



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Elterliche Bindung und Somatisierung“

verfasst von / submitted by

Elisa Gezgin, BSc.

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

Wien, 2018 / Vienna 2018

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag.rer.nat. Dr.phil.
Harald Werneck

Danksagung

Zu allererst möchte ich mich bei Herrn Professor Werneck bedanken, der mir bei der Themenfindung und -konkretisierung geholfen hat, ein Thema zu finden, das mich wirklich interessiert und auch gut zu meinen zukünftigen Berufswünschen passt. Davon abgesehen möchte ich Herrn Professor Werneck vielmals für seine verständnisvolle, zuverlässige und unterstützende Art danken!

Auch bei dem Plenum im Masterarbeitsseminar möchte ich mich für die kollegiale Unterstützung bedanken.

Ebenso bei Matthias Knefel möchte ich mich für die wertvollen Anregungen hinsichtlich der Psychosomatik-Thematik bedanken.

Außerdem möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die sich Zeit und Geist genommen haben, bei meiner Befragung mitzumachen!

Und zu guter Letzt möchte ich mich herzlichst bei meiner Familie sowie meinem Freundes- und Bekanntenkreis für die tatkräftige Unterstützung bei der Erreichung meines Ziels bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und theoretischer Hintergrund	5
1.1	Somatisierung	6
1.1.1	Historische Entwicklung	7
1.1.2	Somatoforme Störungen	9
1.2	Bindung	11
1.3	Bindung und Somatisierung	13
1.4	Alexithymie	13
1.5	Depressivität	15
2	Fragestellungen und Hypothesen	16
3	Methode	21
3.1	Untersuchungsdesign	21
3.2	Stichprobe	21
3.2.1	Ziel	21
3.2.2	Stichprobenbeschreibung	22
3.3	Messinstrumente	22
3.4	Vorgehen	25
3.4.1	Ziel	25
3.4.2	Tatsächlicher Ablauf	25
3.4.3	Statistisches Vorgehen	26
4	Ergebnisse	28
4.1	Reliabilitätsanalysen	28
4.2	Deskriptive Statistiken	30
4.3	Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen	31
4.3.1	Ergebnisse Fragestellung 1	31
4.3.2	Ergebnisse Fragestellung 2	33
4.3.3	Ergebnisse Fragestellung 3	35
4.3.4	Zusätzlich	35
5	Diskussion	37
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Verortung im theoretischen Hintergrund	37
5.1.1	Fragestellung 1	37
5.1.2	Fragestellung 2	38
5.1.3	Fragestellung 3	39
5.1.4	Einbettung in die Literatur	40

5.2	Limitationen und Ausblick.....	41
5.3	Implikationen für die Praxis	45
6	Literaturverzeichnis.....	47
7	Tabellenverzeichnis.....	52
8	Anhang	53
8.1	Zusammenfassung	53
8.2	Abstract	54

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund

Bereits im Jahr 1989 haben Kroenke und Mangelsdorff (1989) in ihrer Studie herausgefunden, dass 84% der von Hausarzt-Patient_innen präsentierten Symptome auf keine klare körperliche Ursache zurückgeführt werden konnten. Auch in einer aktuelleren Studie aus dem Jahr 2011 fanden Körber, Frieser, Steinbrecher und Hiller heraus, dass 76% der präsentierten Symptome in Hausarztpraxen keiner medizinisch erklärbaren Ursache zugrunde liegen. In der Studie von Wittchen et al. (2011) erreichten die somatoformen Störungen hinter der Angststörung und den affektiven Störungen Platz drei hinsichtlich Prävalenz unter den psychischen Störungen. Die eruierte Prävalenz von somatoformen Störungen lag in dieser Studie bei 6%, wobei allerdings alle auf Kopfschmerzen basierenden Fälle von der Kategorie der somatoformen Patient_innen ausgeschlossen wurden, da diese einer neuen Kategorie zugeordnet wurden und eine Doppelzählung vermieden werden sollte. Die tatsächliche Gesamtprävalenz von somatoformen Störungen (inklusive der Kopfschmerzpatient_innen) ist also sicher um einiges höher als 6%.

Aufgrund dieser Befunde wird ersichtlich, dass es äußerst wichtig ist, das Themengebiet der somatoformen Störungen beziehungsweise von Somatisierung zu erforschen. Wenn mögliche Einflussfaktoren im Rahmen der Entstehung identifiziert werden können, können auch angemessene Interventions- beziehungsweise Präventionsprogramme entwickelt werden. Dadurch könnte der Entstehung von so hohen Prävalenzzahlen idealerweise vorgebeugt werden. Bei der Setzung von Maßnahmen ist auch relevant zu wissen, ob bereits der kindliche Bindungsstil eine Auswirkung auf das spätere Somatisierungsausmaß hat, da dann dementsprechend bereits an der Wurzel, nämlich in der Kindheit, diese Maßnahmen gesetzt werden können. Daher soll sich die vorliegende Studie der Erforschung des Zusammenhangs zwischen kindlicher Bindung und Somatisierung im Erwachsenenalter annehmen.

Zuerst soll der Begriff *Somatisierung* definiert sowie einer kurzer Überblick über seine geschichtliche Entwicklung gegeben werden. Weiters soll darauf eingegangen werden, wie Somatisierung im ICD-10 beschrieben wird, und auch die einzelnen dazugehörigen Störungsbilder sollen näher erläutert werden. Im Anschluss daran soll zum Themengebiet der *Bindung* übergegangen werden, da dieses Konstrukt gemeinsam mit dem Konstrukt der *Somatisierung* innerhalb der Arbeit die

Hauptrolle spielen wird. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Konstrukten soll kurz erläutert werden. Anschließend soll noch der Terminus *Alexithymie* näher betrachtet werden, um das Verständnis auf eine tiefere Ebene zu heben. Außerdem soll zusätzlich das Konstrukt der *Depressivität* eingeführt werden, da es bei den Fragestellungen ebenfalls eine wichtige Rolle spielen wird.

1.1 Somatisierung

Somatisierende Patient_innen klagen oft über körperliche Symptome, die einerseits in ihrer Ursache oder andererseits in ihrer Intensität und in ihrem Ausmaß nicht durch medizinisch feststellbare Gründe erklärt werden können. Diese Menschen neigen dazu, sehr oft zu Ärzt_innen zu gehen und bieten wiederholt die unterschiedlichsten körperlichen Symptome dar (Lipowsky, 1988). Genau diese Definition lässt sich auch unter F45 bei den Somatoformen Störungen im ICD-10 finden (World Health Organization, 2018). Auch Merkle und Egle (2001) beschreiben, dass bei den meisten ihrer somatoformen Schmerzpatienten, psychosoziale Faktoren ätiopathogenetisch bedeutsamer als biologische sind, was der Diagnose F45 entspricht. Eben diese Patienten weisen meist eine lange Geschichte an medizinisch oder chirurgisch ineffektiver Maßnahmen wegen ihrer Schmerzen auf. Die anhaltende Schmerzsymptomatik besteht schon seit mindestens sechs Monaten und kann nicht hinreichend durch körperliche Ursachen erklärt werden. Hingegen steht eine psychosoziale Belastungssituation, ein kritisches Lebensereignis oder eine innere Konfliktsituation zeitlich eng in Zusammenhang mit dem Beginn der Symptomatik. Vor allem können diese Auslöser sich in der Kindheit oder Jugend befinden und sich dann auf die spätere Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung auswirken. Diese können allerdings oft erst im Laufe einer Therapie genauer bestimmt werden, da die Patient_innen oft dazu neigen, ihre Kindheit als unproblematisch zu vermitteln. Somatoforme Schmerzpatient_innen neigen dazu, ihre Schmerzen mit viel affektiveren Begriffen zu beschreiben als Patient_innen mit organisch begründeten Schmerzen. Weiters setzt die Schmerzsymptomatik üblicherweise vor dem 35. Lebensjahr, oft auch schon in der Kindheit, ein, wobei Frauen viel häufiger als Männer betroffen sind (Merkle & Egle, 2001). Da die Patient_innen das Gegenüber oft vehement davon zu überzeugen versuchen, dass es sich um eine körperliche und schwerwiegende Erkrankung handelt, wird ihr

Verhalten von Nichtfachleuten oft zu Unrecht mit Simulation oder Aggravation verwechselt, was jedoch nicht der Fall ist, da es sich nicht um eine bewusste Täuschung handelt (Ronel, Noll-Hussong & Lahmann, 2008).

1.1.1 Historische Entwicklung

Die Konzeptualisierung somatoformer Störungen lässt sich dem Diskurs über Soma und Psyche zuordnen und beginnt bereits sehr früh mit der Entdeckung des Phänomens der Hysterie (Ronel, Noll-Hussong & Lahmann, 2008). In der Antike wurde unter Hysterie *die herumwandernde Gebärmutter* verstanden und als eine frauenspezifische Erkrankung betrachtet (Veith, 1965). Im Mittelalter wurde die Hysterie ziemlich mystifiziert beziehungsweise dämonifiziert und spielte auch bei der Hexenverbrennung eine Rolle. Erst in der Neuzeit fand die Uterus-Theorie ihren Weg zurück in die Medizin. Charles Lepois, ein italienischer Chirurg, sowie die zwei Engländer Thomas Sydenham und Thomas Willis kamen unabhängig voneinander zu der Gesinnung, dass die Hysterie primär eine Erkrankung des Kopfes, nicht aber der Gebärmutter sei und somit auch bei Männern auftreten kann. Sydenham proklamierte, dass seelische und psychosoziale Faktoren wie Zorn oder Trauer zu hysterischen Symptomen führen können. Zu einer entscheidenden paradigmatischen Weiterentwicklung von hysterischen zu nervösen Konzeptualisierungen kam es dann im 19. Jahrhundert durch Briquets Werk (Ronel et al., 2008). Briquet (1859) beschrieb polysymptomatische Beschwerden, die auf einer extremen Empfindlichkeit des Nervensystems gegenüber äußeren Stimuli beruhten, und zu den unterschiedlichsten Schmerzsymptomen führen konnten. Außerdem beobachtete Briquet, dass gemeinsam mit diesen Symptomen sensomotorische Paralysen und Angstattacken auftreten konnten. Briquets Arbeiten wurden vorerst von anderen Theorien verdrängt und wurden dann etwa 100 Jahre später in den USA wieder aufgegriffen, wo bis in die 1980er-Jahre bei vielen Ärzten somatoforme Störungen unter der Bezeichnung „Briquet-Syndrom“ bekannt waren (Meares, Hampshire, Gordon & Kraiuhin, 1985). Schließlich machte es sich der französische Internist und Begründer der modernen Neurologie, Jean-Martin Charcot zur Aufgabe, die Hysterie zu erforschen und zu systematisieren (Veith, 1965). Charcot betrachtete die Hysterie als neuromuskuläre Übererregung, die durch psychische Faktoren hervorgerufen werden kann. In seinen Vorlesungen führte er die Behandlungsmethode der Hypnose vor, indem er hysterische Symptome provozierte und anschließend heilte

(Morschitzky, 2007). Dadurch wurde auch das Interesse seiner Schüler an dieser Behandlungsmethode geweckt. Eben einer dieser Schüler war Sigmund Freud, dieser entwickelte später den psychodynamischen Begriff der Konversionshysterie und proklamierte die direkte Verschiebung eines psychischen Konfliktes auf ein körperliches Symptom (Freud, 1926). Symptome traten gehäuft in Form von motorischer Lähmung, Kontraktion oder unabsichtlicher Aktion, Schmerzen oder Halluzinationen auf. Freud meinte, dass die Analyse dabei helfe, zu errahnen, welchen gestörten Erregungsablauf eben diese Symptome ersetzen. In ihren Studien zur Hysterie beschrieben Breuer und Freud (1977) anhand ihrer Fallstudien hysterische Symptome zum ersten Mal als „neurotische Scheinlösung“ intrapsychischer Konflikte. Heutzutage sind viele verschiedene Begrifflichkeiten, Konzepte und Modelle für die der Hysterie verwandten Phänomene im Umlauf (Ronel et al., 2008). Aus verschiedenen Gründen wird in den heutigen Diagnosemanualen nicht mehr der Begriff Hysterie verwendet (Morschitzky, 2007). Einerseits hat der Begriff eine diskriminierende Konnotation, da er aus einer Tradition stammt, in der Männer Diagnosen für vermeintlich kranke Frauen erteilten, andererseits stellt die Hysterie einen unpräzisen Sammelbegriff dar und wurde in den heutigen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-5 in sechs Formen beziehungsweise Kategorien unterteilt und voneinander abgegrenzt.

