



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Du bist genug“ anstatt „Sei perfekt“:

Kann Selbstmitgefühl die Auswirkungen von Perfektionismus
auf das psychische Befinden mediieren?

verfasst von / submitted by

Jana Rabeder, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna, 2022

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Zu Beginn möchte ich einen herzlichen Dank an alle Teilnehmenden aussprechen. Vielen Dank für das rege Interesse an dem Thema der Studie und für das Weiterleiten meiner Umfrage, diese große Unterstützung hat die vorliegende Arbeit erst möglich gemacht.

Ein großes Dankeschön gilt Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die angenehme und wertschätzende Betreuung sowie für seine hilfreichen Anmerkungen, Ratschläge und ausführlichen Antworten auf all meine Fragen.

Zudem möchte ich meinen Freund*innen danken, die mir während des gesamten Studiums zur Seite standen. Die gegenseitigen Unterstützungen und Aufmunterungen sind eine große Stütze für mich, ihren Rückhalt und Humor möchte ich auch auf unseren weiteren Lebenswegen nicht missen.

Nicht zuletzt gebührt ein ganz besonderer Dank meiner Familie und besonders meinen Eltern. Ich möchte ihnen für ihre bedingungslose Unterstützung auf meinem Weg danken, und dass sie immer hinter mir und meinen Entscheidungen stehen. Dies hat mir in den ganzen Jahren große Kraft gegeben, meine Vorhaben umzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil	7
Einleitung	8
1 Perfektionismus	9
1.1 <i>Einleitung und Konzeptionen</i>	9
1.2 <i>Perfektionismus als Risikofaktor für das psychische Befinden</i>	12
1.2.1 Perfektionismus und Depression	13
1.2.2 Perfektionismus und Stress	15
2 Selbstmitgefühl	17
2.1 <i>Einleitung und Definition</i>	17
2.2 <i>Selbstmitgefühl als Schutzfaktor für psychisches Befinden</i>	19
2.2.1 Selbstmitgefühl und Depression	20
2.2.2 Selbstmitgefühl und Stress	22
2.3 <i>Selbstmitgefühl, Perfektionismus und psychisches Befinden</i>	23
3 Depression	26
4 Stress	30
II Empirischer Teil	33
5 Zielsetzung	34
6 Methode	35
6.1 <i>Stichprobe</i>	35
6.2 <i>Studiendesign</i>	35
6.3 <i>Untersuchungsinstrumente</i>	35
6.3.1 <i>Soziodemografische Daten</i>	35
6.3.2 <i>Almost-Perfect-Scale-Revised (APS-R)</i>	35
6.3.3 <i>Self-Compassion Scale-Deutsch (SCS-D)</i>	37
6.3.4 <i>Beck-Depression-Inventory (BDI-II)</i>	38
6.3.5 <i>Perceived-Stress-Questionnaire (PSQ-20)</i>	39
6.4 <i>Untersuchungsdurchführung</i>	39
6.5 <i>Fragestellung und Hypothesen</i>	40
6.6 <i>Statistische Auswertungsverfahren</i>	42
6.6.1 <i>Datenaufbereitung</i>	42
6.6.2 <i>Reliabilitätsanalysen</i>	42
6.6.3 <i>Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA)</i>	43

6.6.4 Mediatoranalysen	44
7 Ergebnisdarstellung	45
7.1 Stichprobenbeschreibung	45
7.1.1 Rücklaufstatistik.....	45
7.1.2 Soziodemografische Daten.....	45
7.1.3 Gruppeneinteilung Perfektionismus.....	46
7.1.4 Gruppeneinteilung Selbstmitgefühl	47
7.2 Ergebnisse zu Fragestellung 1	47
7.2.1 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Depression.....	48
7.2.2 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses.....	48
7.3 Ergebnisse zu Fragestellung 2	49
7.3.1 Gruppenvergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich der Depression ..	50
7.3.2 Gruppenvergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses.....	51
7.4 Ergebnisse zu Fragestellung 3	51
7.4.1 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Selbstmitgefühl-Dimensionen.....	52
7.5 Ergebnisse zu Fragestellung 4	54
7.5.1 Mediationsmodell mit Diskrepanz als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator	55
7.5.2 Mediationsmodell mit hohen Standards als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator	56
7.5.3 Mediationsmodell mit Diskrepanz als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator	57
7.5.4 Mediationsmodell mit hohen Standards als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator	58
8 Diskussion	59
8.1 Limitationen und Ausblick.....	65
8.2 Praktische Implikationen.....	66
8.3 Konklusion.....	68
Literaturverzeichnis.....	69
Abbildungsverzeichnis	81
Tabellenverzeichnis	82

Zusammenfassung

Hintergrund. Psychische Belastungen in Form von Depression und Stress bringen weitreichende gesundheitliche Folgen sowie persönliche und gesellschaftliche Kosten mit sich. Aus diesem Grund beschäftigte sich die vorliegende Arbeit mit schützenden und verstärkenden Faktoren für psychische Belastung. Im Fokus standen hierbei Perfektionismus und Selbstmitgefühl. Es wurde untersucht, ob sich je nach Ausprägung von Perfektionismus und Selbstmitgefühl die psychische Belastung unterscheidet. Zudem wurde untersucht, ob der Zusammenhang von Perfektionismus (hohe Standards und Diskrepanz) mit Depression bzw. Stress durch Selbstmitgefühl mediiert werden kann.

Methodik. Es handelte sich um eine Online-Studie im Querschnittsdesign. Die verwendete Fragebogenbatterie bestand aus der Almost Perfect Scale-Revised (APS-R), der Self-Compassion Scale-Deutsch (SCS-D), dem Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) und dem Beck Depression Inventory (BDI-II).

Ergebnisse. Die finale Stichprobe bestand aus 515 Personen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich verschiedene Typen von Perfektionist*innen in der psychischen Belastung unterschieden. Adaptive Perfektionist*innen zeigten die niedrigste Depressivität, gefolgt von Nicht-Perfektionist*innen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in der Stressbelastung. Bei maladaptiven Perfektionist*innen zeigten sich die höchsten Belastungen durch Depression und Stress. Zudem zeigte sich, dass bei Personen mit einem stärkeren Selbstmitgefühl die depressiven Symptome und Belastung durch Stress abnahmen. Die Perfektionismus-Typen unterschieden sich in der Ausprägung von Selbstmitgefühl. Die maladaptiven Perfektionist*innen zeigten in den negativen Dimensionen von Selbstmitgefühl die höchsten und bei den positiven die niedrigsten Werte. Adaptive Perfektionist*innen unterschieden sich von Nicht-Perfektionist*innen durch stärker ausgeprägte Selbstfreundlichkeit und niedrigere Ausprägungen der negativen Dimensionen. Zudem wurde gefunden, dass Selbstmitgefühl die Zusammenhänge von Perfektionismus auf Depression und Stress medieren konnte.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass vor allem maladaptive Perfektionist*innen durch Depression und Stress belastet sind und dass Perfektionismus, besonders in Form von Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand, als Risikofaktor für die psychische Gesundheit zu betrachten ist. Selbstmitgefühl stellt einen Schutzfaktor dar und kann vor negativen Effekten von Perfektionismus schützen.

Schlüsselwörter: Perfektionismus, Selbstmitgefühl, Depression, subjektive Belastung durch Stress, Risikofaktoren, Schutzfaktoren

Abstract

Background. Psychological distress in the form of depression and stress has far-reaching health consequences as well as personal and societal consequences. For this reason, the present study deals with factors that can have a protective or reinforcing effect on psychological distress. The focus of this study was on the concepts of perfectionism and self-compassion. Whether psychological distress differs depending on the degree of perfectionism and self-compassion was examined. Furthermore, it was investigated if the association of different facets of perfectionism (high standards and discrepancy) with depression or stress can be mediated by self-compassion.

Methods. The data was collected through an online survey in a cross-sectional study design. The questionnaire included the Almost Perfect Scale-Revised (APS-R), the Self-Compassion Scale (SCS-D), the Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20) and the Beck Depression Inventory (BDI-II).

Results. The final sample consisted of 515 participants. The results showed that the different types of perfectionists differ in psychological distress. Adaptive perfectionists showed the fewest depressive symptoms, followed by non-perfectionists. However, these groups did not differ in stress levels. Maladaptive perfectionists showed the highest depressive symptoms and stress burden. Additionally, it was found that depressive symptoms and stress load decreased in individuals with a stronger expression of self-compassion. Moreover, the perfectionism types differed in the expression of self-compassion. Maladaptive perfectionists showed the highest scores in the negative dimensions of self-compassion and the lowest scores in the positive dimensions. Adaptive perfectionists differed from non-perfectionists in having higher levels of self-kindness and lower levels in the negative dimensions of self-compassion. Furthermore, self-compassion was found to mediate the associations between perfectionism and the burden of depression and stress.

Conclusion. The results suggest that maladaptive perfectionists are burdened by depression and stress and that perfectionism, especially in the form of a perceived discrepancy between the actual and desired status of their performances could be considered a risk factor for mental health. Self-compassion can shield against negative effects of perfectionism as a protective factor.

Keywords: perfectionism, self-compassion, depression, perceived stress, risk factor, protective factor

I Theoretischer Teil

Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Risiko- und Schutzfaktoren, die mit dem psychischen Befinden in Zusammenhang stehen. Psychische Erkrankungen bringen eine enorme persönliche als auch gesellschaftliche Belastung mit sich, weshalb die Erforschung von Mechanismen, die die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser begünstigen, von großer Relevanz ist. Genauso wichtig ist jedoch das bessere Verständnis von Faktoren, die sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken und damit negative Auswirkungen von Risikofaktoren abfedern oder in der Behandlung Anwendung finden können. In diesem Sinne beschäftigt sich die vorliegende Studie mit dem Konzept des Perfektionismus, der einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit darstellen kann, und mit dem Konzept des Selbstmitgefühls, das sich als potentieller Schutzfaktor erwiesen hat. Die Vorstellung des aktuellen Forschungsstandes zu jenen beiden Konstrukten und deren Zusammenhänge mit psychischer Belastung in Form von depressiven Symptomen und Belastung durch Stress werden einen Kernteil des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit ausmachen.

Der theoretische Teil beginnt demnach mit einer Definition und Einführung zum Thema Perfektionismus. Dabei wird Perfektionismus als multidimensionales Konstrukt vorgestellt, dessen Facetten näher beschrieben werden. Im Anschluss wird eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes in Bezug auf die Auswirkungen von Perfektionismus auf die psychische Gesundheit gegeben. Hierbei wird ein Hauptaugenmerk auf dessen Rolle als Risikofaktor für psychische Belastung, primär in Form von Belastung durch Stress sowie depressiver Symptome, gelegt. Das nachstehende Kapitel thematisiert ein zweites Kernkonstrukt der vorliegenden Arbeit, das Selbstmitgefühl. Es werden Forschungsergebnisse vorgestellt, die die Rolle des Selbstmitgefühls als Schutzfaktor für psychische Gesundheit untermauern. In diesem Kontext werden die Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl, Depression und Stress betrachtet sowie auch die Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus. Abschließen wird der theoretische Teil mit je einem Kapitel zum Thema Stress und Depression.

Der empirische Teil wird sich zunächst mit der Zielsetzung, die der vorliegenden Studie zugrunde liegt, auseinandersetzen. Danach werden die Stichprobe, Studiendesign, Untersuchungsinstrumente und Untersuchungsdurchführung beschrieben. Darauf folgend werden Fragestellungen, Hypothesen sowie die angewandten statistischen Verfahren erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse vorgestellt, und es erfolgt eine Diskussion dieser mit Hinblick auf den theoretischen Hintergrund. In diesem Kapitel werden auch Limitationen diskutiert sowie ein Ausblick für weitere Forschung und praktische Implikationen gegeben.

1 Perfektionismus

Als Einstieg in den theoretischen Hintergrund wird im Detail auf das Konstrukt Perfektionismus eingegangen. Nach einer Einführung in das Thema erfolgt eine kurze Darstellung verschiedener Konzeptionen von Perfektionismus, wobei die vorliegende Arbeit für den empirischen Teil die Konzeption von Perfektionismus nach Rice und Ashby (2007) heranzieht. Infolgedessen werden verschiedene Forschungsergebnisse vorgestellt, die sich mit der Rolle von Perfektionismus als Risiko- und transdiagnostischen Faktor für die psychische Gesundheit beschäftigen. Hierbei richtet sich der Fokus vor allem auf die Auswirkungen von Perfektionismus auf depressive Symptomatik sowie subjektive Belastung durch Stress.

1.1 Einleitung und Konzeptionen

Perfektionismus ist eine weit verbreite Persönlichkeitseigenschaft, die sich durch ein besonders stark ausgeprägtes Streben nach Perfektion und Makellosigkeit sowie übermäßige Selbstkritik äußert. Werden die hohen Erwartungen an das eigene Selbst nicht erfüllt oder Fehler gemacht, quält und belastet dies häufig die Person (Stoeber, 2018). In einer klassischen Definition von David Burns (1980), der eines der frühesten Untersuchungsinstrumente zur quantitativen Messung von Perfektionismus entwickelte, wird Perfektionismus folgendermaßen beschrieben:

Perfectionists [...] are those whose standards are high beyond reach or reason, people who strain compulsively and unremittingly toward impossible goals and who measure their own worth entirely in terms of productivity and accomplishment. For these people the drive to excel can only be self-defeating. (S. 34)

In den 1980er Jahren, als dieses Zitat verfasst wurde, wurde Perfektionismus als eindimensionales Phänomen betrachtet, das ausschließlich mit negativen Konsequenzen für die psychische Gesundheit in Verbindung gebracht wurde. In der psychologischen Forschung liegt bisher noch keine einheitlich anerkannte wissenschaftliche Definition vor, obgleich die Forschung zum Gebiet des Perfektionismus schon lange besteht. Seit den Ursprüngen der Forschung zu Perfektionismus, die in psychodynamischen Theorien verankert sind, hat sich das Forschungsfeld stark weiterentwickelt (Stoeber, 2018). Es besteht nun ein gewisser Konsens darüber, dass es sich bei Perfektionismus um ein multidimensionales Konzept handelt, dem nicht ausschließlich negative, sondern auch positive Facetten zugeordnet werden können. Erstmals wurden diese zwei Dimensionen des Perfektionismus von Hamachek (1978) beschrieben, der davon ausging, dass es eine „normale“ Form des Perfektionismus gibt, die durch hohe, jedoch auch erreichbare Standards und einem Gefühl der Selbstzufriedenheit gekennzeichnet ist. Dieser steht eine negative Form gegenüber, ein „neurotischer Perfektionismus“, der gekennzeichnet ist durch unrealistisch hoch gesetzte Ziele, die durch eine

Angst vor Fehlern motiviert werden und schließlich zu einer Belastung durch das ständige Streben nach Perfektion führt (Stoeber, 2018).

Daraufhin entstanden verschiedene Konzeptionen, in denen Perfektionismus anhand mehrerer Dimensionen operationalisiert wurde, so auch zwei klassische Messinstrumente, die beide den Namen „Multidimensional Perfectionism Scale“ tragen. Bei Frost, Marten, Lahart und Rosenblate (1990) setzt sich Perfektionismus aus den sechs Komponenten Fehlersensibilität, leistungsbezogene Zweifel, hohe Standards, Organisiertheit, Erwartungen der Eltern und Kritik der Eltern zusammen. Hewitt und Flett (1991) bezogen sich in ihrer Konzeption von Perfektionismus ausschließlich auf selbstbezogene Kognitionen, und in ihrem gleichnamigen Messinstrument setzt sich Perfektionismus aus selbstorientiertem, sozial vorgeschriebenem und fremdorientiertem Perfektionismus zusammen. Trotz der Namensgleichheit handelt es sich bei diesen beiden klassischen Messinstrumenten somit jedoch um unterschiedliche Konzeptionen von Perfektionismus (Enns & Cox, 2002). Faktorenanalytische Studien konnten zeigen, dass sich die verschiedenen Facetten des Perfektionismus trotz der psychometrisch unterschiedlichen Konzeptionen in zwei übergeordnete Dimensionen zuordnen lassen: diese werden als perfektionistisches Streben (engl.: *perfectionistic strivings*) und perfektionistische Besorgnis (engl.: *perfectionistic concerns*) bezeichnet. Diese Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass diese zwei Dimensionen verschiedenen Konzeptualisierungen und Untersuchungsinstrumenten zugrunde liegen (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo, 2006).

Die Dimension des perfektionistischen Strebens wird grundsätzlich durch das eigene Setzen hoher Standards und Ziele definiert. Perfektionistische Besorgnis wird meist vor allem durch übermäßige Selbstkritik definiert sowie einer Unfähigkeit, sich mit der eigenen Leistung zufrieden zu geben (Dunkley, Blankstein et al., 2006). Studienergebnisse deuten darauf hin, dass perfektionistische Standards durchaus mit adaptiven Outcomes in Verbindung stehen können, wie beispielsweise mit höherem Selbstbewusstsein und Leistungsmotivation (Accordino, Accordino, & Slaney, 2000), positivem Affekt, Gewissenhaftigkeit, aktiven Copingstilen und Lebenszufriedenheit (Stoeber & Otto, 2006). Auch Frost und Kolleg*innen (1990) merken an: „the setting of and striving for high standards is certainly not in and of itself pathological (...) the psychological problems associated with perfectionism are probably more closely associated with these critical evaluation tendencies!“ (S. 450).

Konträr dazu wurde perfektionistisches Streben in einer Metaanalyse jedoch auch mit diversen psychopathologischen Symptomen in Beziehung gebracht (Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017). Somit scheint perfektionistisches Streben neben adaptiven Outcomes auch mit

negativen Auswirkungen für das psychische Befinden in Zusammenhang zu stehen. Eine besonders starke Tendenz zur Psychopathologie zeigt sich jedoch vor allem bei Personen mit ausgeprägter perfektionistischer Besorgnis, die Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten werden durch viele Studienergebnisse bestärkt. Im Vergleich hierzu sind die Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und perfektionistischem Streben deutlich schwächer, jedoch ebenso vorhanden (Bieling, Israeli et al., 2004; Limburg et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006).

Mangels einer einheitlichen wissenschaftlichen Definition entstanden viele verschiedene Begrifflichkeiten rund um diese zwei Dimensionen. Diese werden sowohl als aktiver und passiver, positiver und negativer, adaptiver und maladaptiver, funktionaler und dysfunktionaler Perfektionismus betitelt (vgl. Stoeber & Otto, 2006). Diese Begrifflichkeiten legen nahe, dass es sich bei den zwei Dimensionen um eine „gesunde“ und eine „ungesunde“ Form von Perfektionismus handelt. Da die Frage, inwiefern sich die beiden Dimensionen in der Adaptivität unterscheiden, angesichts der teils widersprüchlichen Forschungsergebnisse jedoch noch als ungeklärt gilt (Stoeber, 2018), werden im Folgenden die Begriffe perfektionistisches Streben und perfektionistische Besorgnis präferiert.

Auch Slaney, Rice, Mobley, Trippi und Ashby (2001) schreiben Perfektionismus nicht grundsätzlich nur negative Komponenten zu. Die Autor*innen operationalisieren Perfektionismus in ihrem Untersuchungsinstrument, der Almost-Perfect-Scale-Revised (APS-R), die auch im empirischen Teil herangezogen wird, anhand der drei Komponenten Ordnung, hohe Standards und Diskrepanz. Die Komponente der hohen Standards wird hierbei dem perfektionistischen Streben zugeordnet, und es werden darunter die Erwartungen an die eigene Leistung verstanden. Diskrepanz beschreibt dahingegen die perfektionistische Besorgnis, konkret geht es hierbei um eine wahrgenommene Abweichung zwischen dem Soll- und Istzustand der eigenen Leistung. Die Komponente Ordnung beschreibt namensgebend eine Vorliebe für Ordentlichkeit und Organisation. Basierend auf dem Verständnis von Perfektionismus als multidimensionalem Konzept wird in der Literatur oft zwischen nicht-perfektionistischen und perfektionistischen Personen unterschieden, die letztere Gruppe wird wiederum zusätzlich oft in adaptiv-perfektionistisch und maladaptiv-perfektionistisch gegliedert. Nach Rice und Ashby (2007) ist die Gruppe der perfektionistischen Personen durch eine hohe Ausprägung der hohen Standards gekennzeichnet. Die Ausprägung der Diskrepanz entscheidet wiederum, ob die Person als adaptiv- oder maladaptiv-perfektionistisch klassifiziert wird, wobei maladaptiv-perfektionistische Personen die höheren Diskrepanz-Werte aufweisen. Inhaltlich bedeutet dies, dass adaptiv-perfektionistische Personen zwar sehr hohe Standards für

die eigene Leistung setzen, mit der erbrachten Leistung jedoch auch zufrieden sind. Die Gruppe der maladaptiv-perfektionistischen Personen kennzeichnet sich dadurch, dass die eigene Leistung beinahe nie die hohen Standards erfüllt und auch das Beste nie gut genug erscheint. In vergleichbaren Klassifizierungen wurde gezeigt, dass die maladaptiv-perfektionistische Gruppe mit den am wenigsten positiven Auswirkungen für die psychische Gesundheit in Zusammenhang steht (Stoeber & Otto, 2006).

Perfektionismus kann alle Lebensbereiche betreffen, besonders präsent sind perfektionistische Bestrebungen in Leistungskontexten wie Schule und Arbeit, jedoch kann er auch die Ansprüche auf das eigene Erscheinungsbild sowie soziale Beziehungen prägen (Stoeber & Stoeber, 2009). Allerdings handelt es sich um ein vielschichtiges Konstrukt, manche Facetten können harmlos sein oder sich gar positiv auswirken, während andere Facetten klare negative Konsequenzen nach sich ziehen. Dies macht Perfektionismus zu einem spannenden und wichtigen Forschungsgebiet der Psychologie (Stoeber, 2018). Interessanterweise wurde in einer breit angelegten Metaanalyse von Curran und Hill (2019) ein linearer Anstieg des Perfektionismus in der britischen und nordamerikanischen Bevölkerung seit den 1980er Jahren festgestellt, was die aktuelle Relevanz des Forschungsgebiets unterstreicht und entsprechend der vielfältigen negativen Konsequenzen zumindest mancher Aspekte des Perfektionismus durchaus auch besorgniserregend erscheinen kann.

1.2 Perfektionismus als Risikofaktor für das psychische Befinden

Über die Jahrzehnte hinweg kamen fortlaufend neue Erkenntnisse über Perfektionismus und dessen vielfältiges Zusammenspiel mit dem psychischen Befinden hervor. Die Ergebnisse des Reviews von Egan, Wade und Shafran (2011) unterstützen deutlich das Verständnis von Perfektionismus als transdiagnostischem Faktor für verschiedenste psychologische Probleme, wie Essstörungen, Zwangsstörungen, Angststörungen und Depressionen. Auch Bieling, Summerfeldt, Israeli und Antony (2004) stellen fest: „perfectionism is not associated with a single disorder or type of disorder, but may be an underlying factor across several disorders and categories of psychopathology” (S. 194).

Als transdiagnostischer Faktor trägt die perfektionistische Eigenschaft damit zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der verschiedenen Störungsbilder bei und ist bei Personen, die unter genannten Störungsbildern leiden, stärker ausgeprägt. Dadurch, dass Perfektionismus einen Mechanismus mehrerer Störungsbilder darstellen kann, kann dieser auch Einfluss auf die häufig vorhandenen Komorbiditäten nehmen. Des Weiteren wurde Perfektionismus in viele Störungsmodelle miteinbezogen, was ebenso dafür spricht, dass er als transdiagnostischer Mechanismus anzusehen ist. Die Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass die

Effektivität der Behandlung psychischer Störungen darunter leiden kann, sollte Perfektionismus als aufrechterhaltender Faktor nicht miteinbezogen werden. Von den Autor*innen wird deshalb auch Folgendes empfohlen:

[...] that clinicians ask about the degree to which their patient bases their sense of self-worth on striving and achievement. If the patient judges their self-worth predominately on how well they achieve their personal standards, then it is important to further assess for the maintaining factors of clinical perfectionism. (Egan et al., 2011, S. 209)

Demnach könne eine Fokussierung auf perfektionistische Einstellungen im Rahmen einer Behandlung zu einer Verbesserung mannigfaltiger Symptome in verschiedenen Domänen führen und zudem das Risiko für künftige psychische Probleme, die durch den Perfektionismus entstehen oder aufrechterhalten werden, senken (Egan et al., 2011).

