Personen eine Lehre abgeschlossen hatten. Dies bildete sich auch in der Gesamtstichprobe ab. In der KG jedoch hatte die Mehrheit der TeilnehmerInnen eine höhere Schule abgeschlossen. Mit $\chi^2(6) = 133.203$ und $p < .001$ zeigte sich, dass die beiden Gruppen sich bezüglich ihrer Ausbildung signifikant unterschieden. Die genaue Verteilung der Personen auf die verschiedenen Ausbildungsformen innerhalb der zwei Gruppen ist aus Tabelle 5 abzulesen.

4.1.4 Familienstand

Bezüglich des Familienstandes zeigte sich in beiden Gruppen das gleiche Bild: Die Mehrheit der Personen lebte in einer Partnerschaft (47.2%), gefolgt von geschiedenen Personen (32.7%). Der Familienstand „ledig“ kam am dritthäufigsten vor (13.7%); die wenigsten Personen befanden sich in der Kategorie „verwitwet“ (6.4%). Die Homogenität der beiden Gruppen in Bezug auf ihren Familienstand zeigte sich auch in einer nicht signifikanten Prüfgröße: $\chi^2(3) = 3.008$, $p = .390$. In Tabelle 6 sind die Häufigkeiten der einzelnen Kategorien für beide Gruppen dargestellt. Bei zwei Personen aus der KG fehlten Angaben zum Familienstand.

Tabelle 5. *Höchste abgeschlossene Ausbildung in Abhängigkeit der Gruppe*

			Gruppe		Gesamt
			BG	KG	
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Kein Pflichtschulabschluss	Anzahl	21	0	21
		%	9.6%	0.0%	6.1%
	Pflichtschule	Anzahl	44	2	46
		%	20.2%	1.6%	13.3%
	Lehre (inkl. 9. Schuljahr)	Anzahl	108	25	133
		%	49.5%	19.7%	38.6%
	Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura)	Anzahl	29	28	57
		%	13.3%	22.0%	16.5%
	Höhere Schule, HTL, HAK	Anzahl	9	42	51
		%	4.1%	33.1%	14.8%
	Hochschulverwandte Lehranstalt	Anzahl	4	9	13
		%	1.8%	7.1%	3.8%
	Universität, Hochschule	Anzahl	3	21	24
		%	1.4%	16.5%	7.0%
Gesamt		Anzahl	218	127	345
		%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabelle 6. *Familienstand in Abhängigkeit der Gruppe*

			Gruppe		Gesamt
			BG	KG	
Familienstand	Ledig	Anzahl	34	13	47
		%	15.6%	10.4%	13.7%
	In Partnerschaft lebend	Anzahl	97	65	162
		%	44.5%	52.0%	47.2%
	Geschieden	Anzahl	74	38	112
		%	33.9%	30.4%	32.7%
	Verwitwet	Anzahl	13	9	22
		%	6.0%	7.2%	6.4%
Gesamt		Anzahl	218	125	343
		%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.5 Diagnose Major Depression

Zum jeweiligen Befragungszeitpunkt litten 31 Personen an einer aktuellen Major Depression Episode. Diese gehörten alle zur BG. Damit lag die Prävalenz dieser psychischen Erkrankung in der Gesamtstichprobe bei 9.0%, innerhalb der BG bei 14.3%. In der KG befand sich keine Person mit einer aktuellen Major Depression Episode (siehe Tabelle 7). Die signifikante Teststatistik ($\chi^2(1) = 19.940$, $p < .001$) macht die starke Assoziation zwischen dem Vorliegen einer aktuellen Major Depression Episode und der Zugehörigkeit zur BG deutlich. Zu einer Person der BG fehlten Informationen bezüglich des Vorliegens sowohl einer aktuellen als auch einer früheren Major Depression Episode.

Tabelle 7. Häufigkeit der Diagnose „Aktuelle Major Depression Episode“ in Abhängigkeit der Gruppe

Gruppe		Aktuelle Major Depression Episode		Gesamt
		Nein	Ja	
BG	Anzahl	186	31	217
	%	85.7%	14.3%	100.0%
KG	Anzahl	127	0	127
	%	100.0%	0.0%	100.0%
Gesamt	Anzahl	313	31	344
	%	91.0%	9.0%	100.0%

Tabelle 8. Häufigkeit der Diagnose „Frühere Major Depression Episode“ in Abhängigkeit der Gruppe

Gruppe		Frühere Major Depression Episode		Gesamt
		Nein	Ja	
BG	Anzahl	106	111	217
	%	48.8%	51.2%	100.0%
KG	Anzahl	92	35	127
	%	72.4%	27.6%	100.0%
Gesamt	Anzahl	198	146	344
	%	57.6%	42.4%	100.0%

Sieht man sich die Häufigkeitsverteilungen einer früheren Diagnose einer Major Depression Episode an, so zeigt sich ein anderes Bild (Tabelle 8): Über eine solche berichteten 35 Personen der KG (27.6%) und 111 Personen (51.2%) der BG, während 106 Personen (48.8%) der BG von keinem früheren Auftreten dieser Störung berichteten. Dass sich in der Gruppe der ehemaligen Heimkinder

mehr Personen befanden, die in ihrer Lebensgeschichte eine Major Depression Episode erlebten, als Personen, die über eine solche nicht berichteten, ist bemerkenswert.

Obwohl auch bei 35 Personen der KG eine frühere Major Depression Episode vorlag, kam dies bei den TeilnehmerInnen der BG immer noch signifikant häufiger vor ($\chi^2(1) = 18.255, p < .001$).

4.2 Reliabilitätsanalysen

Vor Beginn der hypothesenprüfenden Berechnungen wurden zunächst gruppenspezifische Reliabilitätsanalysen durchgeführt, um abzuschätzen, ob die in vorliegender Studie verwendeten Erhebungsinstrumente eine ausreichende Messgenauigkeit besitzen. Um dies zu beurteilen, wurde auf die Aussage von Moosbrugger und Kelava (2012) zurückgegriffen, nach der Reliabilitätskoeffizienten eines Tests zumindest Werte von $\alpha \geq .70$ annehmen sollten, damit der entsprechende Test als zuverlässig beurteilt werden kann. Als Methode zur Messung der Reliabilität wurden Cronbach's-Alpha-Werte berechnet, um die jeweilige interne Konsistenz der Skalen zu beurteilen.

Die ASKU zeigte mit Reliabilitätskoeffizienten von $\alpha = .778$ in der BG und $\alpha = .718$ in der KG eine zufriedenstellende Messgenauigkeit.

Bei der Skala Internale Kontrollüberzeugung der I-E-4 konnten mit Koeffizienten von $\alpha = .792$ in der BG und $\alpha = .741$ in der KG ebenfalls befriedigende Werte beobachtet werden. Anders sahen die Ergebnisse bezüglich der Skala Externale Kontrollüberzeugung der I-E-4 aus: Besonders in der KG ($\alpha = .415$), aber auch in der BG ($\alpha = .667$) wiesen die Werte auf recht schwache interne Konsistenzen hin.

Die Skalen der MSWS wiesen mit Ausnahme der LSWS in beiden Gruppen durchwegs sehr zufriedenstellende interne Konsistenzen auf. Die genauen Werte der einzelnen Skalen der MSWS sind in Tabelle 9, getrennt für BG und KG, dargestellt.

Tabelle 9. Reliabilitätswerte anhand interner Konsistenzen für die Skalen der MSWS, in Abhängigkeit der Gruppe

MSWS	Itemanzahl	BG		KG	
		Cronbach's Alpha	n	Cronbach's Alpha	n
ESWS	7	.845	215	.821	127
SWKO	5	.896	215	.836	127
SWKR	5	.902	215	.888	127
LSWS	5	.668	215	.554	127
ASW	22	.932	215	.912	127

Anmerkung. ESWS = Emotionale Selbstwertschätzung; SWKO = Sicherheit im Kontakt; SWKR = Umgang mit Kritik; LSWS = Leistungsbezogene Selbstwertschätzung; ASW = Allgemeine Selbstwertschätzung

Zusammenfassend ist anzumerken, dass für die drei verwendeten Erhebungsinstrumente eine zufriedenstellende Reliabilität ermittelt werden konnte. Auffallend ist, dass die interne Konsistenz in sämtlichen Skalen stets in der BG stärker ausfiel als in der KG. In der BG lagen alle Koeffizienten zumindest über .60, während dies in der KG für die Skala Externale Kontrollüberzeugung der I-E-4 sowie für die Skala LSWS der MSWS nicht zutreffend war.

4.3 Hypothesenprüfung

Da in der KG null Personen die Kriterien einer aktuellen MD-Episode erfüllten, konnten die zweifaktoriellen Varianzanalysen, die für die Untersuchung der Fragestellungen 2.1, 3.1 und 4.1 geplant waren, nicht durchgeführt werden. Die für die Untersuchung der Fragestellungen 2.2, 3.2 und 4.2 geplanten zweifaktoriellen Varianzanalysen, die die Variable *Frühere Major Depression Episode* betreffen, konnten jedoch durchgeführt werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den im Abschnitt 3.4 vorgestellten Fragestellungen und den daraus abgeleiteten statistischen Hypothesen dargestellt.

4.3.1 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen (Fragestellung 1)

Die erste Fragestellung beschäftigte sich damit, ob die starken inhaltlichen Ähnlichkeiten der Konstrukte Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen sich auch statistisch abbilden lassen würden.

In Tabelle 10 sind die Korrelationskoeffizienten r für die Hypothesen 1.1 bis 1.5 dargestellt. Die Berechnungen wurden sowohl für die Gesamtstichprobe als auch getrennt für die BG und die KG durchgeführt. Innerhalb der BG und in der Gesamtstichprobe waren, wie erwartet, die Zusammenhänge der Hypothesen 1.1 (SE-SW), 1.2 (SE-IKÜ) und 1.4 (SW-IKÜ) positiv, die Zusammenhänge der Hypothesen 1.3 (SE-EKÜ) und 1.5 (SW-EKÜ) negativ. Sie bildeten stets mittelstarke bis starke Effekte ab und waren hoch signifikant, mit einem Signifikanzniveau von $p < .001$. In der KG wurden signifikante positive Zusammenhänge zwischen SW und IKÜ, ESWS und SW, ESWS und IKÜ, LSWS und SW sowie zwischen LSWS und IKÜ gefunden. Weiters konnten in der KG signifikante negative Zusammenhänge zwischen SW und EKÜ sowie zwischen LSWS und EKÜ gefunden werden. Die Effekte der signifikanten Korrelationen innerhalb der KG waren klein bis mittelgroß. Die Zusammenhänge der Skalen SWKO und SWKR mit SW, IKÜ und EKÜ waren nicht signifikant. Somit wurden für die BG und die Gesamtstichprobe alle Alternativhypothesen der Fragestellung 1 angenommen. Für die KG wurden bei den Hypothesen 1.1.1, 1.1.4, 1.1.5, 1.2.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.3.4, 1.4 und 1.5 jeweils die Alternativhypothesen angenommen. Bei den Hypothesen 1.1.2, 1.1.3, 1.2.2, 1.2.3, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 und 1.3.5 wurden die Nullhypothesen beibehalten.