Der Terminus *Somatisierung* wurde erst 1908 von dem Psychoanalytiker Wilhelm Stekel verwendet (Stekel, 1908). Stekel postulierte eine psychodynamische Krankheitstheorie, wobei im Rahmen der Somatisierung psychische Konflikte in körperliche Beschwerden übersetzt werden. In den 60er-Jahren kam es schließlich dazu, dass man von den bis dahin sehr uneinheitlichen Konzepten Abstand fand und sich der Begriff *Somatisierungsstörung* etablierte, welcher auf den von Briquet beschriebenen Hysterie-symptomen basierte (Henningssen et al., 2002). Im Jahr 1980 wurde dann der Überbegriff *Somatoforme Störung* im DSM eingeführt (Saß, 2003), woraufhin einige Jahre später auch eine Kategorisierung im ICD-10 erfolgte (Ronel et al., 2008). Im Kontrast zu den konflikttheoretischen psychoanalytischen Vorstellungen wird bei der Somatisierungsstörung die Krankheitsentstehung nicht mehr allein auf eine Konfliktdynamik aufgebaut, sondern die Somatisierung wird als Prozess gesehen, welcher sowohl durch aktuelle psychodynamische Einflüsse als auch durch frühe Körper-, Stress- und Traumaerfahrungen sowie deren mangelhafte Integration in das Körper-Selbst geprägt wird. Resultierend aus dieser frühen

kindlichen Störung können Patient_innen nicht zwischen einer körperlichen Missempfindung und einem primär affektiven Spannungszustand unterscheiden (Ronel et al., 2008).

Was an dieser Stelle noch spannend zu vermerken ist, ist die Beobachtung, dass sich nicht nur die Begriffe, sondern auch die Phänomene, die diese beschreiben, über die Zeit verändert haben und somit gewissermaßen dem jeweils aktuellen Zeitgeist und den jeweiligen soziokulturellen Bedingungen unterworfen sind (Shorter, 1994). So zählten zum Beispiel früher vermehrt Lähmungen und plötzliche Blindheit zu den auftretenden somatischen Symptomen, während heute die Menschheit mit Schmerzen, Allergien oder Erschöpfung reagieren.

1.1.2 Somatoforme Störungen

Hier sollen nun die einzelnen somatoformen Störungsbilder anhand ihrer Kategorisierung im ICD-10 dargestellt werden (World Health Organization, 2018).

1.1.2.1 *F45.0 Somatisierungsstörung*

Die Somatisierungsstörung ist gekennzeichnet durch multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde somatische Symptome, die zumindest über zwei Jahre vorliegen. Ein Großteil der Patient_innen hat bereits eine lange Reihe von Arztbesuchen sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen hinter sich. Die Symptome können sich auf jeden erdenklichen Körperteil beziehungsweise System des Körpers beziehen. Die Störung verläuft chronisch und steht oft mit einer langandauernden Störung des interpersonalen, sozialen und familiären Verhaltens in Verbindung. Hier ist auch das oben erwähnte Briquet-Syndrom einzuordnen.

1.1.2.2 *F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung*

Wenn das unter F45.0 beschriebene Erscheinungsbild der Somatisierungsstörung nicht vollständig erfüllt ist, wird diese Diagnose herangezogen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Symptomatik weniger auffällig ausgeprägt ist oder weniger als zwei Jahre vorliegt.

1.1.2.3 *F45.2 Hypochondrische Störung*

Charakteristisch für die hypochondrische Störung ist die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schwerwiegenden

fortschreitenden körperlichen Erkrankung zu leiden. Die Patient_innen befassen sich ständig mit ihren körperlichen Phänomenen, wobei normale Körperwahrnehmungen oder Symptome als abnorm oder belastend interpretiert werden. Hierbei ist die Aufmerksamkeit zumeist auf nur ein oder zwei Organe beziehungsweise Organsysteme des Körpers gerichtet. Hierunter fällt beispielsweise auch die Diagnose der hypochondrischen Neurose. Insgesamt liegt eine hohe Komorbidität mit Depression und Angst vor.

1.1.2.4 F45.3- Somatoforme autonome Funktionsstörung

Die von den Patient_innen geschilderten Symptome stehen in Verbindung mit Erkrankungen von Körpersystemen, die weitgehend oder gänzlich vegetativ gesteuert werden, wie beispielsweise das kardiovaskuläre, gastrointestinale oder respiratorische System. Die Symptome lassen sich in zwei Arten unterteilen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organsystems schließen lassen. Die eine Art umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation basieren, wie zum Beispiel Herzklopfen, Schwitzen, Erröten oder Zittern. Sie sind eine Expression der Furcht vor einer somatischen Störung, wobei sie gleichzeitig bereits eine Beeinträchtigung durch eine somatische Störung darstellen. Die zweite Art umfasst subjektive Beschwerden unspezifischer und sich verändernder Natur, wie etwa flüchtige Schmerzen, Brennen, Gefühle der Enge oder Schwere oder des Aufgeblähtseins, die von den Patient_innen einem bestimmten Organsystem zugewiesen werden. Unter diese Kategorie fallen beispielsweise die Herzneurose und die Magen-neurose. Weiters umfassen die konkreteren Klassifizierungen F45.31 bis F45.39 das Urogenitalsystem, das Atmungssystem und noch einige andere Organe beziehungsweise Systeme.

1.1.2.5 F45.4- Anhaltende Schmerzstörung

Unter diese Kategorie fallen sowohl die anhaltende somatoforme Schmerzstörung als auch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

1.1.2.5.1 F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Die Patient_innen, die unter dieser Störung leiden, klagen über einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der nicht hinreichend durch körperliche Prozesse oder Störungen erklärt werden kann. Die Schmerzen treten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, welche

gleichzeitig die Hauptrolle für den Beginn, den Schweregrad und die Aufrechterhaltung der Schmerzen spielen. Hierzu zählen auch der psychogene Kopfschmerz, der psychogene Rückenschmerz und die somatoforme Schmerzstörung.

1.1.2.5.2 F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Bei diesem Störungsbild liegen Schmerzen vor, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und in einer oder mehreren anatomischen Regionen des Körpers liegen. Ihr Ursprung liegt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung. Der Schweregrad und die Aufrechterhaltung werden allerdings psychischen Faktoren zugeschrieben. Die Schmerzen verursachen auf bedeutsame Art und Weise Leiden und beeinträchtigen soziale, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche. Die Schmerzen werden nicht absichtlich erzeugt beziehungsweise vorgetäuscht.

1.1.2.6 F45.8 Sonstige somatoforme Störung

Unter diese Kategorie fallen alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens, die nicht durch das vegetative Nervensystem verursacht werden. Weiters sind diese Störungen auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers beschränkt und stehen eng in Verbindung mit belastenden Ereignissen oder Problemen. Hierzu zählt beispielsweise auch Zähneknirschen.

1.1.2.7 F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

Diese Klassifizierung hat keine nähere Bezeichnung. Die Psychosomatische Störung o.n.A. gehört auch zu dieser Kategorie.

1.2 Bindung

Bowlby (1969, 1973, 1980) führte das Konzept der *Bindung* ein. Er verstand darunter ein Verhaltenssystem, das Kinder in Zeiten von Distress und Bedrohung Schutz und Nähe bei ihren Bezugspersonen suchen lässt, um ein Gefühl von Sicherheit zu erreichen. Aufgrund dieser Interaktionen entwickeln Kinder einen Bindungsstil, der ihre Art, mithilfe von Bezugspersonen Emotionen zu regulieren und Distress zu bewältigen, beschreibt (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Ainsworth et al. (1978) proklamierten, dass eine nicht-reagierende, kalte und inkonsistente Bezugsperson eine unsichere Bindung begünstigt, während eine reagierende, warme und fürsorgliche Bezugsperson eine sichere Bindung begünstigt. Hierbei ist die Einfühlsamkeit der Bindungsfigur von großer Bedeutung. Eben diese Interaktionsmuster werden von den Kindern als Schemata zwischenmenschlicher Interaktion abgespeichert, welche auch als *internal working models* bezeichnet werden. In ihnen ist geregelt, wie sich ein Kind verhält, um seinen Distress zu regulieren. Diese Schemata dienen dem Individuum als Orientierung, wie es in zwischenmenschlichen Beziehungen zu denken und sich zu fühlen beziehungsweise sich zu verhalten hat. Diese mentalen Repräsentationen bleiben über das Leben hinweg relativ stabil, können aber als Reaktion auf bestimmte Lebenskontexte verändert werden (Bowlby, 1988).

Hamilton (2000) hat die Stabilität von Bindungsstilen untersucht, indem sie eine Gruppe von Kleinkindern im Alter von 12 Monaten mithilfe der *Fremden Situation* (Ainsworth et al., 1978) hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens beobachtet hat. Eben diese Kinder wurden dann in der Adoleszenz mithilfe einer altersentsprechenden Version des *Adult Attachment Interviews* (George, Kaplan & Main, 1984) erneut hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens untersucht. In 77% der Fälle behielten die Versuchspersonen weiterhin ihren vormals sicheren oder unsicheren Bindungsstil aus der Kindheit. Der kindliche Bindungsstil konnte also als signifikanter Prädiktor für den Bindungsstil in der Adoleszenz identifiziert werden. Die Veränderungen in der Art des Bindungsstils schrieb Hamilton (2000) bis zu einem gewissen Grad der An- beziehungsweise Abwesenheit von negativen Lebensereignissen zu.

Auch Waters, Merrick, Treboux, Crowell und Albersheim (2000) untersuchten in ihrer Studie Kinder im Alter von 12 Monaten hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens, welche sie 20 Jahre später erneut befragten. Auch in dieser Studie konnte in 72% der Fälle eine Konstanz des sicheren beziehungsweise unsicheren Bindungsstils gefunden werden. Als bedeutsame Faktoren hinsichtlich der Veränderung des Bindungsstils wurden negative Lebensereignisse wie der Verlust eines Elternteils, die Scheidung der Eltern, oder eine lebensbedrohliche oder psychiatrische Erkrankung innerhalb der Familie sowie körperlicher oder sexueller Missbrauch herausgearbeitet. 44% der Kinder, deren Mütter über negative Lebensereignisse berichteten, veränderten ihr Bindungsverhalten von der Kindheit zum frühen Erwachsenenalter.

Nur 22% der Kinder, deren Mütter über keine solchen negativen Lebensereignisse berichteten, veränderten ihr Bindungsverhalten. Diese Ergebnisse unterstützen Bowlbys Hypothese, dass der individuelle Bindungsstil über das Leben hinweg stabil, jedoch durch gewisse Lebensereignisse veränderbar ist (Bowlby, 1988).

1.3 Bindung und Somatisierung

In einer Studie von Taylor, Mann, White und Goldberg (2000) kam heraus, dass somatisierende Patient_innen, also Leute mit medizinisch unerklärbaren Symptomen eher einen unsicheren Bindungsstil aufweisen als Patient_innen mit medizinisch erklärbaren Symptomen. Schon Bowlby (1988) proklamierte, dass der kindliche Bindungsstil Einfluss auf das Wohlbefinden, die mentale Gesundheit sowie die spätere Beziehungsgestaltung hat. Auch Maunder und Hunter (2001) fanden heraus, dass unsichere Bindung durch drei verschiedene Mechanismen zu einem erhöhten Risiko von Somatisierung führt. Menschen mit unsicherem Bindungsstil neigen laut ihnen eher zu erhöhter Stressempfindlichkeit, verstärkter Nutzung von äußeren Emotionsregulatoren und haben ein anderes Hilfesuchverhalten als Menschen mit sicherem Bindungsstil. Auch Hannum und Dvorak (2004) fanden heraus, dass die Beziehung zu den Eltern einen großen Einfluss auf die Gesundheit des Individuums hat, wobei sie proklamierten, dass eine sichere mütterliche Bindung vor psychologischem Distress, worunter auch Somatisierung fällt, schützend wirkt. Ebenso kam McWilliams (2017) zu dem Ergebnis, dass unsichere Bindung positiv mit medizinisch unerklärbaren Symptomen korreliert.