1.2.1 Perfektionismus und Depression

Die Schlussfolgerung von Egan et al. (2011), dass Perfektionismus Einfluss auf die Manifestation und Aufrechterhaltung von Depressionen sowie anderen psychopathologischen Problemen nehmen kann, wurde seither durch eine beträchtliche Anzahl an Studien untermauert. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Limburg et al. (2017) unterstützen das Verständnis von Perfektionismus als transdiagnostischem Faktor und die Autor*innen fanden zudem, dass beide Dimensionen des Perfektionismus mit Psychopathologie, darunter auch mit Depressionen, in Verbindung gebracht werden können. Auch bei Bieling, Israeli et al. (2004) standen beide Perfektionismus-Dimensionen mit Depressivität in Zusammenhang, jedoch zeigte sich ein deutlich stärkerer Effekt von perfektionistischer Besorgnis. Die Autor*innen schlussfolgern in ihrer Studie, dass es nicht vordergründig die perfektionistischen Standards sind, die zur psychischen Belastung führen, sondern dass vor allem die ständige Besorgnis und Beschäftigung mit perfektionistischen Erwartungen, die Sorge über Fehler, der Selbstzweifel sowie auch internalisierte hohe Ansprüche diejenigen Aspekte von Perfektionismus sind, die zur Belastung werden. In Übereinstimmung damit liegen robuste Forschungsergebnisse vor, die vor allem die Dimension der perfektionistischen Besorgnis mit Indikatoren psychischer Belastung verbinden (Stoeber & Otto, 2006). Es scheint, als gehe eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen den eigenen Standards und der tatsächlichen Leistung (perfektionistische Besorgnis) auch mit einer verstärkten Tendenz zur Rumination einher, ein kognitiver Mechanismus, der auch bei Depressionen präsent ist. Maladaptiv-perfektionistische Personen haben eine stärkere Tendenz zur Rumination als adaptiv- oder nicht-perfektionistische Personen und damit einhergehend auch schwerwiegendere depressive Symptome (De Rosa, Miracco, Galarregui, & Keegan, in press). In einer Tagebuchstudie, die mit Teilnehmenden mit

Depressionen durchgeführt wurde, wurden Perfektionismus und tägliches Coping sowie Affekt über sechs Monate beobachtet. Perfektionistische Besorgnis stand mit Selbstverurteilung, verhaltensbezogenem sowie mentalem Rückzug und depressiven Symptomen in Zusammenhang. Verhaltensbezogener Rückzug kann als eine maladaptive, vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategie angesehen werden, einer Tendenz, in stressigen Situationen „aufzugeben“. Diese Tendenz ist bei Personen mit Depressionen und hoch ausgeprägter perfektionistischer Besorgnis stärker ausgeprägt. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Forschung zu Perfektionismus und verschiedenen Bewältigungsstrategien, um eine effektive Reduktion von depressiven Symptomen zu ermöglichen und die Resilienz der betroffenen Personen zu steigern (Richard et al., 2021). In einer Untersuchung von James, Verplanken und Rimes (2015) stellte sich heraus, dass vor allem starke Selbstkritik mit perfektionistischer Besorgnis und psychischer Belastung in Form von depressiven, ängstlichen und Stresssymptomen einherging und deren Zusammenhang medierte. Die Selbstkritik, die vor allem bei maladaptiv-perfektionistischen Personen stark ausgeprägt ist, könnte ein zugrundeliegender Faktor sein, der zu stärkerer psychischer Belastung bei dieser Gruppe führt.

Die robusten Ergebnisse zu perfektionistischer Besorgnis als Risikofaktor für die Entstehung depressiver Symptome stehen ambivalenteren Ergebnissen hinsichtlich der Dimension des perfektionistischen Strebens gegenüber. Die im vorangegangenen Kapitel bereits angesprochenen Widersprüchlichkeiten der Forschungsergebnisse zur Frage, ob perfektionistische Standards als adaptive Dimension der Charaktereigenschaft des Perfektionismus anzusehen ist, findet sich somit auch in den Studien zu Perfektionismus und Depression wieder. Einige Autor*innen argumentieren angesichts ihrer Studienergebnisse, dass perfektionistische Standards als Resilienzfaktor gegenüber depressiven Symptomen angesehen werden können (Enns, Cox, & Clara, 2005). Auch Stoeber und Otto (2006) stellen in ihrem Review perfektionistische Standards primär mit adaptiven Auswirkungen in den Fokus. Zudem wurden in mehreren Studien, die einen gruppenbasierten Ansatz verfolgen, in der Gruppe der adaptiv-perfektionistischen Personen niedrigere depressive und andere psychopathologische Symptome nachgewiesen als bei maladaptiv- oder nicht-perfektionistischen Personen. Allerdings konnte durch eine Metaanalyse von Längsschnittstudien gezeigt werden, dass sowohl perfektionistische Besorgnis als auch perfektionistische Standards mit Depressivität in Zusammenhang standen. Dieses Ergebnis war ebenso vorhanden, als für depressive Symptome zur Baseline und für Neurotizismus kontrolliert wurde (Smith et al., 2016). Auch Stoeber und Otto (2006), die grundsätzlich dafür plädieren, perfektionistisches Streben als adaptiv zu betrachten, merken an, dass einige Ergebnisse dafür sprechen, dass adaptiv-perfektionistische

Personen höhere Werte in Neurotizismus und Depression aufweisen als nicht-perfektionistische Personen. Somit kann auch das perfektionistische Streben in manchen Fällen mit negativem Affekt in Verbindung stehen, trotz niedrigerer Ausprägung von perfektionistischer Besorgnis. Ein Faktor, der in diesem Kontext einen Einfluss nehmen könnte, ist das Vorhandensein von bedrohlichen Stressoren für das eigene Ego. Perfektionistisches Streben ist eventuell vor allem in der Präsenz leistungsbezogener Stressoren, die relevant für das Selbstkonzept der Person sind (wie beispielsweise eine nicht-bestandene Prüfung), mitverantwortlich für die Entstehung depressiver Symptome (Békés et al., 2015; Enns & Cox, 2002). Rnic et al. (2021) fanden in deren Längsschnittstudie verstärkende Effekte sowohl von Facetten des perfektionistischen Strebens als auch perfektionistischer Besorgnis auf Depressionen. Ihre Ergebnisse sprechen dafür, dass Perfektionismus durch interpersonelle Mechanismen wie soziale Distanziertheit und Einsamkeit einen Einfluss auf den Perfektionismus-Depressions-Link nehmen.

1.2.2 Perfektionismus und Stress

Kaluza (2018) beschreibt, dass sich bei aktuellem Stressgeschehen grundsätzlich die drei Ebenen der Stressoren, der Stressreaktion und der persönlichen Stressverstärker unterscheiden lassen, die zusammen die Stresstrias bilden. Perfektionismus nimmt in diesem Modell die Rolle eines Stressverstärkers ein. Individuelle Einstellungen und Bewertungen wie perfektionistische Ansprüche beeinflussen potenziell die Umgangsweise mit belastenden Situationen und somit auch die Stärke der Stressreaktion beziehungsweise des erlebten Stresses. Ebenso wird in Diathese-Stress-Modellen angenommen, dass die emotionale und körperliche Stressreaktion durch eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Stressor nur dann auftritt, wenn die Person in gegebener Situation für den spezifischen Auslöser verwundbar ist (Lazarus, 2006). So wird auch im transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) ein Hauptaugenmerk auf die subjektive Bewertung einer Situation gelegt, demnach kann ein bestimmter Stressor in einer Person Stress auslösen, für den eine andere Person jedoch nicht anfällig ist. Lazarus und Folkman beschreiben hier die Prozesse der primären und sekundären Bewertung, wobei zuerst die Bedrohlichkeit eines Stressors eingeschätzt und infolgedessen analysiert wird, ob die persönlichen Ressourcen für die Bewältigung des Stressors ausreichend sind. Faktoren, die diese Bewertungs- und Bewältigungsprozesse beeinflussen können, sind beispielsweise persönliche Ziele, Werte, Selbstbetrachtungen und individuelle Ressourcen. Neben den Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus, Extraversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit kann auch Perfektionismus als Persönlichkeitsfaktor angesehen werden, der Einfluss auf Stressprozesse nimmt (Lazarus, 2006; Molnar, Sadava, Flett, & Colautti, 2012). Auch Hewitt and Flett (2002) merken Folgendes an:

[...] perfectionistic behavior is associated with psychopathology through its association with and influence on stress. Perfectionists are more likely than nonperfectionists to experience various kinds of stress in a variety of forms, including the experience of daily hassles and a constant pressure to attain high standards that emanate from inside or outside the self. (S. 257)

Da Stress nachweislich einen entscheidenden Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung physischer sowie psychischer Erkrankungen darstellt (Brinkmann, 2014), ist die Erforschung von Faktoren, die Stress begünstigen, von Interesse für die psychologische Forschung. Relevante Verbindungen zwischen Stress und Perfektionismus werden wiederholt in Studien gefunden. So konnte selbstkritischer Perfektionismus (perfektionistische Besorgnis) mit negativem täglichen Affekt in Verbindung gebracht werden. Dieser Zusammenhang konnte durch bestimmte maladaptive Tendenzen, wie beispielsweise vermeidungsorientiertes Coping, erklärt werden. In derselben Studie stellte sich zudem heraus, dass selbstkritisch-perfektionistische Personen emotional besonders anfällig für Stressoren waren, die potentielle Fehler, Kontrollverlust und Kritik umfassten, und dass bei diesen Personen positive Umgangsweisen mit Stress, wie problemfokussiertes Coping, ineffektiv waren (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003). Die Autor*innen fanden auch in einer späteren Studie, dass selbstkritischer Perfektionismus täglichen Stress, vermeidungsorientiertes Coping und negativen Affekt durchwegs vorhersagen konnte (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006). Zureck, Altstötter-Gleich, Gerstenberg und Schmitt (2015) untersuchten die Rolle der perfektionistischen Besorgnis im Kontext des transaktionalen Stressmodelles. Hohe Diskrepanz ging mit einer bedrohlicheren primären Bewertung einher. In Übereinstimmung mit der Klassifizierung von Personen mit hohen Standards und hoher Diskrepanz als maladaptiv-perfektionistisch zeigte diese Gruppe in einem experimentellen Setting (TSST – Trier Social Stress Test; Kirschbaum, Pirke, & Hellhammer, 1993) das schlechteste Outcome. Im Gegensatz dazu hingen perfektionistische Standards negativ mit der primären Bewertung der Bedrohlichkeit zusammen, und die Ergebnisse legen nahe, dass hohe Standards mit einem höheren Selbstbewusstsein, die Situation erfolgreich zu bewältigen, zusammenhängen. Allerdings spiegelten sich diese positiven Ergebnisse nicht in einer niedrigeren affektiven Stressreaktion wider (Zureck et al., 2015). Bei Bieling, Israeli et al. (2004) wurde zwar ein positiver Zusammenhang zwischen Stress und beiden Dimensionen des Perfektionismus gefunden, allerdings war der Zusammenhang zum perfektionistischen Streben geringer als zur Dimension der perfektionistischen Besorgnis. Bei anderen Autor*innen sind teils negative Zusammenhänge von perfektionistischen Standards und Indikatoren des erlebten Stresses zu

finden (Achtziger & Bayer, 2013; Tashman, Tenenbaum, & Eklund, 2010). Des Weiteren zeigen maladaptiv-perfektionistische Personen im Gruppenvergleich höhere Stresslevel als adaptiv- und nicht-perfektionistische Personen. Neben Unterschieden in den Copingstilen wurde bei maladaptiv-perfektionistischen Personen auch eine stärkere Tendenz zum Alkoholkonsum gefunden, um mit Stress umzugehen (Ashby & Gnilka, 2017; Rice & Van Arsdale, 2010). Ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Perfektionismus und Stress beziehungsweise Psychopathologie kann auch wichtige praktische Implikationen mit sich bringen. In einer Studie, die sich mit Einflussfaktoren auf die Behandlungseffektivität beschäftigte, stellte sich heraus, dass stärker ausgeprägter Perfektionismus sowohl vor als auch nach der Behandlung eine schlechtere Bewältigung von Stress vorhersagen konnte (Blatt & Zuroff, 2005).

2 Selbstmitgefühl

Nach der Darlegung der risikobehafteten Aspekte der Eigenschaft des Perfektionismus soll sich das folgende Kapitel mit einem potentiellen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit auseinandersetzen. Im Folgenden wird genauer auf das Konzept des Selbstmitgefühls eingegangen, das in vergangenen Jahrzehnten vermehrt in den Fokus psychologischer Forschung gerückt ist. Zunächst wird das Konzept definiert und Forschungsergebnisse vorgestellt, die dessen Rolle als Schutzfaktor für das psychische Befinden, vor allem in Hinblick auf Depressionen und erlebte Belastung durch Stress, untermauern. Zudem wird auch die Beziehung zwischen Perfektionismus und Selbstmitgefühl genauer thematisiert.

2.1 Einleitung und Definition

Wie bereits im Kapitel über Perfektionismus dargestellt wurde, kann die Art und Weise, wie wir mit uns selbst umgehen und welche inneren Dialoge wir führen, einen wesentlichen Einfluss auf unser Wohlbefinden und unsere psychische Verfassung haben. Selbstmitgefühl (engl.: *Self-Compassion*) stellt eine gesunde, emotional positive Art der Selbstbetrachtung dar. Im Kern ist Selbstmitgefühl mit dem Mitgefühl, das für andere empfunden wird, nahe verwandt. Selbstmitgefühl verlangt, dass das eigene Leid zuerst überhaupt erkannt wird. Das eigene Leid wahrzunehmen und anzuerkennen, wie schwierig eine bestimmte Situation ist, ist notwendig, um infolgedessen von dem Leid bewegt zu werden und Mitgefühl zu empfinden. Wenn beispielsweise für eine befreundete Person Mitgefühl aufgebracht wird, wird nachempfunden, wie es der Person in der momentanen Lage geht und Anteil an deren unerfreulicher Lage genommen. Damit einhergehend werden Gefühle der Wärme und der Fürsorge für die Person empfunden oder ein Bedürfnis, den Schmerz des anderen zu lindern. Selbstbezogenes

Mitgefühl beschreibt dieses Verhalten in Bezug auf die eigene Person, vor allem auch in schwierigen Lebenslagen, im Angesicht von Misserfolgen und der Konfrontation mit eigenen Mängeln. In solchen Situationen ermöglicht eine selbstmitfühlende Haltung ein Verständnis für das eigene Leid und eine freundliche Haltung sich selbst gegenüber, anstatt das eigene Leid zu ignorieren oder sich für Fehler hart zu verurteilen. Und letztendlich umfasst Selbstmitgefühl auch die Erkenntnis, dass Leid und Fehlschläge Teil einer gemeinsamen menschlichen Erfahrung sind (Neff, 2003a).

In der westlichen psychologischen Forschung erlangte Selbstmitgefühl durch die Konzeptualisierung von Kristin Neff (2003a) Aufmerksamkeit. Neff erkannte im Selbstmitgefühl eine alternative positive Art der Selbstbetrachtung zu traditionell lang erforschten Konzepten wie dem Selbstwertgefühl. In den darauffolgenden zwei Jahrzehnten vervielfältigte sich die Forschung zum Selbstmitgefühl und dessen Zusammenhängen mit psychischer Gesundheit. Obgleich das Konstrukt in der westlichen Forschung somit noch verhältnismäßig jung ist, basieren die Grundsätze dieser positiven Selbsthaltung auf Jahrzehnte alter buddhistischer Philosophie. Neff (2003a) definiert Selbstmitgefühl folgendermaßen:

Self-compassion, therefore, involves being touched by and open to one's own suffering, not avoiding or disconnecting from it, generating the desire to alleviate one's suffering and to heal oneself with kindness. Self-compassion also involves offering nonjudgmental understanding to one's pain, inadequacies and failures, so that one's experience is seen as part of the larger human experience. (S. 87)

In der Konzeptualisierung durch Neff (2003a, 2003b) setzt sich Selbstmitgefühl aus drei Kernelementen zusammen, wobei jedem Element ein negativer Gegenpol gegenüber steht. Das erste Kernelement beschreibt die zuvor schon umschriebene Selbstfreundlichkeit. Damit ist gemeint, sich selbst gegenüber Gefühle der Wärme und Fürsorge sowie ein Verständnis für eigenes Leid und Fehler aufzubringen. Gegensätzlich zum selbstfreundlichen Verhalten steht die Selbstverurteilung. Typische Verhaltensweisen hierfür sind den eigenen Schmerz zu ignorieren oder uns für die eigenen Fehler harsch zu verurteilen. Selbstmitfühlende Personen hingegen erkennen, dass Imperfektion und Leid unvermeidlich sind und gehen infolgedessen sanft mit sich um, anstatt sich für die eigenen Mängel schlecht zu machen.

Eine weitere Dimension des Selbstmitgefühls ist die Einsicht einer verbundenen Humanität. Neben der Akzeptanz, dass das eigene Leid unvermeidlich ist, führt auch die Erkenntnis, dass Leid, Fehler und Schmerz Teile einer gemeinsamen menschlichen Erfahrung sind, zu mehr Selbstmitgefühl. Jedoch kann die Frustration über Misserfolge, Fehlschläge und schwierige Lebensphasen auch zu einem Gefühl der Abgeschnittenheit von anderen Personen

führen, dies stellt den Gegenpol der verbundenen Humanität dar, ein Gefühl der Isolation (Neff, 2003a, 2003b).

Das dritte Element des Selbstmitgefühls ist Achtsamkeit. Es ist nicht möglich, mitfühlend mit dem eigenen oder dem Leid anderer zu agieren, wenn dieses Leid nicht wahrgenommen und anerkannt wird. Selbstmitgefühl benötigt einen ausgeglichenen, bewertungsfreien Blick auf die eigenen negativen Emotionen, um das eigene Leid zu erkennen und infolgedessen Mitgefühl für sich selbst aufzubringen. Eine Offenheit, die eigenen negativen Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, ist notwendig, ohne diese dabei zu unterdrücken oder aber von ihnen erdrückt zu werden. Der Gegenpol zur Achtsamkeit ist eine Überidentifikation mit den eigenen negativen Gedanken und Gefühlen. Dies beschreibt, dass wir uns so von den Emotionen ergreifen lassen, dass wir unseren Fokus auf die Negativität verengen und beginnen, über die negativen Emotionen zu ruminieren, anstatt sie in einer achtsamen Balance zu halten (Neff, 2003a, 2003b).

2.2 Selbstmitgefühl als Schutzfaktor für psychisches Befinden

Selbstmitgefühl kann als Teil der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie angesehen werden, da die Entwicklung einer nicht-selbstkritischen, mitfühlenden Haltung einen relevanten Aspekt einiger dieser Verfahren darstellt (MacBeth & Gumley, 2012). Die Interventionen der dritten Welle fokussieren stärker auf die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens, beispielsweise durch die Stärkung von positivem Affekt, als die zuvor entstandenen Verfahren. Zudem soll in vielen Verfahren auch eine Verbesserung der psychischen Belastung durch eine Veränderung der Sichtweise auf die Probleme erzielt werden. Im Einklang mit den Bestrebungen der dritten Welle ist die Untersuchung von Faktoren, die eine adaptive, gesunde Bewältigung von belastenden oder auch traumatischen Erfahrungen ermöglichen, ein langbestehendes Interesse der psychologischen Forschung (Bonanno, 2004).

Selbstmitgefühl kann sowohl als ein dispositionelles als auch dynamisches Konstrukt verstanden werden. Auch wenn sich Personen von Natur aus in der Eigenschaft, selbstmitfühlend mit sich selbst umzugehen, unterscheiden, kann sie auch erfolgreich durch Achtsamkeits- und Selbstmitgefühls-Interventionen gestärkt und geschult werden (Neff & Germer, 2013). Neff (2003a) beschreibt Überschneidungspunkte zwischen Selbstmitgefühl und Forschungsergebnissen zu Emotionsregulationsstrategien, die sich mit der Art und Weise beschäftigen, wie Personen mit der Intensität und Dauer ihrer Emotionen in stressigen und belastenden Situationen umgehen. Selbstmitgefühl kann hierbei auch als eine proaktive, positive Form des emotionsbasierten Copings angesehen werden, die Bewältigung geschieht beispielsweise durch eine kognitive Neubewertung von negativen Situationen und durch ein

akzeptierendes Annehmen negativer Gefühle (Neff, 2003a; Trompetter, de Kleine, & Bohlmeijer, 2017). Selbstmitgefühl steht zudem positiv mit adaptiven und negativ mit maladaptiven Bewältigungsstilen in Verbindung, wodurch niedrigere Stresslevel von selbstmitfühlenden Personen erklärt werden können (Sirois, Molnar, & Hirsch, 2015).

Somit erweist sich Selbstmitgefühl als potenzieller Schutzfaktor für die psychische Gesundheit, wie auch aktuelle Studien bekräftigen. Tobin und Dunkley (2021) zeigten in deren Längsschnittstudie, dass Selbstmitgefühl die Vulnerabilität für ängstliche und depressive Symptome im Laufe der Zeit abschwächen kann. Zahlreiche korrelative Studien deuten darüber hinaus auch auf positive Zusammenhänge von Selbstmitgefühl mit Indikatoren psychischer Gesundheit hin, so steht eine selbstmitfühlende Haltung in Zusammenhang mit Wohlbefinden (Fong & Loi, 2016; Keng & Liew, 2017; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015), verbesserter Selbstregulierung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (Biber & Ellis, 2019) und einer besseren Fähigkeit, sich psychologisch als auch physiologisch an Emotionen anzupassen (Svendsen et al., 2016). Im akademischen Kontext zeigen sich Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl und Setzen von Leistungszielen, weniger Angst vor Fehlern und Versagen und einer stärker wahrgenommenen eigenen Kompetenz bei Studierenden (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005).

2.2.1 Selbstmitgefühl und Depression

Neben der Förderung von vielfältigen Faktoren psychischer Gesundheit zeigt Selbstmitgefühl auch Potenzial, psychopathologische Symptome abzuschwächen. In Hinblick auf diese positiven Effekte für psychische Gesundheit, die von einer selbstmitfühlenden Haltung ausgehen, entwickelten viele der Verfahren der dritten Welle ihre Interventionen auf dem Konzept des (Selbst-)Mitgefühls als Grundstein. Die Verfahren wurden auch mit dem Hintergedanken entwickelt, dass die Interventionen vor allem für Personen, deren Probleme in Gefühlen der Scham und hoher Selbstkritik wurzeln, hilfreich seien und zeigen hierfür vor allem für affektive Störungen Potenzial (Leaviss & Uttley, 2015).

Durch Metaanalysen wurden über mehrere Studien hinweg große Effektstärken zwischen Selbstmitgefühl und niedrigeren Depressions-, Angst- und Stresssymptomen bei erwachsenen Stichproben ($r = -0.54$; MacBeth & Gumley, 2012) sowie auch bei Jugendlichen ($r = -0.55$; Marsh, Chan, & MacBeth, 2018) festgestellt. Auch bei einer klinischen Stichprobe mit Teilnehmenden mit Depressionen zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Symptomstärke, Rumination und Vermeidungsverhalten (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig, & Grosse Holtforth, 2013). Die Frage, ob sich Verfahren der dritten Welle effektiv für die Verbesserung von Selbstmitgefühl und Psychopathologie erweisen,

wurde mitunter auch durch Metaanalysen von RCT-Studien (*randomised controlled trials*) untersucht. Hierbei zeigten sich die Verfahren über mehrere nicht-klinische und klinische Studien hinweg wirksam, um Depression, Rumination, Angst und Selbstkritik zu verringern und auch Wohlbefinden zu steigern (Ferrari et al., 2019; Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017). Die selbstmitgefühlsbasierten Interventionen scheinen zwar anderen Therapieverfahren nicht überlegen zu sein, erwiesen sich jedoch als wirksam in der Reduktion depressiver und Angstsymptome sowie in der Förderung von Selbstmitgefühl (Wilson, Mackintosh, Power, & Chan, 2019). Im Hinblick auf die Reduktion von Selbstkritik zeigte sich jedoch auch im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen ein signifikanter Effekt (Wakelin, Perman, & Simonds, 2022).

Trompetter et al. (2017) argumentieren, dass psychisch Gesunde über ein tendenziell vermehrtes Selbstmitgefühl verfügen, was ihre Widerstandskraft gegen psychopathologische Beschwerden stärken könnte. Andererseits könnte katastrophisierendes Denken und Isolation, wie sie oft bei Personen mit Depressionen zu finden sind, die Fähigkeit zum Selbstmitgefühl mindern, da die Depressionen eine erweiterte Sichtweise und ein realistisches, ausgeglichenes Annehmen der negativen Gefühle und Gedanken erschweren. Selbstmitgefühl als Skill könnte dazu beitragen, adaptiv schwierige Situationen zu bewältigen, anstatt in Denkmuster zu fallen, die mit Psychopathologie einhergehen, was Selbstmitgefühl zu einem relevanten Aspekt in Interventionen hervorhebt. Hierbei könnte sowohl die mentale Gesundheit durch die Stärkung von Selbstfreundlichkeit und den Umgang mit Emotionen verbessert als auch das Risiko für psychopathologische Symptome durch die Reduktion von Rumination und Selbstkritik verringert werden.

