



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Rolle von Mitgefühl im Zusammenhang von
interpersoneller Emotionsregulation und
Depressionsneigung“

verfasst von / submitted by

Michel John Good

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

Wien, 2019 / Vienna, 2019

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:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
Abstract.....	6
1 Theoretischer Hintergrund	8
1.1 Mitgefühl.....	8
1.1.1 Abgrenzung zu verwandten Konstrukten.....	10
1.1.2 Die drei Ausrichtungen von Mitgefühl.....	11
1.2 Emotionsregulation	14
1.2.1 Emotionen, Stimmungen und Stressreaktionen.....	14
1.2.2 Interpersonelle Emotionsregulation.....	15
1.2.3 Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.....	18
1.3 Zur Entwicklung von Mitgefühl und Emotionsregulation	19
1.3.1 Bindungstheorie: Überblick.....	19
1.3.2 Bindungstheoretische Perspektive auf Mitgefühl.....	20
1.3.3 Bindungstheoretische Perspektive auf Emotionsregulation.....	21
1.4 Mitgefühl, Emotionsregulation und psychische Gesundheit.....	22
1.5 Zielsetzung der Studie	24
2 Fragestellungen und Hypothesen.....	24
3 Methode	26
3.1 Untersuchungsdesign und Durchführung.....	26
3.2 Stichprobe.....	26
3.2.1 Kriterien und Rekrutierung.....	26
3.2.2 Stichprobenbeschreibung.....	27
3.3 Untersuchungsinstrumente	27
3.3.1 Demographischer Fragebogen.....	27
3.3.2 Selbstmitgefühl.....	27
3.3.3 Wahrgenommene emotionale Intelligenz.....	28
3.3.4 Interpersonelle Emotionsregulation.....	29
3.3.5 Angst vor Mitgefühl.....	30
3.3.6 Depressivität.....	31
3.3.7 Übersetzung der Fragebögen.....	31
3.4 Geplante statistische Auswertung.....	32
4 Ergebnisse.....	32
4.1 Vorbereitende Analysen	32
4.1.1 Analyse fehlender Werte.....	32
4.1.2 Anwendungsvoraussetzungen.....	32
4.1.3 Faktorenanalyse.....	33

4.1.4	Reliabilitätsanalyse.....	35
4.2	Inferenzstatistik	35
4.3	Zusatzergebnisse	38
4.3.1	Geschlecht und Studienvariablen.	38
4.3.2	Psychische Störung und Studienvariablen.	41
4.3.3	Korrelationen aller Studienvariablen.	43
4.3.4	Zusammenhänge der Subskalen des IERQ mit Depressivität.....	44
5	Diskussion.....	45
5.1	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.....	46
5.2	Limitationen der Studie	52
5.3	Schlussfolgerung.....	53
6	Literaturverzeichnis	55
7	Abbildungsverzeichnis	65
8	Tabellenverzeichnis.....	66
9	Abkürzungsverzeichnis.....	67

Zusammenfassung

Das Interesse an der Forschung zu Mitgefühl wächst stetig, seit sich das Konzept als vielversprechendes Interventionsziel in der Behandlung von psychischen Störungen erwiesen hat. Erkenntnisse aus der Forschung zur Emotionsregulation tragen zum Verständnis der positiven Effekte, die Mitgefühl auf die psychische Gesundheit haben kann, bei. Auf dem Gebiet fehlen jedoch Befunde zu den interpersonellen Aspekten von Emotionsregulation. Ziel dieser Studie ist es daher, Erkenntnisse bezüglich der Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation, Mitgefühl und Depressionsneigung zu erlangen. An der Online durchgeführten Querschnittsuntersuchung nahmen 482 deutschsprachige Personen teil. TeilnehmerInnen mit hohen Ausprägungen an Selbstmitgefühl zeigten ein viel geringeres Maß an Depressionsneigung. Dieser Zusammenhang wurde nicht durch interpersonelle Emotionsregulation mediiert. Interpersonelle Emotionsregulation zeigte zudem einen sehr schwachen negativen Zusammenhang mit Depressionsneigung. Angst vor Mitgefühl und emotionale Intelligenz wurden als potentielle Moderatoren dieses Zusammenhangs berücksichtigt, wobei sich ihre Rolle als unbedeutend erwies. Insgesamt zeigte interpersonelle Emotionsregulation sehr schwache Zusammenhänge mit anderen in der Studie erfassten Konzepten. Die Ergebnisse regen an, über die Definition von interpersoneller Emotionsregulation und die Möglichkeiten das Konzept zu erfassen, nachzudenken. Somit wird ein Ausblick auf ein Forschungsgebiet gegeben, das vielversprechende Aussichten bietet, neue Erkenntnisse zu psychischer Gesundheit zu generieren.

Schlüsselwörter:

Mitgefühl, Selbstmitgefühl, interpersonelle Emotionsregulation, Depressivität

Abstract

Interest in research on compassion is steadily growing, as the concept has proven to be a promising intervention target in the treatment of mental illness. Discoveries in the field of emotion regulation contribute to the understanding of the positive effects compassion can have on mental health. However, the research area lacks findings on interpersonal aspects of emotion regulation. Hence, the aim of the present study was to gain new insights regarding the associations of interpersonal emotion regulation in relation to compassion and depressive mood. A total of 482 German speaking participants were recruited online to take part in the cross-sectional study. Subjects with high levels of self-compassion showed much lower levels of depressive mood although this hypothesized association is not mediated by interpersonal emotion regulation. In addition, there was a very low, negative correlation between interpersonal emotion regulation and depressive mood. Fear of compassion and emotional intelligence were examined as potential moderators of this association, but their role proved to be insignificant. Overall, the associations of interpersonal emotion regulation and the other study variables were very weak. Results imply the necessity of discussing the definition of interpersonal emotion regulation and the different ways we can measure it. Thus, an outlook is given on a research area that holds a promising future in generating new insights in the study of mental health.

Keywords:

compassion, self-compassion, interpersonal emotion regulation, depressive mood

Die Rolle von Mitgefühl im Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressionsneigung

Die Annahme, dass Selbstinteresse eine fundamentale menschliche Eigenschaft darstellt, ist laut Miller (1999) seit dem Zeitalter der Aufklärung ein fester Bestandteil westlicher Philosophie. Auch die psychologische Wissenschaft wurde seit ihren Anfängen durch dieses Menschenbild geprägt (Miller, 1999). Beispielhaft lassen sich frühe Theorien Freuds anführen, in denen kulturell geprägte Verhaltensweisen wie Mitleid und Altruismus biologisch veranlagten Trieben wie Sadismus gegenüberstehen. Für ihn sind es diese Triebe, die auf die „wahre“ menschliche Natur schließen lassen (Kriegman, 1990).

Mittlerweile ist *Mitgefühl* im Mainstream psychologischer Forschung angelangt und in den letzten 20 Jahren hat es beachtliche Entwicklungen in dem Bereich gegeben (Gilbert, 2017). Hierbei steht die Frage im Mittelpunkt, wie Mitgefühl sich auf psychisches Wohlbefinden auswirkt. Das Ergebnis der Forschung ist eine Reihe von Interventionen, deren Ziel es ist, die Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden, zu vermitteln, um so psychischen Störungen vorzubeugen oder entgegenzuwirken und das Wohlbefinden zu steigern (Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006; Neff & Germer, 2013). Das Unterfangen, Prozesse zu untersuchen, die der psychischen Gesundheit zugrunde liegen, ist in Anbetracht der Tatsache, dass schätzungsweise 38.2% der europäischen Bevölkerung jedes Jahr an einer psychischen Störung leidet, hoch relevant. Depressionen stellen hierbei die zahlenmäßig größte Belastung dar (Wittchen, 2011).

Wie genau sich Mitgefühl auf die psychische Gesundheit auswirkt, ist allerdings noch nicht genau erforscht (Diedrich, Burger, Kirchner & Berking, 2017). Ein möglicher Zugang um dieser Frage auf den Grund zu gehen, ist die Erforschung der Art und Weise, wie Menschen mit ihren Emotionen umgehen (Finlay-Jones, 2017). In der frühen Kindheit wird im Rahmen liebevoller und annehmender Beziehungen der Grundstein für die effiziente Regulierung des emotionalen Erlebens und Verhaltens gelegt. Zeitgleich wirkt sich die Internalisierung dieser Erfahrungen auf die Entwicklung prosozialer Verhaltensweisen aus. Aufgrund der gemeinsamen theoretischen Basis von Mitgefühl und *Emotionsregulation* bietet es sich also an, die Konzepte in einem gemeinsamen Rahmen zu untersuchen (Finlay-Jones, 2017).

Da Emotionsregulation häufig in einem sozialen Kontext stattfindet (Zaki & Williams, 2013) und es sich bei Mitgefühl ebenfalls um ein Konzept handelt, welches das Verhalten in sozialen Situationen beeinflusst (Leiberg, Klimecki & Singer, 2011), macht es zudem Sinn, die Forschung auf diesem Gebiet auf interpersonelle Faktoren der Emotionsregulation auszuweiten.

Das Ziel dieser Arbeit besteht daher darin, Zusammenhänge von *interpersoneller Emotionsregulation*, Mitgefühl und depressivem Erleben in der Allgemeinpopulation zu untersuchen. Weiters ist von Interesse welche Rolle *Selbstmitgefühl* und *die Angst vor Mitgefühl* in diesem Zusammenhang spielen.

Zu Beginn des theoretischen Teils wird eine allgemeine Definition von Mitgefühl gegeben. Auf dieser Basis werden Selbstmitgefühl und Angst vor Mitgefühl definiert und die jeweiligen Implikationen für psychische Gesundheit diskutiert. Im Anschluss wird genauer untersucht, inwieweit der soziale Kontext bisher in die Forschung zu diesem Konzept integriert worden ist. Damit nachvollziehbar wird, warum es Sinn machen kann, sowohl intra- als auch interpersonelle Emotionsregulation im Rahmen der Forschung zu Mitgefühl zu untersuchen, wird auf den bindungstheoretischen Hintergrund beider Konzepte eingegangen. Abschließend wird dargelegt, was bisher über das Zusammenspiel von Mitgefühl und Emotionsregulation und dessen Auswirkungen auf psychische Gesundheit bekannt ist.

Der empirische Teil beschreibt die Planung und die Durchführung der Untersuchung, die im Rahmen dieser Arbeit umgesetzt wurde. Die Auswertung der Ergebnisse wird dargestellt, die Befunde diskutiert und es wird ein Ausblick auf zukünftige Forschung gegeben.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Mitgefühl

Mitgefühl steht im Mittelpunkt der meisten religiösen Glaubenssysteme (Strauss et al., 2016). Eine einheitliche Definition für Mitgefühl zu finden, gestaltet sich durch die Jahrtausende alte Tradition, die das Konzept somit mit sich bringt, schwierig (Gilbert, 2017). Im Folgenden liegt der Fokus auf Definitionen aus dem psychologisch-wissenschaftlichen Bereich. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass viele dieser Definitionen von religiösen, insbesondere buddhistischen Lehren beeinflusst sind (Gilbert, 2005; Neff, 2003a).

Die Literatur der Emotionsforschung beinhaltet verschiedenste Konzeptualisierungen von Mitgefühl (Strauss et al., 2016). Eine Sichtweise darauf ist, dass es sich dabei um eine Variante von Liebe oder Trauer handelt. Dieser Argumentation folgend wird Mitgefühl zum Beispiel als eine Art Liebe definiert, welche man sowohl für nahestehende Personen als auch für die Menschheit als Ganzes empfinden kann und die eine Tendenz zur Unterstützung und Hilfeleistung beinhaltet (Sprecher & Fehr, 2005).