1.4 Alexithymie

Somatoforme Störungen konnten unter anderem auch mit erhöhten Alexithymie-Prävalenzraten in Verbindung gebracht werden (Bankier, Aigner & Bach, 2001). Auch Gil, Scheidt, Hoeger und Nickel (2008) fanden in ihrer Studie einen hohen Anteil an Alexithymie unter ihren Patient_innen mit somatoformer Störung, wobei 22% davon klinisch bedeutsame Alexithymie-Werte erreichten und damit weit über den Werten der Nicht-Patient_innen lagen. Darüber hinaus wiesen 88% dieser Patient_innen einen unsicheren Bindungsstil auf. Außerdem untermauerten ihre Ergebnisse die Annahme, dass Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, was im Extremfall in Alexithymie münden kann, mit einer problematischen Beziehung zur Bindungsfigur einhergeht. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass negative

Beziehungserfahrungen in der Kindheit Erwachsene anfällig für Alexithymie und möglicherweise dadurch auch für Somatisierung machen. Waller und Scheidt (2008) schlagen ebenfalls vor, dass unsichere Bindungsstile zu einer Störung der Affektdifferenzierung sowie der Affektregulation führen und so in Schwierigkeiten bei der Stressregulation resultieren, was in Folge zu psychosomatischen Beschwerden führen kann.

Auch Kraemer und Loader (1995) betrachten psychosomatische Symptome als ein Ergebnis aus den frühesten Beziehungen der Patient_innen. Lange bevor Kinder zu sprechen beginnen, benutzen sie ihren Körper als Kommunikationsmittel. Sie erleben ziemliche Extreme an Emotionen, welche größtenteils als körperliche Zustände wahrgenommen werden und auch mithilfe des Körpers der Umwelt mitgeteilt werden. In diesem frühen Alter hängt das Überleben von der Umwelt beziehungsweise von interpersoneller Interaktion ab. Wenn die primäre Bezugsperson regelmäßig imstande ist, die Stimmungen beziehungsweise Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, auf diese adäquat zu reagieren, und diesem ebenfalls verstehbar zu machen, kann sich das Kind zu jemandem entwickeln, der weiß, wie er sich fühlt und daher lernen kann, zwischen körperlichen und psychischen Zuständen zu unterscheiden, sowie diese auf eine immer reifer werdende Art zu regulieren. Ist die primäre Bezugsperson aus welchen Gründen auch immer jedoch nicht in der Lage, die Gefühle des Kindes adäquat zu erkennen und auf diese genauso adäquat zu reagieren, entwickelt sich eine unsichere Bindung, in der das Kind keinen Schutz vor der Intensität seiner Gefühle erfährt. Um sich vor der Flut seiner Gefühle zu retten, kapselt das Kind sich von den emotionalen Aspekten seiner Zustände ab, während nur die körperliche Komponente übrig bleibt, welche sich in Form von körperlichen Missempfindungen manifestiert. Passend dazu schlagen Taylor, Bagby und Parker (1991) vor, dass das Konzept der Alexithymie insofern auf somatoforme Störungen angewendet werden kann, dass es Menschen beschreibt, die Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle zu erkennen und die körperlichen Manifestationen dieser als körperliche Symptome interpretieren.

Dies ist eine Art der Anpassung, um den seelischen Schmerz zu verkleinern, doch führt sie dazu, dass die Gefühlszustände dem Selbst nicht zugänglich sind und so nicht verwendet werden können, um eine Handlung anzuregen (Kraemer & Loader, 1995). Unter Handlung kann hier die Anwendung einer intrapersonalen Emotionsregulationsstrategie oder das adäquate in Kontakttreten mit einer

Bezugsperson zur interpersonellen Emotionsregulation verstanden werden. Da diese Menschen ihre Emotionen weder erkennen und benennen noch anderen gegenüber adäquat ausdrücken können, entwickeln sie eine nicht organisch oder medizinisch begründbare Symptomatik, um ihren Distress auszudrücken beziehungsweise zu kommunizieren (Kraemer & Loader, 1995).

1.5 Depressivität

Depressivität beziehungsweise Depression wird durch das ICD-10 mit Symptomen wie gedrückte Stimmung, verminderten Antrieb oder die verminderte Fähigkeit zu Freude, Konzentration und Interesse beschrieben, wobei fast immer auch das Selbstwertgefühl beeinträchtigt ist (World Health Organization, 2018). Das beeinträchtigte Selbstwertgefühl kann sich in Form von Schuldgefühlen oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit äußern. Außerdem kann bereits nach kleinen Anstrengungen eine starke Müdigkeit auftreten. Die gedrückte Stimmung ist relativ konstant und wird auch durch äußere Lebensumstände nicht verändert. Weiters können somatische Symptome auftreten, die ein gestörtes Schlafverhalten, einen verminderten Appetit, psychomotorische Hemmung, Agitiertheit oder einen Libidoverlust umfassen können. Je nach der Schwere und der Anzahl der Symptome, wird eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer klassifiziert.

Kisely, Goldberg und Simon (1997) fanden einen linearen Zusammenhang zwischen der Zahl medizinisch unerklärbarer Körperbeschwerden und der Häufigkeit von Angst- und depressiven Störungen. So liegt in sehr vielen Fällen der Somatisierungsstörung gleichzeitig eine depressive Störung vor. Auch Witte (2010) berichtet von einer Komorbidität von bis zu 90% zwischen Depression und somatoformen Störungen unter seinen Patient_innen. Was bezüglich des Konstruktes der Alexithymie spannend zu vermerken ist, ist die bei somatoformen Patient_innen gefundene positive Korrelation zwischen Depression und Alexithymie (Gil, Scheidt, Hoeger & Nickel, 2008).

2 Fragestellungen und Hypothesen

Da der Zusammenhang zwischen kindlicher Bindung und kindlicher Somatisierung und der Zusammenhang zwischen Erwachsenen-Bindung und Erwachsenen-Somatisierung schon viel beforscht wurde (Maunder & Hunter, 2001), jedoch bisher eher selten der Zusammenhang zwischen kindlicher Bindung und Erwachsenen-Somatisierung betrachtet wurde, soll sich die vorliegende Studie der Untersuchung dieser Beziehung widmen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die kindliche Bindung einen Einfluss auf die Erwachsenen-Bindung hat (z. B. Hamilton, 2000) und somit auf die Erwachsenen-Somatisierung wirken kann. Es soll untersucht werden, ob sich Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen auf den Bindungsskalen signifikant hinsichtlich der Variable Somatisierung unterscheiden. Daraus ergibt sich Fragestellung 1.

1. Inwiefern wirkt sich die retrospektiv erfasste elterliche Bindung auf Somatisierung im Erwachsenenalter aus?

1. H0: Personen, die höhere Werte auf der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich nicht in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

H1: Personen, die höhere Werte auf der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

2. H0: Personen, die höhere Werte auf der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich nicht in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte aufweisen.

H1: Personen, die höhere Werte auf der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte aufweisen.

3. H0: Personen, die höhere Werte auf der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich nicht in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

H1: Personen, die höhere Werte auf der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

4. H0: Personen, die höhere Werte auf der mütterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich nicht in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

H1: Personen, die höhere Werte auf der mütterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) haben, unterscheiden sich in ihrem Ausmaß an Somatisierung (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) von Personen, die niedrigere Werte haben.

Zusätzlich soll das aktuelle Ausmaß von Depressivität erfasst werden, da einerseits depressive Symptome die Beantwortung von Fragen verzerren können (Waldinger, Schulz, Barsky & Ahern, 2006), und andererseits Somatisierung stark mit Depression in Verbindung steht (Mergl et al., 2007). Beispielsweise berichtet Witte (2010) von einer Komorbidität von bis zu 90% zwischen Depression und somatoformen Störungen unter seinen Patient_innen. Außerdem konnte bei somatoformen Patient_innen eine positive Korrelation zwischen Depression und Alexithymie gefunden werden (Gil, Scheidt, Hoeger & Nickel, 2008). Da es sich allerdings bei den meisten soeben genannten Studien um Korrelationen anstatt um Kausalitäten handelt, ist es sehr schwer zu sagen, ob Somatisierung oder Depression der primäre Wirkfaktor ist. Daher soll schlichtweg die Korrelation sowie die durch Partialisierung bereinigte Korrelation zwischen Bindung und Somatisierung untersucht werden. Daraus ergibt sich Fragestellung 2.

2. Inwiefern beeinflusst das Depressionsausmaß die Korrelation zwischen elterlicher Bindung und Somatisierung?

1. H0: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

2. H0: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

3. H0: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

4. H0: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Depressionsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008) beeinflusst den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

Weiters soll untersucht werden, ob hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Bindung und Somatisierung ein Geschlechtsunterschied vorliegt, da beispielsweise in der Studie von Waldinger, Schulz, Barsky, und Ahern (2006) ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Beziehung dieser beiden Variablen herauskam. Es soll also untersucht werden, ob dem Geschlecht ein moderierender Effekt zugeordnet werden kann. Daraus ergibt sich Fragestellung 3.

3. Hat das Geschlecht einen moderierenden Effekt auf die Korrelation zwischen Somatisierung und elterlicher Bindung?

1. H0: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der väterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

2. H0: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der väterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

3. H0: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Kontrollskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsausmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

4. H0: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala und dem Somatisierungsmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014) nicht.

H1: Das Geschlecht moderiert den Zusammenhang zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995) und dem Somatisierungsmaß (ISR; Tritt et al., 2008; SCL-90-S; Franke, 2014).

3 Methode

Im Folgenden soll detailliert dargestellt werden, wie die Studie durchgeführt wurde, um die methodische Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

3.1 Untersuchungsdesign

Um zur Beantwortung der Hypothesen zu gelangen, soll eine Online-Befragung durchgeführt werden, wobei standardisierte und validierte Fragebögen verwendet werden. Diese Befragung kann als eine Querschnittstudie betrachtet werden, da sie eine Momentaufnahme der aktuellen somatischen Beschwerden der Proband_innen erfasst. Weiters weist sie einen retrospektiven Charakter auf, da Erwachsene zu ihrer Bindung an die Eltern während ihrer ersten 16 Lebensjahre befragt werden. Außerdem ist die Erhebung als der quantitativen Forschung zugehörig einzustufen. Im Rahmen der Untersuchung sollen Gruppen gebildet werden, die höhere und niedrigere Werte auf den Bindungsskalen repräsentieren sollen, um diese im Anschluss daran miteinander vergleichen zu können. Auch aus den verschiedenen Ausprägungskombinationen auf den Fürsorge- und Kontrollskalen sollen Gruppen gebildet werden, die dann miteinander verglichen werden.

3.2 Stichprobe

Hier sollen einerseits die vor der Studie festgelegten Ziele bezüglich der Stichprobe, anhand derer die Rekrutierung erfolgt ist, angeführt werden, und andererseits die tatsächlich gefundene Stichprobe beschrieben werden.

3.2.1 Ziel

Um einen mittleren Effekt zu erreichen, muss die Stichprobe laut G*Power in Anbetracht der geplanten statistischen Auswertungsverfahren mindestens 111 Personen umfassen. Um einen aussagekräftigen Vergleich zwischen den Geschlechtern anstellen zu können, sollten ungefähr gleich viele Männer wie Frauen teilnehmen. Weiters wäre es wünschenswert, eine weite Streuung in den Ausprägungen *Somatisierung*, *Depression* und *elterliche Bindung* zu erreichen, um bessere Aussagen treffen zu können. Als Einschlusskriterium soll das Mindestalter von 18 Jahren gewählt werden, da sich die vorliegende Studie mit Erwachsenen

beschäftigen soll. Als Ausschlusskriterien sollen aktuelle Erkrankungen wie Grippe oder Lebensmittelvergiftung betrachtet werden, da diese das Ausmaß an Somatisierungssymptomen verzerren können. Voraussichtlich muss im Einzelfall entschieden werden, ob die aktuell vorliegenden Erkrankungen ein Ausschlusskriterium darstellen.