Des Weiteren wurde Selbstmitgefühl mit Resilienz für Burnout in Zusammenhang gebracht (Atkinson, Rodman, Thuras, Shiroma, & Lim, 2017), erwies sich als protektiver Faktor gegenüber selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen und Studierenden (Kaniuka, Kelliher-Rabon, Chang, Sirois, & Hirsch, 2020; Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2016) und stand bei depressiven Eltern mit weniger kritischem Verhalten und weniger Stressreaktionen in Verbindung (Psychogiou et al., 2016). Zudem stellte sich die Komponente der Selbstfreundlichkeit als Puffer für den Zusammenhang von irrationalen Überzeugungen und Depression heraus (Podina, Jucan, & David, 2015). Stutts, Leary, Zeveney und Hufnagle (2018) untersuchten im Längsschnittdesign die Zusammenhänge von Selbstmitgefühl mit erlebtem Stress und anderen Faktoren psychischer Belastung. Es konnte festgestellt werden, dass Selbstmitgefühl die negativen Zusammenhänge von erlebtem Stress auf Depressions- und Angstsymptome abfedern konnte. Dies spricht dafür, dass

Selbstmitgefühl über eine längere Zeitspanne hinweg positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann, indem es beispielsweise die negativen Effekte von Stress auf die Psyche abfedert.

2.2.2 Selbstmitgefühl und Stress

Stress steht erwiesenermaßen mit vielen negativen psychischen als auch physischen Konsequenzen in Zusammenhang und spielt auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener Erkrankungen eine wesentliche Rolle (Brinkmann, 2014). Während manche Menschen Schicksalsschläge, Verluste und Schwierigkeiten mit einer gewissen Gelassenheit hinnehmen können, verfallen andere in ein Tief, verurteilen sich für ihre Unzulänglichkeiten, ruminieren exzessiv über die Ungerechtigkeiten und katastrophisieren ihre Probleme (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007). Deshalb ist es von großem Interesse zu erforschen, welche Faktoren eine adaptive Form der Bewältigung in schwierigen Situationen ermöglichen könnten.

Neff (2003a) argumentierte, dass Personen mit einer selbstmitfühlenden Haltung beispielsweise schon vor dem Auftreten von Leiden versuchen, diesem vorzubeugen, indem sie sich beispielsweise im Alltag Zeit für sich nehmen, bevor sie sich übermäßig gestresst fühlen. Die drei Komponenten von Selbstmitgefühl können jeweils verschiedene vorteilhafte Umgangsweisen mit Stress ermöglichen. Eine selbstfreundliche Sichtweise könnte helfen, da die Person negative Emotionen auffängt und die stressreiche Situation in positiverem Licht neu interpretiert. Die Erkenntnis einer verbundenen Humanität kann dazu führen, dass sich die Person in ihrer stressigen Lage nicht isoliert fühlt und Stress als Teil der menschlichen Erfahrung akzeptiert. Diese Sicht auf stressige und schwierige Situationen könnte dazu führen, dass die Situation weniger gefährlich wahrgenommen wird, und die Hürde, um Hilfe zu fragen, wäre infolgedessen eventuell niedriger. Die negativen Gefühle in einer achtsamen Perspektive zu wahren kann schlussendlich helfen, von den Gefühlen nicht konsumiert zu werden und nicht in eine Rumination der negativen Situationen zu fallen. Selbstmitgefühl zeigt somit Potential, die selbstregulierenden Fähigkeiten bei negativen Gefühlen zu stärken, die notwendig sind, um stressreiche Erfahrungen zu überstehen (Homan & Sirois, 2017; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Sirois et al., 2015).

Hinweis auf gesundheitsfördernde Auswirkungen von Selbstmitgefühl auf Stresssymptome wurden in verschiedensten Stichproben gefunden. In einer Studie mit Jugendlichen wurde untersucht, ob Selbstmitgefühl vor sozialem Stress in einer Laborsituation (TSST; Kirschbaum et al., 1993) schützen kann. Die Ergebnisse zeigten, dass eine selbstmitfühlende Haltung mit höherem Wohlbefinden und einer weniger starken

Stressreaktion in Verbindung steht (Bluth et al., 2016). Eine Interventionsstudie mit einer ebenfalls jugendlichen Stichprobe zeigte, dass Selbstmitgefühl, Wohlbefinden und erlebter Stress durch die Intervention verringert wurden, wobei Selbstmitgefühl in einem negativen Zusammenhang zum erlebten Stress nach Beendung der Intervention stand (Bluth, Roberson, & Gaylord, 2015). Wie bereits im vorherigen Kapitel angemerkt, konnte der negative Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und erlebtem Stress auch metaanalytisch nachgewiesen werden, und zwar sowohl bei Jugendlichen (Marsh et al., 2018) als auch bei Erwachsenen (MacBeth & Gumley, 2012) und zeigt damit, dass Selbstmitgefühl neben der Reduktion von psychopathologischen Symptomen auch Potential hat, die Resilienz gegenüber Stress zu stärken. Auch bei Studierenden zeigt sich die protektive Rolle einer selbstmitfühlenden Haltung im Angesicht von andauerndem akademischen Stress, die eine adaptive emotionale Reaktion begünstigen kann (Zhang, Luo, Che, & Duan, 2016). Im Zusammenhang mit Prokrastination konnte bei Studierenden und Erwachsenen ein medierender Effekt von Selbstmitgefühl festgestellt werden, so konnte niedrig ausgeprägtes Selbstmitgefühl zum Teil die Stresslevel von prokrastinierenden Personen erklären (Sirois, 2014). In einer Studie von Homan und Sirois (2017) konnten ebenso Vorteile von Selbstmitgefühl für die Stressreduktion und für die Verbesserung von Gesundheitsverhalten festgestellt werden. In einer Studie mit australischen Psycholog*innen wurde herausgefunden, dass Selbstmitgefühl eine signifikante negative Vorhersagekraft für Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation und Stresssymptome hat (Finlay-Jones, Rees, & Kane, 2015). Auch bei andauerndem Stress, wie er durch chronische Krankheiten oder Krebserkrankungen entstehen kann, zeigte sich eine selbstmitfühlende Haltung förderlich für das Ausmaß an wahrgenommenem Stress, stand mit anderen adaptiven Bewältigungsmechanismen in Verbindung (Sirois et al., 2015) und erwies sich als signifikanter Prädiktor für niedrigere Depressions- und Stresssymptome und für eine höhere Lebensqualität (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos, & Fráguas, 2014). Zusammenfassend wurde die protektive Rolle von Selbstmitgefühl auf den erlebten Stress in verschiedenen Studiendesigns und verschiedenen Stichproben belegt und zeigt das Potential, das Selbstmitgefühl für den erfolgreichen Umgang mit stressreichen Situationen aufweist.

2.3 Selbstmitgefühl, Perfektionismus und psychisches Befinden

Bezüglich der Beziehung zwischen Perfektionismus und Selbstmitgefühl erwartete Neff (2003b), dass ein negativer Zusammenhang zur Dimension der perfektionistischen Besorgnis bestehe. Eine akzeptierende Haltung zu den eigenen Mängeln und Fehlern steht nicht im Einklang mit dem bestehenden Drang, Gefühlen der Unterlegenheit zu entkommen und nach

Perfektion zu streben, die perfektionistische Besorgnis kennzeichnen. Im Gegensatz dazu wurde vermutet, dass Selbstmitgefühl nicht mit niedrigerer Ausprägung von dem als adaptiv beschriebenen perfektionistischen Streben einhergeht. Bezüglich dieses Themas äußert sich Neff (2015) folgendermaßen:

The positive aspect of perfectionism has to do with the determination to do your best. Striving to achieve and setting high standards for yourself can be a productive and healthy trait. But when your entire sense of self-worth is based on being productive and successful, when failure is simply not allowed, then striving to achieve becomes tyrannical. (S. 71)

Neff argumentiert, dass eine selbstmitfühlende Haltung Leistungsmotivation nicht im Wege steht, dass die Leistung angestrebt wird ohne die Notwendigkeit, den eigenen Selbstwert damit zu nähren. In Übereinstimmung dazu wurde ein moderater bis starker Zusammenhang ($r = -.34$ bis $r = -.57$) zwischen Selbstmitgefühl und perfektionistischer Besorgnis gefunden (Ferrari, Yap, Scott, Einstein, & Ciarrochi, 2018; Hiçdurmaz & Aydin, 2017; Linnett & Kibowski, 2020; Neff, 2003b). Die Zusammenhänge zu perfektionistischem Streben zeigten deutlich geringere Effektstärken ($r = -.18$; Hiçdurmaz & Aydin, 2017) oder erwiesen sich als nicht signifikant (Linnett & Kibowski, 2020; Neff, 2003b). Neff argumentiert dies damit, dass selbstmitfühlende Menschen mehr Akzeptanz zeigen, wenn die eigenen Ansprüche nicht erreicht werden, dass dies aber zu keiner Passivität und nicht zum Senken der eignen Standards führt (Neff, 2003b). Linnett und Kibowski (2020) untersuchten die Beziehung zwischen den beiden Konstrukten noch genauer, indem sie jeweils die Zusammenhänge zu den positiven und negativen Dimensionen von Selbstmitgefühl betrachteten. Wie erwartet, hing perfektionistische Besorgnis signifikant negativ mit Selbstmitgefühl im Gesamten und mit dessen einzelnen positiven Dimensionen (Selbstfreundlichkeit, verbundene Humanität und Achtsamkeit) zusammen, während ein positiver Zusammenhang zu den negativen Dimensionen (Selbstverurteilung, Isolation und Überidentifikation) bestand. Bezüglich der Dimension des perfektionistischen Strebens zeigte sich nur ein Zusammenhang als schwach positiv signifikant, und zwar mit der Subskala Selbstverurteilung. Dies zeigt, dass auch die als mehr adaptiv geltende Form von Perfektionismus teils negative Auswirkungen nach sich ziehen kann.

In den vergangenen Jahren ist die Frage, ob Selbstmitgefühl eine vermittelnde Rolle zwischen Perfektionismus und Indikatoren psychischer Gesundheit oder Krankheit einnimmt oder negative Konsequenzen von Perfektionismus abfedern kann, vermehrt in den Fokus gerückt. Es wurde ermittelt, dass Personen mit stark ausgeprägtem perfektionistischen Streben über vermehrtes Selbstmitgefühl über stärkere Initiative verfügen, persönliches Wachstum zu

entwickeln. Bei Personen mit stark ausgeprägter perfektionistischer Besorgnis war diese Beziehung umgekehrt, sie zeigten weit niedrigeres Selbstmitgefühl einhergehend mit einer Einschränkung an persönlichem Wachstum (Umandap & Teh, 2020). Eine mediierende Rolle konnte auch in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden gefunden werden, was Einsicht zur Frage gibt, wieso einige Facetten von Perfektionismus negativ mit dem subjektiven Wohlbefinden zusammenhängen (Stoeber, Lalova, & Lumley, 2020).

Selbstmitgefühl wurde als partieller Mediator des Zusammenhangs von perfektionistischer Besorgnis und Depression identifiziert, somit zeigten Personen mit stark ausgeprägten perfektionistischen Sorgen weniger Selbstmitgefühl, was mit stärkeren depressiven Symptomen einherging (Mehr & Adams, 2016; Richardson, Trusty, & George, 2020; Wei, Li, Shi, Liang, & Yang, 2021). Die Beziehung zur Dimension des perfektionistischen Strebens wurde in vielen Studien nicht beachtet, jedoch zeigte sich bei einer Studie mit chinesischen Studierenden ebenfalls ein Mediationseffekt, und zwar hing perfektionistisches Streben hier mit höherem Selbstmitgefühl und niedrigerer Depressivität zusammen (Wei et al., 2021). Auch Flett, Nepon, Hewitt und Rose (2021) stellten fest, dass perfektionistische Besorgnis und perfektionistische Selbstpräsentation mit niedriger Achtsamkeit, die eine Dimension des Selbstmitgefühls darstellt, zusammenhängt. Zudem konnte Achtsamkeit den Perfektionismus-Depressions-Link medieren. Des Weiteren konnte sowohl bei einer klinischen Stichprobe (Abdollahi, Allen, & Taheri, 2020) als auch bei zwei Stichproben Jugendlicher und Erwachsener in Ausbildung (Ferrari et al., 2018) ein Moderationseffekt festgestellt werden. Selbstmitgefühl schwächte hierbei den Zusammenhang zwischen perfektionistischer Besorgnis und Depression ab (Abdollahi et al., 2020; Ferrari et al., 2018), jedoch zeigte sich kein Moderationseffekt zwischen perfektionistischem Streben und Depression (Abdollahi et al., 2020). Yeshua, Zohar und Berkovich (2019) gingen der Frage nach, ob sich die Persönlichkeit, besonders die Ausprägung von Perfektionismus und Selbstmitgefühl, als Risiko- und Schutzfaktor für das Vorhandensein von psychosomatischen Beschwerden herausstellt. Bei stärker ausgeprägtem Selbstmitgefühl zeigte sich ein Moderationseffekt zwischen Perfektionismus und psychosomatischen Symptomen, somit federte Selbstmitgefühl die negativen Auswirkungen von Perfektionismus auf die Symptomstärke ab. In einer aktuellen Längsschnittstudie zeigte sich, dass Personen mit hoher perfektionistischer Besorgnis und niedrigerem Selbstmitgefühl nach zwei Jahren stärker unter depressiven und ängstlichen Symptomen litten. Im Gegensatz dazu gab es keine oder nur schwache Zusammenhänge zwischen perfektionistischem Streben und Selbstmitgefühl, zudem

zeigte sich auch kein Interaktionseffekt mit Selbstmitgefühl, um psychische Belastung nach zwei Jahren vorherzusagen (Tobin & Dunkley, 2021).

In einer aktuellen Metaanalyse von Wakelin et al. (2022) wurde gefunden, dass selbstmitgefühlsbasierte Interventionen über mehrere RCT-Studien hinweg zu einem moderaten Rückgang der Selbstkritik bei den Studienteilnehmenden führen konnten. Die Autor*innen konnten die Ergebnisse von Ferrari et al. (2019) replizieren. Darüber hinaus konnten Wakelin und Kolleg*innen (2022) jedoch auch im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen einen kleinen signifikanten Effekt verzeichnen. Dies lässt darauf schließen, dass Selbstmitgefühl-Interventionen speziell für die Verbesserung von Selbstkritik geeignet sein könnten, worauf auch die Ergebnisse des Review von Leaviss und Uttley (2015) hindeuteten. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass die Länge der Interventionen mit der Effektstärke im Zusammenhang stand, wobei eine längere Behandlungsdauer mit größeren Verbesserungen einherging (Wakelin et al., 2022). Linnett und Kibowski (2020) merken an, dass der Lernprozess, selbstmitfühlend mit sich umzugehen, über die Zeit hinweg Hoch- und Tiefpunkte erreicht, vor allem zu Beginn von Interventionen. Dies könnte sich vor allem für maladaptiv-perfektionistische Personen als herausfordernd herausstellen, die dazu neigen könnten, sich dafür zu verurteilen, nicht selbstmitfühlend genug zu sein und deren innere Dialoge durch Soll-Sätze wie „Ich sollte perfekt sein“ angetrieben werden. Diese Schwierigkeiten sollten bei Interventionen mit perfektionistisch veranlagten Personen berücksichtigt werden. Auch Flett et al. (2021) appellieren dafür, dass vor allem perfektionistische Personen von einer höheren Achtsamkeit profitieren können, betonen aber ebenso die Schwierigkeiten, die ihnen hierbei im Weg stehen, da eine achtsame Einstellung oft gegensätzlich zu deren Persönlichkeit und Orientierung im Leben ist.

3 Depression

Obwohl Depression zu einer der am weitesten verbreiteten Erkrankungen zählt, ist sie bezüglich ihres gesellschaftlichen und auch individuellen Stellenwerts oft unterschätzt (Murray & Lopez, 1996). Depressionen sind eine lahmlegende Erkrankung, die auf individueller Ebene zu enormen Folgen für das Befinden und die Gesundheit der betroffenen Personen führen. Depressive Symptome führen zu einer großen mentalen und körperlichen Beeinträchtigung, die WHO (World Health Organization) spricht von der Depression als einer der wichtigsten Volkskrankheiten und geht von einer Zunahme deren Bedeutung in den kommenden Jahren aus. Ein besonders relevanter Indikator, der Einblick über das Ausmaß der Beeinträchtigung der Betroffenen gibt, ist der der „Disability-adjusted Life Years“ (DALYs). Dieser erfasst die Anzahl der Lebensjahre, die durch die Erkrankung verloren gehen. Im Jahre 2004 nahmen

Depressionen den dritten Platz ein, bis zum Jahr 2030 prognostiziert die WHO jedoch, dass Depressionen bezüglich ihrer Relevanz auf Lebensbeeinträchtigung und vorzeitigen Tod die größte Bedeutung vor allen anderen Erkrankungen einnehmen wird (World Health Organization, 2008). Ein nicht zu vernachlässigender Faktor in diesem Zusammenhang ist die erhöhte Mortalität durch Suizid, denn Suizidgedanken sind vor allem bei Betroffenen mit schweren Symptomen sehr häufig vorhanden, und die Suizidrate bei Depressiven ist demnach im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung in etwa auf das 30-Fache erhöht (Harris & Barraclough, 1997).

Auf gesellschaftlicher Ebene sind mit Depressionen enorme Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem zu verzeichnen, diese äußern sich nicht nur direkt durch Behandlungskosten, sondern auch indirekt durch die reduzierte Arbeitsfähigkeit, die durch die allgemeine Antriebslosigkeit sowie durch Einbußen der Konzentration und kognitiver Funktionen entsteht. Damit einhergehend entstehen wesentlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage (6.1 Tage pro Monat bei depressiven Personen gegenüber 1.7 Tagen bei Nicht-Depressiven) (Berndt et al., 1998; Ormel et al., 1994).

Die Lebenszeitprävalenz, die das Risiko beschreibt, irgendwann im Lebensverlauf eine Depression zu entwickeln, liegt laut einer Studie zur Gesundheit der erwachsenen deutschen Population (DEGS1) laut Selbstbericht bei 11.6% (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). In Studien, die auf den Diagnosekriterien des DSM-IV basieren, liegt das Risiko sogar bei bis zu 30% (Beesdo-Baum et al., 2015; Kessler et al., 2005; Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). Die 12-Monats-Prävalenz betrug über verschiedene Studien hinweg zwischen 6% und 8% (Busch et al., 2013; Lim et al., 2018).

Untersuchungsinstrumente wie das Beck-Depression-Inventory (BDI-II), das in der vorliegenden Arbeit Verwendung fand, wurden entwickelt, um die Schwere depressiver Symptomatik im Selbstbericht erfassen zu können, dabei orientiert sich das Messinstrument an den Diagnosekriterien des DSM-IV (Kühner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007). Nach dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) sowie der aktuellen Version des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) müssen mindestens fünf Symptome für einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen zur Klassierung vorliegen. Von diesen fünf muss mindestens eines der Symptome eine depressive Verstimmung oder Verlust von Freude und/oder Interesse sein. Restliche Symptome stammen aus den folgenden Bereichen: deutlicher Verlust oder deutliche Steigerung des Gewichts oder Appetits, Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Energielosigkeit, Gefühle von Schuld oder Wertlosigkeit, Beeinträchtigung der Konzentration und

Entscheidungsfähigkeit sowie Selbstmordgedanken, -pläne oder -versuche. Zusätzlich kann klassifiziert werden, ob es sich um eine einzelne Episode handelt oder ob die Depression wiederkehrend (rezidivierend) ist beziehungsweise ob die Depression aktuell remittiert ist. Zudem kann der aktuelle Schweregrad und das Vorliegen psychotischer Symptome codiert werden. Ein Unterschied zwischen der vierten und fünften Version des DSM besteht darin, dass im DSM-5 die „Depressiven Störungen“ eine eigene Hauptgruppe bilden, zuvor wurden sie neben den bipolaren Störungen unter „Affektive Störungen“ gezählt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2021).

Auch in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; World Health Organization, 2016) werden die depressiven Symptombereiche erfasst, jedoch mit etwas unterschiedlichen Klassifikationskriterien. Eine Übersicht über die Haupt- und Nebensymptome und das Zeitkriterium nach ICD-10 findet sich in Abbildung 1. Die Klassifizierung der Depression erfolgt nach Schweregrad der Symptome in eine leichte, mittelgradige oder schwere Episode. Die depressive, gedrückte Stimmung drückt sich individuell unterschiedlich aus, manche beschreiben ein Gefühl der Niedergeschlagenheit bis hin zur Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung, andere können weder positive noch negative Emotionen empfinden. Diese Gefühlslosigkeit stellt oft eine besondere Belastung dar und ist kaum mit anderen Gefühlszuständen zu vergleichen. Oft begleiten die depressive Stimmung auch Angstzustände, ein Gefühl der Unsicherheit, Zukunftsängste sowie eine rasche Irritierbarkeit und schnelle Überforderung durch jegliche Anforderung. Ein weiteres Hauptkriterium ist der charakteristische Interessensverlust bzw. die Freudlosigkeit (Anhedonie) an nahezu allen Aktivitäten, die üblicherweise als angenehm und interessant empfunden wurden, einhergehend mit einem allgemeinen Rückgang des Aktivitätsniveaus. Das Symptom der Antriebslosigkeit beschreibt eine allgemeine Energielosigkeit und Ermüdbarkeit und spiegelt das Erleben der Betroffenen wider, die sich kaum belastbar fühlen und auch durch alltägliche Aktivitäten wie Körperpflege oder Aufrechterhalten sozialer Kontakte erschöpft sind. Schlafstörungen äußern sich zumeist durch Schlaflosigkeit in Form von Durchschlafstörungen oder Einschlafstörungen, aber auch ein vermehrtes Bedürfnis nach Schlaf tagsüber oder verlängerter Schlaf nachts sind mögliche Symptome. Auf den Appetit kann sich die Depression durch ein vermindertes Bedürfnis zu essen auswirken, sodass sich Betroffene regelrecht zur Nahrungsaufnahme zwingen müssen. Auch die Aufmerksamkeit und Konzentration sind oft wesentlich vermindert, wodurch sich auch Schwierigkeiten im Denkvermögen und der Entscheidungsfähigkeit ergeben und zuvor selbstverständliche Alltagsaufgaben häufig zu großen Herausforderungen werden. Gleichzeitig ist auch das

Denken depressiver Personen durch Grübeln, Selbstzweifel und negative Gedankenspiralen geprägt. Gefühle der Schuld und Wertlosigkeit und ein herabgesetzter Selbstwert sind ebenso charakteristisch. Die Zukunftsperspektiven sind oft negativ und pessimistisch gefärbt, wobei die Erwartungen an die Zukunft in unrealistischer Weise negativ verzerrt sind und die Zukunft wie auch die eigene Gesundheitslage als aussichtslos wahrgenommen werden. Suizidalität, vor allem zumindest das Vorhandensein von Suizidgedanken, sind ebenso häufig vorhanden (DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF, 2015).

Mittels des BDI-II können viele der häufigen depressiven Symptome abgefragt werden, und die Symptomschwere kann in minimale, milde, moderate und schwere Symptomatik unterschieden werden (Kühner et al., 2007). Eine klinische Diagnosestellung kann jedoch alleinig auf Basis des BDI-II nicht erfolgen, das Selbstbeurteilungsinstrument eignet sich lediglich zur Einschätzung der aktuellen Symptomschwere (Beesdo-Baum & Wittchen, 2021). Es sind allerdings auch unerschwellige, subklinische Symptome als relevant zu betrachten, denn selbst wenn die Symptomatik noch nicht die Kriterien einer klinischen Depression erfüllt, gehen diese oft mit einer Beeinträchtigung einher sowie mit einem erhöhten Risiko für die Auftretenswahrscheinlichkeit der Erkrankung (Busch et al., 2013).