Die Frage, ob es sich bei Mitgefühl überhaupt um eine Emotion handelt, scheint allerdings auch noch nicht gänzlich geklärt. Ekman (2003) zum Beispiel beschreibt es nicht als eine Emotion, sondern als eine Variante von *Empathie*, also als eine Reaktion auf die Emotionen anderer Personen. Bei emotionaler Empathie würde man demnach fühlen, was eine andere Person fühlt. Mitfühlende Empathie beinhaltet zudem den Wunsch, der leidenden Person zu helfen.

An anderer Stelle wiederum wird Mitgefühl durchaus als Emotion beschrieben (Lazarus, 1991). Dieser Ansicht nach ist es das Gefühl, das man in Anbetracht einer leidenden Person, deren Leid man lindern will, verspürt (Lazarus, 1991). Die Sichtweise, dass es sich bei Mitgefühl um ein eigenständiges affektives Erlebnis handelt, wird durch Befunde untermauert, die zeigen, dass es mit spezifischen physiologischen Reaktionen sowie eigenständigem Signalverhalten einhergeht. Zudem wird das Leid anderer Personen beim Erleben von Mitgefühl auf eine charakteristische Art bewertet (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010).

Umfassendere Definitionen beschränken sich nicht auf den emotionalen Aspekt von Mitgefühl. Bei Gilbert (2005) ergibt sich Mitgefühl aus einer Kombination aus Emotionen, Motiven, Gedanken und Verhaltensweisen. Es ist charakterisiert durch eine nicht-defensive, nicht-urteilende Offenheit für das Leiden von anderen und von sich selbst sowie dem Wunsch, dieses Leiden zu lindern. Einen besonderen Stellenwert erhält hierbei der *motivationale* Aspekt, der als zentrale Komponente beschrieben wird (Gilbert, 2017). Wichtig ist außerdem, dass Mitgefühl drei Ausrichtungen haben kann, auf welche weiter unten genauer eingegangen wird. Man kann demnach Mitgefühl für andere empfinden, von anderen Menschen erhalten und eine mitfühlende Haltung sich selbst gegenüber haben (Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011).

Führt man die vielen unterschiedlichen Definitionen zu einer einheitlichen zusammen, ergibt sich das Bild eines komplexen Prozesses der kognitive, affektive und

verhaltensbezogene Aspekte beinhaltet, sich auf das Selbst und auf Andere beziehen kann und folgende fünf Elemente umfasst (Strauss et al., 2016):

1. Die Fähigkeit, Leid zu erkennen.
2. Das Verständnis der Universalität von Leid.
3. Die Fähigkeit Empathie für leidende Personen zu empfinden.
4. Die Offenheit für negative Emotionen, die durch leidende Personen ausgelöst werden können.
5. Die Motivation zu handeln, um das Leiden zu lindern.

1.1.1 Abgrenzung zu verwandten Konstrukten.

Im Folgenden soll kurz auf Ähnlichkeiten, die zwischen Mitgefühl und verwandten Konzepten wie Empathie, Mitleid, Güte und Altruismus bestehen, eingegangen werden.

Im weitesten Sinn bezeichnet Empathie die Reaktionen einer Person auf die Erlebnisse einer anderen Person (Davis, 1983). Die Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden, setzt ein gewisses Maß an Empathie voraus (Gilbert, 2017). Mitgefühl geht allerdings noch darüber hinaus, insbesondere die Motivation, der Leidenden Person zu helfen, ist in der Definition von Empathie nicht enthalten (Strauss et al. 2016). Zudem kann eine empathische Reaktion sich - im Gegensatz zu Mitgefühl - auf Freude oder Ärger beziehen (Pommier, 2010). Empathisches Verständnis kann außerdem mit negativen, manipulativen Absichten einhergehen (Gilbert, 2005).

Auch der Begriff Mitleid weist eine starke Nähe zu dem des Mitgefühls auf, sodass die Wörter bisweilen synonym verwendet werden (Gilbert, 2017). Mitleid enthält allerdings einen paternalistischen Aspekt und richtet sich eher an Menschen mit niedrigerem sozialen Status (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002). Weiters fehlt bei Mitleid auch die beim Mitgefühl zentrale motivationale Komponente (Strauss et al., 2016).

Das Konzept der Freundlichkeit („kindness“) ist ebenfalls verwandt mit dem des Mitgefühls und wird manchmal auch als Teil einer mitfühlenden Haltung genannt (Neff, 2003a). Freundlichkeit beinhaltet allerdings nicht das Erkennen von Leid. Außerdem muss eine mitfühlende Handlung nicht unbedingt freundlich sein, zum Beispiel kann man, mit der Absicht zu helfen, streng zu jemandem sein (Strauss et al. 2016).

Schwierig ist die Abgrenzung zu Altruismus, der fast identisch zu Mitgefühl definiert werden kann (Preston, 2013). Allerdings beinhaltet altruistisches Handeln für

Gilbert (2017) Kosten für das Selbst, die bei Mitgefühl nicht unbedingt gegeben sein müssen.

1.1.2 Die drei Ausrichtungen von Mitgefühl.

Im Folgenden wird auf die drei Richtungen, in welche Mitgefühl fließen kann, eingegangen (Gilbert, 2019). Mitgefühl für andere Menschen ist für den Rest der Studie weniger relevant, der Vollständigkeit halber wird es an dieser Stelle trotzdem kurz erwähnt.

1.1.2.1 Mitgefühl für andere Menschen.

In therapeutischen Interventionen, in welchen Mitgefühl eine Rolle spielt, liegt der Fokus oft auf Selbstmitgefühl oder der Empfänglichkeit für Mitgefühl (Kirby & Gilbert, 2017). Allerdings kann auch die Fähigkeit, Mitgefühl für andere Menschen zu empfinden, positive Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden haben (Gilbert et al., 2017). Es konnten in einigen Studien Zusammenhänge mit einem gestärkten Gefühl sozialer Verbundenheit, erhöhtem positivem Affekt sowie einer reduzierten Reaktivität auf Stress gefunden werden (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Hutcherson, Seppala & Gross, 2008; Pace et al., 2010). Außerdem ist es möglich, diese Fähigkeit zu trainieren. Zum Beispiel existieren meditative Praxen, die spezifisch auf eine Erhöhung des Mitgefühls für andere Menschen abzielen und die bei langjährigen Praktizierenden zu Veränderungen in Hirnregionen führen, die für die Empathiefähigkeit von Bedeutung sind (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone & Davidson, 2008).

1.1.2.2 Mitgefühl von anderen Menschen.

Diese Ausrichtung bezieht sich auf das Erlebnis, von einem unterstützenden und mitfühlenden sozialen Umfeld Mitgefühl zu erhalten (Gilbert et al., 2017). Als wichtiger protektiver Faktor gegen Depression steht die Qualität von *sozialer Unterstützung* schon länger im Fokus psychologischer Forschung (George, Blazer, Hughes & Fowler, 1989; Wang, Cai, Qian & Peng, 2014). Diese Studien befassen sich allerdings vor allem mit der wahrgenommenen Verfügbarkeit von sozialer und emotionaler Unterstützung und werden nun durch Befunde ergänzt, die den Effekt von Empfänglichkeit für Mitgefühl auf Depressionsneigung untersuchen. Die Offenheit für Mitgefühl kann zum

Beispiel einen Puffer für die negativen Effekte von Selbstkritik auf das Wohlbefinden darstellen (Hermanto et al., 2016).

Die Fähigkeit zu Mitgefühl entsteht laut Gilbert (2005) in der frühen Kindheit. In dieser Zeit positive, mitfühlende Zuwendung von seinem Umfeld zu bekommen, ist also grundlegend für die Entwicklung psychologischen Wohlbefindens, prosozialen Verhaltens und Mitgefühls (Narvaez, 2017). Im Kontext früher *Bindungsbeziehungen* reifen neuronale Systeme zur Verarbeitung von Bedrohungen, sowie affiliative und beruhigende Systeme heran. Wenn Menschen keine adäquaten Bindungserfahrungen machen, geraten beide Systeme in ein Ungleichgewicht, das wiederum zu einer Überempfindlichkeit bedrohlichen Reizen gegenüber sowie Schwierigkeiten, sich selbst beruhigen zu können, führt (Gilbert & Irons, 2005). Außerdem kann es dazu kommen, dass die Aktivierung des affiliativen, beruhigenden Systems durch das mitfühlende, beruhigende Einwirken eines Anderen, negative emotionale Erinnerungen an schlechte Bindungserfahrungen hervorruft. Dies führe dazu, dass Situationen, in denen diesen Personen Mitgefühl entgegengebracht wird, einen gegenteiligen Effekt haben und negativen Affekt steigern. Die AutorInnen sprechen in dem Fall von einer Angst vor Mitgefühl von anderen Menschen (Gilbert et al., 2011).

1.1.2.2.1 Angst vor Mitgefühl und psychische Gesundheit.

Angst vor Mitgefühl spielt eine wichtige Rolle für psychische Gesundheit. Zum Beispiel konnten negative Korrelationen mit Depressionsneigung, Angst, Stress, Alexithymie und Achtsamkeit gefunden werden (Gilbert et al., 2011; Gilbert et al., 2012; Gilbert, McEwan, Catarino, Baião & Palmeira, 2014). Auch ein Zusammenhang mit *unsicherem Bindungsstil* wird nahegelegt (Gilbert et al., 2014). Dies wird als Hinweis darauf gedeutet, dass für Menschen mit unsicherem Bindungsstil Versuche, Unterstützung von ihrem Umfeld zu erhalten, in der Vergangenheit fehlgeschlagen sind, woraufhin sie Ängste gegenüber Hilfestellungen und Mitgefühl entwickelt hätten (Gilbert et al., 2014).

1.1.2.3 Selbstmitgefühl.

Selbstmitgefühl ist seit der Beschreibung durch Neff (2003a) ein beliebter Forschungsgegenstand. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich starke negative Zusammenhänge mit psychopathologischen Symptomen gezeigt haben (MacBeth & Gumley, 2012). Das Konzept kann als mitfühlende und fürsorgliche

Einstellung gegenüber sich selbst, auch in Anbetracht eigener Misserfolge und Schwächen definiert werden (Hupfeld & Ruffieux, 2011b). Laut Neff (2012) knüpft die Definition direkt an die allgemeine Definition von Mitgefühl an, da es sich dabei lediglich um nach innen gekehrtes Mitgefühl handle.