Tabelle 10. Korrelationen der Skalen MSWS, ASKU und I-E-4; getrennt berechnet für BG, KG und Gesamtstichprobe

	BG			KG			Gesamtstichprobe		
	SW	IKÜ	EKÜ	SW	IKÜ	EKÜ	SW	IKÜ	EKÜ
SW		.546***	-.492***		.459***	-.211**		.532***	-.463***
ESWS	.468***	.548***	-.492***	.242**	.376***	-.119	.457***	.505***	-.462***
SWKO	.415***	.437***	-.400***	.117	.159	.110	.395***	.388***	-.353***
SWKR	.406***	.348***	-.381***	.106	.136	.048	.372***	.312***	-.329***
LSWS	.304***	.485***	-.326***	.329***	.306***	-.199*	.328***	.454***	-.323***
ASW	.488***	.542***	-.488***	.230*	.294**	-.035	.469***	.490***	-.443***

Anmerkung. SW=Selbstwirksamkeit; IKÜ=Internale Kontrollüberzeugung; EKÜ=Externale Kontrollüberzeugung; ESWS=Emotionale Selbstwertschätzung; SWKO=Sicherheit im Kontakt; SWKR=Umgang mit Kritik; LSWS=Leistungsbezogene Selbstwertschätzung; ASW=Allgemeine Selbstwertschätzung.

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

$r > .1$ = kleiner Effekt; $r > .3$ = mittlerer Effekt; $r > .5$ = großer Effekt

4.3.2 Unterschiede im Selbstwert (Fragestellung 2)

Ziel der Fragestellung 2.2 war es, die Haupteffekte einer früheren MD-Episode und der Gruppenzugehörigkeit (BG oder KG) sowie deren Wechselwirkung auf die anhand der MSWS erhobenen Subskalen der Selbstwertschätzung zu überprüfen.

Aus Tabelle 11 können die deskriptivstatistischen Kennwerte für die Skalen der MSWS in Abhängigkeit der beiden unabhängigen Variablen entnommen werden. In Tabelle 12 sind die Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen bezüglich der Skalen der MSWS jeweils für die Faktoren Gruppe, frühere MD sowie für die Wechselwirkung der beiden Faktoren abgebildet.

Für alle Skalen mit Ausnahme der LSWS waren jeweils beide Haupteffekte signifikant. Für die Skala LSWS hingegen war nur der Haupteffekt der früheren MD signifikant, nicht der Gruppen-Haupteffekt. Sämtliche Wechselwirkungen waren nicht signifikant. Deshalb können die signifikanten Haupteffekte unabhängig voneinander interpretiert werden. Die H_1 (2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 und 2.2.5) bzgl. Gruppe wurden somit dahingehend angenommen, dass Betroffene institutionellen Missbrauchs signifikant niedrigere Werte bezüglich ihrer emotionalen, sozialen und allgemeinen Selbstwertschätzung berichteten als Personen der Kontrollgruppe. In der Skala SWKR war der Effekt klein, in den Skalen ESWS, SWKO und in der allgemeinen Selbstwertschätzung waren die Effekte mittelgroß. Die H_0 (2.2.4) bzgl. Gruppe wurde beibehalten: Personen der BG unterschieden sich bezüglich leistungsbezogener Selbstwertschätzung nicht signifikant von Personen der KG. Die H_1 (2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 und 2.2.5) bzgl. früherer MD wurden dahingehend angenommen, dass Personen mit einer früheren MD in ihrer Lebensgeschichte signifikant niedrigere Werte bezüglich ihrer emotionalen, sozialen, leistungsbezogenen und allgemeinen Selbstwertschätzung berichteten als

Personen ohne frühere MD. In den Skalen ESWS, SWKR und im ASW waren die Effekte mittelgroß, in den Skalen SWKO und LSWS waren die Effekte klein. Für alle Hypothesen der Fragestellung 2.2 sind bezüglich der Wechselwirkung die Nullhypothesen beizubehalten.

Tabelle 11. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der MSWS in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD

MSWS-Skala	Gruppe	Frühere MD	Mittelwert	Standardabweichung	n
ESWS	BG	Nein	38.91	6.82	105
		Ja	31.65	9.79	110
	KG	Nein	42.26	5.79	92
		Ja	40.11	5.83	35
SWKO	BG	Nein	25.30	8.20	105
		Ja	20.63	8.78	110
	KG	Nein	28.77	5.09	92
		Ja	26.46	5.67	35
SWKR	BG	Nein	26.80	7.95	105
		Ja	21.84	8.18	110
	KG	Nein	28.72	5.10	92
		Ja	25.71	6.99	35
LSWS	BG	Nein	27.90	5.42	105
		Ja	25.47	5.64	110
	KG	Nein	28.33	3.91	92
		Ja	28.03	3.54	35
ASW	BG	Nein	118.90	23.31	105
		Ja	99.58	26.70	110
	KG	Nein	128.08	15.89	92
		Ja	120.31	18.61	35

Anmerkung. ESWS = Emotionale Selbstwertschätzung; SWKO = Sicherheit im Kontakt; SWKR = Umgang mit Kritik; LSWS = Leistungsbezogene Selbstwertschätzung; ASW = Allgemeine Selbstwertschätzung

Tabelle 12. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalysen für die Skalen der MSWS

MSWS-Skalen	Quelle	df	Chi ²	p	α*	η ²
ESWS	Gruppe	1	42.590	.001**	.050	.12
	Frühere MD	1	28.640	.001**		.08
	Gruppe*frühere MD	1	3.720	.050		.01
SWKO	Gruppe	1	22.520	.001**	.010	.07
	Frühere MD	1	19.120	.001**		.06
	Gruppe*frühere MD	1	1.210	.270		.00
SWKR	Gruppe	1	8.830	.003**	.013	.03
	Frühere MD	1	25.060	.001**		.07
	Gruppe*frühere MD	1	2.580	.103		.01
LSWS	Gruppe	1	3.330	.064	.025	.01
	Frühere MD	1	6.770	.009**		.02
	Gruppe*frühere MD	1	3.360	.063		.01
ASW	Gruppe	1	29.360	.001**	.017	.09
	Frühere MD	1	27.440	.001**		.08
	Gruppe*frühere MD	1	2.600	.102		.01

Anmerkung. ESWS = Emotionale Selbstwertschätzung; SWKO = Sicherheit im Kontakt; SWKR = Umgang mit Kritik; LSWS = Leistungsbezogene Selbstwertschätzung; ASW = Allgemeine Selbstwertschätzung

α* = Bonferroni-Holm-korrigiertes Signifikanzniveau, gereiht nach Signifikanz der Wechselwirkungen

**p < .01

4.4.3 Unterschiede in der Selbstwirksamkeit (Fragestellung 3)

Ziel der Fragestellung 3.2 war es, die Haupteffekte einer früheren MD Episode und der Gruppenzugehörigkeit (BG oder KG) sowie deren Wechselwirkung auf die anhand der ASKU erhobene Selbstwirksamkeitserwartung zu überprüfen.

Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skala Selbstwirksamkeit (ASKU) in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD

Gruppe	Frühere MD	Mittelwert	Standardabweichung	n
BG	Nein	12.16	2.28	106
	Ja	11.37	2.84	111
KG	Nein	12.59	1.76	91
	Ja	12.89	1.21	35

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich, war der Haupteffekt einer früheren MD auf die Selbstwirksamkeit nicht signifikant. Jedoch waren der Haupteffekt der Gruppe sowie die Wechselwirkung der Faktoren signifikant. Beide bildeten einen kleinen Effekt ab. Aus Tabelle 13 und dem Profildigramm für die Skala Selbstwirksamkeit (Abbildung 2) wird deutlich, dass der signifikante

Haupteffekt der Gruppe unabhängig interpretiert werden kann: Personen der KG (Gruppe 2) zeigten unabhängig von der Ausprägung in der Variable frühere MD höhere Werte als Personen der BG (Gruppe 1). Allerdings wirkte sich die Variable frühere MD in den Gruppen unterschiedlich aus: Während eine frühere MD in der BG mit niedrigeren Werten in der Selbstwirksamkeit einherging, war sie in der KG mit höheren Werten verbunden (BG<KG; MDE1<MDE0 in Gruppe 1; MDE1>MDE0 in Gruppe 2). Bei der Skala Selbstwirksamkeit liegt folglich eine hybride Interaktion vor (Tran, 2015). Bezüglich Gruppe und Wechselwirkung wurde die $H_1(3)$ angenommen, bezüglich früherer MD wurde die $H_0(3)$ beibehalten.