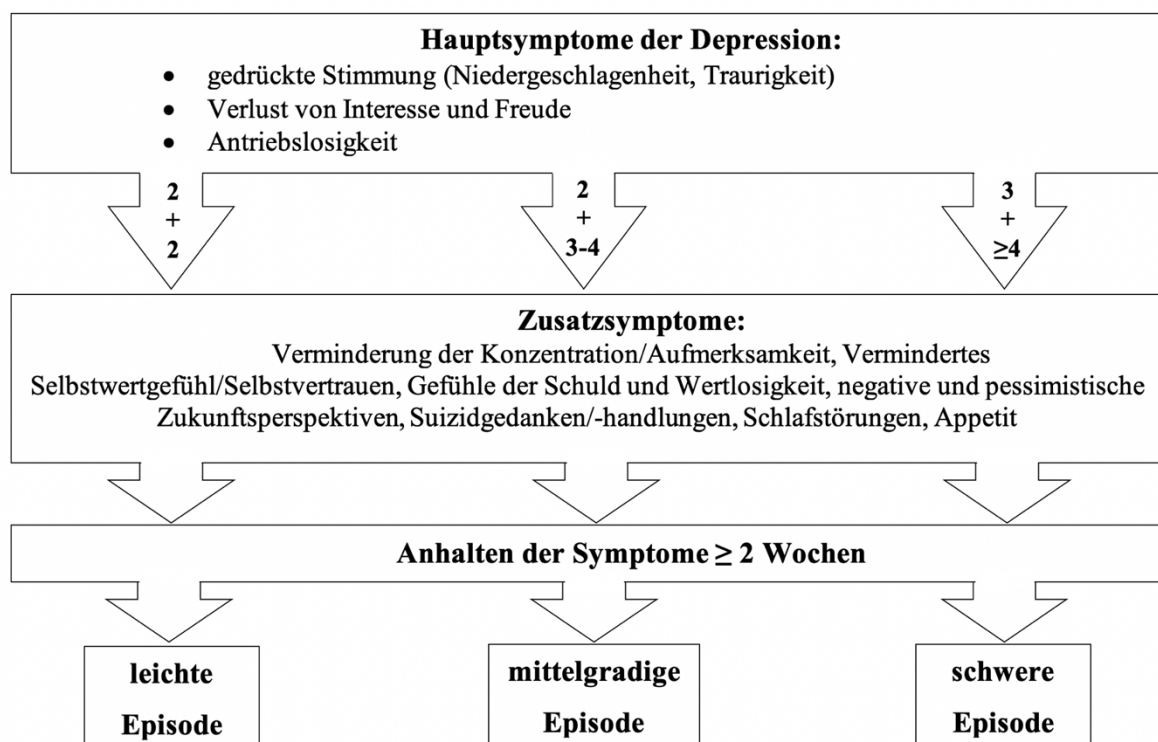


Abbildung 1. Diagnose depressiver Episode nach ICD-10-Kriterien (in Anlehnung an DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF, 2015, S. 33)

Bei der Betrachtung der möglichen Symptomatik einer depressiven Episode wird ersichtlich, dass sich diese individuell stark unterscheiden kann und dass das Erleben häufig gänzlich

unterschiedlich charakterisiert ist. Depressionen sind deshalb als ein heterogenes Krankheitsbild zu verstehen, was es unwahrscheinlich macht, dass nur ein Faktor als einzige Ursache für das Entstehen des Störungsbildes verantwortlich gemacht werden kann. Mehrere Fachexpert*innen nehmen deshalb multifaktorielle Erklärungsansätze an, im Sinne des bio-psycho-sozialen Modelles wird von einer Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Einflüssen ausgegangen. Hierbei können erhebliche individuelle Unterschiede verzeichnet werden. Bei manchen Personen mag ein vordergründig biologisch determinierter Krankheitsverlauf gegeben sein, während bei anderen eine Kombination verschiedener Faktoren oder eine fast gänzlich psychosoziale Ursache vorliegen kann (DGPPN et al., 2015).

In den vorherigen Kapiteln wurde aufgezeigt, wie individuelle Persönlichkeitsfaktoren, wie die Ausprägung von Perfektionismus und Selbstmitgefühl, Einfluss auf Depressionen nehmen kann. Während die Ursache der Depressionen sicherlich nicht auf die Persönlichkeit reduziert werden kann oder sollte, können individuelle Werte, Einstellungen, Denkmuster und Glaubenssätze einen wesentlichen Einfluss auf den Störungsverlauf und auch auf die Effektivität von Interventionen nehmen.

4 Stress

Stress ist aufgrund seines begünstigenden Einflusses auf die Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen von besonderem Interesse für die klinische und Gesundheitspsychologie. Die Beschäftigung mit Stress ist jedoch auch für andere Gesundheitswissenschaften zentral, da langanhaltender Stress mittlerweile als einer der führenden Gründe für körperliche und psychische Erkrankungen zu zählen ist (Brinkmann, 2014). So zählt chronischer Stress zu den Ursachen des Burnout-Syndroms (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), und stressreiche Lebenserfahrungen wurden mit dem Einsetzen von Depressionen in Verbindung gebracht (Hammen, 2005). Stress bildet jedoch auch einen bedeutsamen Baustein in Diathese-Stress-Modellen weiterer psychischer Störungen und steht somit in komplexem Zusammenhang mit der Manifestation und Aufrechterhaltung verschiedener Störungsbilder (Milek & Bodenmann, 2018). Neben der psychischen Belastung, die durch Stress entsteht und viele psychische Störungen mithervorrufen und beeinflussen kann, sind auch physische Folgen zu verzeichnen. Besonders betroffen sind das Herz-Kreislauf-System (z.B. Bluthochdruck), das Immunsystem (z.B. verstärkte Anfälligkeit für Infektionen) und das zentrale Nervensystem (z.B. Beeinträchtigung des Schlafes, des Lernens und Gedächtnis), auch das endokrine System (z.B. Cortisol-Ausschüttung) und das Magen-Darm-System (z.B. Reizdarm) werden durch Stress beeinflusst (Brinkmann, 2014; Larzelere & Jones, 2008).

Im Alltag wird der Stressbegriff nahezu inflationär für alles Unangenehme, das im Leben passiert, verwendet. Wissenschaftliche Stressdefinitionen sind aus unterschiedlichen Perspektiven formuliert. In den ersten, reaktionsbezogenen Definitionen von Stress liegt der Fokus auf der psychobiologischen Reaktion in bedrohlichen Situationen. Aus der reiz- oder situationsbezogenen Perspektive wird der Fokus auf die äußeren Umstände gelegt, Stress entstehe demnach durch objektive Herausforderungen oder Stimuli, die vom Individuum wahrgenommen werden und Bedrohung signalisieren. Moderne Stresskonzepte aus der wissenschaftlichen Psychologie gehen von einer relationalen Perspektive aus. Es wird davon ausgegangen, dass durch den wechselseitigen Einfluss von Person und Umwelt ein transaktionaler Prozess entsteht. Stress entsteht in diesem Sinn durch ein Missverhältnis zwischen den Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, und deren zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Ein bereits in vorherigem Kapitel angesprochenes relationales Stresskonzept ist das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984). Diese stellen die kognitive Bewertung einer Situation in den Fokus, die entscheidend dafür ist, ob die Person das Ereignis als Stress empfindet. Das Modell beschreibt zwei Phasen der Auseinandersetzung mit dem Stressor. In der primären Bewertung wird die Situation auf ihre Bedrohlichkeit evaluiert, in der sekundären Bewertung werden die Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) eingeschätzt. Wenn diese ausreichend sind, wird die Stress erzeugende Situation bewältigt, ansonsten kommt es zu einer Stressreaktion. Somit kann mittels des relationalen Verständnisses die Tatsache, dass verschiedene Personen dieselbe Situation unterschiedlich stressreich empfinden, erklärt werden. Dies konnte durch die reaktions-, situations- oder reizbezogenen Definitionen nur unzureichend erklärt werden (Brinkmann, 2014). Mit dem Hintergrund der verstärkten Fokussierung aktueller Stressdefinitionen auf die subjektive Einstufung eines Ereignisses entstanden auch neue psychologische Messinstrumente, die den Fokus der Messung ebenso auf die subjektive Wahrnehmung anstatt auf objektive, äußere Auslöser legen. Das in der vorliegenden Studie verwendete „Perceived-Stress-Questionnaire“ ist ein solches Instrument (Fliege et al., 2005; Levenstein et al., 1993).

Gert Kaluza (2018), der ein in der Gesundheitsförderung langjährig bewährtes Stressmanagementtraining entwickelte, beschreibt mit der „Stress-Trias“ ein praxisorientiertes Rahmenmodell des Stressgeschehens. Die erste Ebene bilden hierbei die äußeren Umstände und Situationen, die Stressoren. Die zweite Ebene beschreibt die Ebene der Stressreaktion: Hiermit sind sowohl körperliche Reaktionen (z.B. Aktivierung des Sympathikus), behaviorale Reaktionen (offene Stressverhaltensweisen) und kognitiv-emotionale Reaktionen (z.B. innere

Unruhe) miteingeschlossen. Die dritte Ebene bilden die persönlichen Stressverstärker, hiermit sind alle individuellen Motive und Einstellungen gemeint. Diese individuellen Faktoren sind nach Kaluza, ähnlich wie bei Lazarus und Folkman (1984), mitentscheidend für die Heftigkeit des Stresserlebens und stellen ein Bindeglied zwischen den Stressoren und der Stressreaktion dar (Kaluza, 2018). Auch die Persönlichkeit und die Selbstbetrachtung kann einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang und das Erleben von Stress nehmen. Wie in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeitet wurde, spielt hierbei auch das Ausmaß an Perfektionismus und Selbstmitgefühl, mit denen eine Person in eine potentiell stressreiche Situation hineingeht, eine bedeutsame Rolle (Lazarus, 2006; Molnar et al., 2012; Neff, 2003a). Perfektionistische Personen scheinen besonders vulnerabel für Stressoren zu sein, die eine Bedrohung für den Selbstwert darstellen, was oft in Leistungssituationen der Fall ist, da bei dieser Personengruppe der Selbstwert eng verbunden mit deren Erfolg und Produktivität ist (Békés et al., 2015; Enns et al., 2005). Kaluza (2018) beschreibt perfektionistische Kontrollambitionen als eine stressverschärfende Einstellung, die den individuellen Bewertungsprozess und den persönlichen Stil des Umgangs mit dem aktuellen Stressor prägt. Er beschreibt ein übersteigertes Bedürfnis nach Kontrolle, das sich in der strikten Vermeidung von Fehlern, die einen möglichen Kontrollverlust darstellen, zeigt. Außerdem wird jeglichen Störungen mit Ungeduld und Gereiztheit begegnet, da die Situation nicht so abläuft wie geplant und somit außerhalb der eigenen Kontrolle liegt. Kaluza beschreibt zudem, dass diese Bemühungen mit einer Verdrängung der eigenen Bedürfnisse nach Entspannung einhergeht und dass die Personen eine Unwilligkeit zur Delegation aufweisen. Selbstmitgefühl wiederum ist als positive Bewältigung und hilfreiche Einstellung im Angesicht von stressreichen Situationen anzuerkennen und stellt einen wichtigen Ansatzpunkt für mentales Stressmanagement dar. Hierbei ist Selbstmitgefühl jedoch abzugrenzen von populären Ansätzen des „Positiven Denkens“, die meist unrealistische Ansprüche auf andauernde Gesundheit und Glück versprechen und dazu auch suggerieren, dass positives Denken allein ausreichend und dass zudem jeder dazu im Stande sei. Stressverstärkende Denkmuster wie Perfektionismus sind oft tief verwurzelt und haben sich über die Lebensspanne hinweg entwickelt. Dies gilt es zu validieren, da sie Bewältigungsversuche darstellen. Im Stressmanagementtraining ist dies zu würdigen, so wird Gefühlen der Unzulänglichkeit entgegengewirkt, und es wird eine Haltung des Verständnisses und des Selbstmitgefühls gefördert. Vor allem im Prozess des Kennenlernens der eigenen Stressverstärker kann eine solche selbstmitfühlende Haltung vor zu hoch gesteckten Erwartungen schützen, denn eine Veränderung der Gedanken erfolgt nicht rasch oder mühelos (Kaluza, 2018).

II Empirischer Teil

5 Zielsetzung

Depressionen sind eine kräftezehrende und weitverbreitete psychische Erkrankung, die mit enormen persönlichen und gesellschaftlichen Kosten einhergeht. Trotz der Verfügbarkeit von evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten sind Depressionen häufig wiederkehrend (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2010). Dies zeigt auf, dass die pathogenetischen Mechanismen, die Depressionen auslösen und aufrechterhalten, noch nicht zur Gänze aufgeklärt sind. Auch Stress ist in unserer immer stärker zunehmenden leistungsorientierten Gesellschaft ein relevantes Thema. Stress geht nicht nur mit vielfältigen körperlichen Folgeerscheinungen einher, auch die psychische Belastung hemmt die Gesundheit. Faktoren, die den Umgang mit Stress erschweren oder erleichtern, sind im Fokus des psychologischen Interesses. Perfektionismus stellt einen transdiagnostischen Faktor dar, der bei mehreren physischen Erkrankungen eine Rolle in der Manifestation und Aufrechterhaltung spielt. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass Perfektionismus depressive Symptome in einem prospektiven Forschungsdesign vorhersagen konnte (Smith et al., 2016). Zudem scheint ein stärker ausgeprägter Perfektionismus vor und nach einer therapeutischen Behandlung eine schlechtere Bewältigung von Stress vorherzusagen (Blatt & Zuroff, 2005). Da laut Curran und Hill (2019) ein Anstieg von Perfektionismus in der Gesellschaft zu verzeichnen ist, zeigt die Erforschung von Perfektionismus zunehmende Relevanz. Angesichts der Debatte, ob nur perfektionistische Besorgnis einen Risikofaktor darstellt, während perfektionistisches Streben eine gesunde Ausprägung der Eigenschaft darstellen könnte, sollten in der vorliegenden Arbeit beide Faktoren genauer untersucht werden. Dabei wurde einerseits ein gruppenbasiertes Vorgehen angewandt, in der die Gruppen der nicht-perfektionistischen, adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Personen hinsichtlich des Schweregrads depressiver Symptome, subjektiver Belastung durch Stress und Selbstmitgefühl untersucht wurden. Andererseits wurde durch einen dimensionalen Ansatz der Frage nachgegangen, ob die beiden Perfektionismus-Dimensionen mit Depression und subjektiver Belastung durch Stress in Verbindung stehen und ob dieser Zusammenhang durch Selbstmitgefühl als Mediator beeinflusst wird. Die positiven Auswirkungen von Selbstmitgefühl, das eine einfühlsame Umgangsweise mit der eigenen Person samt Fehlern und Mängeln darstellt, werden wiederholt mit psychischer Gesundheit in Verbindung gebracht. Zusätzlich sollten in einem gruppenbasierten Ansatz Personen mit unterschiedlicher Ausprägung von Selbstmitgefühl auf Unterschiede in der psychischen Belastung verglichen werden. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war demnach, einen Beitrag zur Erforschung von Perfektionismus und Selbstmitgefühl zu leisten und deren Zusammenhänge mit psychischer Belastung aufzuzeigen.

6 Methode

6.1 Stichprobe

Bei der Stichprobe handelte es sich um eine Gelegenheitsstichprobe der Allgemeinbevölkerung im deutschsprachigen Raum. Einschlusskriterien für die Teilnahme zur Studie waren ein Mindestalter von 18 Jahren sowie eine gute deutschsprachige Lesekompetenz. An der Studie nahmen schlussendlich 520 Personen teil, somit wurde das Ziel von 412 Teilnehmenden übertroffen.

6.2 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine Online-Studie in einem quantitativen Querschnittsdesign. Die für diesen Zweck erstellte Fragebogenbatterie wurde somit zu einem Messzeitpunkt vorgegeben, die verwendeten Untersuchungsinstrumente werden im Folgenden genauer beschrieben.

6.3 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden werden – neben den soziodemografischen Daten – die Self-Compassion Scale-Deutsch (SCS-D; Hupfeld & Ruffieux, 2011), die Almost Perfect Scale-Revised (APS-R; Slaney et al., 2001), das Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Hautzinger, Keller, Kühner, & Beck, 2009) und das Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20; Fliege et al., 2005) vorgestellt. Dabei handelt es sich um vier etablierte Selbstbeurteilungsinstrumente, mit denen die Konstrukte Perfektionismus, Selbstmitgefühl, Depression und subjektive Belastung durch Stress gemessen werden.

6.3.1 Soziodemografische Daten

Zu Beginn wurden Geschlecht und Alter der Befragten erhoben. Anschließend wurde die Nationalität der Teilnehmenden erfragt. Des Weiteren wurde der Bildungsstatus, der Beschäftigungsstatus und der Beziehungsstatus erhoben. Abschließend wurde noch erfragt, wie beziehungsweise ob sich die psychische Belastung durch die Covid-19-Pandemie verändert hat.

6.3.2 Almost Perfect Scale-Revised (APS-R).

Zur Messung der unterschiedlichen Dimensionen des Perfektionismus wurde die revidierte Almost Perfect Scale (APS-R) herangezogen, in deutscher, unveröffentlichter Übersetzung durch Altstötter-Gleich und Bergemann (o.D.). Bei der APS-R handelt es sich um einen multidimensionalen Fragebogen, der dysfunktionale als auch funktionale Aspekte von Perfektionismus erfasst (Slaney et al., 2001). Die APS-R beinhaltet 23 Items zur Selbsteinschätzung, die auf einer Likert-Skala, die von 1 („*trifft überhaupt nicht zu*“) bis 6

(„trifft vollkommen zu“) reicht, bewertet werden können. Die APS-R unterscheidet hierbei drei Facetten des Perfektionismus: Diskrepanz (engl.: *discrepancy*), hohe Standards (engl.: *high standards*) und Ordnung (engl.: *order*). Die Subskala Diskrepanz beinhaltet 12 Items und beschreibt eine selbstkritische Leistungsbeurteilung, wobei eine Abweichung zwischen den eigenen Ansprüchen und der tatsächlich erbrachten Leistung wahrgenommen wird (Beispielitem: „Ich bin nie zufrieden, auch wenn ich weiß, dass ich mein Bestes gegeben habe.“). Somit ist die Subskala Diskrepanz der Dimension der perfektionistischen Besorgnis zugeordnet. Die sieben Items der Subskala hohe Standards beschreiben hingegen das Setzen von hohen Erwartungen und das Streben nach ausgezeichneter Leistung, allerdings ohne der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand (Beispielitem: „Ich habe ein starkes Bedürfnis danach, ausgezeichnete Leistungen zu erbringen.“). Die Subskala Ordnung spiegelt in fünf Items die Vorliebe für Ordentlichkeit und Organisation wider. Die Subskalen hohe Standards und Ordnung werden als adaptiver angesehen und der Dimension des perfektionistischen Strebens zugeordnet. Da die Ordnung-Subskala jedoch für die Gruppeneinteilung nebensächlich war, wurde sie in der vorliegenden Studie nicht zur Auswertung herangezogen (Rice & Ashby, 2007). Für die jeweiligen Subskalen können durch Ermittlung von Mittelwerten Subskalenwerte berechnet werden, hohe Subskalenwerte sprechen hierbei für eine starke Tendenz zum Setzen von hohen Standards beziehungsweise starke wahrgenommene Diskrepanz.

Angelehnt an Rice und Ashby (2007) wurde eine Klassifizierung anhand der APS-R vorgenommen, womit eine Einteilung in Gruppen mit unterschiedlicher Ausprägung von Perfektionismus ermöglicht wird. Personen, die in der Skala hohe Standards einen Wert von 37 oder höher erreichen, wurden als perfektionistisch klassifiziert, Personen mit einem Wert unter 37 als nicht-perfektionistisch. Die Gruppe der perfektionistischen Personen kann im Anschluss noch differenzierter klassifiziert werden: wurde in der Skala Diskrepanzen ein Cutoff-Wert von 37 oder höher erreicht, wurde die Person als maladaptiv-perfektionistisch klassifiziert, ein Wert unter 37 führte zur Klassifizierung als adaptiv-perfektionistisch.

Das englischsprachige Originalverfahren weist mit einer internen Konsistenz der Subskalen zwischen $\alpha = .82$ bis $\alpha = .92$ einen sehr guten Wert auf (Slaney et al., 2001). Da für die vorliegende Studie die deutschsprachigen Items aus der unveröffentlichten Übersetzung von Altstötter-Gleich und Bergemann verwendet wurden (Altstötter-Gleich & Bergemann, o.D.) und für die Übersetzung bis dato keine Angaben zur Testgüte vorliegen, wurde die interne Konsistenz im Rahmen der vorliegenden Studie berechnet. Für die Subskala Diskrepanz ergab

sich ein Wert von $\alpha = .96$ und für die Subskala hohe Standards ein Wert von $\alpha = .87$, somit lag die interne Konsistenz in einem guten bis sehr guten Bereich.

6.3.3 Self-Compassion Scale-Deutsch (SCS-D).

Zur Messung des Selbstmitgefühls wurde die deutsche Version der Self-Compassion Scale (SCS-D) herangezogen (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die Originalskala in englischer Sprache wurde von Kristin Neff entwickelt (Neff, 2003b). Sie soll ermöglichen, das Ausmaß an Selbstmitgefühl der Teilnehmenden anhand einer Selbsteinschätzung von einer Reihe von Aussagen zu ermitteln. Dafür werden die Teilnehmenden instruiert, bei den jeweiligen Items einzuschätzen, wie oft sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten. Die 26 Items der SCS-D können hierbei auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von 1 („sehr selten“) bis 5 („sehr oft“) reicht, bewertet werden.

Die Gesamtskala wird aus den sechs Subskalen selbstbezogene Freundlichkeit vs. Selbstverurteilung, verbindende Humanität vs. Isolation sowie Achtsamkeit vs. Überidentifizierung gebildet. Die Subskala selbstbezogene Freundlichkeit (engl.: *self-kindness*) umfasst fünf Items, die eine warme und verständnisvolle Umgangsweise mit dem eigenen Selbst in schwierigen Zeiten beschreiben (Beispielitem: „Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.“). Dem gegenüber steht die Subskala Selbstverurteilung (engl.: *self-judgement*) mit ebenfalls fünf Items, die eine selbstverurteilende Haltung und eine Intoleranz den eigenen Mängeln und Fehlern gegenüber darstellen (Beispielitem: „Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen.“). Die restlichen vier Subskalen umfassen jeweils vier Items. Die Subskalen verbindende Humanität (engl.: *common humanity*) (Beispielitem: „Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.“) und Isolation (engl.: *isolation*) (Beispielitem: „Wenn ich über meine Fehler und Mängel nachdenke, neige ich dazu, mich vom Rest der Welt getrennt und abgeschnitten zu fühlen.“) stellen ebenfalls gegensätzliche Betrachtungsweisen im Angesicht von Leid und schwierigen Zeiten dar. Während die Subskala verbindende Humanität die Erkenntnis darstellt, dass das eigene Leid ein Bestandteil der menschlichen Existenz und somit Teil einer Erfahrung ist, die uns alle betrifft, umschreibt die Subskala Isolation die Ansicht, dass man mit dem eigenen Leid und den eigenen Schwächen allein ist und sich infolgedessen von anderen Personen isoliert fühlt. Die Subskala Achtsamkeit thematisiert ein offenes und ausgeglichenes Annehmen und Wahrnehmen der eigenen (negativen) Gefühlswelt, die eigenen Emotionen werden hierbei nicht unterdrückt, sondern in einem Gleichgewicht gehalten. Im Gegensatz dazu steht die Subskala Überidentifizierung (engl.: *over-identification*) (Beispielitem: „Wenn etwas Unangenehmes passiert, neige ich

dazu, den Vorfall völlig zu übertreiben.“), deren Items die Verstärkung der negativen Emotionen widerspiegelt und eine Überwältigung durch negative Erfahrungen.

Es können durch die Berechnung von Mittelwerten für jede Dimension Subskalenwerte berechnet werden, dabei stehen hohe Werte jeweils für eine hohe Ausprägung der positiven und negativen Dimensionen von Selbstmitgefühl. Aus den Subskalenwerten kann anschließend ein Gesamtmittelwert über alle Subskalen hinweg gebildet werden, dazu müssen jedoch die Subskalen, die die negativen Charakteristiken betreffen (Selbstverurteilung, Isolation und Überidentifizierung), erst umgepolt werden. Dadurch spiegelt sich eine positive, selbstmitfühlende Einstellung in einem hohen Gesamtwert wider.

Die interne Konsistenz des Gesamtwertes liegt mit einem Wert von $\alpha = .91$ in einem sehr guten Bereich, jene der einzelnen Subskalen ergeben folgende Werte: Selbstbezogene Freundlichkeit $\alpha = .83$, Selbstverurteilung $\alpha = .74$, verbindende Humanität $\alpha = .75$, Isolation $\alpha = .80$, Achtsamkeit $\alpha = .66$ und Überidentifizierung $\alpha = .70$ (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Zudem erlauben Cutoff-Werte eine Zuteilung in Gruppen mit unterschiedlich starker Ausprägung von Selbstmitgefühl, die für die Gruppeneinteilung in der vorliegenden Studie angewandt wurden. Hierbei stehen Werte von 1.0–2.49 für eine niedrige, Werte von 2.5–3.5 für eine moderate und Werte von 3.51–5.0 für eine hohe Ausprägung (Neff, o.D.).

6.3.4 Beck Depression Inventory (BDI-II).

Das BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) ist ein Selbstbeurteilungsinventar, das die Intensität depressiver Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen erfasst. Für die vorliegende Studie wurde die deutsche Version des BDI-II von Hautzinger et al. (2009) verwendet. Das Inventar besteht aus 21 Items, jedes Item besteht aus vier Antwortmöglichkeiten mit steigender Schwere der depressiven Symptomatik, die verschiedene Symptombereiche betreffen. Die Items betreffen die Bereiche Traurigkeit, Pessimismus, Verlust von Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderung der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Veränderung des Appetits, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung oder Erschöpfung und Verlust an sexuellem Interesse. Den Items werden die Werte 0–3 zugeordnet, somit sind Gesamtscores zwischen 0 und 63 möglich. Die Befragten werden angewiesen, aus den 21 Aussagengruppen diejenige auszuwählen, die am besten beschreibt, wie sie sich in den vergangenen zwei Wochen fühlten. Falls hierbei mehrere Aussagen gleichermaßen zutreffen sollten, werden sie instruiert, die Aussage mit dem höheren Wert anzukreuzen. Beispielsweise müssen die Befragten in der Aussagengruppe zum Symptom der Wertlosigkeit aus den Antwortmöglichkeiten „(0) Ich fühle mich nicht wertlos“, „(1) Ich halte

mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst“, „(2) Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert“ und „(3) Ich fühle mich völlig wertlos“ diejenige Aussage wählen, die am besten ihre derzeitige Lage beschreibt.