Es wird zwischen drei Aspekten von Selbstmitgefühl unterschieden (Neff, 2003a). Erstens, die *selbstbezogene Freundlichkeit* (self-kindness), die Fähigkeit, sich in schwierigen Situationen selbst mit Fürsorge und Verständnis zu begegnen. Zweitens, *verbindende Humanität* (common humanity) bezeichnet das Erkennen, dass emotionaler Schmerz ein verbindendes menschliches Merkmal darstellt. Die dritte Komponente, *Achtsamkeit* (mindfulness), impliziert das Wahrnehmen des subjektiven Erlebens des Momentes, ohne sich mit dem Erlebten zu stark zu identifizieren. Eine mitfühlende Haltung der eigenen Person gegenüber impliziert hohe Ausprägungen aller drei Teilaspekte, da sie miteinander interagieren und sich gegenseitig verstärken. (Neff, 2003a)

Analog zur allgemeinen Definition von Mitgefühl sollte man Selbstmitgefühl, - der Klarheit halber - von konzeptuell nahestehenden Begriffen unterscheiden. Selbstmitleid ist zum Beispiel ebenfalls eine Einstellung dem eigenen Leid gegenüber, die allerdings dadurch charakterisiert ist, dass sich zu sehr mit dem Leid identifiziert wird (Barnard & Curry, 2011). So sehr, dass das Ausmaß der eigenen Probleme überschätzt- und vergessen wird, dass auch andere Menschen sich in schwierigen Situationen befinden. Die Aspekte von verbindender Humanität und Achtsamkeit sind also nicht erfüllt. (Neff 2003a; Neff, 2012)

Zum Selbstwertgefühl besteht ebenfalls eine Ähnlichkeit (Neff & Vonk, 2009). Dieses basiert allerdings- im Gegensatz zu Selbstmitgefühl- auf Vergleichen der eigenen Person mit anderen. Man erlangt ein hohes Selbstwertgefühl nur, wenn man in diesen Vergleichen gut abschneidet. Eine selbstmitfühlende Haltung sich selbst gegenüber kann man hingegen sowohl in guten als auch in schlechten Zeiten kultivieren. (Neff 2003a; Neff, 2012)

Selbstmitgefühl zeugt außerdem nicht von Nachsichtigkeit (Neff, 2003a). Die Annahme, dass Selbstkritik notwendig ist um sich „nicht hängen zu lassen“, ist weit verbreitet (Neff, 2012). Eine solche kritische Haltung sich selbst gegenüber hängt allerdings mit schlechten Leistungen, Prokrastination und Rumination zusammen (Powers, Koestner, & Zuroff, 2007). Selbstmitgefühl hingegen motiviert Menschen, sich

persönlich zu verbessern und führt dazu, dass man sich stärker bemüht, Ziele zu erreichen (Breines & Chen, 2012).

1.1.2.3.1 Selbstmitgefühl und psychische Gesundheit.

Der Zusammenhang von Selbstmitgefühl und psychischer Gesundheit wurde in einer großen Anzahl von Studien untersucht (Barnard & Curry, 2011). Selbstmitgefühl korreliert zum Beispiel positiv mit positivem und negativ mit negativem Affekt (Leary et al., 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Neff & Vonk, 2009). In einer randomisierten Kontrollstudie des „Mindful Self-Compassion Program“ (MSC), eines Programms, das zu einer Erhöhung von Selbstmitgefühl führen soll, konnte den TeilnehmerInnen eine mitfühlendere Haltung sich selbst gegenüber beigebracht werden. Dies ging zudem mit einer erhöhten Lebenszufriedenheit, Glück und sozialer Verbundenheit sowie weniger Angst, depressiver Symptomatik, Stress und Vermeidungsverhalten einher (Germer & Neff, 2013). In einer Metaanalyse zeigten sich zwischen Selbstmitgefühl und psychopathologischen Symptomen von, unter Anderem, Angst und Depression signifikante, negative Zusammenhänge mit großen Effektstärken (MacBeth & Gumley, 2012).

Schließlich ist noch erwähnenswert, dass Befunde bezüglich geschlechterspezifischer Unterschiede im Selbstmitgefühl in einer Metaanalyse zusammengefasst werden konnten. Männer hätten demnach leicht höhere Werte an Selbstmitgefühl als Frauen (Yarnell et al., 2015).

1.2 Emotionsregulation

1.2.1 Emotionen, Stimmungen und Stressreaktionen.

Gross (2015) definiert Emotionen als Veränderungen im subjektiven Erleben, die physiologische Veränderungen und spezifische Verhaltenstendenzen mit sich bringen. Sie entfalten sich im Laufe von Sekunden bis Minuten und können, je nach Kontext, positive oder negative Auswirkungen haben. Stimmungen hingegen sind diffusere Zustände, die - im Gegensatz zu Emotionen - nicht durch spezifische Ereignisse hervorgerufen werden. Sie gehen zudem nicht mit spezifischen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen einher (Lang, 1995) und sie beeinflussen die Informationsverarbeitung stärker als das Verhalten (Gendolla, 2000). Der Begriff „Stressreaktion“ bezieht sich auf unspezifische negative affektive Zustände die durch

Ereignisse hervorgerufen werden, deren Anforderungen die persönlichen Ressourcen übersteigen (Lazarus, 1993).

Diese drei Zustände kann man unter dem Oberbegriff „Affekt“ zusammenfassen (Gross, 2015). Prozesse, durch die zielgerichtet eine gewisse Kontrolle auf diese Zustände ausgeübt werden, kann man entsprechend der oben angeführten Gliederung in Coping (Stressbewältigung), Stimmungsregulation und Emotionsregulation unterteilen, wobei eine große Überlappung der verschiedenen regulatorischen Prozesse besteht (Gross, 2015).

Bei Gross (1998) wird Emotionsregulation als Prozess definiert, durch welchen Menschen Einfluss darauf nehmen können, welche Emotionen sie verspüren, wann diese auftreten und wie man diese erlebt und ausdrückt. Man kann also auf die Intensität, die Dauer und die Qualität einer Emotion einwirken (Gross, 2015). Dass der Prozess zielgerichtet ist, ist ausschlaggebend für Emotionsregulation (Gross, Sheppes & Urry, 2011). Wenn zum Beispiel im Vordergrund steht, Trauer zu regulieren, um weniger traurig zu sein, kann die Regulation an sich schon ein Ziel darstellen. Es kann allerdings auch ein übergeordnetes Ziel existieren, welches man durch die Regulierung seiner Emotionen erreichen möchte (Gross, 2015). Weiters kann Emotionsregulation sowohl bewusst als auch unbewusst passieren (Gyurak, Gross & Etkin, 2011).

Emotionsregulationsprozesse, die innerhalb eines Individuums ablaufen, konnten in Strategien unterteilt werden. Diese *intrapersonellen Emotionsregulationsstrategien* unterscheiden sich in ihren Zusammenhängen mit psychopathologischen Symptomen und psychischem Wohlbefinden. Adaptive Strategien, wie die Akzeptanz emotionalen Erlebens, gehen mit psychischer Gesundheit einher. Maladaptive Strategien, zum Beispiel Rumination, hängen hingegen eher mit einer höheren Ausprägung psychopathologischer Symptome zusammen. (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010)

1.2.2 Interpersonelle Emotionsregulation.

Soziale Beziehungen spielen im emotionalen Erleben eine zentrale Rolle (Butler, 2015). Dies wird dadurch verdeutlicht, dass Emotionen wie Neid, Scham oder Verlegenheit nicht außerhalb eines sozialen Kontextes existieren könnten (Hofmann, 2014). Trotzdem war die psychologische Forschung zu Emotionsregulation laut Rimé (2009) lange geprägt von der individualistischen Annahme, dass erwachsene

Menschen im Laufe ihrer Entwicklung regulative Fähigkeiten entwickeln, die unabhängig von externen Einflüssen eingesetzt werden können. Im Kindesalter sei interpersonelle Regulation noch die Regel, diese Interdependenz würde in der Pubertät intrapersonellen Fähigkeiten weichen. Eine alternative Sichtweise besagt, dass interpersonelle Prozesse während der Entwicklung nicht verschwinden. Auch im Erwachsenenalter seien soziale Faktoren zentral für emotionales Erleben, sie dämpfen den Ausdruck von Emotionen, stimulieren deren kognitive Verarbeitung und ermöglichen es, Wissen über Emotionen zu erlangen. (Rimé, 2009)

Um die Forschung auf dem Gebiet der Emotionsregulation voranzutreiben, schlagen Zaki und Williams (2013) einen Rahmen für die Untersuchung interpersoneller Prozesse in der Emotionsregulation vor.

Der Begriff interpersonelle Emotionsregulation wird für einige verwandte aber unabhängige Prozesse verwendet, zum Beispiel kann das Teilen emotionaler Zustände hervorgehoben werden (Rimé, 2009) oder der Fokus wird auf die Motivation gelegt, die Emotionen anderer Menschen zu verändern (Niven, Totterdell, Stride, & Holman, 2011). Zaki und Williams (2013) definieren interpersonelle Emotionsregulation als Regulation, die im Kontext sozialer Interaktion stattfindet und die, analog zur Definition von intrapersoneller Emotionsregulation (Gross et al., 2011), das Ziel hat einen emotionalen Zustand zu beeinflussen. Letzteres ist wichtig, da schon die alleinige Präsenz anderer Personen negativen Affekt als Reaktion auf Stress reduzieren kann (Coan, Schaefer & Davidson, 2006). Zielgerichtetheit unterscheidet also interpersonelle Emotionsregulation von anderen sozialen Situationen, die einen Effekt auf das emotionale Erleben haben können (Zaki & Williams, 2013).

Emotionsregulation kann weiters in *intrinsische* und *extrinsische* Prozesse unterteilt werden (Gross et al., 2011). Diese Unterscheidung wird für interpersonelle Emotionsregulation beibehalten (Zaki & Williams, 2013). Intrinsische interpersonelle Emotionsregulation bezieht sich auf Situationen, in denen eine Person sozialen Kontakt herstellt, um seine eigenen Emotionen zu regulieren, extrinsische interpersonelle Emotionsregulation auf Situationen, in denen eine Person versucht, die Emotionen einer anderen Person zu regulieren. In dieser Studie wird sich der Begriff „interpersonelle Emotionsregulation“ auf intrinsische Prozesse beziehen. Schlussendlich kann man noch zwischen Antwort-abhängigen und Antwort-

unabhängigen Prozessen unterscheiden, je nachdem ob ein Feedback einer anderen Person notwendig ist, um ein emotionales Ziel zu erreichen. (Zaki & Williams, 2013)

1.2.2.1 Interpersonelle Emotionsregulation und psychische Gesundheit.

Die langjährige Forschung zu intrapersonellen Prozessen der Emotionsregulation hat stark zum Verständnis psychischer Störungen beigetragen (Aldao et al., 2010). Hofmann (2014) schlägt vor, den sozialen Kontext in welchem Emotionen existieren und reguliert werden, mit in die Forschung zu Psychopathologie einfließen zu lassen. Je nach Kontext könnte interpersonelle Emotionsregulation adaptiv sein, wenn zum Beispiel die Intervention anderer Menschen als Puffer für emotionalen Stress empfunden wird. Andererseits wäre es denkbar, dass interpersonelle Strategien zum Erhalt eines Problems beitragen. Zum Beispiel dadurch, dass diese das Gefühl der Kontrolle über das eigene emotionale Erleben reduzieren und zur Abhängigkeit von Menschen oder Gruppen führen könnte. (Hofmann, 2014)

Interpersonelle Emotionsregulation ist ein vergleichsweise junges Forschungsgebiet und es existieren dementsprechend wenige Studien, in welchen ein Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden dargestellt wird, da lange keine Messinstrumente verfügbar waren, die das Konzept erfassen (Hofmann, 2014).

Erste Untersuchungen mit dem „Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire“ (IERQ) zeigten, dass interpersonelle Emotionsregulation positiv mit sozialer Unterstützung und *emotionaler Intelligenz* sowie Depressionsneigung und Ängstlichkeit zusammenhängt (Hofmann, Carpenter & Curtiss, 2016).