Tabelle 14. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die Skala Selbstwirksamkeit (ASKU)

Quelle	df	Chi ²	p	η^2
Gruppe	1	8.510	.003**	.02
Frühere MD	1	0.260	.617	.00
Gruppe*Frühere MD	1	3.350	.040*	.01

*p < .05; **p < .01

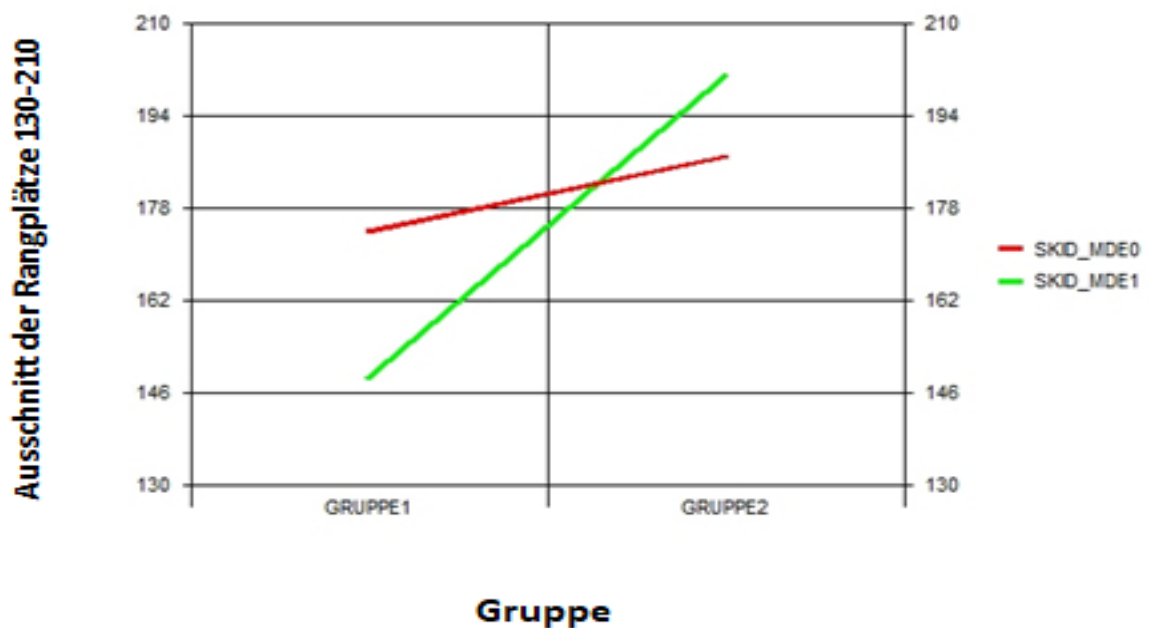


Abbildung 2. Profildiagramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV **Selbstwirksamkeit**, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD.

Anmerkung: Gruppe 1 = BG; Gruppe 2 = KG; SKID_MDE0 = kein früheres Vorkommen einer MD; SKID_MDE1 = früheres Vorkommen einer MD.

4.3.4 Unterschiede in den Kontrollüberzeugungen (Fragestellung 4)

Ziel der Fragestellung 4.2 war es, die Haupteffekte einer früheren MD-Episode und der Gruppenzugehörigkeit (BG oder KG) sowie deren Wechselwirkung auf die Skalen der I-E-4, IKÜ und EKÜ, zu überprüfen.

In Tabelle 16 sind die Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen für die Skalen der I-E-4 dargestellt. Für die Skala EKÜ waren beide Haupteffekte signifikant, und es handelte sich jeweils um einen kleinen Effekt. Die Wechselwirkung der beiden Faktoren war nicht signifikant (s. Abbildung 3). Die H_1 (4.2.2) war bezüglich Gruppe und früherer MD dahingehend anzunehmen, dass Betroffene institutionellen Missbrauchs höhere Werte in externaler KÜ zeigten als Personen der Kontrollgruppe sowie dass eine MD in der Lebensgeschichte mit höheren Werten in externaler KÜ verbunden war. Für die Wechselwirkung war die H_0 beizubehalten.

Tabelle 15. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der I-E-4 in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD

I-E-4-Skala	Gruppe	Frühere MD	Mittelwert	Standardabweichung	n
IKÜ	BG	Nein	17.01	2.96	105
		Ja	15.59	3.72	111
	KG	Nein	16.71	2.28	91
		Ja	16.86	2.02	35
EKÜ	BG	Nein	9.61	3.43	105
		Ja	11.25	3.63	111
	KG	Nein	8.90	2.34	91
		Ja	9.03	2.15	34

Anmerkung. IKÜ = Internale Kontrollüberzeugungen; EKÜ = Externale Kontrollüberzeugungen

Tabelle 16. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalysen für die Skalen der I-E-4

I-E-4-Skalen	Quelle	df	Chi ²	p	α^*	η^2
IKÜ	Gruppe	1	0.050	.811		.00
	Frühere MD	1	2.230	.131	.050	.01
	Gruppe*frühere MD	1	6.490	.010**		.02
EKÜ	Gruppe	1	15.100	.001**		.04
	Frühere MD	1	6.880	.008**	.025	.02
	Gruppe*frühere MD	1	4.550	.031		.01

Anmerkung. IKÜ = Internale Kontrollüberzeugungen; EKÜ = Externale Kontrollüberzeugungen

α^* = Bonferroni-Holm-korrigiertes Signifikanzniveau; gereiht nach Signifikanz der Wechselwirkungen

**p < .01

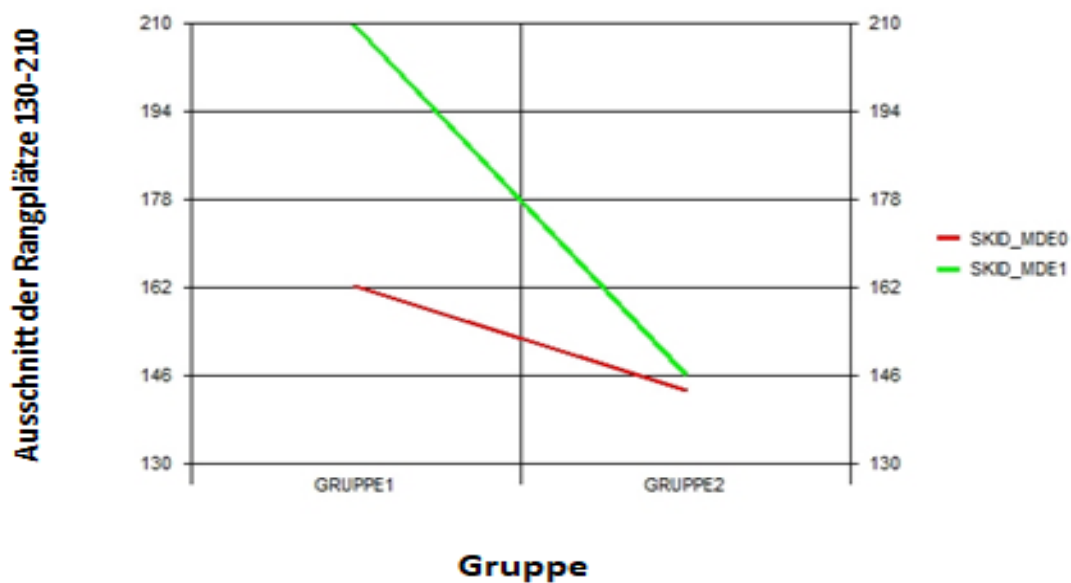


Abbildung 3. Profildigramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV **Externale Kontrollüberzeugung**, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD.

Anmerkung: Gruppe 1 = BG; Gruppe 2 = KG; SKID_MDE0 = kein früheres Vorkommen einer MD; SKID_MDE1 = früheres Vorkommen einer MD.

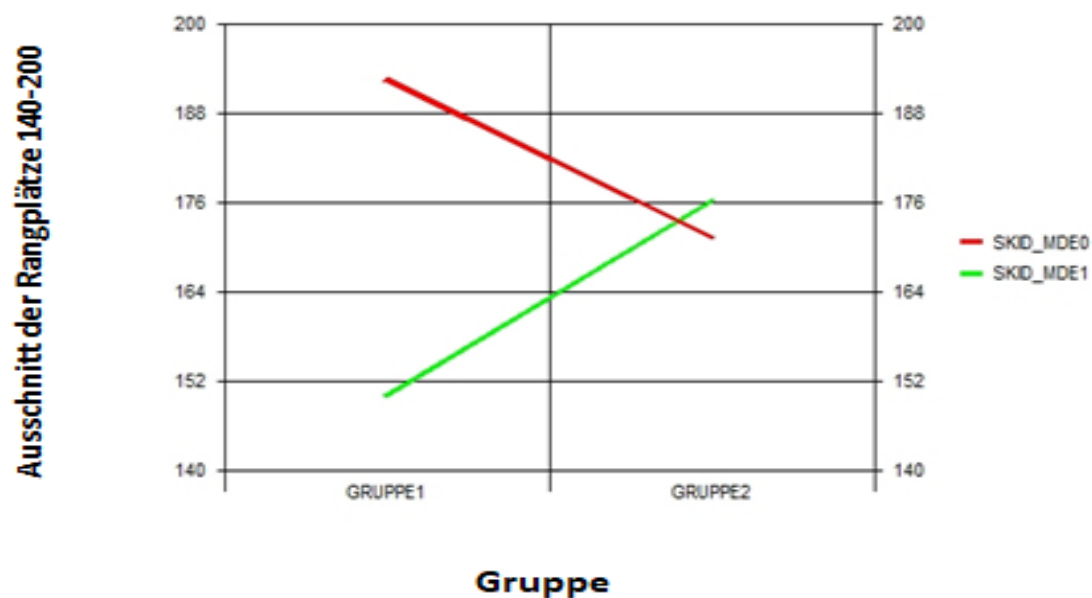


Abbildung 4. Profildigramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV **Interne Kontrollüberzeugung**, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD.

Anmerkung: Gruppe 1 = BG; Gruppe 2 = KG; SKID_MDE0 = kein früheres Vorkommen einer MD; SKID_MDE1 = früheres Vorkommen einer MD.

Für die Skala IKÜ war keiner der beiden Haupteffekte signifikant, die Wechselwirkung jedoch schon. Sie bildete einen kleinen Effekt ab. Mithilfe der Tabelle 15 und des Profildigramms (Abbildung 4) lässt sich diese wie folgt beschreiben: In der BG (Gruppe 1) war eine frühere MD mit niedrigeren Werten in der IKÜ verbunden ($MDE0 > MDE1$ in Gruppe 1), in der KG mit höheren Werten ($MDE1 > MDE0$ in Gruppe 2). Personen der BG, zu deren Lebensgeschichte keine MD gehörte, wiesen höhere Werte in der IKÜ auf als Personen der KG, unabhängig davon, ob letztere in ihrem Leben unter einer MD gelitten hatten oder nicht. Bei der Skala IKÜ liegt folglich eine disordinale Interaktion vor (Tran, 2015). Bezüglich Gruppe und früherer MD wurde die H_0 (4.2.1) beibehalten, bezüglich der Wechselwirkung wurde die H_1 (4.2.1) angenommen.