3.2.2 Stichprobenbeschreibung

Die durch G*Power vorgegebene Stichprobengröße konnte mit einer Gesamtanzahl von 186 Personen erfüllt werden. Davon waren 99 weiblich und 85 männlich, wobei zwei Personen keine Angabe gemacht haben. Allerdings mussten bei genauerer Durchsicht 20 Fälle ausgeschlossen werden, was zu einer verbleibenden Anzahl von 166 geführt hat, wobei davon 88 weiblich und 78 männlich waren. Die 20 Fälle mussten einerseits aufgrund von fehlender Datenmenge und andererseits aufgrund der zutreffenden Ausschlusskriterien (z. B. Grippe) ausgeschlossen werden. Das Alter der Gesamtstichprobe wies einen Mittelwert von 29.41 auf, wobei die Standardabweichung bei 10.65 lag. Der Median lag bei 24.50, das Minimum bei 19 und das Maximum bei 64 Jahren. 14 Personen haben keine Angabe gemacht.

3.3 Messinstrumente

Zur Erfassung der elterlichen Bindung soll der Fragebogen zum elterlichen Bindungsverhalten (FEB; Lutz, Heyn, & Kommer, 1995), welche eine der deutschen Versionen des englischen Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979) darstellt, verwendet werden. Der Fragebogen wird einmal für den Vater und einmal für die Mutter vorgegeben, wobei je Elternteil 25 Items vorgegeben werden, welche anhand einer 4-stufigen Likert-Skala, die von der Antwortalternative *gar nicht* bis zur Antwortalternative *sehr* reicht, beantwortet werden sollen. Es handelt sich hierbei um Fragen, die sich retrospektiv auf die ersten 16 Lebensjahre der Proband_innen beziehen. Die Items lassen sich zu den Skalen *Kontrolle* und *Fürsorge* zuordnen, wobei diese Skalen aus jeweils zwei Subskalen gebildet werden. Die Skala *Kontrolle* setzt sich aus den beiden Subskalen *Kontrolle* und *Autonomie* zusammen, während die Skala *Fürsorge* aus den beiden Subskalen *Fürsorge* und *Ablehnung* besteht. Die zwei Subskalen stellen jeweils zwei Pole der zwei Hauptskalen dar, wobei die Items der Subskalen *Ablehnung* und *Autonomie* invertiert

werden müssen, um gemeinsam mit den zwei entgegengesetzten Subskalen *Fürsorge* und *Kontrolle* zu den zwei Hauptskalen zusammengefasst werden zu können. Ein Beispielitem für die Skala *Fürsorge* wäre „Meine Mutter sprach mit mir in einem herzlichen und freundlichen Ton“. Ein Beispielitem für die Skala *Kontrolle* wäre „Meine Mutter griff in mein Privatleben ein“. Aus einer Kombination der verschiedenen Ausprägungen auf den zwei Hauptskalen *Kontrolle* und *Fürsorge* lassen sich gemäß Parker et al. (1979) vier verschiedene Kategorien zur Beschreibung elterlicher Bindung bilden. Sie sprechen von *liebloser Kontrolle* bei hoher Kontrolle und geringer Fürsorge, von *fehlender oder schwacher Bindung* bei geringer Fürsorge und geringer Kontrolle, von *liebvoller Einschränkung* bei hoher Kontrolle und hoher Fürsorge und von einer *optimalen Bindung* bei hoher Fürsorge und geringer Kontrolle. In der vorliegenden Studie soll die letzte Kategorie als der sichere Bindungstyp betrachtet werden, während die restlichen drei Kategorien als unsichere Bindungstypen interpretiert werden sollen.

Dieser Fragebogen soll verwendet werden, da er in den innerhalb der Literaturrecherche gefundenen relevanten Studien sehr oft vorgegeben wurde und sich bereits über lange Zeit positiv bewährt hat. Außerdem weisen bei den Vätern die Skala *Kontrolle* ein Cronbachs- α von .84 und die Skala *Fürsorge* ein Cronbachs- α von .91 auf, während bei den Müttern die Skala *Kontrolle* ein Cronbachs- α von .86 aufweist und die Skala *Fürsorge* auch ein Cronbachs- α von .92 ergibt (Lutz et al., 1995). All diese äußerst hohen Cronbachs- α -Werte haben zu einer positiven Einschätzung des Verfahrens sowie zu seiner Verwendung bewegt. Die hier angegebenen Cronbachs- α -Werte beziehen sich auf die deutsche Version, also direkt auf den FEB.

Der Fragebogen soll mit vom Original abweichenden Instruktionen vorgegeben werden, sodass die Proband_innen die Möglichkeit haben, jemand anderes als ihren leiblichen Elternteil zu wählen, wenn dieser oder diese funktional die Rolle einer sie primär prägenden Bezugsperson eingenommen hat. Dabei soll allerdings anstatt der Mutter eine weibliche Bezugsperson und anstatt des Vaters eine männliche Bezugsperson angegeben werden. Im weiteren Verlauf der Arbeit soll darauf nicht näher eingegangen werden und ebenfalls zu den *väterlichen* und *mütterlichen* Bindungsskalen zugeordnet werden.

Zur Erfassung des Ausmaßes von somatischen Symptomen bzw. von Somatisierung soll ein Gesamtscore anhand zweier verschiedener Verfahren

gebildet werden. Einerseits soll die Skala *Somatisierung* aus dem Fragebogen Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90-S; Franke, 2014), welche eine deutsche Übersetzung des Symptom-Checklist-90 (SCL-90; DeRogatis, Lippman & Covi, 1973) darstellt, verwendet werden. Diese Skala umfasst 12 Items, welche anhand einer 5-stufigen Antwortskala, welche von *überhaupt nicht* bis *sehr stark* reicht, beantwortet werden sollen. Die Items umfassen somatische Beschwerden wie zum Beispiel Magenverstimmungen oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen. Die Proband_innen sollen diese hinsichtlich der letzten sieben Tage beantworten. Die Skala weist in der deutschen Fassung ein Cronbachs- α von .83 (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001). Dieser äußerst akzeptable Wert sowie die Tatsache, dass diese Skala in einem Großteil der Studien zu Somatisierung verwendet wurde (Crombez, Beirens, Van Damme, Eccleston, & Fontaine, 2009), hat dazu bewegt, diese für die vorliegende Studie heranzuziehen. Da die Erfassung von Somatisierung sehr problematisch ist, da oft nur somatische Beschwerden abgefragt werden, wobei das Konstrukt der *Somatisierung* eigentlich viel komplexer ist (Crombez et al., 2009), soll zusätzlich noch eine weitere Komponente von Somatisierung mittels der Skala *Somatoformes Syndrom* aus dem ICD-10-Symptom-Rating (ISR; Tritt et al., 2008) erfragt werden. Diese Skala besteht aus drei Items, welche anhand einer 5-stufigen Likert-Skala, welche von *trifft nicht zu* bis *trifft extrem zu* reicht, beantwortet werden soll. Die Items beziehen sich auf die letzten zwei Wochen und umfasst beispielsweise das Item „Ich leide unter der ständig quälenden Sorge, körperlich krank zu sein“. Das Cronbachs- α liegt zwischen .78 und .86 (Fischer, Tritt, Klapp & Fliege, 2010), was einen sehr guten Wert darstellt. Weiters hat die Kürze und doch starke Aussagekraft dieser Skala dazu bewegt, sie zu wählen. Diese Skala soll im weiteren Verlauf als „ISR Somatisierung“ bezeichnet werden, um die Verständlichkeit und Zuordenbarkeit zu erleichtern.

Zur Erfassung der Depressivität soll die Skala *Depression* aus dem ICD-10-Symptom-Rating (ISR; Tritt et al., 2008) verwendet werden. Diese Skala umfasst vier Items, welche anhand einer 5-stufigen Likert-Skala, welche von *trifft nicht zu* bis *trifft extrem zu* reicht, beantwortet werden sollen, beispielsweise das Item „An Dingen, dich ich normalerweise gerne mache, habe ich keine richtige Freude mehr“. Die Items beziehen sich auf die letzten zwei Wochen. Auch diese Skala weist ein sehr erfreuliches Cronbachs- α auf, welches zwischen .78 und .86 liegt (Fischer et al.,

2010). Aufgrund dieses hohen Wertes sowie aufgrund der Kürze des Verfahrens im Vergleich zu anderen Depressionserfassungsverfahren, wurde dieses ausgewählt.

Zusätzlich sollen auch noch das Alter, das Geschlecht sowie aktuelle körperliche oder psychische Erkrankungen bzw. Diagnosen erfragt werden, um die Fragestellungen ausreichend bearbeiten zu können und um gegebenenfalls Fälle aufgrund der zutreffenden Ausschlusskriterien ausschließen zu können. Weiters soll die Möglichkeit für ergänzende Bemerkungen gegeben werden.

3.4 Vorgehen

Hier sollen einerseits die vor der Durchführung der Studie definierten Ziele, anhand derer bei der Rekrutierung vorgegangen wurde, angeführt werden, und andererseits die tatsächlich erfolgte Vorgehensweise beschrieben werden. Im Anschluss daran soll die statistische Vorgehensweise erläutert werden.

3.4.1 Ziel

Die Erhebung soll online mittels der Befragungssoftware Sosci Survey stattfinden. Es soll versucht werden, Proband_innen innerhalb des Freundes- und Bekanntenkreises zu finden und dort auch zur Weiterleitung des Links zu animieren, wodurch das Schneeballsystem hoffentlich seine Anwendung finden wird. Weiters sollen einige Körperpraktiker_innen, wie zum Beispiel ein Grinberg-Therapeut, ein Osteopath und eine Shiatsu-Therapeutin, kontaktiert werden, in der Hoffnung, dass diese den Link an ihre Klient_innen weiterleiten werden. Weiters soll Facebook als Möglichkeit zur Verbreitung des Links genutzt werden. Einerseits soll der Link in den diversen Student_innen-Gruppen gepostet werden. Andererseits soll aktiv nach Gruppen zu der Thematik Somatisierung bzw. Psychosomatik gesucht werden, um dort von Somatisierung Betroffene zu rekrutieren. Insgesamt soll ein Befragungszeitraum von zirka zwei Monaten (Anfang Februar bis Ende März) vorgeben werden, in der Hoffnung, innerhalb dieser Zeitspanne die Mindestanzahl an Teilnehmer_innen rekrutieren zu können. Als Bearbeitungsdauer sind ungefähr 10 Minuten kalkuliert, was den Proband_innen auch vorab mitgeteilt werden soll.

3.4.2 Tatsächlicher Ablauf

Die Rekrutierung über den Freundes- und Bekanntenkreis war erfolgreich und mündete wie erhofft in der Anwendung des Schneeballsystems. So verhielt es sich auch bei der Rekrutierung von potenziell Betroffenen durch einen Grinberg-Praktiker.

Andere Körperpraktiker_innen konnten leider nicht zur Weiterleitung des Links an ihre Klient_innen bewegt werden. Auf Facebook wurde explizit nach Gruppen gesucht, die das Wort „Psychosomatik“ oder „psychosomatisch“ im Namen enthielten, wobei die Suche nach dem Wort „Somatisierung“ keine Treffer ergab. Daraufhin durfte der Link in einigen Gruppen gepostet werden und stieß auf eine rege Teilnahme durch die Betroffenen.

3.4.3 Statistisches Vorgehen

Die zur ersten Fragestellung zugehörigen Hypothesen sollen mithilfe der nicht-parametrischen Alternative zum t-Test, nämlich des Mann-Whitney-U-Tests, überprüft werden, da streng genommen die Voraussetzungen für parametrische Verfahren verletzt sind. Mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests wurde festgestellt, dass keine Normalverteilung vorliegt. Ebenso liegt keine Varianzhomogenität vor, wie der Levene-Test ergab. Da diese beiden Tatsachen eine Verletzung der Voraussetzungen für parametrische Verfahren darstellen, wird hier auf ein nichtparametrisches Verfahren zurückgegriffen. Dazu soll ein Mittelwertsplit vorgenommen werden, um zwei Gruppen für jeweils höhere (n_2) und niedrigere (n_1) Werte in den vier Skalen der mütterlichen bzw. väterlichen Fürsorge und Kontrolle zu bilden. Im Anschluss daran sollen für alle vier Skalen diese zwei Gruppen hinsichtlich der abhängigen Variable „Somatisierung“ miteinander verglichen und überprüft werden, ob und wenn ja, in welcher der beiden Gruppen eine signifikant stärkere Ausprägung in dieser Variable vorliegt.