Emotionale Intelligenz kann als Fähigkeit beschrieben werden, Emotionen wahrzunehmen, zwischen ihnen zu unterscheiden und emotionale Informationen zu benutzen, um das eigene und das Handeln anderer zu lenken (Salovey & Mayer, 1990). Laut Hofmann et al. (2016) setzt interpersonelle Emotionsregulation eine ausgeprägte emotionale Intelligenz voraus. Emotionale Intelligenz hängt allerdings, im Gegensatz zu interpersoneller Emotionsregulation, negativ mit klinisch relevanten Variablen, wie Depressionsneigung, zusammen (Otto, Döring-Seipel, Grebe & Lantermann, 2001; Petrides, Perez-Gonzalez & Furnham, 2007). Die Beziehungen dieser Konzepte zueinander bedürfen demnach noch weiterführender Untersuchungen. Zudem konnten die Ergebnisse von Hofmann et al. (2016) in einer rezenten Studie in einem anderen kulturellen Kontext nur zum Teil repliziert werden, emotionale Intelligenz hing hier

nur mit einer Subskala des IERQ zusammen, während Ängstlichkeit und Depressionsneigung nur schwach negativ mit interpersoneller Emotionsregulation korrelierten (Koç et al., 2019).

Dixon-Gordon, Haliczner, Conkey und Whalen (2018) untersuchen Emotionsregulationsstrategien, die a priori als maladaptiv definiert wurden wie druck ablassen („venting“) und Versicherung suchen („reassurance-seeking“) hängen demnach positiv mit negativem Affekt zusammen. Druck ablassen korrelierte zudem mit Depressionsneigung und Ängstlichkeit (Dixon-Gordon et al., 2018)

Die Tendenz auf andere zuzugehen, um seine Emotionen zu regulieren, wurde an anderer Stelle hingegen mit einem positiveren emotionalen Erleben, mehr sozialer Verbundenheit und prosozialem Verhalten in Verbindung gebracht (Williams, Morelli, Ong & Zaki, 2018). Auch war eine stärker ausgeprägte Tendenz zur interpersonellen Emotionsregulation mit höheren Werten an Empathie verbunden. In dieser Studie wurde ein Messinstrument benutzt, welches nicht zwischen verschiedenen Strategien unterscheidet. Hier wird lediglich eine Tendenz, interpersonelle Emotionsregulation anzuwenden sowie die Effektivität dieses Verhaltens erfasst. (Williams, Morelli, Ong & Zaki, 2018)

Die bisherige Forschung zum Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und psychischer Gesundheit lässt demnach noch einige Fragen offen. Zum Beispiel werden weitere Untersuchungen notwendig sein, um zu klären, wie interpersonelle Emotionsregulation mit der Neigung zu Depressionen zusammenhängt. Die Auseinandersetzung mit dieser Frage beinhaltet auch die Betrachtung von Drittvariablen, welche sich auf diesen Zusammenhang auswirken könnten. In Anbetracht der Befunde von Hofmann et al. (2016) scheint emotionale Intelligenz sich als solche Variable anzubieten.

1.2.3 Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.

Die Forschung zu sozialer Unterstützung hat bisher die meisten Befunde bezüglich interpersoneller Einflüsse auf Psychopathologie geliefert (Marroquín, 2011). Soziale Unterstützung bezieht sich auf die Versorgung mit materiellen und psychologischen Ressourcen durch ein soziales Netzwerk, mit der Absicht, die Fähigkeit Stress zu bewältigen, zu steigern (Cohen, 2004). Wahrgenommene soziale Unterstützung kann als protektiver Faktor gegen Depression angesehen werden (Santini, Koyanagi,

Tyrovolas, Mason & Haro, 2015; Wang et al., 2014). Weniger eindeutig sind die Befunde zur tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung (Gleason, Iida, Shrouf & Bolger, 2008). Hier zeigt sich, dass erhaltene Unterstützung auch mit einer stärker ausgeprägten Depressionsneigung einhergehen kann. Dieser kontraintuitive Befund wird, wie in der Forschung zu interpersoneller Emotionsregulation, damit begründet, dass erhaltene Unterstützung das Gefühl der Kontrolle reduzieren und das Gefühl der Abhängigkeit anderen Menschen gegenüber erhöhen könnte (Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004). Weiters kann der Zusammenhang von erhaltener sozialer Unterstützung und Depressionsneigung durchaus negativ sein, wenn der Beziehungskontext mit in die Untersuchungen einbezogen wird (Lakey, Orehek, Hain & VanVleet, 2010).

Die Forschung zu sozialer Unterstützung wirft neue Fragen bezüglich des Zusammenhangs von interpersoneller Emotionsregulation und Depressionsneigung auf. Dixon-Gordon et al. (2018) und Hofmann et al. (2016) haben erste Befunde dafür geliefert, dass interpersonelle Emotionsregulation positiv mit Depressivität korreliert. Werden diese kontraintuitiven Befunde in weiteren Untersuchungen bestätigt, bleibt angesichts der Parallelen mit den Untersuchungen zu sozialer Unterstützung offen, ob es nicht auch hier Bedingungen geben kann, unter welchen dieser Zusammenhang sich verändert.

1.3 Zur Entwicklung von Mitgefühl und Emotionsregulation

1.3.1 Bindungstheorie: Überblick.

Da Menschen als relativ unentwickelte, hilflose Wesen zur Welt kommen, sind sie laut Bowlby (1982) durch die Evolution mit Mitteln ausgestattet, die ihr Überleben sichern sollen. Instinktiv werden Neugeborene Verhalten an den Tag legen (Bindungsverhalten), das zum Ziel hat, Nähe zu erwachsenen Menschen (Bindungspersonen) herzustellen, die ihnen Schutz und Sicherheit bieten sollen. Dieses Verhalten ist in einem auf Bindung spezialisierten Verhaltenssystem organisiert, welches als Reaktion auf Bedrohungen aktiviert wird und zur Annäherung eines Kindes an eine Bindungsperson führen wird. (Bowlby, 1982)

Die Reaktionen der Bindungspersonen auf die Not eines Kindes werden einen großen Einfluss auf das spätere Funktionieren des *Bindungsverhaltenssystems* haben. Diese Reaktionen werden zu mentalen Repräsentationen vom Selbst und von anderen

Menschen, sogenannten inneren Arbeitsmodellen, internalisiert. Diese sind an emotionale- und Verhaltenstendenzen gebunden. (Bowlby, 1973)

Interaktionen mit Bindungspersonen, die verlässlich auf Annäherungstendenzen eines Kindes reagieren, fördern ein Gefühl der Sicherheit, das wiederum die Fähigkeit, adäquat auf Bedrohungssituationen zu reagieren, fördert. Sind die Interaktionen mit Bindungspersonen nicht durch Unterstützung und Verlässlichkeit geprägt, werden sich eher maladaptive Affektregulationsstrategien entwickeln (Gillath, Shaver & Mikulincer, 2005). In diesen Interaktionen bildet sich der Bindungsstil heraus. Diesen kann man als Muster, das sich auf die Erwartungen an Beziehungen, Emotionen und Verhaltensweisen bezieht, definieren (Fraley & Shaver, 2000).

Der Bindungsstil kann anhand von zwei Dimensionen charakterisiert werden: Vermeidung und Ängstlichkeit. Erstere bezieht sich auf das Misstrauen in das Wohlwollen von Interaktionspartnern und ist durch emotionale Distanz gekennzeichnet. Die Dimension der Ängstlichkeit spiegelt das Ausmaß an Sorgen wieder, die eine Person sich um die Verfügbarkeit anderer in schwierigen Zeiten macht. Man spricht von *sicherem Bindungsstil*, wenn Menschen auf beiden Dimensionen niedrige Werte haben. (Gillath et al., 2005)

Die Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems führt in der Eltern-Kind-Beziehung zu Fürsorgeverhalten, welches wiederum in einem eigenen Verhaltenssystem organisiert ist (Gillath, Karantzas & Fraley, 2016). Das Ziel beider Verhaltenssysteme ist es, Nähe zu erzeugen, um Schutz und Unterstützung des Kindes zu gewährleisten. Aus der Perspektive des Fürsorge-Verhaltenssystems bedeutet dies also, dass als Reaktion auf die Notsignale des Kindes, die Eltern sich diesem mit der Absicht nähern, sein Bedürfnis nach Sicherheit und Unterstützung zu stillen (Bowlby, 1982).

Obwohl die Bindungstheorie ursprünglich entwickelt wurde, um die emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern zu erklären, hat sie sich zu einem beliebten Rahmenmodell entwickelt, um Beziehungen im Erwachsenenalter zu untersuchen (Fraley & Shaver, 2000).

1.3.2 Bindungstheoretische Perspektive auf Mitgefühl.

Das *Fürsorge-Verhaltenssystem* bildet, aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie betrachtet, die Basis für Mitgefühl und altruistisches Verhalten (Gilbert, 2005). Diese Sichtweise impliziert, dass die Fähigkeit zu Fürsorge beim Menschen in Form eines

Verhaltenssystems angeboren ist, um das Überleben seiner Nachkommen sicherzustellen (Gillath et al., 2016). Dieses Verhaltenssystem kann sich ausweiten, um sich schlussendlich auf alle Personen in Notsituationen zu beziehen (Gillath et al., 2005). Die Fähigkeit zu Fürsorge und Mitgefühl ist wiederum im Bindungsverhaltenssystem verankert (Mikulincer & Shaver, 2017). Reagieren Eltern angemessen auf die Bedürfnisse eines Kindes, kann sich so ein sicherer Bindungsstil entwickeln. Dies ermöglicht es, dass die Aufmerksamkeit von den eigenen Bedürfnissen auf die von anderen Menschen gelenkt wird, man Mitgefühl verspüren und sich altruistisch verhalten kann (Mikulincer & Shaver, 2017).

Diese theoretischen Überlegungen konnten mit einigen Befunden untermauert werden. Zum Beispiel fanden Feeney et al. (2008), dass junge Menschen mit unsicherem Bindungsstil sich fremden Personen gegenüber weniger unterstützend verhielten, wenn diese ein persönliches Problem offenbarten als solche mit sicherem Bindungsstil.

In einer Reihe experimenteller Studien zeigte sich, dass nach subliminaler Präsentation des Namens einer Bindungsperson der ProbandInnen, Menschen sich eher für eine andere Person aufopfern. Weiters zeigen sie eine gesteigerte Bereitschaft zu helfen und mehr Mitgefühl, selbst wenn kein egoistisches Motiv zu helfen ersichtlich war (Mikulincer, Shaver, Gillath & Nitzberg, 2005).

Auch die Fähigkeit zu Selbstmitgefühl hängt mit dem Bindungsstil zusammen (Pepping, Davis, O'Donovan & Pal, 2015). So zeigte sich in einer Querschnittsstudie, dass ein weniger ängstlicher Bindungsstil mit mehr Selbstmitgefühl zusammenhängt. Auch ein experimentell induziertes Gefühl, sicher gebunden zu sein, hängt mit mehr Selbstmitgefühl zusammen (Pepping et al., 2015).