5 Diskussion

5.1 Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen

Die Stärke der gefundenen Zusammenhänge zwischen SE, SW und KÜ divergierte deutlich in den beiden Gruppen: Innerhalb der BG waren sämtliche Zusammenhänge hochsignifikant und bildeten mittelgroße bis große Effekte ab. In der KG war nur etwa die Hälfte, nämlich neun der siebzehn berechneten Korrelationen, signifikant, und keine von diesen bildete einen großen Effekt ab. Dieses Ergebnis ähnelt dem Befund von Goodman et al. (1994), dass niedriger SE in zwei Gruppen von PatientInnen mit psychischen Störungen signifikant mit externaler KÜ korrelierte, nicht jedoch in der Kontrollgruppe. Auch in der vorliegenden Studie war EKÜ in der KG diejenige Skala, für die die wenigsten berechneten Korrelationen signifikant wurden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Reliabilität der Skala EKÜ in vorliegender Studie nicht zufriedenstellend war, besonders in der KG ($\alpha = .415$; vgl. Abschnitt 3.3.4). Dass die beiden Korrelationen der EKÜ, die in der KG signifikant ausfielen, diejenigen mit SW und LSWS waren, scheint nachvollziehbar, wenn man sich die Inhalte dieser Skalen nochmals vergegenwärtigt: EKÜ bezeichnet das Ausmaß der Überzeugung, *keinen Einfluss darauf zu haben, was im eigenen Leben geschieht* (Kovaleva et al., 2012). SW erfasst das Ausmaß der Überzeugung, *sich auf seine eigenen Fähigkeiten verlassen zu können* (Beierlein et al., 2012). LSWS erfasst unter anderem, *inwieweit man sich anspruchsvollen Aufgaben gewachsen sieht* (Schütz & Sellin, 2006). Der Inhalt der EKÜ wirkt augenscheinlich gegensätzlich zu dem der SW und der LSWS. Die Inhalte der Skalen, die mit der EKÜ in der KG nicht signifikant korrelierten, scheinen weniger direkt mit der Überzeugung zusammenzuhängen, über wenige Einflussmöglichkeiten zu verfügen: So ist es gut vorstellbar, dass jemand *eine positive Einstellung zu sich selbst* hat (ESWS) und dennoch eher die Überzeugung hat, sein/ihr Leben würde *stärker vom Schicksal als von ihm/ihr selbst bestimmt* (EKÜ). Auch die Items der Skalen SWKO und SWKR haben mehr mit sozialen Ängsten zu

tun: Ob man sich *häufig unwohl in der eigenen Haut fühlt, wenn man neue Leute kennenlernt* (SWKO), und sich *häufig Gedanken darüber macht, ob andere gerne mit einem zusammen sind* (SWKR), hängt vermutlich weniger stark von dem Ausmaß ab, in dem man eher sich selbst oder eher das Schicksal als verantwortlich für das eigene Leben ansieht (KÜ).

Dass die Korrelationen in der BG durchschnittlich deutlich signifikanter waren als in der KG, kann teilweise darauf zurückgeführt werden, dass die BG mehr Personen (218) umfasst als die KG (127). Ergebnisse werden umso eher signifikant, je größer die Stichprobe ist (Bortz & Döring, 2006). Hinsichtlich der Gründe, warum sämtliche Korrelationen in der BG stärkere Effekte abbildeten als in der KG, kann nur gemutmaßt werden. Missbrauchserfahrungen wirkten sich in der vorliegenden Studie auf beinahe alle Skalen von SE, SW und KÜ ungünstig aus – ein Ergebnis, das in den folgenden Abschnitten noch detaillierter diskutiert werden wird. Die im Vergleich zur KG durchschnittlich niedrigeren (bzw. im Falle von EKÜ höheren) Ausprägungen in den drei Variablen könnten möglicherweise mit sich gebracht haben, dass alle drei Variablen eher als persönliche Problembereiche angesehen wurden, was die Assoziation zwischen ihnen verstärkt haben könnte. Goodman et al. (1994) führten keine möglichen Erklärungen dafür an, warum sich der Zusammenhang zwischen niedrigem SE und externaler KÜ in den durch psychische Erkrankungen belasteten Gruppen zeigte, nicht jedoch in der Kontrollgruppe.

In den Metaanalysen von Judge, Erez et al. (1998) und Judge et al. (2002) korrelierten SE und SW stets mit Abstand am stärksten miteinander, verglichen mit allen anderen Konstrukten. Dieses Ergebnis konnte in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden: Hier waren es die Korrelationen zwischen emotionalem SE und IKÜ, zwischen SW und IKÜ sowie zwischen der übergeordneten Skala des allgemeinen SE mit IKÜ, die mit Abstand die stärksten Zusammenhänge darstellten, und zwar sowohl in der BG als auch in der KG. Die Effektgrößen dieser drei Korrelationen waren groß, die der restlichen nur mittelgroß. KÜ korrelierten in den Metaanalysen von Judge, Erez et al. (1998) und Judge et al. (2002) stets am niedrigsten mit den anderen Konstrukten. Der starke Zusammenhang zwischen SW und IKÜ in der vorliegenden Studie scheint logisch, wenn man sich die Formulierung der Items dieser Skalen ansieht: Zwei Items der IKÜ lauten *Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben* und *Wenn ich meine Fähigkeiten richtig einsetze, werde ich erfolgreich sein*. Der Inhalt dieser Items ähnelt denen der ASKU sehr stark, besonders dem folgenden Item: *Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen*. Hinsichtlich des starken Zusammenhangs zwischen ESWS und IKÜ kann Folgendes vermutet werden: Wenn jemand der Aussage *Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben* (IKÜ) zustimmt, scheint es nachvollziehbar, dass er/sie *mit sich selbst zufrieden* ist (ESWS) bzw. dass er/sie mit sich selbst unzufrieden ist, wenn die vorige Aussage verneint wird. Dass die stärksten Zusammenhänge in vorliegender Studie andere waren als bei Judge, Erez et al. (1998) und Judge et al. (2002), hat vermutlich teilweise damit zu tun, dass die

Variablen nicht mit denselben Erhebungsinstrumenten erfasst wurden und die Formulierungen der Items folglich voneinander abwichen. Ob verschiedene Fragebögen von SE, SW und KÜ jeweils dasselbe Konstrukt erfassen, sollten zukünftige Studien überprüfen.

5.2 Kindesmissbrauch, Major Depression und Selbstwert

In früheren Studien wurde häufig belegt, dass negative Kindheitserfahrungen, im schlimmsten Fall Missbrauchserfahrungen (emotional, körperlich, sexuell oder mehrere Formen), mit einem signifikant erniedrigten Selbstwertgefühl einhergehen (Al-Fayez et al., 2012; Allen & Tarnowski, 1989; Banyard, 1999; Gross & Keller, 1992; Gwandure, 2007; Moran & Eckenrode, 1992; Nilsson et al., 2015). In diesen Studien wurden keine verschiedenen Facetten von SE erfasst, sondern SE in seiner globalen Form. Da die emotionale Selbstwertschätzung starke Ähnlichkeit zum Inhalt von globalem SE hat (Fleming & Courtney, 1984), wurde in der vorliegenden Studie zumindest für die Skala ESWS ein negativer Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen erwartet. Die Ergebnisse zur Fragestellung 2.2 zeigten, dass Personen der BG in allen vier Subskalen sowie in der übergeordneten Skala der MSWS signifikant niedrigere Werte aufwiesen als Personen der KG. Folglich scheinen die starken Belastungen durch die Missbrauchserfahrungen, denen die Personen der BG während ihrer Kindheit ausgesetzt waren, mit einem Verlust an wertschätzenden Gefühlen für die eigene Person einherzugehen, der sich in unterschiedlichsten Bereichen ausdrückt: stärkere soziale Unsicherheiten, Ängste vor negativer Beurteilung durch andere Menschen, größere Unzufriedenheit mit beruflichen Fähigkeiten oder Leistungen, allgemeine Selbstzweifel bis hin zu Überzeugungen der eigenen Nutz- und Wertlosigkeit.

Auch der Haupteffekt einer früheren MD war in allen Subskalen der MSWS bis auf die LSWS signifikant. Warum der leistungsbezogene Selbstwert als einziger nicht signifikant von einer MD in der Lebensgeschichte betroffen war, kann nicht klar beantwortet werden. Man könnte vermuten, dass so allumfassende Gefühle gegenüber sich selbst, wie sie durch Items der ESWS erfasst werden (*Wie häufig sind Sie so unzufrieden mit sich, dass Sie sich fragen, ob Sie ein wertvoller Mensch sind?*), chronischer von einer MD-Episode betroffen sind als spezifische leistungsbezogene Selbstbewertungen (*Wie häufig sind Sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in ihrer Arbeit erbracht haben?*). Die Items der sozialen SWS (z.B. *Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit Ihnen zusammen sind?*) erinnern an die Skala *Sense of Being a Burden to Others* des SAQ (Coyne & Calarco, 1995). Auf dieser Skala hatten sowohl Personen mit schwerer klinischer Depression als auch Personen mit leichter depressiver Verstimmung auch nach der Remission noch signifikant höhere Werte als Personen, die nie unter einer MD gelitten hatten (Coyne et al., 1998). In der vorliegenden Studie scheinen Personen mit einer MD in der Lebensgeschichte ebenfalls noch jenseits der Remission Ängste bezüglich sozialer Beziehungen zu haben. Leider wurde das Vorliegen

einer früheren MD in der vorliegenden Studie in dichotomer Form kodiert, sodass lediglich differenziert wurde zwischen Personen mit und ohne MD-Episoden in ihrer Lebensgeschichte. Aufgrund dessen konnten keine rezidivierenden Verläufe einer depressiven Störung untersucht werden. Besonders hinsichtlich SE wäre eine Differenzierung zwischen Personen, die nur eine einzelne MD-Episode erfahren hatten, und solchen, die unter mehreren Episoden gelitten hatten, sehr aufschlussreich gewesen, da in der Studie von Risch et al. (2010) der Selbstwert von remittierten depressiven PatientInnen, die drei oder mehr depressive Episoden erfahren hatten, signifikant niedriger war als der von remittierten depressiven Patienten, die weniger als drei depressive Episoden erfahren hatten. Ob ebenfalls die spezifische Anzahl von drei MD-Episoden in einer Untersuchung wie der Wiener Heimstudie gefunden würde, wäre sehr aufschlussreich für die Diskussion um die Gültigkeit des Narbenmodells gewesen. Es ist gut denkbar, dass in einer besonders vulnerablen Population wie die der ehemaligen Heimkinder der Selbstwert bereits nach weniger als drei MD-Episoden chronisch geschädigt wird.