Aus den Werten kann im Anschluss ein Gesamtwert gebildet werden, bei dem hohe Werte für eine hohe depressive Symptombelastung sprechen. Zudem ist eine Interpretation von Werten zwischen 0–13 als keine oder minimale, 14–19 als milde, 20–28 als moderate und 29–63 als schwere depressive Symptomatik möglich (Kühner et al., 2007). Das BDI-II hat mit einer internen Konsistenz von $\alpha \geq .84$ einen guten Wert (Hautzinger et al., 2009).

6.3.5 Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20).

Zur Messung der Belastung durch Stress wurde das Perceived Stress Questionnaire (Levenstein et al., 1993) eingesetzt. Das PSQ erfasst die aktuelle subjektive Belastung durch Stress und wurde als Kurzversion in deutscher Sprache adaptiert (Fliege et al., 2005). Diese Version umfasst 20 Items mit den vier Subskalen Sorgen (engl.: *worries*), Anspannung (engl.: *tension*), Freude (engl.: *joy*) und Anforderungen (engl.: *demands*). Die Subskala Sorgen umfasst Gefühle der Sorge, ängstliche Befürchtungen für die Zukunft und Frustration (Beispielitem: „Sie haben viele Sorgen.“). Die Skala Anspannung fokussiert auf ein Gefühl der Unruhe und auf Probleme damit, sich zu entspannen (Beispielitem: „Sie fühlen sich angespannt.“). Die Subskala Freude beschäftigt sich mit positiven Gefühlen der Herausforderung, Energie, Sicherheit und Heiterkeit (Beispielitem: „Sie haben genug Zeit für sich.“). Bei der Subskala Anforderungen handelt es sich um wahrgenommene Ansprüche aus dem Umfeld, Druck, Überforderung und Mangel an Zeit (Beispielitem: „Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.“). Die Teilnehmenden werden gebeten, die Items in Hinblick auf die letzten vier Wochen zu beantworten.

Die Ausprägung der jeweiligen Items kann auf einer vierstufigen Likert-Skala, die von 1 („fast nie“) bis 4 („meistens“) reicht, beurteilt werden. Nach der Umkodierung der Subskala Freude (Item 4, 8, 12, 14 und 16) und den positiv formulierten Items der anderen Subskalen (Item 1, 6 und 19) kann ein Gesamtwert berechnet werden, bei dem hohe Werte für eine hohe subjektive Belastung durch Stress stehen. Die interne Konsistenz liegt mit Cronbach's α zwischen .80 und .86 in einem sehr guten Bereich (Fliege et al., 2005).

6.4 Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde mittels des Online-Programms SoSci Survey (Leiner, 2019) erstellt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand online statt, der Fragebogen konnte über einen QR-Code oder über einen Teilnahmelink abgerufen werden. Die Beantwortung der aus mehreren

Fragebögen bestehenden Fragebogenbatterie nahm 10–15 Minuten in Anspruch und konnte online per Smartphone oder Computer bearbeitet werden. Hierbei wurde im Sinne des Schneeballsystems eine Einladung zur Studie im Bekanntenkreis der Studienleiterin verschickt, mit der Bitte, den Link wiederum an Bekannte weiterzuleiten. Zudem wurde der Fragebogen auf sozialen Netzwerken (Facebook und Instagram) veröffentlicht.

Zu Beginn des Fragebogens wurden die Teilnehmenden über das Thema der Studie sowie über die Richtlinien ethischer Forschung und somit über die Anonymität und Freiwilligkeit ihrer Teilnahme aufgeklärt. Danach wurden anfänglich die soziodemografischen Daten erhoben. Im Anschluss wurde in angegebener Reihenfolge die Self-Compassion Scale-Deutsch, das Perceived Stress Questionnaire, die Almost Perfect Scale-Revised und das Beck Depression Inventory-II vorgegeben, allesamt in deutscher Übersetzung. Die Erhebung endete mit einer Danksagung für die Teilnahme und einem Verweis auf die Telefonnummern der Telefonseelsorge sowie der Hotline für psychologische Hilfe bei Krisen des Berufsverbandes für österreichische Psycholog*innen (BÖP), falls bei den Teilnehmenden Gesprächsbedarf mit einschlägig tätigem Fachpersonal bestand.

Die Erhebung der Daten fand im Zeitraum zwischen Januar 2022 und März 2022 statt. Nach Beendung der Erhebung wurden die Daten exportiert, um sie anschließend im Statistikprogramm IMB SPSS 28 für Mac deskriptiv- und interferenzstatistisch auszuwerten.

6.5 Fragestellung und Hypothesen

Fragestellung 1: *Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von Perfektionismus hinsichtlich der psychischen Belastung?*

$H_0(1.1)$: Die Gruppen der APS-R unterscheiden sich nicht in den Mittelwerten der depressiven Symptomatik des BDI-II.

$H_1(1.1)$: Die Gruppen der APS-R unterscheiden sich in den Mittelwerten der depressiven Symptomatik des BDI-II.

Analog zu H_0 und $H_1(1.1)$ bezog sich das Hypothesenpaar H_0 und $H_1(1.2)$ auf die Unterschiede der Gruppen der APS-R in den Mittelwerten der subjektiven Belastung durch Stress des PSQ-20.

Fragestellung 2: *Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von Selbstmitgefühl hinsichtlich der psychischen Belastung?*

$H_0(2.1)$: Die Gruppen der SCS unterscheiden sich nicht in den Mittelwerten der depressiven Symptomatik des BDI-II.

H₁ (2.1): Die Gruppen der SCS unterscheiden sich in den Mittelwerten der depressiven Symptomatik des BDI-II.

Analog zu H₀ und H₁ (2.1) bezog sich das Hypothesenpaar H₀ und H₁ (2.2) auf die Unterschiede der Gruppen der SCS in der subjektiven Belastung durch Stress des PSQ-20.

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlicher Ausprägung von Perfektionismus hinsichtlich des Selbstmitgefühls?

H₀ (3.1): Die Gruppen der APS-R unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Skala selbstbezogene Freundlichkeit (SCS).

H₁ (3.1): Die Gruppen der APS-R unterscheiden sich hinsichtlich der Skala selbstbezogene Freundlichkeit (SCS).

Analog zu H₀ und H₁ (3.1) bezogen sich die Hypothesenpaare H₀ und H₁ (3.2) bis (3.6) auf die weiteren fünf Subskalen der SCS (Selbstverurteilung, verbindende Humanität, Isolation, Achtsamkeit und Überidentifizierung).

Fragestellung 4: Gibt es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und psychischer Belastung?

H₀ (4.1): Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Diskrepanz (APS-R) und der depressiven Symptomatik (BDI-II) wird nicht durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

H₁ (4.1): Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Diskrepanz (APS-R) und der depressiven Symptomatik (BDI-II) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

Analog zu H₀ und H₁ (4.1) bezog sich das Hypothesenpaar H₀ und H₁ (4.2) auf den mediiierenden Einfluss von Selbstmitgefühl (SCS-D) auf den Zusammenhang zwischen hohen Standards (APS-R) und depressiver Symptomatik (BDI-II).

H₀ (4.3): Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Diskrepanz (APS-R) und der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20) wird nicht durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

H₁ (4.3): Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Diskrepanz (APS-R) und der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

Analog zu H_0 und H_1 (4.3) bezog sich das Hypothesenpaar H_0 und H_1 (4.4) auf den mediiierenden Einfluss von Selbstmitgefühl (SCS-D) auf den Zusammenhang zwischen hohen Standards (APS-R) und subjektiver Belastung durch Stress (PSQ-20).

6.6 Statistische Auswertungsverfahren

Im Nachfolgenden werden die statistischen Analysen beschrieben, die in der vorliegenden Arbeit zur Überprüfung der dargelegten Hypothesen zur Anwendung kamen. Die Durchführung der Analysen erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 28 sowie PROCESS Procedure 4.0 (Hayes, 2022). Für sämtliche Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ festgelegt, demnach wurde bei der Hypothesenüberprüfung ab einem Wert von $p < .05$ von einem statistisch signifikanten Ergebnis gesprochen, da in der vorliegenden Arbeit ungerichtete Hypothesen formuliert wurden.

6.6.1 Datenaufbereitung

Die Datensätze wurden vor der Auswertung auf mögliche Ausreißer (siehe Abschnitt 7.1.1) und einzelne fehlende Werte überprüft. Bei fehlenden Werten wurden diese interpoliert und in den weiteren Analysen miteinbezogen. Die Methode des Interpolierens ist jedoch nur anwendbar, wenn eine Subskala über mindestens fünf Items verfügt und 80% der Werte vorhanden sind. Aus diesem Grund kamen zwei fehlende Werte zustande, weswegen die Stichprobe in einzelnen Analysen auf $N = 513$ reduziert war, da diese Datensätze aufgrund der fehlenden Werte bei gewissen Analysen nicht berücksichtigt werden konnten. Es wurden vorbereitend für die Analysen Summenscores bzw. Mittelwerte der Subskalen und auch Gesamtwerte der Skalen berechnet. Zudem erfolgten Gruppeneinteilungen anhand von Cutoff-Werten.

6.6.2 Reliabilitätsanalysen

Es wurde mittels Reliabilitätsanalysen das Cronbachs α ausgewählter zuvor vorgestellter Untersuchungsinstrumente berechnet. Bei Cronbachs α handelt es sich um ein Maß der internen Konsistenz, das Auskunft darüber gibt, in welchem Ausmaß die Items der jeweiligen Skalen der Fragebögen miteinander korrelieren. Werte ab .80 sind nach Döring und Bortz (2016) als ausreichend, Werte ab .90 sind als hoch zu interpretieren. Da es sich bei den meisten verwendeten Untersuchungsinstrumenten um gut etablierte, übersetzte Instrumente handelte, wurde beim PSQ-20, BDI-II und bei der SCS-D auf Reliabilitätsanalysen verzichtet. Für diese Instrumente liegen publizierte Werte vor, die im Abschnitt 6.3 berichtet wurden. Da bei der APS-R jedoch lediglich eine unveröffentlichte deutsche Übersetzung vorliegt, wurde hier die interne Konsistenz ermittelt. Über die Ergebnisse wurde bereits im Abschnitt 6.3.3 berichtet.

6.6.3 Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA)

Zur Überprüfung der Hypothesen 1.1 bis 3.6 kamen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) zum Einsatz. Hiermit wurde für Hypothese 1.1 bis 2.2 überprüft, ob sich Personen je nach Ausprägung des Perfektionismus bzw. des Selbstmitgefühls in der psychischen Belastung (Depression und subjektive Belastung durch Stress) unterscheiden. Hypothese 3.1 bis 3.6 betrachtete schließlich noch die Unterschiede der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der einzelnen Dimensionen des Selbstmitgefühls.

Einfaktorielle Varianzanalysen ermöglichen hierbei einen Gruppenvergleich von mehr als zwei unabhängigen Gruppen (Field, 2018).

Vor den eigentlichen Analysen wurden jeweils die Voraussetzungen für die Durchführung einer ANOVA geprüft. Basierend auf dem Theorem des zentralen Grenzwertes, das besagt, dass ab einer Stichprobengröße von $n > 30$ die Stichprobenverteilung der Mittelwerte in eine Normalverteilung übergeht (Bortz & Schuster, 2010), kann von einer Normalverteilung in den Teilstichproben ausgegangen werden. Zur Überprüfung von Ausreißern wurden Box-Plots erstellt (siehe Abschnitt 7.1.1). Die Voraussetzung der Unabhängigkeit der Daten war gegeben, da sich in jeder Gruppe unterschiedliche Personen befanden und sich somit die Messwerte nicht gegenseitig beeinflussten. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels des Levene-Tests überprüft. Eine Signifikanz des Levene-Tests lässt auf eine Heterogenität der Daten schließen, wonach die Voraussetzung als verletzt gilt. Da die Homogenität der Varianzen in den vorliegenden Daten nur teilweise vorhanden war, wurden bei Verletzung die Ergebnisse der robusteren Welch-ANOVA herangezogen. Die Größe der gefundenen Effekte wurde durch das berechnete Eta-Quadrat, als Maß der Effektstärke, eingeschätzt. Nach Cohen (1988) sind Werte ab .01 als kleiner, ab .06 als mittlerer und ab .14 als großer Effekt zu interpretieren.

Bei einem signifikanten Ergebnis der ANOVA bzw. Welch-ANOVA kamen post-hoc-Tests zum Einsatz, um zu überprüfen, welche der Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden. Aufgrund der stark unterschiedlich großen Gruppengrößen wurde der GT2-Test nach Hochberg gewählt, bei Verletzung der Varianzhomogenität wurde der Games-Howell-Test herangezogen. Um bei multiplem Testen die Alphafehler-Kumulierung zu vermeiden, wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur angewandt.

6.6.4 Mediatoranalysen

Zur Überprüfung der Hypothese 4.1 bis 4.4, ob das Ausmaß an Selbstmitgefühl (SCS-D) den Zusammenhang zwischen Perfektionismus (Diskrepanz und hohe Standards, APS-R) und psychischer Belastung (subjektive Belastung durch Stress, PSQ-20, und Depression, BDI-II) mediiert, wurden insgesamt vier Mediationsanalysen nach Hayes (2022) durchgeführt.

Unter einem einfachen Mediatormodell ist nach Hayes (2022) ein Kausalsystem zu verstehen, in dem eine unabhängige Prädiktorvariable X, interveniert durch eine Mediatorvariable M, eine abhängige Variable Y beeinflusst. In den vorliegenden Modellen wurden Diskrepanz und hohe Standards als Prädiktorvariablen hergezogen, die abhängigen Variablen waren je nach Modell entweder Depression oder subjektive Belastung durch Stress, die medierende Variable war Selbstmitgefühl. Nach Baron und Kenny (1986) gibt es folgende vier Voraussetzungen, die bei einer Mediation gegeben sein müssen:

1. Pfad c (totaler Effekt): Es besteht ein signifikanter Einfluss von X auf Y.
2. Pfad a: Es besteht ein signifikanter Einfluss von X auf M.
3. Pfad b: Es besteht ein signifikanter Einfluss von M auf Y.
4. Pfad c' (direkter Effekt): Der totale Effekt von X auf Y verliert seine Signifikanz, wenn M in das Modell aufgenommen wird (*vollständige Mediation*), oder wird verringert, wenn M in das Modell aufgenommen wird (*partielle Mediation*).

Des Weiteren zeigt der indirekte Effekt, der sich aus dem Produkt von Pfad a und Pfad b ergibt, den Anteil der Mediation an. Um die Signifikanz des indirekten Effektes zu bestimmen, müssen die Konfidenzintervalle betrachtet werden. Nach Hayes (2022) sollten die Bootstrap-Konfidenzintervalle BootLLCI (*lower limit of the bootstrap intervall*) und BootULCI (*upper limit of the bootstrap intervall*) des indirekten Effektes der unabhängigen Variable X auf die abhängige Variable Y den Wert 0 nicht enthalten. Demnach werden indirekte Effekte unter dieser Voraussetzung als signifikant erachtet. Es wurden im Ergebnisteil und in den Abbildungen stets die standardisierten Pfadkoeffizienten angegeben. Die Größe des Effektes der standardisierten Werte wurde nach Cohen (1988) bei Werten ab .10 als klein, ab .30 als mittelgroß und ab .50 als groß interpretiert.

Für die Durchführung der Analysen wurde das PROCESS Makro von Hayes (2022) eingesetzt, dieses verwendet einfache lineare Regressionen sowie Bootstrapping, um die Mediationseffekte zu schätzen. Es wurde Bootstrapping mit 5000 Iterationen mit heteroskedastizitäts-konsistenten Standardfehlern (Davidson & MacKinnon, 1993) angewandt. Mit der Methode des Bootstrapping wurde ein robustes Verfahren gewählt, das generell keine Voraussetzungen bezüglich der Verteilungseigenschaften benötigt.

7 Ergebnisdarstellung

7.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Unterkapitel werden die Rücklaufstatistik, die Verteilungen der soziodemografischen Daten (Geschlecht, Alter, Nationalität, Beziehungsstatus, Beschäftigungsstatus und Bildung) der Stichprobe beschrieben sowie die Ergebnisse des Items zur Veränderung der psychischen Belastung durch die Pandemie. Im Anschluss wird die Verteilung der Gruppenzuteilung anhand der Cutoff-Werte der APS-R und SCS-D beschrieben.

7.1.1 Rücklaufstatistik

630 Personen riefen den Online-Fragebogen auf und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, allerdings beendeten schlussendlich 520 Personen die Umfrage (82.5%). Die angekündigte Bearbeitungszeit von 10–15 Minuten könnte ein Grund für die Dropout-Rate von 17.5% sein. Fünf Personen wurden im Zuge der Analyse der Ausreißer ausgeschlossen, da diese besonders hohe Werte im BDI-II erzielten. Somit wurde eine finale Stichprobe von $N = 515$ erzielt, aufgrund von zwei einzelnen fehlenden Werten ist die Stichprobe in einigen Analysen auf $N = 513$ reduziert.

7.1.2 Soziodemografische Daten

Die Stichprobe bestand aus 515 Personen, wovon sich 416 Personen (80.8%) als weiblich, 94 Personen als männlich (18.2%) und 5 Personen (1.0%) als divers identifizierten. Das durchschnittliche Alter betrug $M = 31.35$ Jahre ($SD = 12.74$), wobei die jüngsten teilnehmenden Personen 18 Jahre alt waren und die älteste teilnehmende Person 79 Jahre alt war.

326 Personen gaben an, aus Österreich zu stammen (63.3%), 169 Personen kamen aus Deutschland (32.8%) und 20 Personen waren von anderer Herkunft (3.9%), wie etwa aus der Schweiz, Italien oder Türkei.

248 Personen gaben an, in einer Beziehung zu sein (48.1%), 158 Personen waren zum Erhebungszeitpunkt Single (30.7%), 94 Personen verheiratet (18.3%), 12 Personen waren entweder getrennt oder geschieden (2.3%), und 3 Personen waren verwitwet (0.6%).

Mit einer Anzahl von 177 Personen war ein Großteil der Teilnehmenden zum Erhebungszeitpunkt studierend (34.3%), gefolgt von 124 vollzeitig berufstätigen Personen (24.1%), 90 in Teilzeit berufstätigen Personen (17.5%), 37 selbstständigen Personen (7.2%), 21 pensionierten Personen (4.1%) und 66 Personen (12.8%), die einen anderen Beschäftigungsstatus aufwiesen (darunter vor allem Personen mit dem doppelten Status studierend und berufstätig, arbeitssuchende Personen, Zivildienstler und Personen in Elternzeit).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den höchsten abgeschlossenen Bildungsgrad der Teilnehmenden.

Tabelle 1
Häufigkeiten und Anteilswerte des Bildungsstatus

Höchster Bildungsabschluss	Anzahl	Prozent %
Pflichtschule	10	1.9
Lehrabschluss	31	6.0
Meisterprüfung	4	0.8
Berufsbildende mittlere Schule	8	1.6
Hochschulreife (Matura, Abitur)	201	39.0
Bachelor	154	29.9
Master oder äquivalent	95	18.5
PhD oder Doktor	12	2.3

In der vorliegenden Arbeit wurde aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie zusätzlich erhoben, inwiefern sich die psychische Belastung der Teilnehmenden durch die Pandemie verändert habe, dies sollte der besseren Stichprobenbeschreibung hinsichtlich der zusätzlichen Belastung dienen. 160 Personen gaben an, dass sich ihre psychische Belastung ein wenig vermehrt habe (31.1%), bei 144 Personen habe sie sich moderat (28.0%) und bei 61 Personen stark vermehrt (11.7%). Bei 76 Personen sei die psychische Belastung hingegen gleich geblieben (14.8%), während sie bei 42 Personen ein wenig (8.2%), bei 18 Personen moderat (3.5%) und bei 14 Personen stark verringert war (2.7%).

7.1.3 Gruppeneinteilung Perfektionismus

Angelehnt an Rice und Ashby (2007) wurde die Stichprobe je nach Ausprägung der beiden Subskalen Diskrepanz und hohe Standards der Almost Perfect Scale-Revised (APS-R) in drei Gruppen eingeteilt. Die Gruppe der nicht-perfektionistischen Personen, mit niedriger Ausprägung in beiden Subskalen, machte mit 357 Personen den Großteil der Stichprobe aus (69.3%). Die Gruppe der maladaptiv-perfektionistischen Personen, die eine hohe Ausprägung in beiden Subskalen aufwies, machte mit 118 Personen die nächstgrößte Gruppe aus (22.9%). Adaptiv-perfektionistische Personen mit hohen Werten der Skala hohe Standards und niedriger Diskrepanz bildeten mit 40 Personen die kleinste Gruppe (7.8%). Abbildung 2 veranschaulicht die jeweilige Ausprägung (Subskalen-Mittelwerte) der drei Gruppen in den Subskalen hohe Standards und Diskrepanz, die zur Gruppeneinteilung verwendet wurden.

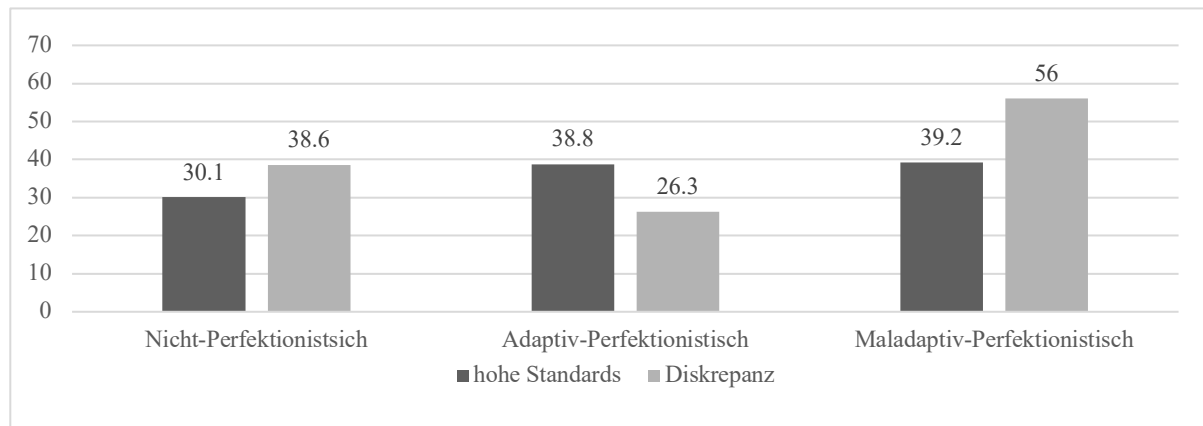


Abbildung 2. Mittelwerte der Perfektionismus-Gruppen in den Subskalen hohe Standards und Diskrepanz

7.1.4 Gruppeneinteilung Selbstmitgefühl

Anhand der Cutoff-Werte von Neff (o.D.) wurde die Stichprobe zudem je nach Ausprägung ihres Selbstmitgefühls mittels der Self-Compassion Scale (SCS-D) in drei Gruppen geteilt. 264 Personen wiesen eine moderate Ausprägung von Selbstmitgefühl auf (51.3%), 142 Personen befanden sich in der Gruppe mit niedriger Ausprägung (27.6%) und 107 Personen in der Gruppe mit einer hohen Ausprägung (20.8%). Bei zwei Personen war aufgrund von einzelnen fehlenden Werten keine Gruppeneinteilung möglich (0.3%).

7.2 Ergebnisse zu Fragestellung 1

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen der Fragestellung 1, *ob sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von Perfektionismus hinsichtlich der psychischen Belastung unterscheiden*, dargelegt. Die Mittelwerte, Konfidenzintervalle und Standardabweichungen der Teilstichproben in Hinsicht auf die abhängigen Variablen Depression (BDI-II) und subjektive Belastung durch Stress (PSQ-20) finden sich in Tabelle 2, eine grafische Darstellung der Mittelwerte der Teilstichproben hinsichtlich der depressiven Symptomstärke und subjektiven Belastung durch Stress finden sich in Abbildung 3 und 4.

Tabelle 2

Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich von Depression und erlebtem Stress, N = 515

Variable	nicht-perfektionistisch ^a		adaptiv-perfektionistisch ^b		maladaptiv-perfektionistisch ^c	
	M	SD	M	SD	M	SD
BDI	13.69 [12.64, 14.75]	10.10	9.78 [7.64, 11.91]	6.68	20.81 [18.50, 23.13]	12.68
PSQ	49.27 [47.18, 51.37]	20.11	45.04 [39.02, 51.06]	18.82	64.45 [61.29, 67.61]	17.35

Anmerkungen. BDI = depressive Symptome, PSQ = subjektive Belastung durch Stress.