1.3.3 Bindungstheoretische Perspektive auf Emotionsregulation.

Das Bindungssystem kann als Mittel zur Emotionsregulation angesehen werden. Die Behauptung, dass die Fähigkeit zur Emotionsregulation mit frühen Bindungserfahrungen zusammenhängt, liegt also nahe (Mikulincer & Shaver, 2007). Laut Shaver und Mikulincer (2002) kann der Bindungsstil sich auf die Art der Emotionsregulationsstrategien auswirken, die im späteren Leben eingesetzt werden. Sicher gebundene Menschen entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit die Fähigkeit sich selbst in Stresssituationen zu beruhigen (Mikulincer & Shaver, 2007) und sie

wenden eher adaptive Formen von Emotionsregulation an, als unsicher gebundene Menschen (Mikulincer & Shaver, 2019). Ein ängstlicher Bindungsstil hängt hingegen eher mit emotionaler Dysregulation sowie dem Gebrauch von Rumination als Emotionsregulationsstrategie zusammen (Brenning, Soenens, Braet & Bosmans, 2012; Garrison, Kahn, Miller & Sauer, 2014). Ein vermeidender Bindungsstil konnte mit der Unterdrückung von emotionalem Erleben in Verbindung gebracht werden (Brenning et al., 2012).

Laut Rimé (2009) bleiben die in der Kindheit relevanten sozialen Aspekte von Emotionsregulation im Erwachsenenalter von Bedeutung. Bindungserfahrungen spielen demnach auch für interpersonelle Emotionsregulation eine wichtige Rolle. Positive Bindungserfahrungen können zum Beispiel zu einem stärker ausgeprägten Vertrauen in die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung führen (Mikulincer & Shaver, 2007). So konnte eine sichere Bindung bei jungen Mädchen sowohl mit mehr positivem Affekt, als auch mit einer erhöhten Tendenz, andere Menschen zur Affektregulation hinzuzuziehen, in Verbindung gebracht werden. Zudem berichteten sie, engere Freundschaften zu schließen als unsicher gebundene Kinder (Abraham & Kerns, 2013). Weiters fällt es sicher gebundenen Menschen leichter, mentale Repräsentationen abzurufen, in denen andere Menschen als unterstützend und hilfreich erscheinen (Gilbert & Irons, 2005). Unsicher gebundenen Menschen fehlt dieser Zugang, was dazu führen kann, dass die Fähigkeit, beruhigend auf sich selbst zu wirken, nicht gegeben ist. Als Folge könnten diese Menschen stark auf andere Personen angewiesen sein, um sich zu beruhigen und ein ausgeprägtes ängstlich-hilfesuchendes Verhalten aufweisen (Gilbert & Irons, 2005).

1.4 Mitgefühl, Emotionsregulation und psychische Gesundheit.

Die Entwicklung von Emotionsregulation und Mitgefühl ist also auf ähnliche Prozesse zurückzuführen. Außerdem wird beiden Konzepten eine große Bedeutung in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologien zugeschrieben. Es macht in Anbetracht dieser Sachverhalte also Sinn, beide Konzepte gemeinsam in ihrem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit zu betrachten. (Finlay-Jones, 2017)

Selbstmitgefühl wurde in diesem Kontext als potentiell Bindeglied zwischen Bindungserfahrungen und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation vorgeschlagen (Vettese, Dyer, Li & Wekerle, 2011). In einer Studie mit drogenabhängigen

Jugendlichen hingen Missbrauchserfahrungen im Kindheitsalter negativ mit Selbstmitgefühl sowie positiv mit Emotionsregulationsschwierigkeiten und psychopathologischer Symptombelastung zusammen. Weiters wurde die Beziehung von Missbrauchserfahrungen und Emotionsregulationsschwierigkeiten durch Selbstmitgefühl mediiert. (Vettese et al., 2011)

Bei Westphal, Leahy, Pala und Wupperman (2016) konnten ebenfalls Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl und emotionalem Erleben gefunden werden. In ihrer Studie an erwachsenen Psychotherapie-PatientInnen hingen Selbstmitgefühl und emotionale Invalidierung (das Gefühl, dass die eigenen Emotionen nicht ernst genommen werden) zusammen. Sowohl Selbstmitgefühl als auch emotionale Invalidierung mediierten den Zusammenhang von elterlicher Gleichgültigkeit und Psychopathologie.

Rumination und Sorgen, zwei maladaptive Emotionsregulationsstrategien (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008), stellten sich bei jungen Studierenden als Mediatoren des Zusammenhangs von Selbstmitgefühl und Depressionsneigung heraus (Raes, 2010). Diedrich et al. (2017) fanden zudem in einer Stichprobe von Erwachsenen mit einer diagnostizierten Depression, dass die Fähigkeit die eigenen Emotionen zu regulieren den Zusammenhang von Selbstmitgefühl und der Symptombelastung mediiert. Diese Studien heben die Relevanz von Mitgefühl als Interventionsziel bei psychischen Störungen hervor. Das Kultivieren von Selbstmitgefühl könnte laut Diedrich et al. (2017) zum Beispiel eine Möglichkeit darstellen, die eigenen Emotionsregulationsfähigkeiten zu verbessern, was wiederum zu einer besseren psychischen Gesundheit beitragen könnte.

Die Forschung zu Emotionsregulation und Mitgefühl hat demnach Erkenntnisse geliefert, welche durchaus auch einen praktischen Nutzen haben könnten. In Anbetracht der Tatsache, dass Emotionsregulation auch im sozialen Kontext stattfinden kann, erscheint es sinnvoll, das Feld durch das Konzept der interpersonellen Emotionsregulation zu erweitern. So stellt sich dann zum Beispiel die Frage, ob auch interpersonelle Emotionsregulation einen Mediator für den Zusammenhang von Selbstmitgefühl und Depressivität darstellt. Da ein solcher Effekt eine Korrelation von Selbstmitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation voraussetzt, müsste man sich allerdings erst mit dieser, bisher noch ungeklärten Frage beschäftigen.

1.5 Zielsetzung der Studie

Das Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, wie in der Allgemeinpopulation interpersonelle Emotionsregulation mit verschiedenen, für die psychische Gesundheit relevanten Konzepten zusammenhängt. Zum einen wird analysiert werden, wie interpersonelle Emotionsregulation mit Selbstmitgefühl korreliert. Zum anderen soll versucht werden, die Studienergebnisse von Hofmann et al. (2016) bezüglich interpersoneller Emotionsregulation und der Neigung zu Depression zu replizieren. Auch die bereits gut belegte Beziehung von Selbstmitgefühl und Depressivität soll ein weiteres Mal nachvollzogen werden. Die Etablierung dieser Zusammenhänge wird nötig sein, um Hinweise darauf finden zu können, ob interpersonelle Emotionsregulation ebenfalls als Bindeglied zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität fungieren könnte, so wie es für intrapersonelle Prozesse der Emotionsregulation schon belegt werden konnte (Diedrich et al., 2017). Eine weitere Zielsetzung wird es sein, den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität näher zu beleuchten. In Anlehnung an die Forschung zu sozialer Unterstützung soll untersucht werden, ob Bedingungen bestehen, unter welchen dieser laut Hofmann et al. (2016) positive Zusammenhang sich verändert. Es stellt sich also die Frage, ob interpersonelle Emotionsregulation bei gering ausgeprägter Angst vor Mitgefühl auch mit einer weniger ausgeprägten Depressionsneigung einhergehen könnte. Schlussendlich soll analysiert werden, wie emotionale Intelligenz, interpersonelle Emotionsregulation und Depressivität zusammenhängen. Hier wird angenommen, dass emotionale Intelligenz einen Moderator für diese Beziehung darstellt, dass also bei geringerer Ausprägung von emotionaler Intelligenz der Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität stärker ist als bei Menschen mit einer höheren emotionalen Intelligenz.

2 Fragestellungen und Hypothesen

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen Selbst-Mitgefühl (SCS-D) und interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert)?

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation.

- H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation.
2. Besteht ein Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T)?
- H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität.
- H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität.
3. Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl (SCS-D) und Depressivität (STDS-T)?
- H₀: Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität.
- H₁: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität.
4. Wird der Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl (SCS-D) und Depressivität (STDS-T) durch interpersonelle Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) mediiert?
- H₀: Der Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität wird nicht durch interpersonelle Emotionsregulation mediiert.
- H₁: Der Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität wird durch interpersonelle Emotionsregulation mediiert.
5. Wird der Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T) durch Angst vor Mitgefühl (FoC) moderiert?
- H₀: Der Zusammenhang interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität wird durch Angst vor Mitgefühl moderiert.
- H₁: Der Zusammenhang interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität wird nicht durch Angst vor Mitgefühl moderiert.
6. Moderiert wahrgenommene emotionale Intelligenz (TMMS, Gesamtwert) den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T)?
- H₀: Wahrgenommene emotionale Intelligenz moderiert den Zusammenhang interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität nicht.
- H₁: Wahrgenommene emotionale Intelligenz moderiert den Zusammenhang interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität.

3 Methode

3.1 Untersuchungsdesign und Durchführung

Die Studie wurde als Querschnittsuntersuchung konzipiert. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines Online-Fragebogens. Dieser wurde mit Hilfe von SoSci Survey (Leiner, 2019) erstellt und war vom 01.09.2018 bis zum 16.10.2018 unter www.soscisurvey.de/good2018 verfügbar.

Die Rekrutierung der StudienteilnehmerInnen erfolgte über soziale Medien. In diversen Foren wurde auf die Studie verwiesen und um Teilnahme gebeten. Bei den Foren handelte es sich um Marktplätze zur Vermittlung von gratis Waren und Dienstleistungen, Tauschbörsen für Rezepte sowie Gruppen deren Zweck in erster Linie das Rekrutieren von TeilnehmerInnen für wissenschaftliche Arbeiten ist. Um auch männliche Teilnehmer anzusprechen wurde die Umfrage auch auf Seiten zum Thema Bartpflege verbreitet.

3.2 Stichprobe

3.2.1 Kriterien und Rekrutierung

Die Befragung richtete sich an alle deutschsprachigen Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Befragung wurden alle TeilnehmerInnen über den Hintergrund und Zweck der Studie informiert. Außerdem wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Anonymität der Daten und die Möglichkeit, die Befragung zu jedem Zeitpunkt abubrechen, hingewiesen.

Die Mindestgröße der Stichprobe wurde im Vorfeld der Untersuchung mittels G*power (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) ermittelt. Bei einer Teststärke von .80, und einer α -Fehlerwahrscheinlichkeit von .05 bei ungerichteter Testung wurde die Mindestgröße der Stichprobe auf 84 TeilnehmerInnen geschätzt, um eine Korrelation mittlerer Stärke ($r=0.3$) signifikant nachweisen zu können, vorausgesetzt es besteht eine solche Korrelation in der Population. Für die anderen Verfahren gab G*Power noch kleinere Mindestgrößen an, weshalb hier nur diese erwähnt wird.

Insgesamt wurde die Studie 5931 Mal angeklickt. Es wurden 935 Fragebögen teilweise, 513 vollständig ausgefüllt. Aus der Untersuchung wurden 12 Fälle ausgeschlossen, weil mehr als 5% des Fragebogens nicht ausgefüllt waren. Weitere 19 Fälle wurden wegen einer zu kurzen Bearbeitungszeit entfernt. Um die

Bearbeitungszeit beurteilen zu können, wurde der von SoSci Survey standardmäßig ausgegebene *relative speed index* herangezogen. Insgesamt wurden also 482 Datensätze in die Analyse einbezogen.