Die zur zweiten Fragestellung zugehörigen Hypothesen sollen mithilfe von partieller Korrelation untersucht werden, um für die Variable Depression zu kontrollieren. Dabei wird die Pearson-Korrelation zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung berechnet, wobei die Variable Depression herauspartialisiert wird. Im Anschluss daran soll überprüft werden, ob nach der Partialisierung noch signifikante Korrelationen zwischen den oben genannten Variablen bestehen bleiben. Die Voraussetzungen der Linearität und der Intervallskalierung sind gegeben, wobei die Voraussetzung der Linearität mittels Streudiagramme überprüft wurde. Die Voraussetzung der Normalverteilung ist zwar streng genommen gemäß dem Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests verletzt, aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems, welches besagt, dass ab einer

Stichprobengröße von mehr als 30 Personen *annähernd* eine Normalverteilung angenommen werden *darf* (Döring & Bortz, 2016), wird dies allerdings außer Acht gelassen und nicht so streng wie in Fragestellung 1 behandelt.

Die zur dritten Fragestellung zugehörigen Hypothesen sollen mittels einer Moderationsanalyse mithilfe des Programms PROCESS berechnet werden, wobei das Geschlecht als Moderator innerhalb der Beziehung zwischen den Bindungsskalen und dem Outcome Somatisierung betrachtet werden soll. Im Anschluss daran soll überprüft werden, ob die Interaktion signifikant ist.

All diese Berechnungen erfolgen mittels der Programme IBM SPSS Statistics (Version 21) und PROCESS von Andrew F. Hayes. Außerdem wird von einem Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ ausgegangen. Die Skalenscores sollen wie üblich ab Vorhandensein von 80% der Items einer Skala gebildet werden. Bei der Berechnung der Konfidenzintervalle wird von einem Konfidenzniveau von 95% ausgegangen.

4 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die statistischen Ergebnisse der vorliegenden Studie angeführt werden. Zunächst sollen die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen sowie die deskriptiven Statistiken der einzelnen Skalen präsentiert werden. Anschließend werden die Ergebnisse der Überprüfung der Fragestellungen und der zugehörigen Hypothesen im Detail dargestellt.

4.1 Reliabilitätsanalysen

Um eine ausreichende Reliabilität der verwendeten Skalen gewährleisten zu können, soll eine Reliabilitätsanalyse vorgenommen werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass ein Cronbachs- α von .70 oder höher für eine gute interne Konsistenz steht (Kline, 2000). Da dieses Kriterium von allen Skalen erfüllt wird, muss keine dieser Skalen von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden. Die einzelnen Cronbachs- α -Werte der zugehörigen Skalen sollen aus *Tabelle 1* ersichtlich werden.

Tabelle 1

Reliabilitätsanalysen der einzelnen Skalen

	Cronbachs α	Itemanzahl
Fürsorge Mutter	.91	6
Ablehnung Mutter	.86	6
Kontrolle Mutter	.84	7
Autonomie Mutter	.84	6
Fürsorge Mutter Gesamt	.94	12
Kontrolle Mutter Gesamt	.88	13
Fürsorge Vater	.91	6
Ablehnung Vater	.86	6
Kontrolle Vater	.77	7
Autonomie Vater	.84	6
Kontrolle Vater Gesamt	.87	13
Fürsorge Vater Gesamt	.93	12
SCL-90 Skala Somatisierung	.85	12
ISR Skala Somatisierung	.84	3
Somatisierung Gesamt	.88	15
ISR Skala Depression	.85	4

Anmerkung. Gesamtscores in fettem Schriftbild.

Auch die korrigierte Item-Skala-Korrelation beziehungsweise die kleinste korrigierte Trennschärfe der einzelnen Items wurde berechnet, wobei keiner dieser Werte unter .30 lag, was bedeutet, dass keines der Items von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden muss.

4.2 Deskriptive Statistiken

In *Tabelle 2* soll ein kurzer Überblick über die deskriptiven Statistiken der Skalen gegeben werden, um ein Bild von der vorliegenden Stichprobe zu bekommen. Der Median und der Mittelwert liegen relativ nah beieinander. Wie anhand des Minimums und des Maximums ersichtlich wird, gab es auch Personen mit *sehr hohen* und *sehr niedrigen* Ausprägungen in den Skalen, welche vom mittleren Bereich abweichen.

Das mittlere Ausmaß an Depression kann gemäß der ISR-Interpretationstabelle anhand der skalenspezifischen Cut-off Werte (Tritt et al., 2010) als eine geringe Symptombelastung innerhalb der Stichprobe gesehen werden. Aufgrund der Ausprägung in der ISR-Skala zur Somatisierung kann von einem Verdacht auf ein somatoformes Syndrom geschlossen werden (Tritt et al., 2010). Die in der SCL-Skala *Somatisierung* erreichten Mittelwerte liegen leicht über den Mittelwerten der Vergleichsstichprobe, welche zwischen 1.38 und 1.55 angesiedelt waren (Hessel et al., 2001). Die vorliegenden Werte der Bindungsskalen sind mit denen der Vergleichsstichprobe vergleichbar, wobei die Fürsorgewerte etwas höher und die Kontrollwerte etwas niedriger ausgefallen sind (Lutz et al., 1995). Dies gilt sowohl für die Väter als auch für die Mütter.

Tabelle 2

Deskriptive Statistiken zu den einzelnen Skalen

	Mittelwert	Median	SD	Min	Max	Antwortstufen
Fürsorge Vater	2.87	2.88	.73	1.17	4.00	1-4
Gesamt						
Fürsorge Mutter	3.14	3.33	.70	1.25	.00	1-4
Gesamt						
Kontrolle Mutter	2.05	2.00	.56	1.08	.00	1-4
Gesamt						
Kontrolle Vater	1.77	1.70	.54	1.00	.85	1-4
Gesamt						
Somatisierung	1.72	1.53	.61	1.00	.40	1-5
Gesamt						
ISR Depression	2.22	2.00	.95	1.00	.00	1-5
SCL-90	1.76	1.58	.62	1.00	.42	1-5
Somatisierung						
ISR Somatisierung	1.59	1.00	.89	1.00	.00	1-5

Anmerkung. Die Antwortstufen stehen für das Maß der Zustimmung innerhalb des Wertebereichs 1 bis 4 beziehungsweise 1 bis 5.

4.3 Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen

Bei den vorliegenden Ergebnissen soll die Effektstärke Cohens d anhand von Grenzwerten wie folgt interpretiert werden: .2: kleiner Effekt; .5: mittlerer Effekt; .8: starker Effekt (Cohen, 1988). Alle signifikanten Ergebnisse werden mit (*) markiert.

4.3.1 Ergebnisse Fragestellung 1

Aufgrund der Analyse der vorliegenden Daten, können die zur Fragestellung 1 zugehörigen Alternativhypothesen vorläufig angenommen werden. Personen mit

höheren Werten in der Skala mütterliche Fürsorge haben einen signifikant niedrigeren Wert in der Skala Somatisierung als Personen mit niedrigeren Werten in der Skala mütterliche Fürsorge, $U=2210.00$, $p<.01$, $d=.57$, 95% KI für d [.25, .89]. Hier ist von einem mittleren Effekt zu sprechen. Ebenso haben Personen mit höheren Werten in der Skala väterliche Fürsorge einen signifikant niedrigeren Wert in der Skala Somatisierung als Personen mit niedrigeren Werten in der Skala väterliche Fürsorge, $U=2646.00$, $p=.01$, $d=.41$, 95% KI für d [.10, .72]. Hier ist von einem kleinen bis mittleren Effekt zu sprechen. Hingegen haben Personen mit höheren Werten in der Skala väterliche Kontrolle einen signifikant höheren Wert in der Skala Somatisierung als Personen mit niedrigeren Werten in der Skala väterliche Kontrolle, $U=2446.50$, $p<.01$, $d=.52$, 95% KI für d [.21, .83]. Hier ist von einem mittleren Effekt zu sprechen. Ebenso haben Personen mit höheren Werten in der Skala mütterliche Kontrolle einen signifikant höheren Wert in der Skala Somatisierung als Personen mit niedrigeren Werten in der Skala mütterliche Kontrolle, $U=2694.50$, $p=.02$, $d=.37$, 95% KI für d [.06, .68]. Hier ist lediglich von einem kleinen Effekt zu sprechen. In *Tabelle 3* sind zur besseren Übersicht die statistischen Größen nochmal dargestellt.

Tabelle 3

Ergebnisse von Fragestellung 1

	U	p	Cohens d	95% KI für d	$n1$	$n2$
Väterliche Kontrolle	2446.50	<.01(*)	.52	[.21, .83]	85	81
Väterliche Fürsorge	2646.00	.01(*)	.41	[.10, .72]	83	83
Mütterliche Kontrolle	2694.50	.02(*)	.37	[.06, .68]	89	77
Mütterliche Fürsorge	2210.00	<.01(*)	.57	[.25, .89]	65	101

Anmerkung. Die durch höhere ($n2$) und niedrigere ($n1$) Skalenausprägungen gebildeten Personengruppen wurden hinsichtlich der Variable Somatisierung miteinander verglichen.

4.3.2 Ergebnisse Fragestellung 2

Wenn für die Variable Depression kontrolliert wird, indem die Korrelation zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung durch Herauspartialisieren der Variable Depression bereinigt wird, bleibt nur zwischen der Skala *Mütterliche Fürsorge* und der Variable Somatisierung eine signifikante Korrelation übrig, $r = -.16$, $p = .05$, 95% KI für r [-.01, -.31]. Zur Interpretation des Korrelationskoeffizienten soll die vorgeschlagene Einstufung durch Cohen (1988) herangezogen werden, wo ein Wertebereich zwischen .1 bis .3 als kleiner Effekt, ein Wertebereich von .3 bis .5 als mittlerer Effekt, und ein Wert ab .5 als starker Effekt betrachtet werden.

Dementsprechend handelt es sich bei der verbleibenden Korrelation von $-.16$ um einen kleinen Effekt beziehungsweise Zusammenhang. Es können also auch die zur 2. Fragestellung zugehörigen Alternativhypothesen vorläufig angenommen werden, indem in der Variable Depression als ein Einfluss habender Faktor auf die Korrelation zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung gefunden wurde. Die Ergebnisse zur Pearson-Korrelation als auch die Ergebnisse zur Partiellen Korrelation sollen aus *Tabelle 4* ersichtlich werden.

Tabelle 4

Korrelationen zwischen Bindungsskalen & Somatisierung

	Pearson r	p	95% KI für r	Part. r	p	95% KI für r
Väterliche Kontrolle	.29 (*)	<.01	[.14, .42]	.12	.14	[-.03, .27]
Väterliche Fürsorge	-.24(*)	<.01	[-.09, -.38]	-.03	.70	[-.18, .12]
Mütterliche Kontrolle	.21 (*)	<.01	[.06, .35]	.04	.62	[-.11, .19]
Mütterliche Fürsorge	-.33(*)	<.01	[-.19, -.46]	-.16 (*)	.05	[-.01, -.31]

Anmerkung. $df=163$ bei partieller Korrelation und $N=166$ bei Pearson-Korrelation; Bei der partiellen Korrelation wurde die Variable Depression berücksichtigt; $p=.05$ war ungerundet .047 und ist daher signifikant.

Auch im Ausmaß der erklärten Varianz findet sich ein Unterschied, wenn für die Variable Depression kontrolliert wird. Dies wird ersichtlich, indem für beide Korrelationen r^2 gebildet und dann ihre Differenz zueinander berechnet wird. Bei der väterlichen als auch bei der mütterlichen Fürsorgeskala lässt sich ein signifikanter Unterschied in r^2 vermerken, wobei auch bei der mütterlichen Kontrollskala von einem derartigen Trend zu sprechen ist. Weiters wurde untersucht, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den ursprünglichen und den bereinigten Korrelationen vorliegt. Zur Interpretation des Effekts dieser r -Unterschiede soll das Effektmaß Cohens q herangezogen werden, welches durch Cohen (1988) bei einem Wertebereich von .1 bis .3 als kleiner Effekt, bei einem Wertebereich von .3 bis .5 als mittlerer Effekt, und bei einem Wert ab .5 als großer Effekt eingestuft wurde. Dementsprechend ist bei allen Skalen von einem eher kleinen Effekt zu sprechen, allerdings ist bei der väterlichen Kontrollskala ein Trend Richtung mittlere Effektstärke hin erkennbar. Die dazugehörigen statistischen Ergebnisse sind vollständig in *Tabelle 5* dargestellt.