^a n = 357, ^b n = 40, ^c n = 118

7.2.1 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Depression

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu überprüfen, ob sich Personen mit verschiedenen Ausprägungen von Perfektionismus (APS-R) im Schweregrad der Depression (BDI-II) unterscheiden (H1.1)

Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test nicht gegeben ($p < .001$), wonach die Welch-ANOVA herangezogen wurde. Der Schweregrad der Depression unterschied sich statistisch signifikant für die verschiedenen Teilstichproben, Welch-Test $F(2, 110.991) = 25.044, p < .001, \eta^2 = .091$. Nach Cohen (1988) ist dies als mittlerer Effekt zu interpretieren.

Alle der Games-Howell-post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede der Perfektionismus-Gruppen ($p < .05$) in den BDI-Werten: zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-11.04, 95%-CI[-14.77, -7.31]), nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-7.12, 95%-CI[-10.15, -4.08]) sowie adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (-3.92, 95%-CI[-6.76, -1.08]). Die H_1 (1.1) konnte somit angenommen werden. Adaptiv-perfektionistische Personen zeigten die niedrigsten Depressionswerte, gefolgt von nicht-perfektionistischen Personen. Bei maladaptiv-perfektionistischen Personen zeigte sich die höchste Symptomstärke

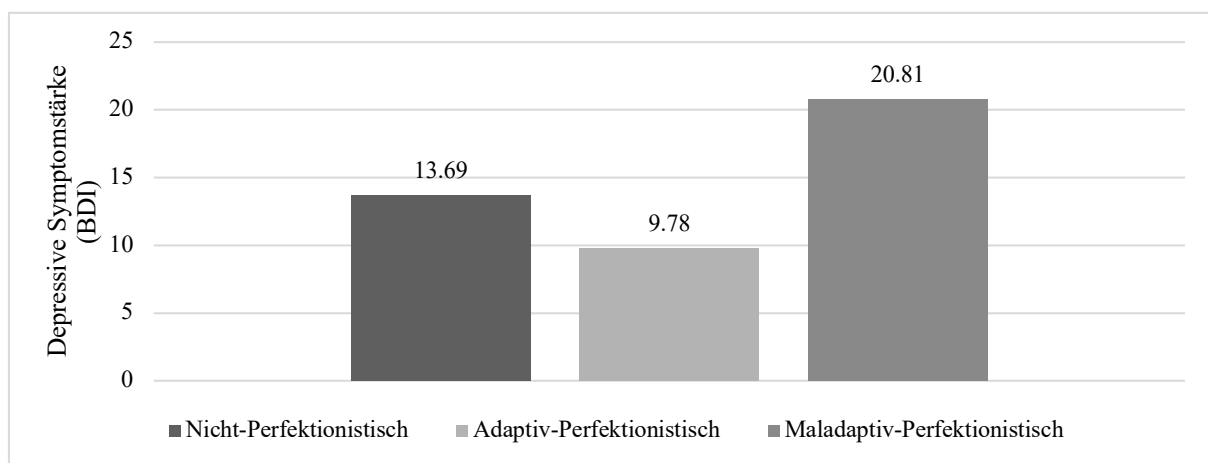


Abbildung 3. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich von Depression
Anmerkungen. Der abgebildete Wertebereich stellt nur einen Teil des möglichen Wertebereichs von 0–63 dar

7.2.2 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses

Eine weitere einfaktorielle ANOVA wurde zur Überprüfung der Fragestellung eingesetzt, ob sich Personen mit verschiedenen Ausprägungen von Perfektionismus (APS-R) in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20) unterscheiden (H1.2)

Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test nicht gegeben ($p = .020$), wonach die Welch-ANOVA herangezogen wurde. Die subjektive Belastung durch Stress unterschied

sich statistisch signifikant für die verschiedenen Teilstichproben, Welch-Test $F(2, 100.977) = 35.144, p < .001, \eta^2 = .106$. Nach Cohen (1988) ist dies als mittlerer Effekt zu interpretieren.

Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < .001$) zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-19.41, 95%-CI [-27.51, -11.30]) sowie nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Personen (-15.18, 95%-CI [-19.71, -10.65]). Es wurde kein signifikanter Unterschied ($p = .381$) zwischen nicht-perfektionistischen und adaptiv-perfektionistischen Personen gefunden (4.23, 95%-CI [-3.41, 11.87]). Die H_1 (1.2) konnte somit angenommen werden. Adaptiv- und nicht-perfektionistische Personen zeigten eine vergleichbare Belastung durch Stress, während sich maladaptiv-perfektionistische Personen durch eine höhere Belastung von den beiden Gruppen unterschieden.

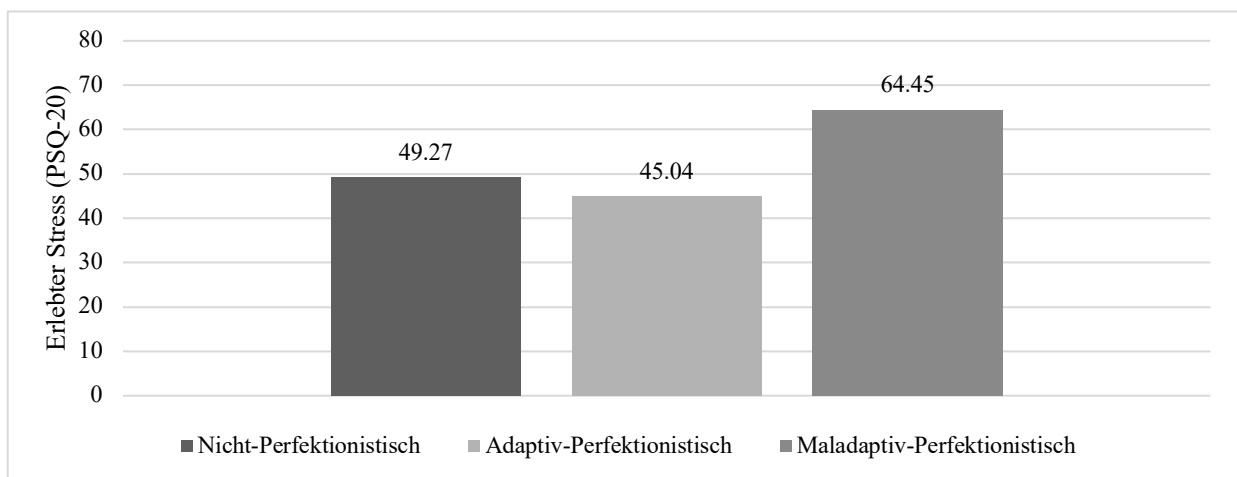


Abbildung 4. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses
Anmerkungen. Der abgebildete Wertebereich stellt nur einen Teil des möglichen Wertebereichs von 0–100 dar

7.3 Ergebnisse zu Fragestellung 2

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse der Analysen zu Fragestellung 2, *ob sich Personen mit unterschiedlich starker Ausprägung von Selbstmitgefühl hinsichtlich der psychischen Belastung unterscheiden*. Die Mittelwerte, Konfidenzintervalle und Standardabweichungen der Teilstichproben in Hinsicht auf die abhängigen Variablen Depression (BDI-II) und subjektiver Belastung durch Stress (PSQ-20) finden sich in Tabelle 3, eine grafische Darstellung der Mittelwerte der Teilstichproben hinsichtlich der depressiven Symptomstärke und subjektiven Belastung durch Stress finden sich in Abbildung 5 und 6. Mit steigendem Selbstmitgefühl zeigte sich eine Abnahme der depressiven Symptomstärke sowie der subjektiven Belastung durch Stress.

Tabelle 3

Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich von Depression und erlebtem Stress, $N = 513$

Variable	niedrig ^a		moderat ^b		hoch ^c	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BDI	25.89	11.19	12.58	7.79	6.65	5.23
	[24.04, 27.75]		[11.64, 13.53]		[5.65, 7.66]	
PSQ	68.64	14.94	50.78	17.45	35.14	17.51
	[66.16, 71.12]		[48.66, 52.89]		[31.78, 38.50]	

Anmerkungen. BDI = depressive Symptome, PSQ = subjektive Belastung durch Stress.

^a $n = 142$, ^b $n = 264$, ^c $n = 107$

7.3.1 Gruppenvergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich der Depression

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu überprüfen, ob sich Personen mit verschiedenen Ausprägungen von Selbstmitgefühl (SCS-D) in den Schweregrad der Depression (BDI-II) unterscheiden (H2.1)

Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test nicht gegeben ($p < .001$), wonach die Welch-ANOVA herangezogen wurde. Der Schweregrad der Depression unterschied sich statistisch signifikant für die verschiedenen Teilstichproben, Welch-Test $F(2, 272.345) = 165.438$, $p < .001$, $\eta^2 = .414$. Nach Cohen (1988) ist dies als großer Effekt zu interpretieren. Alle der Games-Howell-post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede der Selbstmitgefühls-Gruppen ($p < .001$) in den BDI-Werten: zwischen hohem und niedrigem (-19.24, 95%-CI[-21.76, -16.72,]), moderaten und niedrigem (-13.31, 95%-CI[-15.80, -10.82]) sowie hohem und moderaten Selbstmitgefühl (-5.93, 95%-CI[-7.57, -4.29]). Die H_1 (2.1) konnte somit angenommen werden.



Abbildung 5. Mittelwerte der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich von Depression

Anmerkungen. Der abgebildete Wertebereich stellt nur einen Teil des möglichen Wertebereichs von 0–63 dar

7.3.2 Gruppenvergleich der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stress

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu überprüfen, ob sich Personen mit verschiedenen Ausprägungen von Selbstmitgefühl (SCS-D) in der subjektiven Belastung durch Stress (PSQ-20) unterscheiden (H2.2).

Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test nicht gegeben ($p = .048$), wonach die Welch-ANOVA herangezogen wurde. Die subjektive Belastung durch Stress unterschied sich statistisch signifikant für die verschiedenen Teilstichproben, Welch-Test $F(2, 257.779) = 134.404, p < .001, \eta^2 = .327$ Nach Cohen (1988) ist dies als großer Effekt zu interpretieren. Alle der Games-Howell-post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede der Selbstmitgefühl-Gruppen ($p < .001$) in den PSQ-Werten: zwischen hohem und niedrigem (-33.50, 95%-CI[-38.47, -28.53]), moderatem und niedrigem (-17.86, 95%-CI[-21.75, -13.97]) sowie hohem und moderatem Selbstmitgefühl (-15.64, 95%-CI[-20.37, -10.90]). Die H_1 (2.2) konnte somit angenommen werden.



Abbildung 6. Mittelwerte der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stress
Anmerkungen. Der abgebildete Wertebereich stellt nur einen Teil des möglichen Wertebereichs von 0–100 dar

7.4 Ergebnisse zu Fragestellung 3

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen zu Fragestellung 3, *ob sich Personen mit unterschiedlicher Ausprägung von Perfektionismus hinsichtlich des Selbstmitgefühls unterscheiden*, dargelegt. Die Mittelwerte, Konfidenzintervalle und Standardabweichungen der Teilstichproben in Hinsicht auf die Subskalen der Self-Compassion-Scale (SCS-D) finden sich in Tabelle 4, eine grafische Darstellung der Mittelwerte der Teilstichproben hinsichtlich der Subskalen des Selbstmitgefühls finden sich in Abbildung 7.

Tabelle 4

Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Subskalen von Selbstmitgefühl, $N = 515$

Variable	nicht-perfektionistisch ^a		adaptiv-perfektionistisch ^b		maladaptiv-perfektionistisch ^c	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbst-Verurteilung	3.03 [2.95, 3.12]	0.79	2.72 [2.49, 2.94]	0.69	3.93 [3.82, 4.04]	0.62
Selbst-Freundlichkeit	3.14 [3.05, 3.22]	0.82	3.43 [3.21, 3.64]	0.69	2.51 [2.38, 2.64]	0.71
Über-Identifikation	3.24 [3.15, 3.32]	0.80	2.89 [2.65, 3.13]	0.75	3.85 [3.73, 3.96]	0.63
Achtsamkeit	3.14 [3.06, 3.22]	0.74	3.34 [3.08, 3.59]	0.80	2.77 [2.64, 2.89]	0.69
Verbundene Humanität	3.01 [2.93, 3.10]	0.79	3.08 [2.86, 3.30]	0.67	2.64 [2.51, 2.77]	0.72
Isolation	2.90 [2.80, 3.00]	0.95	2.21 [1.92, 2.49]	0.88	3.57 [3.42, 3.73]	0.86

Anmerkungen. ^a $n = 357$, ^b $n = 40$, ^c $n = 118$

7.4.1 Gruppenvergleich der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Selbstmitgefühl-Dimensionen

Es wurden einfaktorielle ANOVAs berechnet, um zu überprüfen, ob sich Personen mit verschiedenen Ausprägungen von Perfektionismus (APS-R) in den Ausprägungen der einzelnen Dimensionen von Selbstmitgefühl (SCS-D) unterscheiden (H3.1–H3.6).

Die Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test bei den folgenden Subskalen gegeben: Verbundene Humanität ($p = .437$), Isolation ($p = .311$) und Achtsamkeit ($p = .448$). Bei den Subskalen Selbstfreundlichkeit, Selbstverurteilung und Überidentifikation war die Varianzhomogenität nicht gegeben ($p \leq .05$), wonach die Werte der Welch-ANOVA herangezogen wurden. Da multipel getestet wurde, wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur angewandt, demnach war das Signifikanzlevel des kleinsten p-Wertes von .05 auf .008 reduziert, nach der Korrektur zeigten sich alle durchgeführten Analysen signifikant. Es konnte ein signifikanter Unterschied der Teilstichproben in dem Ausmaß an Selbstfreundlichkeit gefunden werden, Welch-Test $F(2, 103.773) = 39.875$, $p < .001$, $\eta^2 = .117$, sowie im Ausmaß der Selbstverurteilung, Welch-Test $F(2, 103.090) = 93.945$, $p < .001$, $\eta^2 = .223$. Das Ausmaß an verbundener Humanität unterschied sich statistisch signifikant für die verschiedenen

Teilstichproben, $F(2, 512) = 11.566, p < .001, \eta^2 = .043$, und auch im Gegenpol der Isolation unterschieden sich die Teilgruppen, $F(2, 511) = 39.165, p < .001, \eta^2 = .133$. Auch in den Subskalen Achtsamkeit, $F(2, 511) = 14.318, p < .001, \eta^2 = .053$ und Überidentifikation, Welch-Test $F(2, 101.483) = 46.260, p < .001, \eta^2 = .126$, unterschieden sich die Gruppen. Damit zeigte sich ein großer Effekt in den Subskalen Selbstverurteilung und Überidentifikation, ein mittlerer Effekt bei Selbstfreundlichkeit und Isolation und ein kleiner Effekt bei verbundener Humanität und Achtsamkeit (Cohen, 1988).

Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied aller Perfektionismus-Gruppen ($p < .05$) in Selbstfreundlichkeits-Werten: zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (0.91, 95%-CI[0.61, 1.21]), nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (0.62, 95%-CI[0.44, 0.81]) sowie adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (0.29, 95%-CI[0.01, 0.57]). Die H_1 (3.1) konnte somit angenommen werden. Für die Subskala Selbstverurteilung wurde ebenfalls der Games-Howell-post-hoc-Test herangezogen, es zeigte sich ein signifikanter Unterschied aller Perfektionismus-Gruppen ($p < .05$): zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-1.21, 95%-CI[-1.51, -0.92]), nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-0.90 95%-CI[-1.06, -0.73]) sowie adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (-0.32, 95%-CI[-0.60, -0.03]). Die H_1 (3.2) konnte somit angenommen werden.

Der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < .05$) in der Ausprägung der verbundenen Humanität zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (0.44, 95%-CI[0.10, 0.77]) und nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Personen (0.38, 95%-CI[0.18, 0.57]). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p = .952$) zwischen adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (0.06, 95%-CI[-0.24, 0.37]). Die H_1 (3.3) konnte somit angenommen werden. Für die Subskala Isolation wurde ebenfalls der der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg herangezogen, es zeigte sich ein signifikanter Unterschied aller Perfektionismus-Gruppen ($p < .001$): zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-1.37, 95%-CI[-1.77, -0.96]), nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-0.67 95%-CI[-0.91, -0.43]), sowie adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (-0.70, 95%-CI[-1.07, -0.33]). Die H_1 (3.4) konnte somit angenommen werden.

Der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < .001$) in der Ausprägung der Achtsamkeit zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Personen (0.57, 95%-CI[0.17, 0.97]) sowie nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Personen (0.37, 95%-CI[0.24, 0.89]). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p = .299$) zwischen adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (0.20, 95%-CI[-0.50, 0.10]). Die H_1 (3.5) konnte somit angenommen werden. Für die Subskala Überidentifikation wurde der Games-Howell-post-hoc-Test herangezogen, es zeigte sich ein signifikanter Unterschied aller Perfektionismus-Gruppen ($p < .05$): zwischen adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-0.96, 95%-CI[-1.28, -0.64]), nicht-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen (-0.61, 95%-CI[-0.78, -0.44]) sowie adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen (-0.35, 95%-CI[-0.65, -0.04]). Die H_1 (3.6) konnte somit angenommen werden.

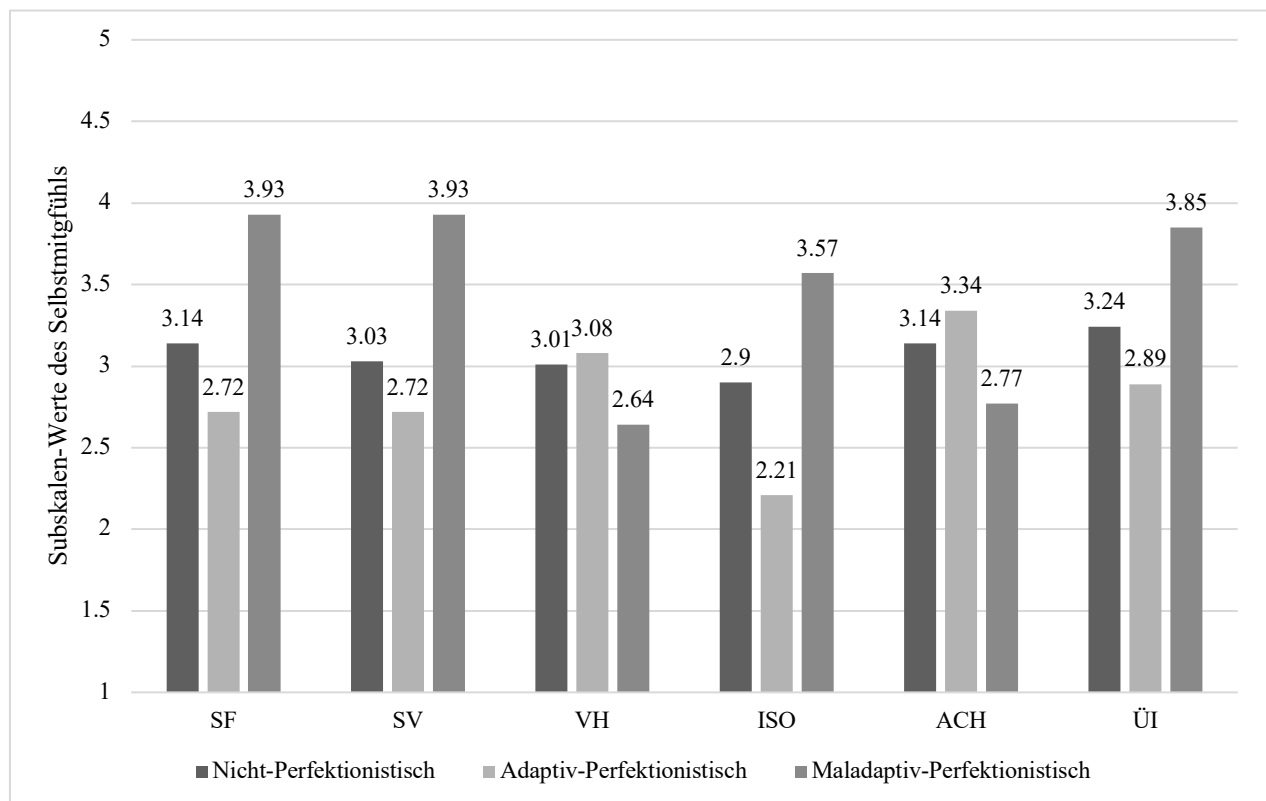


Abbildung 7. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich des Selbstmitgefühls
Anmerkungen. SF = Selbstfreundlichkeit, SV = Selbstverurteilung, VH = verbundene Humanität, ISO = Isolation, ACH = Achtsamkeit, ÜI = Überidentifikation

7.5 Ergebnisse zu Fragestellung 4

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse der Analysen zu Fragestellung 4, *ob es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und psychischer Belastung gibt.*

7.5.1 Mediationsmodell mit Diskrepanz als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator

Eine Mediationsanalyse wurde durchgeführt, um zu überprüfen, ob Diskrepanz eine Vorhersagekraft für depressive Symptome hat und ob dieser Pfad durch die Ausprägung von Selbstmitgefühl mediiert wird. Ein totaler Effekt von Diskrepanz auf Depression konnte festgestellt werden ($r = .63$, $p < .001$). Dies bedeutet, dass eine höhere Ausprägung der Diskrepanz mit stärkerer depressiver Symptomatik einhergeht. Nach der Aufnahme des Mediators in das Modell sagte Diskrepanz den Mediator (Selbstmitgefühl) signifikant vorher ($r = -.73$, $p < .001$). Dieser hatte wieder signifikante Vorhersagekraft auf Depression ($r = -.50$, $p < .001$). Somit geht eine höhere Ausprägung der Diskrepanz mit einem verminderten Selbstmitgefühl einher. Je höher das Selbstmitgefühl, desto niedriger fällt jedoch die depressive Belastung aus. Wenn Selbstmitgefühl als Mediator im Modell berücksichtigt wird, sinkt der positive Zusammenhang zwischen Diskrepanz und Depression, somit zeigt Selbstmitgefühl einen vermittelnden Effekt. Der direkte Effekt ist jedoch auch nach der Berücksichtigung des Mediators signifikant ($r = .27$, $p < .001$). Der eigentliche Mediationseffekt ergibt sich jedoch aus dem indirekten Effekt und dessen Bootstrap-Konfidenzintervall, das den Wert 0 nicht einschließen darf. Im vorliegenden Modell kann festgestellt werden, dass das Verhältnis zwischen Diskrepanz und Depression *partiell* durch Selbstmitgefühl mediiert wird ($r = .36$, 95%-CI[.30, .43]), dabei handelt es sich um einen mittelgroßen Effekt (Cohen, 1988). Die H_1 (4.1) konnte somit angenommen werden. Das Modell ist in Abbildung 8 veranschaulicht.

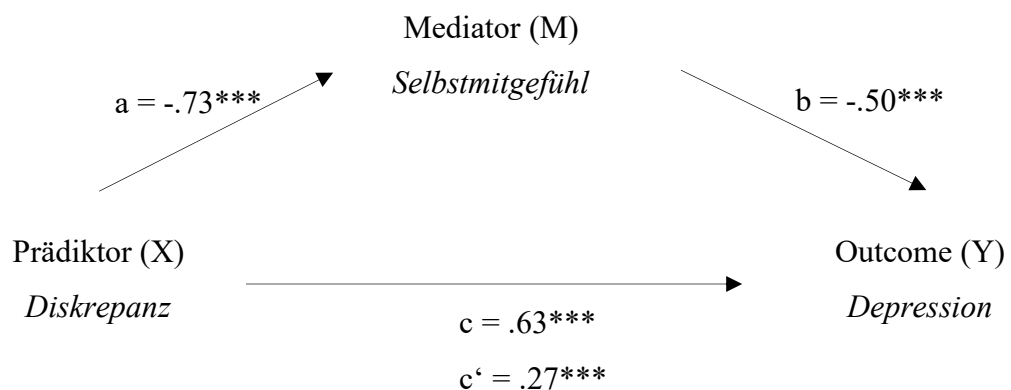


Abbildung 8. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit Diskrepanz als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator; $N = 513$

Anmerkungen. Zahlen sind standardisierte Pfadkoeffizienten; *** $p < .001$

7.5.2 Mediationsmodell mit hohen Standards als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator

Vergleichbar mit dem oben beschriebenen Mediationsmodell wurde eine weitere Mediationsanalyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob auch die Subskala hohe Standards eine Vorhersagekraft für depressive Symptome besitzt und ob der Pfad durch Selbstmitgefühl mediiert wird. Es wurde ein totaler Effekt von hohen Standards auf Depression festgestellt ($r = .21, p < .001$). Nach der Aufnahme des Mediators in das Modell sagten hohe Standards den Mediator (Selbstmitgefühl) signifikant vorher ($r = -.30, p < .001$). Selbstmitgefühl hatte wieder signifikante Vorhersagekraft auf Depression ($r = -.70, p < .001$). Inhaltlich bedeutet dies, dass eine stärkere Ausprägung von hohen Standards mit stärkerer depressiver Symptomatik einhergeht. Ebenso geht die höhere Ausprägung mit einem verminderten Selbstmitgefühl einher. Jedoch geht Selbstmitgefühl mit verminderter depressiver Symptomstärke einher. Wenn Selbstmitgefühl nun als Mediator berücksichtigt wird, nimmt die Stärke des positiven Zusammenhangs zwischen hohen Standards und Depression ab, somit zeigt Selbstmitgefühl einen vermittelnden Effekt. Der direkte Effekt ist nach der Berücksichtigung des Mediators nicht mehr signifikant ($r = .004, p = .896$). Es kann festgestellt werden, dass das Verhältnis zwischen hohen Standards und Depression *vollständig* durch Selbstmitgefühl mediiert wird (indirekter Effekt: $r = .21, 95\text{-CI} [.15, .27]$), dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (Cohen, 1988). Die H_1 (4.2) konnte somit angenommen werden. Das vorgestellte Mediationsmodell ist in Abbildung 9 demonstriert.