5.3 Kindesmissbrauch, Major Depression und Selbstwirksamkeit

Bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung, mit der sich Fragestellung 3 beschäftigte, konnte ein signifikanter Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit festgestellt werden: Personen der BG zeigten signifikant niedrigere Ausprägungen in der SW als Personen der KG. Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und SW beschäftigten, ließen dieses Ergebnis erwarten (Caldwell et al., 2011; Sachs-Ericsson et al., 2011), wenngleich der Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und SW in der Studie von Caldwell et al. (2011) durch Unterschiede im Schweregrad der Depression erklärt werden konnte. Analog zu der Argumentation bzgl. Missbrauchserfahrungen und Selbstwert scheint es auch hier naheliegend, dass ein Aufwachsen in äußerst schwierigen Umständen die Überzeugung abschwächt, sich in herausfordernden Situationen auf seine eigenen Fähigkeiten verlassen zu können.

Zusätzlich zum signifikanten Gruppen-Haupteffekt lag hinsichtlich SW eine signifikante Wechselwirkung zwischen Gruppe und früherer MD vor. In der BG ging eine MD in der Lebensgeschichte mit einer niedrigeren SW einher als bei Personen ohne MD in der Lebensgeschichte, was dafür spricht, dass die doppelte Belastung durch Missbrauchserfahrungen einerseits und depressive Episoden andererseits mit einer besonders schwachen Überzeugung hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten in anspruchsvollen Situationen verbunden ist. Die Tatsache, dass Personen der KG höhere Werte in der SW aufwiesen, wenn sie in ihrem Leben eine MD erfahren hatten, könnte damit zusammenhängen, dass die KG eine im Vergleich zur BG sehr viel weniger belastete Gruppe war, bei der sich die Erfahrung einer überstandenen MD-Episode möglicherweise positiv ausgewirkt haben könnte im Sinne der Subskala *Found Strength in Depression* des SAQ (Coyne

& Calarco, 1995). Die Ergebnisse der Studie von Coyne et al. (1998) sprechen allerdings gegen eine solche positive Auswirkung einer überstandenen depressiven Episode, auch bei PatientInnen, die keine schwere klinische Depression, sondern eine depressive Verstimmung unterhalb der Kriterien einer MD erlebt hatten.

5.4 Kindesmissbrauch, Major Depression und externale Kontrollüberzeugungen

Bezüglich der Ergebnisse der Fragestellung 4 ist zunächst festzustellen, dass der in früheren Studien (Allen & Tarnowski, 1989; Culpin et al., 2015; Fisher et al., 2012; Gwandure, 2007; Hovens et al., 2016; Moyer, 1995; Muris et al., 2004) häufig gefundene Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch bzw. negativen Kindheitserfahrungen und einer externalen Kontrollüberzeugung auch in dieser Studie belegt werden konnte. Es handelte sich bei diesem Ergebnis zwar um einen kleinen Effekt – dennoch war es hochsignifikant. Es ist naheliegend, dass das Erleben von Missbrauchserfahrungen, besonders in einer totalen Institution sensu Goffman, wie es in der Betroffenenengruppe der vorliegenden Studie der Fall war, zu der Entwicklung der Überzeugung beiträgt, dass die Welt ein feindseliger Ort ist, über dessen Ereignisse man keine persönliche Kontrolle hat. Es scheint logisch, dass man durch das Erfahren unkontrollierbarer negativer Ereignisse wie Missbrauch die Lernerfahrung macht, dass das eigene Schicksal vielmehr durch mächtige andere, hauptsächlich durch enge Bezugspersonen, beeinflusst wird, anstatt es in der eigenen Hand zu haben (vgl. Culpin et al., 2015).

Der Zusammenhang zwischen einer aktuellen MD und EKÜ wurde vielfach belegt (Benassi et al., 1988; Culpin et al., 2015; Hammond & Romney, 1995; Hovens et al., 2016; Moran & Eckenrode, 1992; Raps et al., 1982; Stock, 2006). Wie die Ausprägung der EKÜ mit einer oder mehreren früheren MD-Episoden zusammenhängt, konnte aus früheren Studien nicht abgeleitet werden. Coyne et al. (1998) konnten zwar demonstrieren, dass Personen, die eine MD-Episode erlebt haben, auch jenseits der Remission mit Problemen zu kämpfen haben, die beispielsweise die Angst vor Rückfällen und davor, anderen Menschen zur Last zu fallen, betrafen. Die Auswirkungen einer überstandenen MD-Episode auf Kontrollüberzeugungen wurden in dieser Studie jedoch nicht untersucht. Auch Risch et al. (2010), die sich mit den Folgen des Erlebens wiederholter MD-Episoden beschäftigten, berücksichtigten in ihrer Untersuchung ausschließlich Folgen für den Selbstwert, nicht für Kontrollüberzeugungen. Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass die Erfahrung einer oder mehrerer früherer MD-Episoden mit einer höheren Ausprägung der EKÜ verbunden war. Es handelte sich um einen kleinen, aber hochsignifikanten Effekt. Dieses Ergebnis ist dahingehend zu interpretieren, dass eine externale KÜ scheinbar keine bloße Begleiterscheinung einer MD-Episode ist, sondern auch jenseits einer Remission hoch ausgeprägt bleiben kann. Die in diesen Kontext passende Diskussion bezüglich der Gültigkeit eines Vulnerabilitäts- vs. Narbenmodells kann durch die

vorliegende Studie nicht um weitere Belege erweitert werden, da es sich nicht um eine Längsschnittstudie handelte. Aufgrund dessen können keine Schlüsse darüber gezogen werden, welche Variable im Leben der betroffenen Personen früher auftrat: eine externe KÜ oder eine MD-Episode. Nichtsdestotrotz liefert das Ergebnis der vorliegenden Studie unterstützende Hinweise für das Narbenmodell, da Personen, die irgendwann in ihrem Leben unter einer MD gelitten hatten, zum Erhebungszeitpunkt signifikant höher ausgeprägte EKÜ aufwiesen als Personen, die in ihrem Leben nicht unter einer MD gelitten hatten. Daraus lässt sich schließen, dass die Erfahrung einer MD-Episode insofern eine Narbe hinterlässt, als die entsprechenden Personen auch jenseits der Remission das Gefühl haben, sie hätten wenig Einfluss auf die Geschehnisse in ihrem Leben, sondern ihr Leben würde vielmehr vom Schicksal, Zufall oder von mächtigen anderen kontrolliert. Inwieweit diese externe KÜ bereits vor dem Auftreten einer MD-Episode vorhanden war, lässt sich durch die Ergebnisse dieser Arbeit nicht beantworten.

Die Wechselwirkung zwischen früherer MD und Gruppe war hinsichtlich EKÜ nicht signifikant. Ohne Korrektur des Signifikanzniveaus wäre sie jedoch signifikant gewesen, und auch mit korrigiertem Signifikanzniveau lag der p-Wert der Wechselwirkung nur knapp über dem Signifikanzniveau. Abbildung 3 demonstriert, dass die Erfahrung, irgendwann im Leben unter einer MD gelitten zu haben, in der BG mit mehr Varianz der EKÜ einhergeht als in der KG. Personen der BG haben zwar unabhängig von einer früheren MD höhere Ausprägungen der EKÜ als Personen der KG, jedoch erhöht eine frühere MD die Ausprägungen der EKÜ bei Personen der BG stark, während in der KG eine frühere MD kaum einen Unterschied hinsichtlich der Ausprägungen der EKÜ macht (siehe auch Tabelle 15). Der signifikante Haupteffekt einer früheren MD auf die Ausprägung der EKÜ scheint folglich hauptsächlich auf die starken Unterschiede innerhalb der BG zurückzugehen. Beim Zustandekommen dieses Ergebnisses könnte die starke Unterschiedlichkeit zwischen BG und KG eine Rolle gespielt haben. Die Personen der KG konnten wohl eine durchschnittlich sehr viel angenehmere Kindheit erleben als die Personen der BG. Man könnte die Vermutung anstellen, dass das Erfahren einer MD-Episode in einer Population, die durch die KG dieser Studie repräsentiert wird, mit weniger chronischen Einschränkungen in der Zeit nach der Remission verbunden ist als in einer Population von Personen, die zusätzlich unter den negativen Konsequenzen der in ihrer Kindheit erfahrenen Missbrauchserfahrungen zu leiden haben. Diese werden – wie bereits ausgeführt wurde – nicht nur mit einer erhöhten Vulnerabilität für MD in Verbindung gebracht (Chapman et al., 2004; Pietrek et al., 2013; Wingefeld et al., 2011), sondern können auch hinsichtlich vieler weiterer Aspekte der psychischen Gesundheit verheerende Folgen haben, wie Vulnerabilität für andere psychische Störungen, unsichere Bindungsstile, ein gestörtes Sexualleben, Gewalt in der Partnerschaft sowie Verwicklungen in kriminelle Auseinandersetzungen (Carr et al., 2010; Fitzpatrick et al., 2010; Lueger-Schuster et al., 2014; Wolfe et al., 2006).

5.5 Kindesmissbrauch, Major Depression und internale Kontrollüberzeugungen

Aufgrund uneinheitlicher Befunde in früheren Studien waren in der vorliegenden Arbeit keine spezifischen Vorhersagen bezüglich der Art der Zusammenhänge zwischen Missbrauchserfahrungen, früherer MD und internalen Kontrollüberzeugungen getroffen worden. Die Ergebnisse der Fragestellung 4.2.1 zeigten ein spannendes Muster: Weder der Haupteffekt der früheren MD noch der Haupteffekt der Gruppe waren hinsichtlich IKÜ signifikant. Hochsignifikant war jedoch die Wechselwirkung zwischen diesen beiden Faktoren, die einen kleinen Effekt und den folgenden Inhalt abbildete: Personen der BG, die irgendwann in ihrem Leben eine MD-Episode erfahren hatten, wiesen niedrigere Werte der IKÜ auf als Personen der BG, die keine MD-Episode erfahren hatten. In der KG war dieser Effekt gegenteilig: Personen der KG, die irgendwann in ihrem Leben eine MD-Episode erfahren hatten, wiesen höhere Werte auf als Personen, die keine MD-Episode erfahren hatten. Allerdings waren in der KG die Unterschiede in der Ausprägung der IKÜ nur sehr gering (siehe Tabelle 15 und Abbildung 4). Das Bemerkenswerte war, dass Personen der BG, die keine frühere MD erfahren hatten, höhere Ausprägungen in der IKÜ hatten als Personen der KG, unabhängig davon, ob letztere in ihrem Leben unter einer MD gelitten hatten oder nicht.