Tabelle 5

Maße der Korrelationsunterschiede zwischen ursprünglicher u. partieller Korrelation

	Differenz in r^2	Cohens q	Signifikanz r - Unterschied
Väterliche Kontrolle	.07	.29	.12
Väterliche Fürsorge	.06 (*)	.21	.03 (*)
Mütterliche Kontrolle	.04	.18	.05
Mütterliche Fürsorge	.08 (*)	.19	.05 (*)

Anmerkung. $p=.05$ (bei Mütterliche Fürsorge) war ungerundet .046 und ist daher signifikant.

4.3.3 Ergebnisse Fragestellung 3

Die mittels PROCESS berechnete Moderation lieferte keine signifikanten Ergebnisse. Die zur 3. Fragestellung gehörigen Alternativhypothesen können nicht angenommen werden, da keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden wurden. Es liegt also in der vorliegenden Stichprobe kein moderierender Effekt durch das Geschlecht hinsichtlich der Beziehung zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung vor. Aus *Tabelle 6* sollen die (nicht signifikanten) p-Werte der Moderationsinteraktion ersichtlich werden.

Tabelle 6

Ergebnisse Moderation

	Moderationsinteraktion (<i>p</i> -Wert)
Mütterliche Fürsorge	.71
Väterliche Fürsorge	.46
Väterliche Kontrolle	.34
Mütterliche Kontrolle	.45

Anmerkung. Die Moderationsinteraktion bezieht sich auf die Beziehung zwischen den oben genannten Skalen und der Variable Somatisierung unter Berücksichtigung der Moderatorvariable Geschlecht; *N*=166.

4.3.4 Zusätzlich

Zusätzlich soll anhand der Daten in sichere und unsichere Bindungstypen unterteilt werden, wobei der von Parker et al. (1979) vorgeschlagene Bindungstyp der optimalen Bindung, welcher eine hohe Fürsorge und eine geringe Kontrolle aufweist, als sicherer Bindungstyp zu betrachten ist. Alle anderen Kombinationen an hohen und niedrigen Ausprägungen in den Skalen Fürsorge und Kontrolle sind als unsichere Bindungstypen zu betrachten. Um diese zwei Gruppen beziehungsweise Bindungstypen bilden zu können, musste in hohe und niedere Ausprägungen auf den Bindungsskalen unterschieden werden, wobei mit höheren Ausprägungen Werte gemeint sind, welche über dem Mittelwert liegen, während mit niedrigeren

Ausprägungen Werte gemeint sind, die unter dem Mittelwert liegen. Im Anschluss daran sollen diese zwei Bindungstypen miteinander verglichen werden, um so einen Vergleich mit der bisher vorliegenden Literatur, in welcher zumeist von sicheren und unsicheren Bindungstypen die Rede ist, anstellen zu können. Die an die Mutter sicher Gebundenen zeigen signifikant weniger Somatisierung als die unsicher Gebundenen, $U=2377.00$, $p<.01$, $d=.52$, 95% KI für d [.21, .84]. Hier ist von einem mittleren Effekt zu sprechen. Auch die an den Vater sicher Gebundenen zeigen signifikant weniger Somatisierung als die unsicher Gebundenen, $U=2614.00$, $p=.02$, $d=.37$, 95% KI für d [.06, .69]. Hier ist von einem eher kleinen Effekt zu sprechen. Die Ergebnisse sind nochmals in *Tabelle 7* dargestellt, um eine bessere Übersicht zu ermöglichen.

Tabelle 7

Vergleich unsicherer und sicherer Bindungstypen hinsichtlich Somatisierungsmaß

	U	Sicher ($n1$)	Unsicher ($n2$)	p	Cohens d	95% KI für d
Väter	2614.00	67	99	.02 (*)	.37	[.06, .69]
Mütter	2377.00	70	96	<.01(*)	.52	[.21, .84]

Anmerkung. Die Gruppe der sicher Gebundenen ($n1$) wurde aus der Ausprägungskombination einer hohen Fürsorge und einer niedrigen Kontrolle gebildet.

5 Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Studie kurz zusammengefasst und potenzielle Erklärungsansätze für ihre Entstehung vorgeschlagen werden. Außerdem soll ein Bezug zu den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen hergestellt werden. Im Anschluss daran werden die Limitationen im Rahmen der Studie kritisch beleuchtet und es wird auch ein Ausblick auf zukünftige Forschungsmöglichkeiten gegeben. Zu guter Letzt sollen potenzielle Implikationen für die Praxis behandelt werden.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Verortung im theoretischen Hintergrund

5.1.1 Fragestellung 1

Die Überprüfung der zur ersten Fragestellung zugehörigen Hypothesen führte zu signifikanten Ergebnissen. Das heißt, dass sich die Personen mit niedrigeren Ausprägungen in den Bindungsskalen hinsichtlich ihres Ausmaßes an somatischen Symptomen signifikant von Personen mit höheren Ausprägungen in den Bindungsskalen unterscheiden. Präziser formuliert, führt eine höhere Ausprägung in der Fürsorgeskala zu weniger Somatisierung, während eine höhere Ausprägung in der Kontrollskala zu mehr Somatisierung führt. Dieser Befund bezieht sich sowohl auf die mütterlichen als auch auf die väterlichen Skalen. Dabei ist bei der mütterlichen Kontrollskala sowie bei der väterlichen Fürsorgeskala von einem kleinen Effekt zu sprechen, während bei der mütterlichen Fürsorgeskala sowie bei der väterlichen Kontrollskala ein mittlerer Effekt gefunden werden konnte. Der stärkste Effekt trat bei der mütterlichen Fürsorgeskala auf, was sich auch mit den Befunden aus der Literatur deckt. Auch bei der nachträglichen (nicht veröffentlichten) Auswertung der Daten des Schmerzprojektes (Lutz & Michalak, 2002) ergab sich aus der kanonischen Korrelation ein starker Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und der mütterlichen Fürsorgeskala, welcher weitaus stärker war als der Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und den restlichen Bindungsskalen. Warum genau die mütterliche Fürsorge am stärksten mit Somatisierung korreliert, kann nur vermutet werden. Es sei an dieser Stelle allerdings zu bedenken, dass in vielen Fällen (vor allem in den früheren Generationen, was zum Teil auch die vorliegende Stichprobe betreffen mag), die Mutter aufgrund von gesellschaftlichen Konventionen viel präsenter war in der Betreuung des Kindes.

Beispielsweise wurde auch aus der Studie von Kapella und Rille-Pfeiffer (2007) ersichtlich, dass in der Bevölkerung ein Unterschied hinsichtlich der Einstellung, wieviel Zeit ein Elternteil mit seinem Kind während der ersten drei Lebensjahre verbringen soll, vorliegt. Dabei wurde von einer guten Mutter erwartet, dass sie den ganzen oder zumindest den halben Tag mit dem Kind verbringt, während von einem guten Vater lediglich 1 bis 3 Stunden täglich an mit dem Kind verbrachter Zeit erwartet wurden. Dieser Befund zeigt, dass auch heute noch die Einstellung, dass sich die Mutter mehr mit dem Kind befassen soll als der Vater, existiert, was sich wiederum auf die Verhaltensebene überträgt, wodurch die Mutter lediglich durch ihre größere Präsenz mehr Wichtigkeit in der Entwicklung des Kindes gewinnen könnte. Allein dies könnte also schon zur höheren Korrelation einer Outcome-Variable mit einer mütterlichen Bindungsskala führen.

5.1.2 Fragestellung 2

Bei der Überprüfung der Hypothesen kam heraus, dass nach Herausparsieren der Variable Depression fast alle der vormals signifikanten Korrelationen zwischen Somatisierung und den Bindungsskalen verschwinden. Nur zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala und der Variable Somatisierung bleibt dennoch ein signifikanter Zusammenhang bestehen. Diese dennoch verbleibende negative Korrelation zwischen mütterlicher Fürsorge und Somatisierung kann also gewissermaßen so betrachtet werden, dass mütterliche Fürsorge vor späterer Somatisierung im Erwachsenenalter schützt. Allerdings ist bei allen vier Bindungsskalen nur von kleinen Effekten hinsichtlich des Unterschiedes in der erklärten Varianz zu sprechen, wobei nur bei den väterlichen und mütterlichen Fürsorgeskalen ein signifikanter Unterschied und bei der mütterlichen Kontrollskala ein Trend in diese Richtung gefunden werden konnte. Dennoch verschwanden die signifikanten Korrelationen bei fast allen Bindungsskalen nach der Partialisierung.

Depression ist also -ausgehend von den Ergebnissen der partiellen Korrelation- ein durchaus starker Prädiktor für Somatisierung, was hinsichtlich der bisherigen Forschungsbefunde nicht verwunderlich ist, in denen vielmals die starke Verbindung beziehungsweise Komorbidität zwischen Somatisierung und Depression konstatiert wurde (z. B. Witte, 2010). Nachträgliche Berechnungen ergaben, dass zwischen Depression und Somatisierung eine signifikante und hohe positive

Korrelation vorliegt, $r=.58$, $p<.01$, 95% KI für r [.47, .67]. Ob an dieser Korrelation das Konstrukt der Alexithymie in irgendeiner Weise beteiligt ist, sei dahingestellt. Doch es soll an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass bei somatoformen Patient_innen positive Zusammenhänge zwischen Depression und Alexithymie gefunden worden sind (Gil, Scheidt, Hoeger & Nickel, 2008). Es könnte also sein, dass die stärker somatisierenden Personen in der Stichprobe nicht nur depressiver waren, sondern auch eine stärkere Tendenz zur Alexithymie aufwiesen, wobei möglicherweise die Alexithymie die primäre Ursache für Depression und Somatisierung darstellt.

Auch der Befund, dass die mütterliche Fürsorgeskala die stärkste Vorhersagekraft hat und auch trotz Bereinigung der Korrelation übrigbleibt, entspricht der bisherigen Literatur (Lutz & Michalak, 2002) und auch den Ergebnissen aus der 1. Fragestellung. Es können also auch die zu dieser Fragestellung gehörigen Alternativhypothesen vorläufig angenommen werden, indem in der Variable Depression ein (mehr oder weniger) Einfluss habender Faktor auf die Korrelation zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung gefunden wurde.

5.1.3 Fragestellung 3

Bei der dritten Fragestellung konnte bei keiner der 4 Bindungsskalen eine signifikante Moderationsinteraktion gefunden werden. Das heißt, die zugehörigen Alternativhypothesen konnten nicht bestätigt werden und das Geschlecht stellt entgegen der Befunde von Waldinger, Schulz, Barsky und Ahern (2006) keine signifikante Moderatorvariable innerhalb der Beziehung zwischen den Bindungsskalen und der Variable Somatisierung dar. Das heißt, auf Männer und Frauen hat die Bindung an die Eltern keinen signifikant unterschiedlichen Einfluss hinsichtlich ihres Somatisierungsausmaßes. Diese Abweichung von den Ergebnissen von Waldinger, Schulz, Barsky und Ahern (2006) mag darauf beruhen, dass diese in ihrer Studie ein Mediationsmodell benutzt haben, wobei Bindung als Mediator für die Beziehung zwischen kindlichem Trauma und Somatisierung im Erwachsenenalter herangezogen wurde. Aufgrund dieser Fragestellung wurde eine anders zusammengesetzte Stichprobe als in der vorliegenden Studie gewählt, da verstärkt Personen mit Traumata darin vorkamen. In der Studie von Waldinger, Schulz, Barsky und Ahern (2006) kam bei den Frauen eine sexuelle Missbrauchserfahrung in der

Kindheit dreimal so häufig vor wie bei den Männern, was zu der Vermutung veranlasst hat, dass möglicherweise die Art des erlebten Traumas, nämlich sexueller Missbrauch, den Genderunterschied hinsichtlich der Wirkung von Bindung hervorgerufen hat.