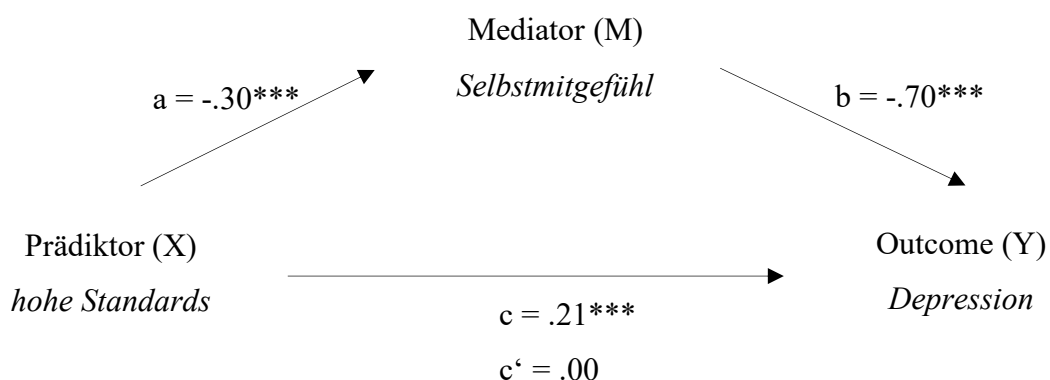


Abbildung 9. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit hohen Standards als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator; $N = 513$

Anmerkungen. Zahlen sind standardisierte Pfadkoeffizienten; $*** p < .001$

7.5.3 Mediationsmodell mit Diskrepanz als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator

Zur Überprüfung der Frage, ob die Subskala Diskrepanz auch eine Vorhersagekraft auf die subjektive Belastung durch Stress hat und ob dieser Zusammenhang durch Selbstmitgefühl mediert wird, wurde eine weitere Mediationsanalyse durchgeführt. Es zeigte sich ein totaler Effekt von Diskrepanz auf erlebten Stress ($r = .63, p < .001$). Somit steht eine höhere Ausprägung der Diskrepanz mit stärkerer subjektiver Belastung durch Stress in Verbindung. Nach der Aufnahme des Mediators in das Modell sagte Diskrepanz Selbstmitgefühl signifikant vorher ($r = -.73, p < .001$). Selbstmitgefühl hatte wiederum signifikante Vorhersagekraft auf erlebten Stress ($r = -.39, p < .001$). Mit einer höheren Ausprägung von Selbstmitgefühl geht somit eine niedrigere subjektive Belastung durch Stress einher. Wenn Selbstmitgefühl als Mediator im Modell berücksichtigt wird, sinkt der positive Zusammenhang zwischen Diskrepanz und erlebtem Stress, somit zeigt Selbstmitgefühl einen vermittelnden Effekt. Der direkte Effekt ist jedoch auch nach der Berücksichtigung des Mediators signifikant ($r = .35, p < .001$). Deshalb kann festgestellt werden, dass das Verhältnis zwischen Diskrepanz und Depression *partiell* durch Selbstmitgefühl mediert wird (indirekter Effekt: $r = .28, 95\%-CI [.21, .36]$), dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (Cohen, 1988). Die H_1 (4.3) konnte angenommen werden. Die Abbildung 10 veranschaulicht das Mediationsmodell.

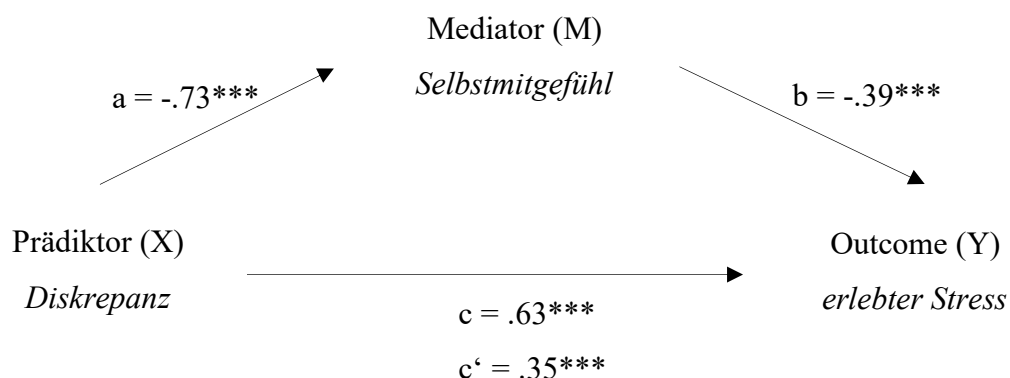


Abbildung 10. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit Diskrepanz als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator; $N = 513$

Anmerkungen. Zahlen sind standardisierte Pfadkoeffizienten; *** $p < .001$

7.5.4 Mediationsmodell mit hohen Standards als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator

Analog zum vorherigen Modell wurde eine weitere Mediationsanalyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob auch die Subskala hohe Standards eine Vorhersagekraft für subjektive Belastung durch Stress besitzt und ob der Pfad durch Selbstmitgefühl mediiert wird. Es wurde ein Effekt von hohen Standards auf erlebten Stress festgestellt ($r = .30, p < .001$). Nach der Aufnahme des Mediators in das Modell sagten hohe Standards den Mediator signifikant vorher ($r = -.30, p < .001$). Selbstmitgefühl hatte wieder signifikante Vorhersagekraft auf subjektive Belastung durch Stress ($r = -.60, p < .001$). Dies bedeutet, dass eine stärkere Ausprägung der Perfektionismus-Dimension hoher Standards mit einer stärkeren subjektiven Belastung durch Stress einhergeht. Ebenso gehen höhere Standards mit einem niedrigeren Selbstmitgefühl einher. Je höher das Selbstmitgefühl, desto niedriger ist wiederum die subjektive Belastung durch Stress. Wenn Selbstmitgefühl nun als Mediator berücksichtigt wird, nimmt die Stärke des positiven Zusammenhangs zwischen hohen Standards und erlebtem Stress ab, somit zeigt Selbstmitgefühl einen mediierenden Effekt. Der direkte Effekt ist nach der Berücksichtigung des Mediators allerdings weiterhin signifikant ($r = .12, p = .003$). Deshalb kann festgestellt werden, dass das Verhältnis zwischen hohen Standards und Depression *partiell* durch Selbstmitgefühl mediiert wird (indirekter Effekt: $r = .18, 95\%-CI[.13, .23]$), dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt (Cohen, 1988). Somit konnte die H_1 (4.4) angenommen werden. Abbildung 11 soll das Modell grafisch veranschaulichen.

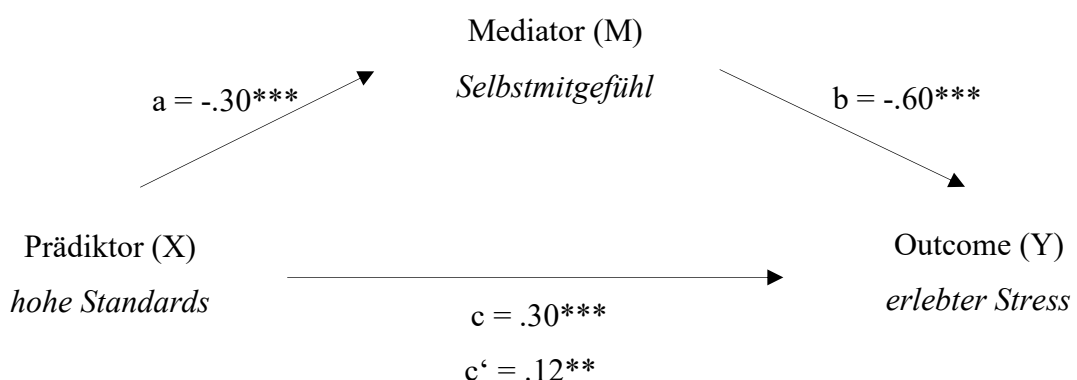


Abbildung 11. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit hohen Standards als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator; $N = 513$

Anmerkungen. Zahlen sind standardisierte Pfadkoeffizienten; $** p < .01$, $*** p < .001$

8 Diskussion

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse im Hinblick auf den theoretischen Hintergrund zusammengefasst und diskutiert werden. Dem folgt eine Darstellung der Limitationen der Studie sowie ein Ausblick für künftige Forschung und mögliche praktische Implikationen.

Die erste Fragestellung beschäftigte sich damit, ob sich nicht-perfektionistische, adaptiv-perfektionistische und maladaptiv-perfektionistische Personen hinsichtlich der psychischen Belastung unterscheiden. Es wurden Unterschiede zwischen allen Gruppen hinsichtlich der depressiven Symptomstärke gefunden. Adaptiv-perfektionistische Personen zeigten die niedrigste Symptomstärke, gefolgt von nicht-perfektionistischen Personen. Bei maladaptiv-perfektionistischen Personen zeigte sich die höchste Symptomstärke. Dies unterstützt die Ergebnisse von Stoeber und Otto (2006), dass es sich bei den beiden Dimensionen perfektionistische Standards und perfektionistische Besorgnis um zwei unterschiedliche Facetten handelt, und vor allem die perfektionistische Besorgnis mit negativen Auswirkungen in Zusammenhang steht. In gruppenbasierten Ansätzen wurden in den meisten Fällen Unterschiede zwischen den nicht-perfektionistischen, adaptiv-perfektionistischen und maladaptiv-perfektionistischen Gruppen gefunden, die zugunsten der adaptiv-perfektionistischen Gruppe ausfielen. So zeigte sich auch in der vorliegenden Studie die niedrigste depressive Symptombelastung in dieser Gruppe, etwas niedriger als in der nicht-perfektionistische Gruppe, jedoch weit niedriger als in der maladaptiv-perfektionistischen Gruppe, die mit einem Mittelwert von rund 21 Punkten als moderate Symptombelastung einzustufen ist. Im Gegensatz dazu zeigte die adaptiv-perfektionistischen Gruppe mit einem Mittelwert von rund 10 Punkten im BDI-II keine bzw. minimale und die nicht-perfektionistische Gruppe mit einem Mittelwert von rund 14 Punkten eine minimale bzw. milde Symptomstärke (Kühner et al., 2007). Im Hinblick auf die psychische Belastung wurden die Perfektionismus-Gruppen auch auf ihre Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Belastung durch Stress untersucht. Nicht alle der Gruppen unterschieden sich voneinander, so zeigten nicht-perfektionistische und adaptiv-perfektionistische Personen vergleichbare subjektive Stresslevel. Die Gruppe der maladaptiv-perfektionistischen Personen unterschied sich von den anderen beiden Gruppen durch erhöhten erlebten Stress. Auch dies unterstützt die Ergebnisse von Stoeber und Otto (2006), dadurch dass die maladaptiv-perfektionistische Gruppe die stärkste Belastung durch Stress aufwies, allerdings zeichnete sich die adaptiv-perfektionistische Gruppe nicht durch eine besonders niedrige Belastung durch Stress aus. Die Ergebnisse unterstützen ebenso das Ergebnis von Zureck et al. (2015), bei deren Studie die Gruppe der maladaptiv-perfektionistischen Personen in einem experimentellen Stresstest das schlechte

Outcome aufwies. Die Hypothesen, dass sich die verschiedenen Perfektionismus-Typen hinsichtlich der psychischen Belastung unterscheiden, wurden demnach durch die Ergebnisse belegt. Bei beiden Analysen konnte hierbei eine mittelgroße Effektstärke festgestellt werden. Die Unterteilung in „gesunde“ und „neurotische“ beziehungsweise „adaptive“ und „maladaptive“ Perfektionist*innen, wie bereits von Hamachek (1978) vorgeschlagen, findet durch deren Unterschiede in der depressiven Symptomstärke und subjektiven Belastung durch Stress Unterstützung. Stoeber und Otto (2006) argumentieren, dass Perfektionismus in Form von perfektionistischem Streben keine zwingend negative Disposition sein muss, wenn die Person nicht durch perfektionistische Besorgnis und damit durch Angst vor Fehlern, Selbstzweifel und Gefühlen der Diskrepanz zwischen der eigenen Leistung und den Ansprüchen sowie Furcht vor Misserfolg belastet ist. Demnach könnte es vor allem die perfektionistische Besorgnis sein, die klinisch relevanten Perfektionismus von einer normalen Ausprägung unterscheidet. Adaptiv-perfektionistische Personen, die sich beispielsweise darauf konzentrieren, ihr Bestes zu geben und daraus Freude und Bestätigung schöpfen, die stolz darauf sind, was sie erreichen konnten, und sich nicht damit aufhalten, was sie noch besser hätten machen können, könnten sich erfüllter fühlen und dadurch weniger anfällig für die Entwicklung depressiver Symptome sein. Allerdings sollte das Ergebnis, dass adaptiv-perfektionistische Personen die niedrigsten Depressionswerte aufweisen, dennoch kritisch betrachtet werden. Perfektionistisches Streben könnte vor allem erst durch das Vorhandensein von Bedrohungen und Stressoren, die das eigene Ego und Selbstwert angreifen, mit einer erhöhten Belastung in Verbindung stehen. Dies kann vor allem durch Fehlschläge in Leistungssituationen ausgelöst werden. Dies könnte Einfluss auf Ergebnisse nehmen, die nur an einem Zeitpunkt erhoben wurden (Enns & Cox, 2005; Smith et al., 2016).

Ein Konzept, das wiederholt mit positiven Auswirkungen für die psychische Gesundheit in Zusammenhang gebracht wird und sich mittlerweile als Ansatzpunkt einiger psychologischer Interventionen etabliert hat, ist Selbstmitgefühl. Konträr zu selbstkritischen, perfektionistischen Einstellungen stellt Selbstmitgefühl eine verständnisvolle Haltung zur eigenen Person dar, samt der eigenen Fehler, Misserfolge und Mängel. Die zweite Fragestellung beschäftigte sich deshalb damit, ob sich auch in der vorliegenden Stichprobe Personen je nach Ausprägung von Selbstmitgefühl in ihrer psychischen Belastung unterscheiden. In Bezug auf Unterschiede im Schweregrad depressiver Symptome zeigten alle Gruppenvergleiche Signifikanz. Die Ergebnisse zeigen, dass mit einer stärkeren Ausprägung von Selbstmitgefühl die depressiven Symptome abnahmen. Personen mit niedrigem Selbstmitgefühl zeigten im Mittelwert etwa 26 Punkte im BDI, dies kann als moderate Symptomstärke interpretiert werden. Hingegen zeigten

Personen mit einer mittleren Ausprägung rund 13 Punkte und Personen mit hohem Selbstmitgefühl etwa 7 Punkte, was beides als keine bis minimale Symptomstärke eingeschätzt werden kann (Kühner et al., 2007). Und auch im Hinblick auf die subjektive Belastung durch Stress zeigte die Gruppe mit dem am stärksten ausgeprägten Selbstmitgefühl die geringste Belastung durch Stress. Auch hier zeigte sich, dass mit einem Anstieg an Selbstmitgefühl die subjektive Belastung durch Stress niedriger ausfiel. Sowohl bei der Analyse zu den Unterschieden in den depressiven Symptomen sowie in der Stressbelastung konnten in der vorliegenden Arbeit große Effekte festgestellt werden. Dies ist in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Metaanalysen, die bei Erwachsenen (MacBeth & Gumley, 2012) und bei Jugendlichen (Marsh et al., 2018) große Effektstärken des Zusammenhangs zwischen Selbstmitgefühl und Depression sowie Stress gefunden haben. Die Ergebnisse untermauern die Rolle von Selbstmitgefühl als Schutzfaktor für die mentale Gesundheit und dessen Potential, die Resilienz gegenüber Depression und Belastungen durch Stress zu stärken.

Durch die dritte und vierte Fragestellung sollte schließlich die Beziehung zwischen den beiden Konzepten des Perfektionismus und Selbstmitgefühl genauer untersucht werden. Die dritte Fragestellung bezog sich darauf, ob sich Personen je nach Ausprägung von Perfektionismus in den einzelnen Dimensionen von Selbstmitgefühl unterscheiden. Somit wurde hier ein gruppenorientierter Ansatz verfolgt, der wiederum nicht-perfektionistische, adaptiv-perfektionistische und maladaptiv-perfektionistische Personen vergleichen sollte. Hinsichtlich der positiven Dimensionen zeigte die maladaptiv-perfektionistische Gruppe signifikante Unterschiede in allen Dimensionen zu den anderen beiden Gruppen. Hierbei war die Selbstfreundlichkeit, das Gefühl der verbundenen Humanität und Achtsamkeit bei maladaptiv-perfektionistischen Personen am schwächsten ausgeprägt. Die adaptiv-perfektionistischen und nicht-perfektionistischen Personen unterschieden sich lediglich in der Dimension der Selbstfreundlichkeit, die bei der adaptiven Perfektionismus-Gruppe stärker ausgeprägt war. Im Hinblick auf die negativen Dimensionen von Selbstmitgefühl zeigten sich Unterschiede in allen Perfektionismus-Gruppen. Die maladaptiv-perfektionistische Gruppe hatte in den drei negativen Subskalen der Selbstverurteilung, Überidentifikation und Isolation die niedrigsten Werte und unterschied sich dadurch signifikant von den beiden anderen Gruppen. Im Vergleich von nicht-perfektionistischen und adaptiv-perfektionistischen Personen zeigte sich in der nicht-perfektionistische Gruppe die stärkere Ausprägung in den drei negativen Dimensionen und unterschied sich somit von der adaptiv-perfektionistischen Gruppe. Die adaptiv-perfektionistische Gruppe zeigte demnach die niedrigsten Werte in den Subskalen

Selbstverurteilung, Überidentifikation und Isolation, was für eine höhere Ausprägung von Selbstmitgefühl spricht.

Maladaptiv-perfektionistische Personen haben die größte Belastung durch depressive Symptome und Stress und zeigen die niedrigste Ausprägung in Selbstmitgefühl. Selbstmitgefühl kann sich jedoch schützend auf die Entwicklung von depressiven Belastungen und Folgen von Stress auswirken. Während die Gruppe der nicht-perfektionistischen und adaptiv-perfektionistischen Personen vergleichbare Ausprägungen von Achtsamkeit und verbundener Humanität hatten, zeigten die adaptiv-perfektionistischen Personen mehr Selbstfreundlichkeit als die nicht-perfektionistische Gruppe und zeigten weniger Selbstverurteilung, Überidentifikation und Isolation, somit war bei der adaptiv-perfektionistischen Gruppe Selbstmitgefühl am stärksten ausgeprägt. Diese Gruppe zeigte zudem die niedrigste psychische Belastung. Die Ausprägung von Selbstmitgefühl könnte demnach einen vermittelnden Effekt zwischen Perfektionismus und Depression beziehungsweise subjektiver Belastung durch Stress haben.

Aus diesem Grund beschäftigte sich Fragestellung 4 damit, ob ein mediierender Einfluss von Selbstmitgefühl auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus (hohe Standards und Diskrepanz) und psychischer Belastung in Form von Depression und subjektiver Belastung durch Stress besteht. Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden vier Mediationsanalysen durchgeführt, die sich allesamt als signifikant erwiesen, so zeigten beide Dimensionen von Perfektionismus Zusammenhänge zu Depression und Belastung durch Stress, wobei Selbstmitgefühl diese Beziehung vermittelte. Hierbei hatte Selbstmitgefühl jeweils eine negative Beziehung zu Depression und erlebtem Stress, was dessen Rolle als schützendem Faktor unterstreicht. Zwischen Diskrepanz und Depression bestand ein großer positiver Effekt, somit steigen depressive Symptome bei einer höheren Diskrepanz an. Das Verhältnis konnte partiell durch Selbstmitgefühl mediiert werden. Im Vergleich zeigte sich ebenso ein positiver Zusammenhang zwischen der Dimension hohe Standards und Depression, jedoch war dieser Effekt deutlich schwächer als im vorherigen Modell. Allerdings mediierte Selbstmitgefühl den Zusammenhang vollständig und vermittelt somit den gesamten Effekt von hohen Standards auf die depressive Symptomstärke. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in den Mediationsmodellen mit subjektiver Belastung durch Stress als Zielvariable. Sowohl Diskrepanz als auch hohe Standards zeigten einen positiven Effekt auf das Ausmaß an erlebtem Stress, wobei die Effektstärken bei der Dimension Diskrepanz stärker waren als bei hohen Standards. Selbstmitgefühl zeigte hierbei jeweils einen partiellen Mediationseffekt, somit wurde mit

steigendem Selbstmitgefühl der Zusammenhang zwischen Perfektionismus und subjektiver Belastung durch Stress geringer.

Die Ergebnisse belegten Ergebnisse vorheriger Studien, die perfektionistische Besorgnis durchgehend mit negativen Konsequenzen für die psychische Gesundheit (Bieling, Israeli et al., 2004; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2016; Stoeber & Otto, 2006) und mit einem niedrigen Selbstmitgefühl (Ferrari et al., 2018; Hiçdurmaz & Aydin, 2017; Linnett & Kibowski, 2020; Neff, 2003b) in Zusammenhang brachten. In der vorliegenden Studie ist der positive Effekt von Diskrepanz auf Depression sowie subjektive Belastung auf Stress als groß einzuschätzen, und zu Selbstmitgefühl zeigte sich ebenfalls ein großer negativer Effekt. Hinsichtlich des perfektionistischen Strebens wurden im Theorieteil die bisherigen widersprüchlichen Ergebnisse vorhergehender Studien vorgestellt. Einige Studien und Metaanalysen fanden, dass zwischen perfektionistischem Streben und psychischer Belastung ein positiver Effekt bestand, jedoch in schwächerem Ausmaß als mit perfektionistischer Besorgnis (Bieling, Israeli et al., 2004; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2016; Stoeber & Otto, 2006), dies wird auch durch die vorliegenden Ergebnisse unterstützt. Auch im Hinblick der Beziehung zu subjektiver Belastung durch Stress wurden positive Zusammenhänge gefunden, gegensätzlich zu Studien, die negative Zusammenhänge zwischen perfektionistischen Standards und Indikatoren von Stress fanden (Achtziger & Bayer, 2013; Tashman et al., 2010). In der vorliegenden Studie zeigte sich zudem ein mittelgroßer negativer Effekt von perfektionistischen Standards auf Selbstmitgefühl, der gefundene Effekt war somit größer als bei vorherigen Studien, die keinen signifikanten (Linnett & Kibowski, 2020; Neff, 2003b) oder einen schwachen Effekt gefunden haben (Hiçdurmaz & Aydin, 2017). Beide Dimensionen von Perfektionismus wirken sich demnach verstärkend auf die psychische Belastung aus. Zudem steht Perfektionismus in einem negativen Verhältnis zu Selbstmitgefühl. Je höher das Selbstmitgefühl ausgeprägt ist, desto niedriger fallen jedoch depressive Symptome und die subjektive Belastung durch Stress aus. Selbstmitgefühl zeigt einen vermittelnden Effekt, die Mediationsmodelle zeigten hierbei kleine bis mittelgroße Effektstärken. Ein Teil des Zusammenhangs zwischen Perfektionismus und psychischer Belastung kann somit durch die Ausprägung von Selbstmitgefühl erklärt werden, da in den meisten Modellen jedoch partielle Mediationen vorliegen, sollten weitere vermittelnde Faktoren untersucht werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass Selbstmitgefühl einen partiellen Mediator zwischen perfektionistischer Besorgnis und Depression darstellt, ist im Einklang mit vorherigen Studien (Mehr & Adams, 2016; Richardson et al., 2020; Wei et al., 2021). Die Dimension des perfektionistischen Strebens wurde in den meisten dieser Studien nicht untersucht. Während

bei Wei et al. (2021) perfektionistisches Streben mit höherem Selbstmitgefühl einherging und den Link zu Depression mediierte, zeigte sich in den vorliegenden Analysen, dass perfektionistisches Streben negativ mit Selbstmitgefühl zusammenhing. Eine Erklärung für diese gegensätzlichen Effekte könnte sich hierbei durch kulturelle Unterschiede zwischen den Stichproben im deutschsprachigen Raum und dem chinesischen Raum (Wei et al., 2021) ergeben, die beispielsweise durch die individualistischen versus kollektivistischen Normen der Gesellschaft entstehen.