3.2.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe setzt sich aus 190 männlichen Teilnehmern (39.4%) und 291 weiblichen Teilnehmerinnen (60.4%) zusammen. Eine Person gab an, sich keiner dieser Geschlechtsidentitäten zugehörig zu fühlen (0.2%). Das durchschnittliche Alter der ProbandInnen betrug 34 Jahre (SD=11.1) mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 70 Jahren. Von den Befragten gaben 111 Personen (23%) an, dass mindestens einmal in ihrem Leben eine psychische Krankheit bei ihnen diagnostiziert worden ist. Bei 371 Personen (77%) hingegen wurde noch nie eine psychische Krankheit diagnostiziert. Die meisten TeilnehmerInnen (82) gaben als Diagnose eine Depression, Angststörung oder sonstige affektive Störungen an. An zweiter Stelle standen Persönlichkeitsstörungen (9), gefolgt von posttraumatischen Belastungsstörungen (7). Die restlichen Angaben enthielten uneindeutige Antworten, welche dem offenen Antwortformat zuzuschreiben sind und werden deshalb hier nicht angeführt.

3.3 Untersuchungsinstrumente

3.3.1 Demographischer Fragebogen.

Zu Beginn der Studie wurden einige demographische Daten erhoben. Diese umfassen das Alter und das Geschlecht der TeilnehmerInnen. Außerdem wurde abgefragt, ob bei den Testpersonen jemals eine psychische Störung diagnostiziert worden ist. Falls ja, wurde erfasst, um welche Störung es sich dabei handelte.

3.3.2 Selbstmitgefühl.

Zum Erfassen des Selbstmitgefühls wurde die deutsche Version der von Neff (2003b) entwickelten Self-Compassion-Scale verwendet (SCS-D). Der von Hupfeld und Ruffieux (2011b) ins Deutsche übersetzte Fragebogen wurde den TeilnehmerInnen dieser Studie als Kurzform mit 12 statt 26 Items vorgelegt. Hier können ProbandInnen auf einer fünfstufigen Skala von *sehr selten* bis *sehr oft* angeben, wie häufig sie sich auf eine gewisse Art und Weise verhalten. Ein Item lautet zum Beispiel: „Wenn ich eine

sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche“. Die SCS-D weist eine sechsfaktorielle Struktur auf, welche die positiven und negativen Aspekte der drei Facetten des Selbstmitgefühls erfasst. Die Subskalen der Kurzform der SCS-D umfassen jeweils zwei Items und werden im Folgenden beschrieben (Hupfeld & Ruffieux, 2011b):

1. *Selbstbezogene Freundlichkeit* (Self-Kindness): Diese Skala beschreibt einen gütigen und verständnisvollen Umgang mit sich selbst in schwierigen Zeiten.
2. *Selbstverurteilung* (Self-Judgment): Diese Subskala erfasst eine Haltung der Intoleranz und Ablehnung gegenüber eigenen Fehlern und negativen Erfahrungen.
3. *Verbindende Humanität* (Common Humanity): Hier wird erfasst, inwieweit Personen schmerzhaft Erfahrungen als festen Bestandteil der menschlichen Existenz betrachten.
4. *Isolation* (Isolation): Hier wird erfasst, ob man sich durch negative Erfahrungen als von anderen Menschen isoliert erlebt.
5. *Achtsamkeit* (Mindfulness): Die Skala erfasst einen offenen, ausgeglichenen Umgang mit negativen Erlebnissen.
6. *Überidentifizierung* (overidentification): Diese Skala erfasst die Tendenz, von schmerzhaften Erlebnissen überwältigt zu werden.

Da die faktorielle Validität der Kurzversion nicht zufriedenstellend ist, wird davon abgeraten, die einzelnen Subskalenwerte zu interpretieren (Hupfeld & Ruffieux, 2011a). Der Gesamtwert eignet sich hingegen gut als Indikator für Selbstmitgefühl. Um diesen zu berechnen, werden einige der Items umgepolt und anschließend ein Mittelwert aller Items berechnet (Hupfeld & Ruffieux, 2011b). Die SCS-D-Kurzform erreicht eine innere Konsistenz von $\alpha = .84$ und eine retest-Reliabilität von $r_{tt} = .83$. Die Korrelation zwischen der Kurz- und der Langversion ist von $r = .91$ (Hupfeld & Ruffieux, 2011a).

3.3.3 Wahrgenommene emotionale Intelligenz.

Um wahrgenommene emotionale Intelligenz zu erfassen, wurde die von Salovey, Mayer, Goldman, Turvey und Palfai (1995) entwickelte und von Otto et al. (2001) ins Deutsche übersetzte Trait Meta-Mood Scale (TMMS) verwendet. Diese erfasst drei sogenannte Meta-Mood Erfahrungen. Hierbei handelt es sich um subjektive

Indikatoren für die Integration von Emotion und Kognition auf dispositioneller Ebene (Otto et al., 2001). TeilnehmerInnen werden gebeten, selbst einzuschätzen, inwieweit bei ihnen ein kognitiver Zugriff auf emotionale Inhalte besteht. Der Wortlaut ähnelt dabei dem des folgenden Beispiel-Items: "Ich denke es ist nutzlos, den eigenen Gefühlen und Stimmungen Aufmerksamkeit zu schenken". Auf einer fünfstufigen Skala von *starker Widerspruch* bis *starke Zustimmung* kann die Zustimmung zu den Aussagen ausgedrückt werden. Die drei Ebenen, auf denen eine Einschätzung stattfinden soll, bilden sie Subskalen der TMMS. Es handelt sich hierbei um (Salguero, Fernandez-Berrocal, Balluerka & Aritzeta, 2010):

1. *Aufmerksamkeit* (Attention): Hier werden Überzeugungen bezüglich der Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf die eigenen Emotionen zu lenken, erfasst.
2. *Beeinflussbarkeit* (Repair): Diese Skala erfasst die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu regulieren.
3. *Klarheit* (Clarity): Die Subskala erfasst die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu fühlen und zu verstehen.

Die innere Konsistenz der Subskalen wurde mit $\alpha > .80$ als befriedigend angegeben (Otto et al., 2001). Ein höherer Wert auf jeder der drei Subskalen deutet auf eine höher eingeschätzte Beeinflussbarkeit und Klarheit der eigenen Emotionen sowie eine größere Tendenz, die Aufmerksamkeit auf diese zu richten, hin. In dieser Studie werden dieser Logik folgend die Werte der drei Subskalen addiert und der so erhaltene Gesamtwert als Indikator für die wahrgenommene emotionale Intelligenz interpretiert.

3.3.4 Interpersonelle Emotionsregulation.

Zur Messung der intrinsischen interpersonellen Emotionsregulation wird der von Hofmann et al. (2016) erstellte Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ) verwendet. Es handelt sich hierbei um den ersten Fragebogen, der dieses Konzept erfasst. Der insgesamt 20 Items umfassende Fragebogen ist in die vier folgenden Subskalen unterteilt:

1. Der Faktor *Positiven Affekt Verstärken* (Enhancing Positive Affect) beschreibt eine Tendenz, andere Menschen aufzusuchen, um positive Emotionen zu verstärken.

2. Der Faktor *Andere Perspektiven Einnehmen* (Perspective Taking) bezieht sich auf eine Neigung dazu, andere aufzusuchen, um dran erinnert zu werden, sich keine Sorgen zu machen und dass die Situation auch schlimmer sein könnte.
3. Die Subskala *Beruhigung* (Soothing) drückt aus, inwieweit man sich an Andere wendet, um Mitgefühl und Trost gespendet zu bekommen.
4. Die Subskala *Soziales Nachahmen* (Social Modeling) beschreibt die Tendenz dazu, von anderen erfahren zu wollen, wie diese mit einer gewissen Situation umgehen würden.

Als Beispiel kann folgendes Item angeführt werden: "Dass Leute mir sagen, ich solle mir keine Sorgen machen, kann helfen mich zu beruhigen, wenn ich ängstlich bin". Auf einer fünfstufigen Skala kann angegeben werden, inwieweit die Aussagen auf einen zutreffen. Höhere Werte auf jeder dieser Skalen weisen auf eine stärker ausgeprägte Tendenz hin, in verschiedenen Situationen auf andere Menschen zuzugehen, um das Erleben seiner Emotionen zu verändern. Deshalb wird hier angenommen, dass ein IERQ Gesamtscore berechnet werden kann, obwohl von den AutorInnen nicht explizit auf die Möglichkeit hingewiesen wird. Die innere Konsistenz der vier Skalen ist gut, und wird mit $\alpha = .89$ bis $.94$ angegeben.

3.3.5 Angst vor Mitgefühl.

Um Angst vor Mitgefühl zu erfassen, wurde die von Gilbert et al. (2011) entwickelte Fear of Compassion Scale (FoC) benutzt. Hier wurde nur eine der drei Skalen, nämlich Fear of Compassion from others benutzt. Dieses Messinstrument erfasst die Tendenz, mit negativen Emotionen zu reagieren, wenn andere Menschen einem ihr Mitgefühl ausdrücken (Gilbert et al., 2011). Der Fragebogen umfasst 13 Items, die alle auf dem Faktor *Angst vor Mitgefühl* laden. Auf einer fünfstufigen Skala von *stimme überhaupt nicht zu* bis *stimme vollkommen zu* können die Testpersonen ihre Zustimmung zu den Items zum Ausdruck bringen. Items lauten dabei wie folgt: "Wenn Leute mir gegenüber freundlich und nett sind, befürchte ich, dass sie etwas Schlechtes über mich herausfinden und ihre Meinung ändern". Höhere Ergebnisse im Fragebogen deuten auf eine stärker ausgeprägte Angst hin, Mitgefühl von anderen zu erhalten. Die innere Konsistenz wird, je nach Stichprobe, mit $\alpha = .85$ bis $.92$ angegeben (Gilbert et al., 2011).

3.3.6 Depressivität.

Die Neigung zu depressivem Erleben wurde mit dem trait-Teil der State-Trait Depression Scale (STDS-T), die von Spaderna, Schmukle und Krohne (2002) ins Deutsche übersetzt wurde erhoben. Es handelt sich bei der STDS-T um ein Screening-Verfahren für Depressivität in klinisch unauffälligen Populationen (Lehr, Hillert, Schmitz & Sosnowsky, 2008). Dieses misst, im Gegensatz zu anderen Fragebögen dieser Art, keine psychische Beeinträchtigung im diagnostischen Sinne. Vielmehr sollen dispositionelle Merkmale erfasst werden, die an sich noch keine klinische Relevanz haben, in Interaktion mit weiteren Risikofaktoren allerdings dafür ausschlaggebend sein können, dass ein depressiver Zustand aufrechterhalten wird (Spaderna et al., 2002). Im Gegensatz zu anderen Depressionsskalen beschränkt sich die STDS-T auf das Erfragen von Affekten und es werden keine motivationalen, kognitiven und sozialen Symptome erfasst (Lehr et al., 2008). Das Verfahren misst das Vorliegen negativer Affekte (*Dysthymia*) sowie die Abwesenheit positiver Affekte (*Euthymia*). Auf Feststellungen wie „meine Stimmung ist schwermütig“ oder „das Leben macht mir Spaß“ können auf einer vierstufigen Häufigkeitsskala Antworten von *fast nie* bis *fast immer* gegeben werden. Nach Umpolung der *Euthymia*-Items kann so ein Gesamtwert, der zwischen 10 und 40 Punkten liegt, erreicht werden, wobei ein höherer Wert eine höhere Neigung zu depressivem Erleben bedeutet. Die Reliabilität nach Chronbach-Alpha ist sehr gut und wird bei Spaderna et al. (2002) mit $\alpha = .91$ angegeben.

3.3.7 Übersetzung der Fragebögen.