5.1.4 Einbettung in die Literatur

Durch Unterteilung der Daten in sichere und unsichere Bindungstypen, welche aufgrund der von Parker, Tupling und Brown (1979) vorgeschlagenen Kombinationen von verschiedenen Skalenausprägungen in den Bindungsskalen vorgenommen wurde, konnte ein Vergleich zwischen unsicheren und sicheren Bindungstypen hinsichtlich der Variable Somatisierung angestellt werden. Bei diesem Vergleich kam heraus, dass sicher Gebundene signifikant weniger Somatisierung aufweisen als unsicher Gebundene, was sich erneut sehr gut in die bisherigen Forschungsbefunde einfügt. So kam beispielsweise auch in einer Studie von Taylor, Mann, White und Goldberg (2000) heraus, dass somatisierende Patient_innen, eher einen unsicheren Bindungsstil aufweisen als Patient_innen mit medizinisch erklärbaren Symptomen. Das heißt, die vorliegende Studie liefert einen wiederholten Hinweis darauf, dass somatisierende Menschen sich von nicht somatisierenden Menschen hinsichtlich ihres Bindungsstils unterscheiden. Bei der Bindung an die Mutter konnte ein mittlerer Effekt gefunden werden, während bei der Bindung an den Vater ein kleiner Effekt gefunden wurde. Dies passt wiederum sehr gut zu dem Forschungsbefund von Hannum und Dvorak (2004), welcher besagt, dass die Beziehung zu den Eltern einen großen Einfluss auf die Gesundheit des Individuums hat, wobei insbesondere eine sichere mütterliche Bindung vor psychologischem Distress, worunter auch Somatisierung fällt, schützend wirkt. Warum genau die Bindung zu den Eltern eine Auswirkung auf Somatisierung im Erwachsenenalter hat, kann nur vermutet werden. Maunder und Hunter (2001) schlagen vor, dass Menschen mit unsicherem Bindungsstil beispielsweise ein anderes Hilfesuchverhalten als Menschen mit sicherem Bindungsstil aufweisen, verstärkt äußere Emotionsregulatoren nutzen und unter einer höheren Stressempfindlichkeit leiden.

Auch das Konstrukt der Alexithymie als möglicher Erklärungsansatz soll hier nochmal erwähnt werden. Gil, Scheidt, Hoeger und Nickel (2008) fanden bei Patient_innen mit somatoformer Störung eine starke Tendenz zur Alexithymie, wobei

22% tatsächlich klinisch bedeutsamen Alexithymie-Werte aufwiesen. 88% dieser Patient_innen wiesen ebenfalls einen unsicheren Bindungsstil auf. Es wird also die Vermutung nahegelegt, dass somatoforme Patient_innen sowohl eine stärkere Tendenz zur Alexithymie als auch zu einem unsicheren Bindungsstil aufweisen als Nicht-Patient_innen, was auch in der vorliegenden Stichprobe der Fall sein könnte.

Abschließend sei noch der Erkenntnisgewinn durch die vorliegende Studie zu betonen. In der bisherigen Forschung wurde die Beziehung zwischen dem Bindungsstil im Erwachsenenalter und dem Somatisierungsausmaß im Erwachsenenalter bereits ausgiebig untersucht (Mauder & Hunter, 2001). Doch durch die vorliegende Studie konnte gezeigt werden, dass bereits der kindliche Bindungsstil eine Auswirkung auf das Somatisierungsausmaß im Erwachsenenalter hat. Dies ist im Einklang mit der Annahme von Bowlby (1988), welche besagt, dass der Bindungsstil im Erwachsenenalter maßgeblich durch den Bindungsstil in der Kindheit beeinflusst wird. Ob der Zusammenhang zwischen der kindlichen Bindung und der Somatisierung im Erwachsenenalter möglicherweise durch die Beziehungsgestaltung beziehungsweise den Bindungsstil im Erwachsenenalter mediiert wird, sei dahingestellt.

5.2 Limitationen und Ausblick

Allerdings weist auch diese Studie trotz aller Bemühungen einige Limitationen beziehungsweise nicht berücksichtigte Variablen, die möglicherweise von großer Bedeutung sind, auf. Die folgenden Gedankengänge sollen sowohl eine kritische Reflexion der vorliegenden Studie darstellen als auch der zukünftigen Forschung als Inspiration und Denkanstoß dienen.

Zu allererst sei zu erwähnen, dass aufgrund des querschnittlichen Designs keine Aussagen über kausale Zusammenhänge getroffen werden können. Das heißt man kann nur von Korrelationen hinsichtlich elterlichen Bindungsstils und Somatisierungsausmaß im Erwachsenenalter sprechen. Man kann aus der vorliegenden Studie jedoch beispielsweise nicht ableiten, ob Depression als Folge oder Ursache von Somatisierung wirkt, und ob die Depression bereits auch auf die Entwicklung des Bindungsverhaltens Einfluss genommen hat.

Es wäre sehr spannend, die vorliegenden Fragestellungen anhand eines längsschnittlichen Designs zu untersuchen und auch noch mehr andere Variablen in die Untersuchung miteinzuschließen. Beispielsweise wäre es auch noch spannend

gewesen, zu erfragen, ob die Eltern geschieden sind und bei welchem Elternteil mehr Zeit verbracht wurde, da dadurch vielleicht die Stärke der mütterlichen Fürsorgeskala besser nachvollziehbar geworden wäre.

Eine weitere Variable, die sicher auch eine bedeutsame Rolle innerhalb der vorliegenden Studie spielt, aber leider nicht erfasst wurde, ist die Alexithymie. Es wäre spannend gewesen, zu untersuchen, ob neben der Depression auch noch eine Tendenz zur Alexithymie vorliegt, welche wiederum eine potenzielle Erklärung für die Entstehung somatischer Symptome darstellen könnte. Mit dem gegenwärtigen Wissensstand lässt sich lediglich vermuten, dass die Personen, die einen unsicheren Bindungsstil und somatische Symptome zeigen, eine stärkere Tendenz zur Alexithymie aufweisen als Personen mit sicherem Bindungsstil ohne somatische Symptome. Für die Zukunft wäre es sicher spannend, zu untersuchen, ob die Korrelation zwischen Bindung und Somatisierung über Alexithymie mediiert wird. Diese Variable spielt gemäß den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sicherlich auch in der vorliegenden Studie eine sehr wichtige Rolle im Entstehungshintergrund (z. B. Waller & Scheidt, 2008).

Auch wäre es vor allem im Längsschnittdesign sehr bereichernd gewesen, zu untersuchen, wie sich der kindliche Bindungsstil zum jeweiligen Bindungsstil im Erwachsenenalter entwickelt und wie dieser sich wiederum auf die psychische und körperliche Gesundheit der Proband_innen auswirkt. Möglicherweise kann hierbei der Bindungsstil im Erwachsenenalter als Mediator identifiziert werden.

Weiters wäre es sehr essentiell, zu erfassen, seit wann und in welchen Situationen die somatischen Symptome auftreten, da man dadurch eventuell die Ursache beziehungsweise die Entstehung erraten kann.

Eine weitere Limitation stellt der retrospektive Charakter der Studie dar. Bei Fragebögen liegt das generelle Problem der möglichen Antwortverzerrung durch den Druck der sozialen Erwünschtheit oder durch mangelhafte Selbsteinschätzung vor. In diesem Fall kommt allerdings auch noch das Problem der Erinnerungsverzerrung hinzu. Was in der Vergangenheit – vor allem, wenn diese so weit wie die Kindheit zurückliegt – passiert ist, ist oft nicht der bewussten Erinnerung zugänglich.

Ein weiteres Problem bei einer Erhebung mittels eines Online-Fragebogens ist die Tatsache, dass die Proband_innen möglicherweise einige Fragen nicht verstehen, jedoch nicht direkt bei einem oder einer im Raum anwesenden Studienleiter_in nachfragen und dadurch die Frage lediglich nach eigenem Ermessen

beantworten können. Durch Rückmeldung der Proband_innen wurde ersichtlich, dass dies leider auch in der vorliegenden Studie der Fall war, da einige Personen mit den Fragen (zur elterlichen Bindung), die zum Teil oft in Form von doppelten Verneinungen formuliert waren, Schwierigkeiten hatten. Eventuell kam es dadurch zu einem verfälschten Antwortverhalten und in weiterer Folge zu einer Verzerrung der Ergebnisse.

Weiters war das vierstufige Antwortformat des Fragebogens zur elterlichen Bindung für einige Proband_innen problematisch, da sie sich in eine Richtung gedrängt fühlten. Um dies zu verhindern und um auch ein über die gesamte Befragung hinweg einheitliches Antwortformat von fünf Stufen zu gewähren, wäre die Verwendung einer fünften Antwortkategorie eventuell eine sinnvolle Abwandlung gewesen, welche leider nicht gemacht wurde.

Ein weiterer kritischer Punkt, der durch die Proband_innen rückgemeldet wurde, ist die Instruktion des Fragebogens zur elterlichen Bindung, welcher sich auf die ersten 16 Lebensjahre bezieht. Die ersten 16 Jahre sind sehr lange und in einigen Fällen vielen Veränderungen unterworfen. Die Proband_innen hatten Schwierigkeiten, für eine Elternfigur ein einheitliches Bild zu formen, da entweder mehrere verschiedene Bezugspersonen in dieser Zeit wichtig waren und sich in ihrer Präsenz abwechselten oder weil die Beziehung zu einer bestimmten einzelnen Hauptbezugsperson sich im Laufe der Zeit stark veränderte. Möglicherweise hat auch die Entwicklung der Beziehung zu den Eltern nach den ersten 16 Jahren einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen. Außerdem ist es auch schwierig zu entscheiden, ob ein leiblicher Elternteil mehr Gewicht hat als ein Stiefelternteil, und welcher für die Beantwortung eines derartigen Fragebogens herangezogen werden soll. Hierbei kam auch der Gedankengang auf, ob es sinnvoll ist, in männliche und weibliche Bezugspersonen zu unterteilen, da bei einigen Proband_innen beispielsweise zwei weibliche Bezugspersonen, nämlich die Mutter und die Großmutter, relevant waren, aber dafür keine männliche. Wie mit dieser Dichotomisierung in der zukünftigen Forschung umgegangen wird, muss sicher auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Wandlungen wie beispielsweise der Möglichkeit von homosexuellen Elternpaaren bedacht werden.

Ein weiterer kritischer Punkt, der nicht nur im Rahmen dieser Studie, sondern im gesamten Forschungsbereich zur Psychosomatik zu erwähnen ist, ist die Schwierigkeit der Erfassung. Zumeist umfassen die vorliegenden

Erhebungsinstrumente lediglich eine Abfrage der somatischen Beschwerden (Crombez, Beirens, Van Damme, Eccleston & Fontaine, 2009), wobei das keinesfalls dem komplexen Konstrukt der Somatisierung gerecht wird. Außerdem werden diese beispielsweise auch durch medizinisch erklärbare Symptome überlagert, wodurch es zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommt. Einige Proband_innen haben beispielsweise rückgemeldet, dass ihre Symptome von einer Lebensmittelvergiftung oder von einem grippalen Infekt rühren. Durch diese Rückmeldung konnten solche Fälle ausgeschlossen werden. Allerdings wurde bei der Auswahl und dem Ausschluss der Fälle durch das persönliche Ermessen der Studienleiterin entschieden. Diese Vorgehensweise ist insofern problematisch, da eine andere Studienleiterin beziehungsweise ein anderer Studienleiter möglicherweise andere Fälle ausgeschlossen hätte, was somit nicht zu einem einheitlichen Resultat führen kann. Die Kombination aus zwei verschiedenen Somatisierungsskalen, welche in der vorliegenden Studie vorgenommen wurde, ist eine Seltenheit in der bisherigen Forschung und soll als Versuch der besseren Erfassung des komplexen Konstrukts gesehen werden. Es ist allerdings sicher noch ein langer Weg und die Aufgabe der zukünftigen Forschungswelt, ein adäquates Erhebungsinstrument zu entwickeln, welches mehrere unterschiedliche Komponenten beziehungsweise Facetten von Somatisierung miterfasst.

Eine weitere Variable, die beispielsweise in der Studie von Waldinger, Schulz, Barsky und Ahern (2006) als Einflussfaktor identifiziert werden konnte, stellt der sozioökonomische Status dar. Es konnten signifikante Korrelationen zwischen Somatisierung und sozioökonomischem Status gefunden werden. Auch dieser Faktor sollte daher in der zukünftigen Forschung Berücksichtigung finden.