Im Vergleich der Ergebnisse des gruppenorientierten Ansatzes und des dimensionalen Ansatzes kann festgestellt werden, dass ein positiver und damit verstärkender Zusammenhang zwischen perfektionistischer Besorgnis sowie perfektionistischem Streben mit psychischer Belastung zu verzeichnen ist. Allerdings gibt der gruppenbasierte Ansatz Aufschluss darüber, dass die niedrigsten psychischen Probleme in Form von Depression und Belastung durch Stress vorhanden sind, wenn perfektionistisches Streben stark und perfektionistische Besorgnis schwächer ausgeprägt sind. Durch Abbildung 2 wird ersichtlich, dass nicht-perfektionistische Personen im Vergleich mit adaptiv-perfektionistischen Personen eine höhere Ausprägung der Dimension Diskrepanz aufweisen, wenn auch nicht so hoch wie bei maladaptiv-perfektionistischen Personen. Die Perfektionismus-Dimension Diskrepanz beschreibt Gefühle der Frustration und der Enttäuschung mit erbrachter Leistung. Personen mit einer hohen Ausprägung haben kaum jemals das Gefühl, dass die eigene Leistung gut genug ist. Selbst wenn die eigenen Ansprüche an die Leistung nicht als hoch eingestuft werden, ist diese Besorgnis und Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung kaum förderlich für die psychische Gesundheit, so auch bei Personen, die als nicht-perfektionistisch klassifiziert werden. Personen, die in die adaptiv-perfektionistische Gruppe fallen, zeigen eine höhere Zufriedenheit, eventuell auch stärkere Gefühle des Stolzes und des „Gut-Genug-Seins“, was sich ebenso in einem höheren Maß an Selbstmitgefühl, vor allem der Selbstfreundlichkeit, äußern könnte. In einer solchen Form beziehungsweise Zusammensetzung könnte Perfektionismus eine adaptive oder zumindest neutrale Eigenschaft darstellen, wie auch von Stoeber und Otto (2006) angemerkt wird. Es sollte hierbei jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Gruppe der adaptiv-perfektionistischen Personen mit knapp 8% der Gesamtstichprobe relativ klein ausfiel, was damit zusammenhängen könnte, dass diese Form von Perfektionismus weniger stark verbreitet ist und eventuell nicht so oft angetroffen wird oder aber, dass die verwendeten Cutoff-Werte im deutschsprachigen Raum nicht repräsentativ sind.

Selbstmitgefühl weist zahlreiche schützende und positive Auswirkungen auf und kann negative Effekte von hohen Standards und Diskrepanz vermitteln und abschwächen. Sowohl

für Perfektionist*innen als auch für Nicht-Perfektionist*innen stellt dies eine wertvolle Einstellung dar, deren Kultivierung positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit nehmen kann. Einige Implikationen für die Praxis und ein Ausblick für künftige Forschung werden nach der Darstellung der Limitationen der Studie gegeben.

8.1 Limitationen und Ausblick

Das verwendete Studiendesign als Online-Studie im Querschnittsdesign bringt einige Limitationen mit sich. Online-Befragungen stellen ein ökonomisches Erhebungsverfahren dar, das jedoch zu Verzerrungen bei der Stichprobenzusammensetzung führen kann. Der Fragebogen wurde im persönlichen Umfeld weitergeleitet, was beispielsweise zu dem hohen Anteil der studierenden Teilnehmenden geführt haben könnte. Dies könnte zu einer relativ hoch gebildeten Stichprobe geführt haben. In der vorliegenden Studie haben etwa 50% mindestens einen Bachelor oder einen höheren Abschluss. Auch das Geschlechterverhältnis war mit einem Frauenanteil von rund 81% stark unausgeglichen. Zu beachten ist zudem, dass die Erhebung während der Covid-19-Pandemie stattfand, was zu einer insgesamt höheren psychischen Belastung beigetragen haben könnte, bei knapp über 70% der Stichprobe habe sich die psychische Belastung seit Pandemiebeginn vermehrt. Das Format der Online-Studie und die Verbreitung im Internet und sozialen Netzwerken könnte systematisch Personen angesprochen haben, die mit diesen Plattformen vertraut sind, und beispielsweise so nur wenige ältere Personen erreichen. Aus diesen Gründen ist die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt.

Der Online-Fragebogen bestand zudem aus Selbstbeurteilungsinstrumenten, die ein gewisses Maß an Selbstkenntnis, Reflektion, Offenheit und auch Ehrlichkeit voraussetzen. So wurden auch depressive Symptome im Selbstbericht erfragt, jedoch war nicht bekannt, ob eine klinische Diagnose vorlag. Künftige Forschung könnte dies mitberücksichtigen oder auch eine Erhebung mit einer klinischen Stichprobe durchführen.

Das querschnittliche Design lässt zudem keine kausalen Schlüsse zu. Im Zusammenhang mit Perfektionismus und Stress wäre es hier beispielsweise interessant, im Längsschnitt zu erheben, welchen Einfluss das Auftreten von selbstwertrelevanten Stressoren (Kritik durch andere an der eigenen Leistung, Misserfolge im Beruf oder Studium) auf die psychische Belastung nimmt und eventuell das Auftreten von depressiven Symptomen beeinflusst. Die durchgeführten Mediationen legen ebenso kausale Zusammenhänge nahe, jedoch kann durch die Ergebnisse keine Richtung festgestellt werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass Perfektionismus Depression vorhersagt und Selbstmitgefühl den Zusammenhang vermittelt. Während dies eine Option darstellt, wäre es ebenso möglich, dass depressive Symptome dem Perfektionismus vorangehen. Zudem kann nicht festgestellt werden, ob

niedriges Selbstmitgefühl eine Ursache oder eine Konsequenz von Depression ist. Wie oft bei der Untersuchung von psychischen Phänomenen und deren Zusammenhängen kann ein bidirektionaler Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden.

Zudem mussten die Cutoff-Werte der APS-R, die für das Originalinstrument in englischer Sprache veröffentlicht wurden (Rice & Ashby, 2007), für die deutschsprachige Übersetzung, die eine sechsstufige statt einer siebenstufigen Likertskala aufweist, angepasst werden. Darunter leidet die Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen. Für künftige Forschung wäre es wünschenswert, wenn die Cutoff-Werte der Einteilung in die Perfektionismus-Gruppen im deutschsprachigen Raum überprüft und die psychometrische Qualität des übersetzten Fragebogens erhoben werden. Da die Cutoff-Werte anhand einer amerikanischen Stichprobe ermittelt wurden, ist die Repräsentativität der hierbei ermittelten Cutoff-Werte und deren Übertragbarkeit auf den deutschen Raum eingeschränkt, so könnte es beispielsweise dazu geführt haben, dass die Cutoff-Werte zu streng gesetzt wurden.

Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zu den bereits veröffentlichten Studienergebnissen und Literatur, die die mediiierende Rolle von Selbstmitgefühl auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und psychischer Belastung untersuchten. Vor allem die Dimension der hohen Standards wurde in vorherigen Studien oft vernachlässigt, hier trägt die vorliegende Studie zum Schließen dieser Lücke bei. Auch wenn sich Selbstmitgefühl als Mediator der Zusammenhänge erwies, wäre es für zukünftige Forschung empfehlenswert, weitere Konstrukte zu untersuchen, die einen Einfluss nehmen könnten. Einige andere Mediatoren konnten hierbei bereits identifiziert werden, so beispielsweise Emotions-Dysregulation (Aldea & Rice, 2006), ein starkes Bedürfnis nach der Anerkennung durch Andere (Wu & Wei, 2008) oder Schamgefühle (Ashby, Rice, & Martin, 2006).

8.2 Praktische Implikationen

In einem therapeutischen Setting ist es nach Egan et al. (2011) zu empfehlen herauszufinden, inwiefern der Selbstwert der zu behandelnden Person von dem Erreichen eigener hoher Standards und Erfolgen basiert, und infolgedessen auf das Vorhandensein von klinisch relevantem Perfektionismus zu evaluieren. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Perfektionismus mit erhöhten depressiven Symptomen und erhöhtem erlebten Stress einhergeht. Perfektionismus stellt als transdiagnostischer Faktor bei weiteren psychischen Störungen einen wesentlichen Einflussfaktor dar (Egan et al., 2011). Ein Modell, das in der Behandlung von Perfektionist*innen Anwendung finden kann, ist das kognitive-behaviorale Modell des klinischen Perfektionismus (vgl. Egan, Wade, Shafran, & Antony, 2014). Dieses kann verwendet werden, um gemeinsam mit der perfektionistischen Person im Zuge der

Behandlung eine individuelle Version des Modells zu erstellen. Zu evaluieren, ob eine Person perfektionistisch veranlagt ist, kann sich vor allem bei selbstmitgefühlsbasierten Interventionen als hilfreich darstellen. Denn das Annehmen einer selbstmitfühlenden Haltung kann sich vor allem für maladaptiv-perfektionistische Personen als herausfordernd darstellen (Linnett & Kibowski, 2020). Um das Ausmaß an Perfektionismus festzustellen, kann beispielsweise erfragt werden, in welchen Lebensbereichen hohe Standards gesetzt werden und welchen Einfluss diese auf das Leben der Person nehmen. Zudem sollte ermittelt werden, inwiefern der Selbstwert auf den Leistungen basiert und ob die Standards häufig verändert werden. Kognitive Verzerrungen wie dichotomes Denken sind ebenso häufig anzutreffen, weswegen erfragt werden sollte, worauf sich die Person konzentriert, wenn sie über ihre Leistung nachdenkt und diese beurteilt. Das Maß an Selbstkritik und kontraproduktivem Verhalten kann basierend darauf eingeschätzt werden, was eine Person fühlt und wie sie reagiert, wenn ein Fehler gemacht wird (vgl. Egan et al., 2014).

Das Ausmaß an klinischem Perfektionismus und hoher Selbstkritik sollte auch deshalb im therapeutischen Prozess berücksichtigt werden, da dies eine Einschränkung der Effektivität von Interventionen darstellen kann (Enns, Cox, & Pidlubny, 2002). Interventionen, die auf (Selbst-)Mitgefühl basieren, zeigen Potential in der Reduktion von Selbstkritik und stellen deshalb vor allem im Kontext von Perfektionismus einen interessanten Ansatzpunkt dar (Leaviss & Uttley, 2015; Wakelin et al., 2022). Der Prozess der Entwicklung einer selbstmitfühlenden Haltung nimmt jedoch auch Zeit in Anspruch und kann vor allem für perfektionistisch veranlagte Personen eine Herausforderung darstellen (Linnett & Kibowski, 2020). Eine längere Behandlungsdauer steht hierbei auch mit einer stärkeren Verbesserung im Zusammenhang (Wakelin et al., 2022). Eine selbstmitfühlende und achtsame Haltung ist oft gegensätzlich zu den bisherigen Einstellungen und Überzeugungen von perfektionistischen Personen. Flett et al. (2021) beschreiben einige Kontraste zwischen Achtsamkeit und Perfektionismus, die sich als Hürden darstellen können. Achtsamkeit ist nahe verwandt mit Selbstgefühl und stellt eine Dimension des Konstruktes dar. Während bei einer achtsamen Haltung die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment im Mittelpunkt steht, ist bei perfektionistisch veranlagten Personen oft eine verstärkte Rumination über vergangene Fehler und ein Fokus auf zukünftige Ziele vorhanden (De Rosa et al., in press; Flett et al., 2021). Auch Selbstakzeptanz, vor allem in Hinblick auf die eignen Mängel, ist bei perfektionistischen Personen niedrig. Selbstverurteilende Gedanken, wie beispielsweise nicht selbstmitfühlend genug zu sein, können sich in den Weg stellen. Flett et al. (2021) unterstreichen, dass vor allem perfektionistische Personen von einer achtsameren Einstellung

profitieren können, jedoch kann dies eine Herausforderung darstellen, diese Schwierigkeiten sollten bei den Interventionen Berücksichtigung finden.

8.3 Konklusion

In einer immer stärker an Leistung orientierten Gesellschaft, in der wetteifernder Individualismus mehr und mehr gefordert wird, ist es nicht verwunderlich, dass über die letzten Jahrzehnte hinweg ein Anstieg von Perfektionismus in der Bevölkerung zu verzeichnen ist (Curran & Hill, 2019). Der ständige Versuch, sich selbst und den eigenen Lebensstil zu optimieren und sich selbst und alle anderen immer wieder zu übertreffen, kann jedoch zehrend sein. Die vorliegenden Forschungsergebnisse sowie die der Jahre zuvor zeigen auf, dass vor allem maladaptive Perfektionist*innen eine hohe psychische Belastung und erhöhten Stress aufweisen. Perfektionistische Besorgnis kann sich dadurch äußern, dass die eigene Leistung nie den eigenen überhöhten Standards zu genügen scheint, was mit erhöhten depressiven Symptomen und einer erhöhten subjektiven Belastung durch Stress einhergehen kann.

Die zu Beginn der Studie gestellte Frage, ob Selbstmitgefühl die Auswirkungen von Perfektionismus auf das psychische Befinden vermitteln kann, kann bejaht werden. Die Perfektionismus-Dimensionen nehmen einen verstärkenden Einfluss auf die psychische Belastung, der durch eine höhere Ausprägung von Selbstmitgefühl mediiert und somit abgeschwächt werden kann. Selbstmitgefühl stellt einen schützenden Faktor dar, der vor allem bei maladaptiven Perfektionist*innen positive Auswirkungen zeigen kann, wobei die Stärkung dieser Haltung mit einer großen Herausforderung einhergehen kann.

Literaturverzeichnis

- Abdollahi, A., Allen, K. A., & Taheri, A. (2020). Moderating the role of self-compassion in the relationship between perfectionism and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(4), 459–471. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00346-3>
- Accordino, D. B., Accordino, M. P., & Slaney, R. B. (2000). An investigation of perfectionism mental health, achievement and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37(6), 535–545. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(200011\)37:6<535::AID-PITS6>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1520-6807(200011)37:6<535::AID-PITS6>3.0.CO;2-O)
- Achtziger, A., & Bayer, U. C. (2013). Self-control mediates the link between perfectionism and stress. *Motivation and Emotion*, 37(3), 413–423. <https://doi.org/10.1007/s11031-012-9321-6>
- Aldea, M. A., & Rice, K. G. (2006). The role of emotional dysregulation in perfectionism and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 498–510. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.498>
- Altstötter-Gleich, C., & Bergemann, N. (o.D.). APS-R. Abgerufen von <http://kennethwang.com/aprs/scales/APSR-German.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostische Kriterien DSM-5: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, . . . Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Ashby, J. S., & Gnilka, P. B. (2017). Multidimensional perfectionism and perceived stress: Group differences and test of a coping mediation model. *Personality and Individual Differences*, 119, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.012>
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 148–156. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00390.x>
- Atkinson, D. M., Rodman, J. L., Thuras, P. D., Shiroma, P. R., & Lim, K. O. (2017). Examining burnout, depression, and self-compassion in veterans affairs mental health staff. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7), 551–557. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0087>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social

- psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Asselmann, E., Zimmermann, P., Brückl, T., Höfler, M., ... Wittchen, H. U. (2015). The ‘early developmental stages of psychopathology (EDSP) study’: A 20-year review of methods and findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 851–866. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1062-x>
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2021). Depressive Störungen: Major Depression und persistierende depressive Störung (Dysthymie). In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 1028–1067). Heidelberg: Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Foley, J. E., ... Westreich, R. (2015). Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism. *Behavior Therapy*, 46, 478–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.02.003>
- Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Rush, A. J., ... Keller, M. B. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of Health Economics*, 17(5), 511–535. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(97\)00043-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(97)00043-X)
- Biber, D. D., & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2060–2071. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373–1385. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00235-6)
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193–201. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98>
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459–486. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.001>

- Bluth, K., Roberson, P. N. E., & Gaylord, S. A. (2015). A pilot study of a mindfulness intervention for adolescents and the potential role of self-compassion in reducing stress. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(4), 292–295.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.04.005>
- Bluth, K., Roberson, P. N. E., Gaylord, S. A., Faurot, K. R., Grewen, K. M., Arzon, S., & Girdler, S. S. (2016). Does self-compassion protect adolescents from stress? *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1098–1109. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0307-3>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Hallbergmoos: Pearson.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34–52.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Davidson, R., & MacKinnon, J. G. (1993). *Estimation and inference in econometrics*. Oxford: Oxford University Press.
- De Rosa, L., Miracco, M. C., Galarregui, M. S., & Keegan, E. G. (in press). Perfectionism and rumination in depression. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01834-0>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*. (2. Aufl., Version 5).

<https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>

- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 63–84. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.004>
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234–252. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.234>
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 665–676. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. New York: Guilford Press.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. In P. Hewitt & G. Flett (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 33–62). Washington: American Psychological Association.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (2005). Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 541–553. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-2414-8>
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. P. (2005). Perfectionism and neuroticism: A longitudinal study of specific vulnerability and diathesis-stress models. *Cognitive Therapy and Research*, 29(4), 463–478. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-2843-04>
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Pidlubny, S. R. (2002). Group cognitive behaviour therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(1), 31–40. <https://doi.org/10.1080/16506070252823643>
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>

- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS ONE*, *13*(2): e0192022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192022>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS ONE*, *10*(7): e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Rose, A. L. (2021). Why perfectionism is antithetical to mindfulness: A conceptual and empirical analysis and consideration of treatment implications. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *19*(5), 1625–1645. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00252-w>
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R. D., Weber, C., & Klapp, B. F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, *67*(1), 78–88. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151491.80178.78>
- Fong, M., & Loi, N. M. (2016). The mediating role of self-compassion in student psychological health. *Australian Psychologist*, *51*(6), 431–441. <https://doi.org/10.1111/ap.12185>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449–468.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, *15*(1), 27–33.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., & Beck, A. T. (2009). *Beck Depressions-Inventar: BDI-II. Manual*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470.
- Hewitt, P., & Flett, G. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In P. Hewitt & G. Flett (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255–284). Washington: American Psychological Association.
- Hiçdurmaz, D., & Aydin, A. (2017). The relationship between nursing students' self-compassion and multidimensional perfectionism levels and the factors that influence them. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 86–94.
<https://doi.org/10.14744/phd.2017.40469>
- Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2).
<https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115–123. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000088>
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Kaluza, G. (2018). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55638-2>
- Kaniuka, A. R., Kelliher-Rabon, J., Chang, E. C., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2020). Symptoms of anxiety and depression and suicidal behavior in college students: Conditional indirect effects of non-suicidal self-injury and self-compassion. *Journal of College Student Psychotherapy*, 34(4), 316–338.
<https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1601048>
- Keng, S. L., & Liew, K. W. L. (2017). Trait mindfulness and self-compassion as moderators of the association between gender nonconformity and psychological health. *Mindfulness*, 8(3), 615–626. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0639-0>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood

- disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kirschbaum, C., Pirke, K.-M., & Hellhammer, D. H. (1993). The Trier Social Stress Test – A tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1–2), 76–81.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Grosse Holtforth, M. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behaviour Therapy*, 44(3), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78(6), 651–656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>
- Larzelere, M. M., & Jones, G. N. (2008). Stress and health. *Primary Care – Clinics in Office Practice*, 35(4), 839–856. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.07.011>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer software].
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8: 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>

- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Linnett, R. J., & Kibowski, F. (2020). A multidimensional approach to perfectionism and self-compassion. *Self and Identity*, 19(7), 757–783. <https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1669695>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents – A meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991>
- Milek, A., & Bodenmann, G. (2018). Stressbewältigung. In J. Magraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2. Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (4. Aufl., S. 557–567). Berlin: Springer.
- Molnar, D. S., Sadava, S. W., Flett, G. L., & Colautti, J. (2012). Perfectionism and health: A mediational analysis of the roles of stress, social support and health-related behaviours. *Psychology and Health*, 27(7), 846–864. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630466>
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neff, K. D. (o.D.). Self-compassion scale (SCS) information. Abgerufen von <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-information.pdf>
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Neff, K. D. (2015). *The proven power of being kind to yourself*. New York: HarperCollins

Publishers.

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287.
<https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Ormel, J., Von Korff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA*, 272(22), 1741–1748.
<https://doi.org/10.1080/05775132.2003.11034208>
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(4), 311–323.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Podina, I., Jucan, A., & David, D. (2015). Self-compassion: A buffer in the pathway from maladaptive beliefs to depression: An exploratory study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 97–109.
- Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T., & Kuyken, W. (2016). Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness*, 7(4), 896–908. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6>
- Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72–85. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>
- Rice, K. G., & Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 439–450. <https://doi.org/10.1037/a0020221>
- Richard, A., Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., Moroz, M., Foley, J. E., Lewkowski, M., ... Westreich, R. (2021). Perfectionism, efficacy, and daily coping and affect in depression over 6 months. *Journal of Clinical Psychology*, 77(6), 1453–1471.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23079>
- Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2020). Trainee wellness: Self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in

- psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 187–198.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839>
- Rnic, K., Hewitt, P. L., Chen, C., Jopling, E., Lemoult, J., & Flett, G. L. (2021). Examining the link between multidimensional perfectionism and depression: A longitudinal study of the intervening effects of social disconnection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 40(4), 277–303. <https://doi.org/10.1521/jscp.2021.40.4.277>
- Sirois, F. M. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(2), 128–145. <https://doi.org/10.1080/15298868.2013.763404>
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334–347.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201–212. <https://doi.org/10.1002/per.2053>
- Stoeber, J. (2018). *The psychology of perfectionism*. New York: Routledge.
- Stoeber, J., Lalova, A. V., & Lumley, E. J. (2020). Perfectionism, (self-)compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154: 109708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109708>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530–535. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>
- Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., & Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609–626.
<https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1422537>
- Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P. E., Dundas, I., Visted, E., Nordby, H., ... Sørensen, L. (2016). Trait self-compassion reflects emotional flexibility through an association with

- high vagally mediated heart rate variability. *Mindfulness*, 7(5), 1103–1113.
<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0549-1>
- Tashman, L. S., Tenenbaum, G., & Eklund, R. (2010). The effect of perceived stress on the relationship between perfectionism and burnout in coaches. *Anxiety, Stress and Coping*, 23(2), 195–212. <https://doi.org/10.1080/10615800802629922>
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136: 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Umandap, J. D., & Teh, L. A. (2020). Self-compassion as a mediator between perfectionism and personal growth initiative. *Psychological Studies*, 65(3), 227–238.
<https://doi.org/10.1007/s12646-020-00566-8>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2010). Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 449–458.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.006>
- Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(1), 1–25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>
- Wei, S., Li, L., Shi, J., Liang, H., & Yang, X. (2021). Self-compassion mediates the perfectionism and depression link on Chinese undergraduates. *Annals of Palliative Medicine*, 10(2), 1950–1960. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1582>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(6), 979–995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. WHO: Geneva. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>
- World Health Organization. (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, & E. Schuler-Markwort, Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Wu, T. F., & Wei, M. (2008). Perfectionism and negative mood: The mediating roles of

- validation from others versus self. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 276–288.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.276>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health*, 8(4), 476–485. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9197-9>
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). “Silence! The body is speaking” – A correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health and Medicine*, 24(2), 229–240. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546016>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zhang, Y., Luo, X., Che, X., & Duan, W. (2016). Protective effect of self-compassion to emotional response among students with chronic academic stress. *Frontiers in Psychology*, 7: 1802. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01802>
- Zureck, E., Altstötter-Gleich, C., Gerstenberg, F. X. R., & Schmitt, M. (2015). Perfectionism in the transactional stress model. *Personality and Individual Differences*, 83, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.029>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Diagnose depressiver Episode nach ICD – 10 Kriterien (in Anlehnung an DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF, 2015, S. 33).....	29
Abbildung 2. Charakteristiken der Perfektionismus-Gruppen	47
Abbildung 3. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich von Depression	48
Abbildung 4. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses ...	49
Abbildung 5. Mittelwerte der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich von Depression.....	50
Abbildung 6. Mittelwerte der Selbstmitgefühl-Gruppen hinsichtlich des erlebten Stresses....	51
Abbildung 7. Mittelwerte der Perfektionismus Gruppen hinsichtlich des Selbstmitgefühls ...	54
Abbildung 8. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit Diskrepanz als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator; N = 513	55
Abbildung 9. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit hohen Standards als Prädiktor für Depression und Selbstmitgefühl als Mediator; N = 513	56
Abbildung 10. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit Diskrepanz als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator; N = 513	57
Abbildung 11. Ergebnisse der Mediatoranalyse mit hohen Standards als Prädiktor für erlebten Stress und Selbstmitgefühl als Mediator; N = 513	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Häufigkeiten und Anteilswerte des Bildungsstatus</i>	46
Tabelle 2	<i>Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich von Depression und erlebtem Stress, N = 515.....</i>	47
Tabelle 3	<i>Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Selbstmitgefühls-Gruppen hinsichtlich von Depression und erlebtem Stress, N = 513.....</i>	50
Tabelle 4	<i>Mittelwerte (M), Konfidenzintervalle [95%-CI] und Standardabweichungen (SD) der Perfektionismus-Gruppen hinsichtlich der Subskalen von Selbstmitgefühl, N = 515.....</i>	52