Die Fragebögen zur Angst vor Mitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation lagen beide ausschließlich in englischer Sprache vor und mussten übersetzt werden. In einem ersten Schritt wurde mit der Hilfe einer mehrsprachigen Studierenden der Sprachwissenschaften die Übersetzung ins Deutsche vorgenommen. Anschließend wurde eine weitere mehrsprachige Person gebeten die neue deutsche Version zurück ins Englische zu übersetzen. Wichen beide Versionen zu stark voneinander ab, wurden Änderungen an der deutschen Fassung vorgenommen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass der Fragebogen sinngemäß übersetzt worden ist. Diese Methode wurde im Rahmen dieser Studie für ausreichend präzise angenommen, wengleich ExpertInnen von Befragungen im interkulturellen Kontext das Vorgehen kritisieren (Harkness, Villar & Edwards, 2010).

3.4 Geplante statistische Auswertung

Um die Fragestellungen eins bis drei zu beantworten, werden Pearson-Korrelationen berechnet. Sind die Anwendungsvoraussetzungen für dieses Verfahren nicht erfüllt, können alternativ Spearman-Rangkorrelationen berechnet werden. Die Fragestellung vier wird anhand einer Mediationsanalyse beantwortet. Fragestellungen fünf und sechs mit einer Moderationsanalyse. Sind die Anwendungsvoraussetzungen für eine der letzten drei Fragestellungen nicht erfüllt, wird es nötig sein, Variablentransformationen vorzunehmen, bevor mit der Auswertung begonnen werden kann.

4 Ergebnisse

4.1 Vorbereitende Analysen

4.1.1 Analyse fehlender Werte.

Im finalen Datensatz fehlten insgesamt 0.2% der Daten. Um einen vollständigen Datensatz zu gewährleisten, wurden fehlende Werte anhand eines expectation-maximization (EM) Algorithmus imputiert, den SPSS anbietet.

4.1.2 Anwendungsvoraussetzungen.

Die Anwendungsvoraussetzungen der eingesetzten Verfahren zur Berechnung der Zusammenhangshypothesen wurden graphisch überprüft. Bei den ersten drei Fragestellungen wurden für die Voraussetzungen der Homoskedastizität und Linearität Streudiagramme benutzt. Die Überprüfung der Normalverteilung wurde anhand von Q-Q Diagrammen und Histogrammen vorgenommen. Waren die Voraussetzungen erfüllt, konnte zur Berechnung der Zusammenhänge die Pearson-Korrelation verwendet werden. Waren sie nicht erfüllt, wurde die Spearman-Korrelation herangezogen.

Für Fragestellung vier wurden die Voraussetzungen für jede der im Rahmen der Mediationsanalyse durchzuführenden einfachen- sowie multiplen Regressionen überprüft. Bei den Fragestellungen fünf und sechs wurde kontrolliert, ob die Voraussetzungen für die jeweiligen multiplen Regressionen, welche im Rahmen der Moderationsanalysen durchzuführen sind, erfüllt sind. Die Normalverteilung der Residuen wurde mit den P-P Diagrammen der standardisierten Residuen überprüft. Anhand von Streudiagrammen der standardisierten vorhergesagten Werte und Residuen wurde auf Homoskedastizität und Linearität hin kontrolliert. Cook-Distanzen

wurden berechnet, um zu überprüfen, ob sich unter den Messwerten zu hohe Ausreißer befinden. Schlussendlich wurde der Varianzinflationsfaktor (VIF) herangezogen, um zu kontrollieren, ob die Prädiktor-Variablen zu stark untereinander korrelieren. Waren die Voraussetzungen für eine Fragestellung nicht erfüllt, wurde eine Variablentransformation vorgenommen und ein weiteres Mal auf die Anwendbarkeit der Verfahren hin überprüft. Für die Fragestellungen fünf und sechs, waren die Voraussetzungen hinreichend erfüllt, nachdem die relevanten Variablen einer log-Transformation unterzogen worden waren. Bei Fragestellung vier waren die Voraussetzungen nach einer log-Transformation nicht erfüllt. Stattdessen musste hier von allen Variablen die Quadratwurzel berechnet werden, bevor mit der Auswertung der Ergebnisse begonnen werden konnte.

4.1.3 Faktorenanalyse.

Da der IERQ zum ersten Mal ins Deutsche übersetzt wurde, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt um die faktorielle Struktur des Fragebogens empirisch zu untersuchen.

Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit obliquen Rotation (direct oblimin) durchgeführt. Bartlett's Test auf Sphärizität deutet darauf hin, dass die Korrelationen zwischen den Items hoch genug für die Durchführung einer PCA sind ($\chi^2(190) = 4811.23, p < .001$). Nach dem Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium ist der Datensatz für eine PCA geeignet, KMO = .88 („sehr gut“ nach Field, 2009).

Eigenwerte wurden für alle Komponenten berechnet. Der Scree-Plot war uneindeutig und es wurde eine Parallelanalyse als Kriterium herangezogen, um die Anzahl der Faktoren zu bestimmen. Vier Komponenten hatten höhere Eigenwerte als der mittlere Eigenwert der in der Parallelanalyse zufällig generierten Daten und diese erklärten gemeinsam 62.50% der Varianz. Es wurde also eine vierfaktorielle Lösung beibehalten. In Tabelle 1 werden die Faktorladungen nach Rotation angeführt. Es wurde die gleiche Struktur wie bei Hofmann et al. (2016) gefunden. Die Items die auf Komponente 1 laden, sind der Subskala *Andere Perspektiven Einnehmen* des IERQ zuzuschreiben. Auf Komponente 2 laden Items der Skala *Positiven Affekt Verstärken*. Auf Komponente 3 laden die Items der Skala *Beruhigung* und auf Komponente 4 die Items der Skala *Soziales Nachahmen*.

Tabelle 1

Zusammenfassung der Rotierten Faktorladungen der Items des IERQ

Item	Rotierte Faktorladungen			
	APE	PAV	BER	SN
2. Es hilft mir, mit meiner depressiven Stimmung umzugehen, wenn andere mich darauf hinweisen, dass die Dinge nicht so schlimm sind, wie sie scheinen.	.701	.152	-.289	-.483
7. Wenn ich traurig bin, hilft es mir, wenn man mich daran erinnert, dass es anderen schlechter geht als mir.	.705	.065	-.253	-.192
10. Dass andere mir bewusst machen, dass alles auch viel schlimmer sein könnte, hilft mir, wenn ich traurig bin.	.812	.102	-.249	-.254
14. Wenn ich verärgert bin, können andere mich beruhigen, indem sie mir sagen, dass ich mir keine Sorgen zu machen brauche.	.719	.173	-.423	-.401
17. Dass Leute mir sagen, ich solle mir keine Sorgen machen, kann helfen mich zu beruhigen, wenn ich ängstlich bin.	.737	.186	-.426	-.461
3. Ich mag es, andere um mich herum zu haben, wenn ich meine Freude teilen möchte.	.073	.719	-.304	-.211
6. Wenn ich gut gelaunt bin, tut die Anwesenheit bestimmter Personen gut.	.060	.713	-.165	-.207
8. Ich mag die Gegenwart von anderen, wenn ich positiv gestimmt bin, weil es die gute Stimmung verstärkt.	.106	.793	-.250	-.264
13. Weil Freude ansteckend ist, suche ich andere Menschen auf, wenn ich mich glücklich fühle.	.184	.783	-.223	-.185
18. Wenn ich mich fröhlich fühle, suche ich andere Leute auf um sie glücklich zu machen.	.147	.779	-.198	-.189
4. Ich suche andere Menschen auf, um mir ihr Mitgefühl zukommen zu lassen, wenn es mir schlecht geht.	.325	.231	-.844	-.367
9. Wenn ich mich schlecht fühle, suche ich andere Menschen auf die ihr Mitgefühl ausdrücken werden.	.333	.266	-.847	-.425
12. Ich suche andere auf, um mich von ihnen trösten zu lassen, wenn ich traurig bin.	.343	.283	-.872	-.401
16. Ich suche andere Leute auf, wenn ich mich deprimiert fühle, nur um zu wissen, dass ich geliebt werde.	.323	.234	-.783	-.255
19. Wenn ich traurig bin, suche ich andere auf, die mir Trost spenden.	.390	.286	-.904	-.355
1. Ich fühle mich besser, wenn ich sehe, wie andere mit ihren Emotionen umgehen.	.207	.246	-.170	-.666
5. Wenn ich mir Sorgen mache, hilft es mir, die Überlegungen anderer zu hören, wie man mit Dingen umgehen kann.	.427	.368	-.507	-.610
11. Zu sehen, wie andere mit der gleichen Situation umgehen würden, hilft mir, wenn ich frustriert bin.	.401	.196	-.349	-.849
15. Wenn ich traurig bin, hilft es mir zu hören, wie andere mit ähnlichen Gefühlen umgegangen sind.	.439	.215	-.470	-.802
20. Wenn es mir schlecht geht, mag ich es zu wissen, was andere tun würden, wenn sie sich in meiner Situation befänden.	.398	.219	-.529	-.825
Eigenwerte	7.00	2.43	1.78	1.29
Erklärte Varianz in %	35.00	12.15	9.00	6.44

Anmerkung. Die Numerierung der Items bezieht sich auf die Reihenfolge im Fragebogen. APE = Andere Perspektiven Einnehmen, SN = Soziales Nachahmen, BER = Beruhigung, PAV = Positiven Affekt verstärken

4.1.4 Reliabilitätsanalyse.

Die inneren Konsistenzen der eingesetzten Untersuchungsinstrumente, berechnet mittels Cronbach's Alpha, sind in Tabelle 2 angeführt. Sie befinden sich alle im Bereich von .80 bis .93 und sind somit gut bis ausgezeichnet (Field, 2009). Die korrigierte Item-Skala Korrelation liegt zudem stets über .3, somit ist die Trennschärfe der Items ebenfalls zufriedenstellend (Field, 2009).

Tabelle 2

Innere Konsistenzen (Cronbach's Alpha) aller Messinstrumente und deren Subskalen

Subskala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
IERQ: Gesamtwert	20	.90
IERQ: Soothing	5	.91
IERQ: Perspective Taking	5	.80
IERQ: Enhancing Positive Affect	5	.81
IERQ: Social Modeling	5	.83
TMMS: Gesamtwert	29	.93
TMMS: Aufmerksamkeit	13	.89
TMMS: Beeinflussbarkeit	7	.86
TMMS: Klarheit	9	.87
FoC: Gesamtwert	13	.89
SCS-D: Gesamtwert	12	.84
STDS-T: Gesamtwert	10	.92

Anmerkung. IERQ = Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire, TMMS = Trait Meta-Mood Scale, FoC = Fear of Compassion Scale, SCS-D = Self-Compassion Scale, deutsche Version, STDS-T = State-Trait Depression Scale, trait-Teil

4.2 Inferenzstatistik

Fragestellung 1: Besteht ein Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl (SCS-D) und interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert)?

Da die Anwendungsvoraussetzungen für eine Pearson-Korrelation erfüllt waren, konnte der Zusammenhang mit diesem Verfahren berechnet werden. Zwischen den Variablen Selbst-Mitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang mit einer sehr geringen Effektstärke

($r(480) = .12, p = .008, 95\%$ KI für r [0.03, 0.21]). Die Nullhypothese kann somit verworfen werden.

Fragestellung 2: Besteht ein Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T)?

Hier war die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten nicht erfüllt und der Zusammenhang wurde anhand der Spearman-Rangkorrelation berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität mit einer sehr geringen Effektstärke ($r_s(480) = -.12, p = .006, 95\%$ KI für r_s [-0.21, 0.03]). Die Nullhypothese wurde also abgelehnt.