Abschließend sei zu vermerken, dass die vorliegende Stichprobe leider nicht die Kriterien der Repräsentativität der Allgemeinbevölkerung erfüllt, da ein großer Teil daraus aus dem Freundes- und Bekanntenkreis der Studienleiterin besteht. Darüber hinaus ist das Format der Online-Befragung insofern einschränkend, dass nur Personen mit Online-Zugang beziehungsweise mit dazugehörigen Fähigkeiten, mit diesem umzugehen, an der Studie teilnehmen konnten. Hier sei auch zu vermerken, dass aufgrund der Vorgehensweise primär Personen mit einem Facebook-Account erfasst wurden, nicht aber jene ohne Facebook-Account.

Darunter leidet potenziell die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Was auch noch spannend zu untersuchen gewesen wäre, ist die Konkordanz der erlebten Fürsorge und Kontrolle, die durch Vater und Mutter erfahren wurde. Möglicherweise hat nicht eine spezielle Art von Bindung an die Mutter oder an den Vater, sondern die Übereinstimmung der Verhaltensweisen und Erziehungsbeziehungsweise Bindungsstile dieser beiden Bezugspersonen einen Einfluss auf die spätere Entwicklung von Somatisierung. Dies könnte aus dem Konflikt, der aufgrund der verschiedenen Bindungs- beziehungsweise Erziehungsstile zwischen den Eltern besteht, resultieren. Für die zukünftige Forschung könnte es also auch relevant sein, den Unterschied der väterlichen und mütterlichen Bindungsskalen zu untersuchen und in die Berechnungen miteinzuschließen. Was hier allerdings zu vermerken ist, ist das Problem der Gewichtung, da ein Kind beispielsweise nach einer Scheidung oft bei einem Elternteil viel mehr Zeit verbringt und dieser in weiterer Folge viel maßgeblicher an der Entwicklung des Kindes beteiligt ist als der jeweils andere Elternteil.

5.3 Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Studie liefert erneut einen Hinweis darauf, dass die Kindheit ausschlaggebend für die körperliche und psychische Gesundheit im restlichen Leben ist. Wie man sieht, hat der Bindungsstil, dessen Wurzel in der Kindheit liegt, eine große Auswirkung auf das Somatisierungsausmaß im Erwachsenenalter. Daher ist es sehr wichtig, genau dort, wo alles beginnt, nämlich in der Kindheit, wirksame Interventionen beziehungsweise Präventionen zu setzen. Eltern sollten hinsichtlich Bindung geschult werden, damit sich die Gesundheit ihrer Kinder positiv entwickeln kann. Genau eine solche Intervention wurde bereits von van den Boom (1994) durchgeführt. Dabei wurden Mütter von emotional labilen 6 Monate alten Kindern in der für die Bindung äußerst relevanten Variable Einfühlsamkeit über 3 Monate hinweg geschult, wodurch es vermehrt zu der Entwicklung eines sicheren Bindungsstils kam im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im Alter von 18 Monaten waren beispielsweise in der Interventionsgruppe 72% sicher gebunden, während in der Kontrollgruppe nur 26% sicher gebunden waren. Durch die Verbesserung der mütterlichen Einfühlsamkeit, konnte die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion sowie in

Folge die Qualität der Bindung verbessert werden. Die Kinder aus der Versuchsgruppe konnten sich besser selbst beruhigen und weinten demnach weniger als die Kinder aus der Kontrollgruppe. Diese verbesserte Fähigkeit der Selbstberuhigung beziehungsweise Emotionsregulation stellt in der Entwicklung von Somatisierung sicher eine relevante Rolle dar (z. B. Kraemer & Loader, 1995). Eine derartige Intervention wäre also vorteilhaft, um in Risikogruppen der Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils und in weiterer Folge einer Somatisierungstendenz im Erwachsenenalter vorzubeugen.

6 Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bankier, B., Aigner, M. & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.

doi:10.1176/appi.psy.42.3.235

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.

Breuer, J. & Freud, S. (1977). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer.

Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, Frankreich: Baillière et Fils.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Crombez, G., Beirens, K., Van Damme, S., Eccleston, C. & Fontaine, J. (2009). The unbearable lightness of somatisation: a systematic review of the concept of somatization in empirical studies of pain. *PAIN®*, 145, 31-35.

doi:10.1016/j.pain.2009.04.006

DeRogatis, L. R., Lippman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer.

World Health Organization. (2018). *F32.-Depressive Episode*. Zugriff am 08. 07. 2018 unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>

World Health Organization. (2018). *F45.-Somatoforme Störungen*. Zugriff am 06. 07. 2018 unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F45.-.html>

Fischer, F., Tritt, K., Klapp, B., Fliege, H. (2010). Faktorenstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10-Symptom-Ratings (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60, 307-315. doi:10.1005/s-0029-1214419

Franke, G.H. (2014). *SCL-90-S. Symptom-Checklist-90-Standard*. Göttingen: Hogrefe.

Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Berlin, Deutschland: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition).

Gil, F. P., Scheidt, C. E., Hoeger, D. & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 437-451. doi:10.2190/PM.38.4.d

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694. doi:10.1111/1467-8624.00177

Hannum, J. W. & Dvorak, D. M. (2004). Effects of family conflict, divorce, and attachment patterns on the psychological distress and social adjustment of college freshmen. *Journal of College Student Development*, 45, 27-42. doi:10.1353/csd.2004.0008

Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C. E. & Rudolf, G. (2002). *Somatoforme Störungen, Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung. *Diagnostica*, 47, 27-39. doi:10.1026//0012-1924.47.1.27

Kapella, O. & Rille-Pfeiffer, C. (2007). *Einstellungen und Werthaltungen zu Themen der Vereinbarkeit von Familie und Erwerb: deskriptive Ergebnisse einer Einstellungs- und Wertestudie zu Mutter- und Vaterrolle, Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit der Frau* (66). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien.

Kisely, S., Goldberg, D. & Simon, G. (1997). A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychological Medicine*, 27, 1011-1019. doi:10.1017/S0033291797005485

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.

Körper, S., Frieser, D., Steinbrecher, N. & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 142-147. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.006

Kraemer, S. & Loader, P. (1995). 'Passing through life': Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941. doi: 10.1016/0022-3999(95)00511-0

Kroenke, K. & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American Journal of Medicine*, 86, 262-266. doi:10.1016/0002-9343(89)90293-3

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368. doi:10.1176/ajp.145.11.1358

Lutz, R., Heyn, C. & Kommer, D. (1995). Fragebogen zur elterlichen Bindung - FEB. In R. Lutz & N. Mark. (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 183-199). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Lutz, R. & Michalak, P. (2002). *Schmerzprojekt*. Unveröffentlichter Forschungsbericht an die BfA, Berlin.

Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 3, 556-567. doi:10.1097/00006842-200107000-00006

McWilliams, L. A. (2017). Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *European Journal of Pain*, 21, 1378-1383. doi:10.1002/ejp.1036

Meares, R., Hampshire, R., Gordon, E. & Kraiuhin, C. (1985). Whose hysteria: Briquet's, Janet's or Freud's?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 256-263. doi:10.3109/00048678509158830

Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Möller, H. J., Hegerl, U. & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185-195. doi:10.1002/da.20192

Merkle, W. & Egle, U. T. (2001). Die somatoforme Schmerzstörung. *Hessisches Ärzteblatt*, 10, 498-503.

Morschitzky H. (2007). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Wien: Springer.

Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x

Ronel, J., Noll-Hussong, M. & Lahmann, C. (2008). Von der Hysterie zur F45.0. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 9, 207-216. doi:10.1055/s-2008-1067473

Saß, H. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.

Shorter, E. (1994). *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Stekel, W. (1908). *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164. doi:10.1016/S0033-3182(91)72086-0

Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J. & Goldberg, D. P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, 30, 931-941. doi:10.1017/S0033291799002317

Tritt, K., Heymann, F.v., Zaudig, M., Zacharias, I., Soellner, W. & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens "ICD-10-Symptom-Rating" (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 409-418.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Söllner, W., Klapp, B., Loew, T. & Bühner, M. (2010). *Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR). Kurzdarstellung der Normierung*. München: Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik.

Van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477. doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00829.x

Veith, I. (1965). *Hysteria: The History of a Disease*. Chicago, Illinois: University Chicago Press.

Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 129-135. doi:10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4

Waller, E. & Scheidt, C. E. (2008). Körper und Beziehung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 9, 283-289. doi:10.1055/s-2008-1067478

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689. doi:10.1111/1467-8624.00176

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Witte, B. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und somatoformen Schmerzstörungen. *Psychotherapie Forum*, 18, 146-152. doi:10.1007/s00729-010-0333-y

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	Seite 29
Tabelle 2.....	Seite 31
Tabelle 3.....	Seite 32
Tabelle 4.....	Seite 33
Tabelle 5.....	Seite 34
Tabelle 6	Seite 35
Tabelle 7.....	Seite 37

8 Anhang

8.1 Zusammenfassung

Es gibt bereits zahlreiche Studien, die auf einen Zusammenhang zwischen dem Bindungsstil im Erwachsenenalter und Somatisierung im Erwachsenenalter hinweisen. Nun soll untersucht werden, ob auch zwischen dem kindlichen Bindungsstil und Somatisierung im Erwachsenenalter ein Zusammenhang besteht. Dazu werden der Fragebogen zur elterlichen Bindung (Lutz, Heyn & Kommer, 1995), welcher die Skalen *Fürsorge* und *Kontrolle* sowohl für Mutter als auch Vater umfasst, die Skala *Somatisierung* aus der Symptom-Checklist-90-Standard (Franke, 2014), sowie die Skalen *Somatoformes Syndrom* und *Depression* aus dem ICD-10-Symptom-Rating (Tritt et al., 2008) vorgegeben. Die Skala *Depression* wird herangezogen, um den potenziellen Einfluss der Variable Depression zu kontrollieren. Ebenfalls wird untersucht, ob das Geschlecht einen moderierenden Einfluss hat. Die Erhebung findet online statt und die Stichprobe umfasst 166 Personen. Personen mit höheren Ausprägungen in den Fürsorgeskalen zeigten ein signifikant geringeres Ausmaß an Somatisierung als Personen mit niedrigeren Ausprägungen. Hingegen wiesen Personen mit höheren Ausprägungen in den Kontrollskalen ein signifikant höheres Ausmaß an Somatisierung auf als Personen mit niedrigeren Ausprägungen. Nachdem für die Variable Depression kontrolliert wurde, konnte allerdings lediglich zwischen der mütterlichen Fürsorgeskala und dem Ausmaß an Somatisierung eine signifikante Korrelation gefunden werden. Dem Geschlecht konnte hingegen kein moderierender Effekt zugeordnet werden. Aus den verschiedenen Kombinationen der Ausprägungen auf den Skalen des Fragebogens zur elterlichen Bindung kann in unsicher und sicher Gebundene unterteilt werden, wobei die sicher Gebundenen ein signifikant geringeres Ausmaß an Somatisierung aufwiesen als die unsicher Gebundenen. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Bindungsstil in der Kindheit weitreichende Folgen hat, und sollen dazu anregen, früh genug passende Interventionsmaßnahmen zu setzen, um der Entstehung von Somatisierung vorzubeugen.

8.2 Abstract

There are already many studies investigating the correlation between adult attachment style and adult somatization. The current study though is searching for a correlation between childhood attachment style and adult somatization. In order to do so, the German version of the Parental Bonding Inventory (Lutz, Heyn & Kommer, 1995), which consists out of the scales *care* and *control* for father and mother, the *somatization* scale out of the Symptom-Checklist-90-S (Franke, 2014), as well as the scales *somatoform syndrome* and *depression* out of the ICD-10-Symptom-Rating (Tritt et al., 2008) are used. The variable depression is studied, in order to control its potential influence. Gender is also investigated for its potential moderating effect. All this is operationalized via an online survey and the sample consists out of 166 people. People with higher scores on *care* showed significantly lower levels of somatization than people scoring lower on *care*. People with higher scores on *control* showed significantly higher levels of somatization than people scoring lower on *control*. After controlling for the variable depression, only a significant correlation between maternal care and somatization remained. Gender could not be identified as significant moderator. Based on the combination of the various scores on the scales *care* and *control*, the sample was divided into securely attached and insecurely attached ones. Securely attached ones showed significantly lower levels of somatization than insecurely attached ones. These results suggest far-reaching consequences of childhood and should encourage for offering suitable interventions starting early enough, in order to prevent the onset of somatization.