Studien, die sich mit negativen Kindheitserfahrungen und Kontrollüberzeugungen beschäftigen, berichten fast ausschließlich von höheren Ausprägungen der EKÜ im Zusammenhang mit negativen Erfahrungen. Dass mit höheren Ausprägungen der EKÜ automatisch niedrigere Ausprägungen der IKÜ einhergehen, könnte man vermuten, da IKÜ und EKÜ komplementär erscheinen. Dennoch werden die Ausprägungen von IKÜ und EKÜ anhand von zwei (oder mehr, vgl. Levenson, 1972) Skalen gemessen, nicht in Form von zwei Polen einer einzigen Skala. Insofern kann von hohen Ausprägungen der EKÜ nicht automatisch auf niedrige Ausprägungen der IKÜ geschlossen werden. Anders als Studien, die sich mit ACEs und KÜ beschäftigten, wurde in Studien, die sich mit den Zusammenhängen von Depression und KÜ beschäftigten, durchaus unterschieden zwischen Ergebnissen, die die EKÜ betreffen, und solchen, die speziell die IKÜ betreffen. Um die Implikationen der Befunde dieser Studien zu verstehen, empfiehlt es sich, sich die verschiedenen Dimensionen von Kontrollüberzeugungen nochmals zu verdeutlichen: Unterschieden werden muss einerseits zwischen internalen und externalen KÜ und zusätzlich zwischen KÜ hinsichtlich positiver und negativer Ereignisse. Die zwei weiteren Dimensionen global vs. spezifisch sowie stabil vs. instabil werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt, weil deren Verbindung mit Depressivität erstens eindeutig erscheint (vgl. Abramson et al., 1978; Abramson et al., 1989) und sie zweitens nicht mit der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit in Zusammenhang stehen. Somit ergeben sich vier Bereiche, für deren Attributionsstile der Zusammenhang mit Depression überprüft werden kann: IKÜ bzgl. positiver Ereignisse, IKÜ bzgl. negativer Ereignisse, EKÜ bzgl. positiver Ereignisse und EKÜ bzgl. negativer Ereignisse. Die Unterscheidung zwischen KÜ bzgl. positiver und negativer Ereignisse

geht auf die Neuformulierung der Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978; Miller & Norman, 1979) zurück. Rotter (1966) unterschied ausschließlich zwischen IKÜ und EKÜ. Fast alle Studien, die von einem positiven Zusammenhang zwischen Depression und EKÜ berichteten (u.a. Banyard, 1999; Culpin et al., 2015; Hammond & Romney, 1995; Hovens et al., 2016; Muris et al., 2004), unterschieden hierbei nicht zwischen positiven und negativen Ereignissen, was größtenteils daran lag, dass die verwendeten Erhebungsinstrumente diese Unterscheidung nicht machten – es scheint jedoch auch so zu sein, dass eine externe KÜ mit mehr Depression zusammenhängt, unabhängig davon, ob es sich um positive oder negative Ereignisse handelt. So konnte beispielsweise Stock (2006) zeigen, dass nicht eine interne, sondern eine externe Attribution für einen traumatischen Unfall mit vermehrter depressiver Symptomatik verbunden war. Dieser Befund widerspricht der Theorie von Abramson et al. (1978), die davon ausging, dass eine externe Attribution negativer Ereignisse günstig für die psychische Gesundheit ist. Die Befunde von Morrow (1991) und Raps et al. (1982) unterstützten diese ursprüngliche Theorie. 1989 schlossen Abramson et al. die Dimension internal/external aus ihrer Theorie aus, mit der Begründung, dass interne Attributionen für negative Ereignisse nicht unbedingt ungünstig sein müssen. Sie könnten im Gegenteil sogar eine günstige Auswirkung haben im Sinne von vermehrter Anstrengung, um zukünftige negative Ereignisse aus eigener Kraft vermeiden zu können. Auch bei Moran und Eckenrode (1992) sowie in den Metaanalysen von Benassi et al. (1988) konnte der Zusammenhang von Depression mit internaler KÜ hinsichtlich negativer Ereignisse nicht belegt werden. Dass eine interne KÜ hinsichtlich positiver Ereignisse günstig für die psychische Gesundheit ist, ist unumstritten (Forest et al., 1996; Harrow et al., 2009; Moran & Eckenrode, 1992).

Die Items, anhand derer die IKÜ in der I-E-4-Skala erhoben wird, sind neutral (*Ich habe mein Leben selbst in der Hand*) bis positiv (*Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben*) formuliert – in dieser Skala geht es nicht um IKÜ hinsichtlich negativer Ereignisse. Die bezüglich Fragestellung 4.2.1 gefundene signifikante Wechselwirkung könnte man demnach wie folgt interpretieren: Analog zum Befund bzgl. SW zeigt sich die Mehrfachbelastung durch Erfahrungen von Kindesmissbrauch einerseits und MD-Episoden andererseits in einer besonders schwach ausgeprägten Überzeugung, das eigene Leben selbst kontrollieren zu können und bei investierter Anstrengung auch erfolgreich sein zu können. Wenn es Personen trotz Missbrauchserfahrungen in der Kindheit gelingt, im Verlauf des Lebens keine MD-Episode zu entwickeln, haben diese Personen eine besonders stark ausgeprägte Überzeugung, ihr Leben selbst in der Hand zu haben. Diese besonders stark ausgeprägte IKÜ war stärker als bei Personen der KG – unabhängig davon, ob letztere in ihrem Leben eine MD erfahren hatten oder nicht. Hinsichtlich SW gab es diesen Effekt nicht – er war spezifisch für die IKÜ. Die Frage, ob es die hohe IKÜ dieser Personen war, die sie resilient gegenüber der Entwicklung einer MD gemacht hat, ist anhand der vorliegenden Daten

aufgrund des Querschnittsdesigns nicht beantwortbar. Wie auch bei der SW wiesen Personen der KG höhere Werte der IKÜ auf, wenn sie in ihrem Leben eine MD erfahren hatten. Demnach kann auch bzgl. IKÜ argumentiert werden, dass sich die Erfahrung einer überstandenen MD-Episode in der KG möglicherweise deshalb positiv ausgewirkt haben könnte, da diese Gruppe dank einer weniger belastenden Kindheit günstigere Ausgangsbedingungen hatte. Dank dieser günstigeren Ausgangsbedingungen konnten sie vermutlich während des Lebens auftretende Schwierigkeiten erfolgreicher bewältigen und infolgedessen eine gestärkte Überzeugung hinsichtlich der eigenen Kontrollmöglichkeiten entwickeln. Während die Ergebnisse von Coyne et al. (1998) gegen eine solche positive Auswirkung einer überstandenen MD-Episode sprechen, weisen die Befunde von Forest et al. (1996) darauf hin, dass zumindest mildere Belastungsformen eine positive Auswirkung im Sinne einer stärkeren IKÜ haben können. Hier ging es allerdings nicht um eine stärker ausgeprägte IKÜ als Folge einer überstandenen MD, sondern als Folge milder bis moderater Belastungen in der Kindheit. In weiterer Folge führte die stärker ausgeprägte IKÜ zu einem abdämpfenden Effekt bzgl. depressiver Symptomatik. Zu den Unterschieden in der KG hinsichtlich IKÜ in der vorliegenden Studie ist allerdings anzumerken, dass sich Personen der KG, die eine MD erfahren hatten, im Mittelwert nur um .15 (mit früherer MD: $M=16.86$; ohne frühere MD: $M=16.71$; siehe Tabelle 15) von denjenigen ohne frühere MD unterschieden. Dies spricht eher dafür, dass dieser Unterschied dem Zufall geschuldet ist, und sich lebenszeitliche MD-Episoden hauptsächlich bei solchen Personen chronisch negativ auswirken, die durch Erfahrungen von Kindesmissbrauch bereits sehr negative Ausgangsbedingungen haben.

5.6 Verbindungen zwischen den vier Fragestellungen

Hinsichtlich der Ergebnisse der Fragestellungen 2, 3 und 4 konnten einige Gemeinsamkeiten festgestellt werden:

1. Signifikanter Haupteffekt von Gruppe auf SE, SW und EKÜ
2. Signifikanter Haupteffekt von früherer MD auf SE und EKÜ
3. Signifikante Interaktion zwischen Missbrauchserfahrungen und dem Vorliegen früherer MD, die sowohl bei SW als auch bei IKÜ die folgenden Inhalte abbildete:
 - a) Die niedrigsten Ausprägungen hatten Personen, bei denen sowohl Missbrauchserfahrungen als auch frühere MD vorlagen.
 - b) In der KG ging frühere MD mit höheren Werten einher.

Diese Gemeinsamkeiten könnten der in den Ergebnissen zu Fragestellung 1 aufgezeigten starken Ähnlichkeit zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen geschuldet sein. Nichtsdestotrotz zeigte sich bei jeder der Persönlichkeitsvariablen eine unterschiedliche gemeinsame Wirkung der

untersuchten zwei Faktoren. Dies deutet darauf hin, dass – trotz der vorhandenen Beziehung zwischen diesen Konstrukten – jedes seine eigene Bedeutung hat, die es zu einem nicht austauschbaren Persönlichkeitskonstrukt macht.

6 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf, die im Folgenden besprochen werden sollen. Zunächst ist anzumerken, dass bei der Rekrutierung der Kontrollgruppe zwar versucht wurde, hinsichtlich soziodemografischer Variablen eine möglichst gute Vergleichbarkeit mit der Betroffenenengruppe zu gewährleisten. Es zeigte sich allerdings, dass diese Vergleichbarkeit nur eingeschränkt vorhanden war (s. Abschnitt 4.1): In der BG befanden sich deutlich mehr Männer als Frauen, in der KG befanden sich deutlich mehr Frauen als Männer. Das Bildungsniveau war in der KG deutlich höher als in der BG. Eine ähnliche Verteilung der beiden Gruppen zeigte sich jedoch hinsichtlich des Alters und des Familienstandes.

Weiters sind die Grenzen zu bedenken, die mit Selbstbeurteilungsfragebögen einhergehen: Diese sind höchst anfällig für Verzerrungen (Greenwald et al., 2002; Nisbett & Wilson, 1977), da erstens die Bereitschaft vorhanden sein muss, private Informationen preiszugeben, und zweitens diese Informationen auch nicht immer richtig erinnert und berichtet werden können. Gerade im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung kommt es häufig zu Erinnerungsverzerrungen, insofern als betroffene Personen dazu tendieren, bestimmte autobiographische Inhalte besser zu erinnern als andere (Woud, Verwoerd, & Krans, 2017). Auch befand sich die große Mehrheit der TeilnehmerInnen im mittleren bis höheren Erwachsenenalter, und viele Fragen betrafen Erfahrungen, die in der Kindheit gemacht wurden. Es ist gut möglich, dass viele Details bezüglich Kindheitserlebnissen nicht mehr zur Gänze erinnert werden konnten. Die Erhebung der Daten erfolgte in der Wiener Heimstudie mittels persönlicher Interviews; auch die Fragebögen wurden nicht vorgegeben, sondern jedes Item mündlich erfragt und von den teilnehmenden Personen beantwortet. Bezüglich der Bereitschaft, private Informationen preiszugeben, ist dieses Vorgehen aus meiner Sicht besonders heikel: Den Teilnehmenden wurde zwar die Anonymität ihrer Daten versichert; dennoch muss der Mut und das Vertrauen bestehen, einer fremden Person von Angesicht zu Angesicht von dermaßen privaten und belastenden Inhalten offen und ehrlich zu berichten.

Die Datenerhebung wurde von einem großen Pool an MitarbeiterInnen durchgeführt. Obwohl alle eine ausführliche Einschulung in das diagnostische Vorgehen im SKID erhalten hatten, kann es zu Unterschieden im Vorgehen bei der Befragung und in der Beurteilung hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Erkrankung gekommen sein.

Viele der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bieten spannende Möglichkeiten der Erweiterung für zukünftige Studien: Die Debatte zwischen BefürworterInnen und KritikerInnen des CSE-Konstrukts könnte um interessante Beiträge erweitert werden, wenn Faktoren gefunden würden, die den stärkeren Zusammenhang der CSE-Variablen in belasteten Gruppen erklären könnten. Aufgrund der dichotomen Codierung der Variable Frühere MD (vgl. Abschnitt 3.3.1) konnte die vorliegende Studie nicht untersuchen, wie sich das Vorliegen von mehreren MD-Episoden in der Lebensgeschichte auf die Persönlichkeitsvariablen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen auswirkt. Da hinsichtlich SW und KÜ jedoch Interaktionen von zumindest einer früheren MD-Episode mit Missbrauchserfahrungen gefunden werden konnten, wäre es spannend zu untersuchen, wie die Anzahl erlebter MD-Episoden sich auf diese Interaktionen auswirkt. Angesichts des Befundes, dass in der KG zumindest eine MD in der Lebensgeschichte mit höheren Ausprägungen der SW und der internalen KÜ verbunden war, sollten mehr Studien durchgeführt werden, die sich mit den genauen Bedingungen auseinandersetzen, unter denen sich eine überstandene MD-Episode günstig auf Variablen wie SE, SW und KÜ auswirken kann. Die vorliegende Studie differenzierte nicht zwischen verschiedenen Misshandlungsformen (emotional, körperlich, sexuell). Eine spannende Fragestellung für zukünftige Forschungsarbeiten wäre auch, ob verschiedene Gewaltformen hinsichtlich Unterschieden in SE, SW und KÜ auf unterschiedliche Art und Weise mit erlebten MD-Episoden interagieren.

7 Schlussfolgerungen

In Bezug auf die Diskussion um das CSE-Konstrukt konnte die vorliegende Studie in zweierlei Hinsicht einen neuen Beitrag leisten: Erstens konnte sie demonstrieren, dass die vermuteten Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen in der Gruppe von Betroffenen institutionellen Missbrauchs deutlich stärker ausfielen als in einer Gruppe ohne Erfahrungen von institutionellem Missbrauch. Zweitens waren in dieser Studie, anders als in den Studien von Judge, Erez et al. (1998) und Judge et al. (2002), die stärksten Zusammenhänge nicht die zwischen Selbstwert und Selbstwirksamkeit, sondern die Zusammenhänge von internaler Kontrollüberzeugung mit Selbstwirksamkeit und emotionalem Selbstwert. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl in der Betroffenen- als auch in der Kontrollgruppe.

Die vorliegende Studie konnte außerdem zeigen, dass Missbrauchserfahrungen in der Kindheit mit einer signifikant erniedrigten Selbstwirksamkeitserwartung, signifikant erhöhten externalen Kontrollüberzeugungen sowie einem signifikant erniedrigten Selbstwertgefühl im emotionalen und sozialen Bereich einhergehen. Niedrige Ausprägungen in allen Facetten der

Selbstwertschätzung und stärker external ausgeprägte Kontrollüberzeugungen waren außerdem mit dem Erleben von mindestens einer früheren MD-Episode verbunden. Bezüglich Unterschieden in der Selbstwirksamkeit und in internalen Kontrollüberzeugungen interagierten Missbrauchserfahrungen mit dem Erleben von mindestens einer früheren MD-Episode: Sowohl in der Selbstwirksamkeit als auch in internalen Kontrollüberzeugungen wiesen diejenigen Personen die niedrigsten Werte auf, die sowohl Missbrauch als auch MD-Episoden erlebt hatten, und in der Kontrollgruppe zeigten frühere MD-Episoden mit beiden Persönlichkeitsvariablen positive Zusammenhänge. Anders als bei der Selbstwirksamkeit hatten hinsichtlich internaler Kontrollüberzeugungen diejenigen Personen die höchsten Werte im Vergleich zur Gesamtstichprobe, die Missbrauch, jedoch keine MD-Episoden erlebt hatten.

Die Ergebnisse zu den Fragestellungen 2.2, 3.2 und 4.2 weisen einige Gemeinsamkeiten auf. Nichtsdestotrotz zeigte sich bei jeder der drei Persönlichkeitsvariablen eine unterschiedliche gemeinsame Wirkung der zwei untersuchten Faktoren. Dies deutet darauf hin, dass – trotz der vorhandenen Beziehung zwischen diesen Konstrukten – jedes seine eigene Bedeutung hat, die es zu einem nicht austauschbaren Persönlichkeitskonstrukt macht.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass sowohl institutionelle Missbrauchserfahrungen als auch das Erleben von MD-Episoden grundsätzlich eher negativ mit Persönlichkeitsvariablen wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen zusammenhängen. Unter bestimmten Bedingungen können diese Faktoren jedoch offenbar auch Positives mit sich bringen, wie etwa das Gefühl von gestärkter Zuversicht, nachdem es einem gelungen ist, sehr belastende Lebensphasen zu bewältigen. Da gezeigt werden konnte, dass niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung und externale Kontrollüberzeugungen mit Depressionen zusammenhängen, sollten, besonders bei Betroffenen von institutionellem Missbrauch, klinische Interventionen und therapeutische Behandlungsansätze darauf abzielen, den Selbstwert und die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen sowie die Überzeugung hinsichtlich eigener Kontrollmöglichkeiten zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational Psychology, 14*, 323–330.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.
- Al-Fayez, G. A., Ohaeri, J. U., & Gado, O. M. (2012). Prevalence of physical, psychological, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(1), 53-66.
- Allen, D. M., & Tarnowski, K. J. (1989). Depressive characteristics of physically abused children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17*(1), 1-11.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Banyard, V. L. (1999). Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(2), 161-171.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kursskala (ASKU)*. Mannheim: GESISWorking Papers.
- Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 357-367.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson & P.R. Shaver (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.

- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A., & Boehnke, K. (2008). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C. S., & Minzenberg, M. J. (2011). Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy in at-risk mothers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 595-616.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., ... Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 477-489.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
- Chen, G. (2012). Evaluating the core: Critical assessment of core self-evaluations theory. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 153-160.
- Chen, G., Goddard, T. G., & Casper, W. J. (2004). Examination of the relationships among general and work-specific self-evaluations, work-related control beliefs, and job attitudes. *Applied Psychology*, 53(3), 349-370.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: Toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 375-395.
- Chen, G., Gully, S. M., Whiteman, J. A., & Kilcullen, R. N. (2000). Examination of relationships among trait-like individual differences, state-like individual differences, and learning performance. *Journal of Applied Psychology*, 85(6), 375-395.
- Chung, M. C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006). Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: A comparison with young and middle-aged patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(1), 69-80.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale: Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Coyne, J. C., & Calarco, M. M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methodologies. *Psychiatry*, 58(2), 149-163.
- Coyne, J. C., Gallo, S. M., Klinkman, M. S., & Calarco, M. M. (1998). Effects of recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 86-96.

- Cronbach, L. J. (1956). Assessment of individual differences. *Annual Review of Psychology*, 7, 173-196.
- Culpin, I., Stapinski, L., Miles, Ö. B., Araya, R., & Joinson, C. (2015). Exposure to socioeconomic adversity in early life and risk of depression at 18 years: The mediating role of locus of control. *Journal of Affective Disorders*, 183, 269-278.
- Davis, F. W., & Yates, B. T. (1982). Self-efficacy expectancies versus outcome expectancies as determinants of performance deficits and depressive affect. *Cognitive Therapy and Research*, 6(1), 23-35.
- Donovan, K. L., & Brassard, M. R. (2011). Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: Associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 814-830.
- Erez, A., & Judge, T. A. (2001). Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafò, M. R., Lewis, G., & Wolke, D. (2012). Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1045-1055.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., ... Egan, J. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19(6), 387-404.
- Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404-421.
- Forest, K. B., Moen, P., & Dempster-McClain, D. (1996). The effects of childhood family stress on women's depressive symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 20(1), 81-100.
- Gallagher, B. (2000). The extent and nature of known cases of institutional child sexual abuse. *British Journal of Social Work*, 30(6), 795-817.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (2009). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (2. Auflage). New Brunswick: Aldine Transaction.
- Goodman, S. H., Cooley, E. L., Sewell, D. R., & Leavitt, N. (1994). Locus of control and self-esteem in depressed, low-income African-American women. *Community Mental Health Journal*, 30(3), 259-269.

- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A., & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109(1), 3-25.
- Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behavior*, 18(3), 171-185.
- Gwandure, C. (2007). Sexual assault in childhood: risk HIV and AIDS behaviours in adulthood. *AIDS Care*, 19(10), 1313-1315.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hammond, W. A., & Romney, D. M. (1995). Cognitive factors contributing to adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 667-683.
- Harrow, M., Hansford, B. G., & Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis - A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 168(3), 186-192.
- Häusler, J., & Kubinger, K. D. (2001). *Zur Trennschärfe der two-way-layout Rangvarianzanalyse*. Zugriff am 06.09.2017, verfügbar unter: <http://diag-psy.univie.ac.at/software-downloads/rangva/>.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2016). Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics. *Depression and Anxiety*, 33(1), 27-34.
- Johnson, R. E., Rosen, C. C., Chang, C. H. D., & Lin, S. H. J. (2016). Assessing the status of locus of control as an indicator of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 90, 155-162.
- Johnson, R. E., Rosen, C. C., Chang, C. H. D., & Lin, S. H. J. (2015). Getting to the core of locus of control: Is it an evaluation of the self or the environment? *Journal of Applied Psychology*, 100(5), 1568-1578.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits - self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability - with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance*, 11(2-3), 167-187.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693-710.

- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology, 56*(2), 303-331.
- Judge, T. A., & Hurst, C. (2007). Capitalizing on one's advantages: role of core self-evaluations. *Journal of Applied Psychology, 92*(5), 1212-1227.
- Judge, T. A., Locke, E. A., & Durham, C. C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior, 19*, 151-188.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology, 83*, 17-34.
- Kavanagh, D. J., & Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with a group version of cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 333-347.
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). *Eine Kurzsкала zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4)*. Mannheim: GESISWorking Papers.
- Kubinger, K.D. (1986). A note on non-parametric tests for the interaction in two-way layouts. *Biomedical Journal, 28*(1), 67-72.
- Kucharska, J. (2017). Sexual and non-sexual trauma, depression and self-esteem in a sample of Polish women. A cross-sectional study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 186-194.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association, 7*(1), 261-262.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology, 90*(3), 213-219.
- Ling, Y., Yang, J., Zhong, B., Zhang, C. C., & Yao, S. Q. (2009). Effects of childhood traumatic experience and self-esteem on adolescents' depression. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 17*(1), 54-56.
- Lueger-Schuster, B. (2014). *Die Wiener Heimstudie*. Zugriff am 06.09.2017, verfügbar unter: <http://heimstudie.univie.ac.at/>.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., ... Glück, T. (2014). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect, 38*(1), 52-64.
- Macleod, L., & Macleod, G. (1998). Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation, 20*(12), 448-456.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Erlbaum.
- Mc Elroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect, 38*(1), 65-75.

- Miller, I. W., & Norman, W. H. (1979). Learned helplessness in humans: A review and attribution-theory model. *Psychological Bulletin*, 86(1), 93-118.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (Hrsg.) (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Moran, P. B., & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16(5), 743-754.
- Morrow, K. B. (1991). Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 477-483.
- Moyer, D. M. (1995). Childhood sexual abuse and symptoms of disordered eating among female adolescents. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 55(12-A), 3789.
- Muris, P., Meesters, C., Schouten, E., & Hoge, E. (2004). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in nonclinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 51-58.
- Nilsson, D., Dahlström, Ö., Priebe, G., & Svedin, C. G. (2015). Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and self-esteem. *Brain and Behavior*, 5(1), 62-74.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231-259.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695-708.
- Paykel, E.S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 411-423.
- Pietrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O., & Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 206(1), 103-110.
- Pjanic, I., Messerli-Bürgy, N., Bachmann, M. S., Siegenthaler, F., Hoffmann-Richter, U., & Znoj, H. (2014). Predictors of depressed mood 12 months after injury. Contribution of self-efficacy and social support. *Disability and Rehabilitation*, 36(15), 1258-1263.
- Raps, C. S., Peterson, C., Reinhard, K. E., Abramson, L. Y., & Seligman, M. E. (1982). Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(2), 102-108.
- Rholes, W. S., Riskind, J. H., & Neville, B. (1985). The relationship of cognitions and hopelessness to depression and anxiety. *Social Cognition*, 3(1), 36-50.

- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), e16-e22.
- Risch, A. K., Buba, A., Birk, U., Morina, N., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2010). Implicit self-esteem in recurrently depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 199-206.
- Riskind, J. H., Rholes, W. S., Brannon, A. M., & Burdick, C. A. (1987). Attributions and expectations: A confluence of vulnerabilities in mild depression in a college student population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 349-354.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., & Taylor, J. (2011). Childhood abuse and current health problems among older adults: The mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, 1(2), 106-120.
- Schütz, A. (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütz, A., & Sellin, I. (2006). *MSWS. Multidimensionale Selbstwertkala*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Smedema, S. M. (2014). Core self-evaluations and well-being in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(4), 407-414.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Spearman, C. (1927). *The abilities of man*. London: Mac Millan.
- Stock, M. L. (2006). The role of health attributions, self-efficacy and causal attributions in recovery from traumatic injury. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 67(3-B), 1718.

- Stumpp, T., Muck, P. M., Hülshager, U. R., Judge, T. A., & Maier, G. W. (2010). Core self-evaluations in Germany: Validation of a German measure and its relationships with career success. *Applied Psychology, 59*(4), 674-700.
- Theran, S. A., & Han, S. C. (2013). Authenticity as a mediator of the relation between child maltreatment and negative outcomes for college women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 22*(10), 1096-1116.
- Tran, U. (2015). *Vorlesung Ausgewählte Methoden*. [Powerpoint-Präsentation].
- Van Tuijl, L. A., De Jong, P. J., Sportel, B. E., De Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: a longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(1), 113-121.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., ... Lépine, J. P. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association, 276*(4), 293-299.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., ... Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect, 35*(8), 647-654.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655-679.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., & Straatman, A. L. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 205-212.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers – chapter 3. In World Health Organization (Eds.), *World report on violence and health* (S. 57-86). Geneva: World Health Organization.
- Woud, M. L., Verwoerd, J., & Krans, J. (2017). Modification of cognitive biases related to posttraumatic stress: A systematic review and research agenda. *Clinical Psychology Review, 54*, 81-95.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Korrelationen zwischen den CSE Variablen (Judge, Erez et al., 1998, S. 172)	19
Tabelle 2. Hauptkomponentenanalyse der CSE Variablen (Judge, Erez et al., 1998, S. 172)	19
Tabelle 3. Häufigkeiten der männlichen und weiblichen Teilnehmer in Abhängigkeit der Gruppe	51
Tabelle 4. Kennwerte des Alters in Abhängigkeit der Gruppe	52
Tabelle 5. Höchste abgeschlossene Ausbildung in Abhängigkeit der Gruppe	53
Tabelle 6. Familienstand in Abhängigkeit der Gruppe	53
Tabelle 7. Häufigkeit der Diagnose „Aktuelle Major Depression Episode“ in Abhängigkeit der Gruppe	54
Tabelle 8. Häufigkeit der Diagnose „Frühere Major Depression Episode“ in Abhängigkeit der Gruppe	54
Tabelle 9. Reliabilitätswerte anhand interner Konsistenzen für die Skalen der MSWS, in Abhängigkeit der Gruppe	55
Tabelle 10. Korrelationen der Skalen MSWS, ASKU und I-E-4; getrennt berechnet für BG, KG und Gesamtstichprobe	57
Tabelle 11. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der MSWS in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD	58
Tabelle 12. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalysen für die Skalen der MSWS	59
Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skala Selbstwirksamkeit (ASKU) in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD	59
Tabelle 14. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die Skala Selbstwirksamkeit (ASKU)	60
Tabelle 15. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der I-E-4 in Abhängigkeit der Gruppe und der Diagnose einer früheren MD	61
Tabelle 16. Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen der zweifaktoriellen Rangvarianzanalysen für die Skalen der I-E-4	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Hierarchische Organisation des Selbstkonzeptes in Anlehnung an Shavelson, Hubner & Stanton (1976), zitiert nach Schütz und Sellin, 2006	14
Abbildung 2. Profildiagramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV Selbstwirksamkeit, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD	60
Abbildung 3. Profildiagramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV Externale Kontrollüberzeugung, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD	62
Abbildung 4. Profildiagramm der zweifaktoriellen Rangvarianzanalyse für die AV Internale Kontrollüberzeugung, mit den Faktoren Gruppe und frühere MD	62

Abkürzungsverzeichnis

ACEs	Adverse childhood experiences/Negative Kindheitserfahrungen
AMD	Personen mit der Diagnose einer aktuellen Major Depression
ANOVA	Univariate Varianzanalyse
ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala
ASW	Allgemeine Selbstwertschätzung
BG	Betroffenengruppe
CSE	Core self-evaluations
EKÜ	Externale Kontrollüberzeugung
ELOC	External locus of control
ES	Emotionale Stabilität
ESWS	Emotionale Selbstwertschätzung
FMD	Personen mit der Diagnose einer oder mehrerer früherer Episoden einer Major Depression
FWF	Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
H ₀	Nullhypothese
H ₁	Alternativhypothese
IE-4	Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4
IKÜ	Internale Kontrollüberzeugung
ILOC	Internal locus of control
IM	Institutioneller Missbrauch
KG	Kontrollgruppe
KÜ	Kontrollüberzeugung(en)
LOC	Locus of control
LSWS	Leistungsbezogene Selbstwertschätzung
MANOVA	Multivariate Varianzanalyse
MD	Major Depression
MSWS	Multidimensionale Selbstwertskala
NAMD	Personen, bei denen keine aktuelle Major Depression vorliegt
NE	Neurotizismus
NFMD	Personen, bei denen keine frühere Major Depression vorlag
NV	Normalverteilung
SAQ	Self-Appraisal Questionnaire
SE	Selbstwert

SKID	Strukturiertes Klinisches Interview
SW	Selbstwirksamkeit(-serwartung)
SWKO	Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt
SWKR	Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik
SWS	Selbstwertschätzung