Fragestellung 3: Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Selbst-Mitgefühl (SCS-D) und Depressivität (STDS-T)?

Auch bei Fragestellung 3 war die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten nicht erfüllt und der Zusammenhang wurde anhand einer Spearman-Rangkorrelation berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang mit einer hohen Effektstärke zwischen den Variablen Selbst-Mitgefühl und Depressivität ($r_s(480) = -.68, p = .001, 95\%$ KI für r_s [-0.73, -0.63]). Die Nullhypothese konnte also verworfen werden.

Fragestellung 4: Wird der Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl (SCS-D) und Depressivität (STDS-T) durch interpersonelle Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) mediiert?

Die Mediationsanalyse wurde auf mit dem SPSS Macro PROCESS durchgeführt. Die Untersuchung ergab einen nicht signifikanten indirekten Effekt von Selbstmitgefühl auf Depressivität über interpersonelle Emotionsregulation ($b = -0.008, 95\%$ Bootstrap-KI [-0.0242, 0.0005]), wobei der vollständig standardisierte indirekte Effekt ebenfalls -0.008 betrug. Das Konfidenzintervall wurde anhand von 5000 Bootstrapping-Stichproben berechnet. Die in der Analyse relevanten Regressionskoeffizienten sind in Abbildung 1 detailliert dargestellt. Unter Berücksichtigung von interpersoneller Emotionsregulation verringert sich der Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl auf

Depressivität demnach nicht signifikant. Interpersonelle Emotionsregulation und Depressivität hängen in diesem Modell nicht mehr signifikant zusammen.

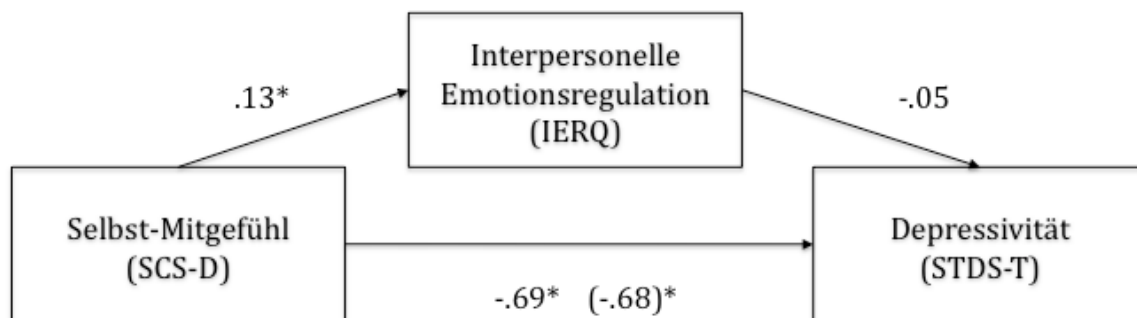


Abbildung 1. Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation; * $p < .01$; der direkte Effekt unter Kontrolle des Mediators ist in Klammern dargestellt.

Fragestellung 5: Wird der Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T) durch Angst vor Mitgefühl (FoC) moderiert?

Die Moderationsanalysen wurden mittels PROCESS durchgeführt. Der Anteil an Outcome-Varianz, der durch Hinzunahme der Interaktion von interpersoneller Emotionsregulation und Angst vor Mitgefühl ins Modell erklärt wird, ist nicht signifikant ($\Delta R^2 > .001$, $F(1, 478) = 0.07$, $p = .80$). Die Nullhypothese wird somit beibehalten. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Ergebnisse der Moderatoranalyse befindet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3

Effektstärke, Regressionskoeffizienten und Signifikanzen der Moderatoranalyse in FS5

	R^2	F	p	b	SE	t	p
Gesamtmodell	.31	74.98	<.001				
AvM				.45	.03	14.45	<.001
IER				-.03	.05	-.76	.45
Interaktion				-.07	.28	-.26	.80

Anmerkung. AvM = Angst vor Mitgefühl, IER = interpersonelle Emotionsregulation, Interaktion bezieht sich auf die Interaktion von AvM und IER

Fragestellung 6: Moderiert wahrgenommene emotionale Intelligenz (TMMS, Gesamtwert) den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation (IERQ, Gesamtwert) und Depressivität (STDS-T)?

Die Aufnahme der Interaktion von wahrgenommener emotionaler Intelligenz und interpersoneller Emotionsregulation in die Analyse führt nicht zu einem signifikanten Anstieg erklärter Varianz der Outcome-Variable ($\Delta R^2 = 0.004$, $F(1, 478) = 2.56$, $p = .11$). Die Nullhypothese kann also nicht verworfen werden. Detaillierte Ergebnisse der Analyse befinden sich in Tabelle 4.

Tabelle 4

Effektstärke, Regressionskoeffizienten und Signifikanzen der Moderatoranalyse in FS6

	R^2	F	p	b	SE	t	p
Gesamtmodell	.29	61.92	<.001				
EI				-.91	.07	-12.83	<.001**
IER				.06	.05	1.20	.23
Interaktion				-.78	.49	-.161	.11

Anmerkung. EI = wahrgenommene emotionale Intelligenz, IER = interpersonelle Emotionsregulation, Interaktion bezieht sich auf die Interaktion von EI und IER

*** $p \leq .01$*

4.3 Zusatzergebnisse

Die vorherigen Untersuchungen beziehen sich auf die in der Planungsphase der Studie formulierten Fragestellungen. Um ein genaueres Bild vom vorhandenen Sachverhalt zu erlangen, werden im Folgenden weiterführende Ergebnisse angeführt.

4.3.1 Geschlecht und Studienvariablen.

4.3.1.1 Gruppenunterschiede und deskriptive Ergebnisse

Zunächst wurde sich mit potentiellen Unterschieden in den Ausprägungen der Studienvariablen beschäftigt. Da die Voraussetzungen für die Anwendung parametrischer Verfahren nicht erfüllt waren, wurden die Gruppenunterschiede anhand des Mann-Whitney-Tests untersucht. Mittelwerte, Standardabweichungen und relevante Werte des Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 5 angeführt.

Die Geschlechterunterschiede in den Studienvariablen waren sehr schwach und zum Teil nur grenzwertig signifikant. Männer haben demnach eine leicht niedrigere Tendenz interpersonelle Emotionsregulation anzuwenden als Frauen. Bei Frauen lässt sich zudem eine leicht geringere Angst vor Mitgefühl feststellen und sie haben eine signifikant höhere wahrgenommene emotionale Intelligenz.

Tabelle 5

Deskriptive Befunde nach Geschlecht und relevante Werte des Mann-Whitney-Tests

	Geschlecht	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
IERQ	m	13.10	58.51	24584.5	-2.054	.04*	.09
	w	13.82	61.39				
SCS-D	m	7.74	38.48	25973.5	-1.122	.26	.05
	w	8.67	37.54				
STDS-T	m	5.52	19.62	26413	-0.828	.41	.03
	w	6.28	19.92				
FoC	m	9.02	26.26	24286.5	-2.255	.02*	.10
	w	10.02	24.90				
TMMS	m	18.86	104.22	22031	-3.768	<.001**	.017
	w	17.68	110.69				

Anmerkung. TMMS = Trait Meta-Mood Scale, FoC = Fear of Compassion Scale, SCS-D = Self-Compassion Scale, deutsche Version, STDS-T = State-Trait Depression Scale, trait-Teil

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

4.3.1.2 Mediationseffekt unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Um zu untersuchen, ob das Geschlecht einen Einfluss auf den Mediationseffekt hat, wurden zwei Analysen, jeweils unter Berücksichtigung eines einzigen Geschlechtes, durchgeführt. Weder bei den männlichen ($b = 0.004$, 95% Bootstrap-KI [-0.022, 0.035]) noch bei den weiblichen ($b = -0.009$, 95% Bootstrap-KI [-0.033, 0.002]) TeilnehmerInnen konnte ein signifikanter indirekter Effekt von Selbstmitgefühl auf Depressivität über interpersonelle Emotionsregulation gefunden werden. Die relevanten Regressionskoeffizienten sind in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt.

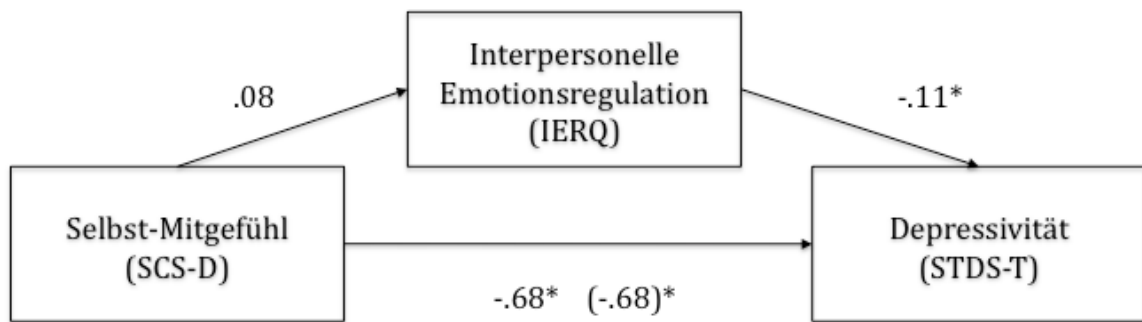


Abbildung 2. Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation bei Frauen; * $p < .01$; der direkte Effekt unter Kontrolle des Mediators ist in Klammern dargestellt.

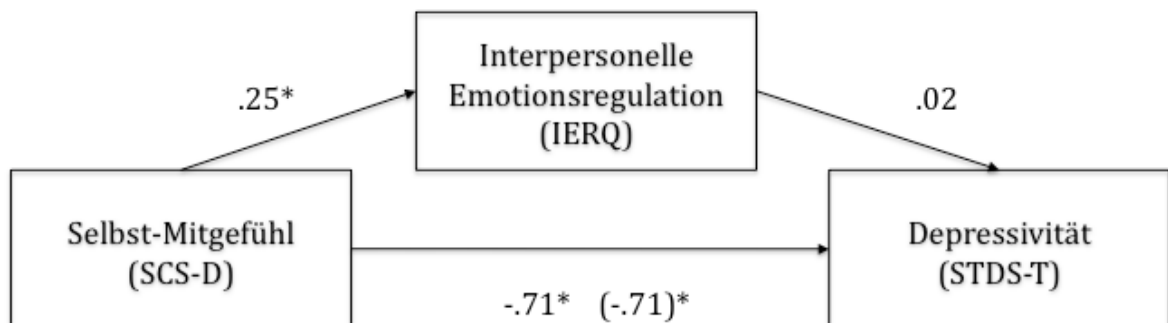


Abbildung 3. Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation bei Männern; * $p < .01$; der direkte Effekt unter Kontrolle des Mediators ist in Klammern dargestellt.

4.3.1.3 Geschlecht und Zusammenhänge des IERQ.

Da sich die Regressionskoeffizienten in der Mediationsanalyse zwischen den beiden Geschlechtern stark unterschieden, wurden die Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation und den anderen in der Studie erhobenen Variablen unter der Berücksichtigung des Geschlechts der TeilnehmerInnen untersucht. Hierfür wurden mittels PROCESS Moderatoranalysen durchgeführt.

Es konnte für keinen der Zusammenhänge ein Moderatoreffekt des Geschlechts gefunden werden. Der Anstieg an erklärter Varianz durch Hinzunahme der Interaktion der Variablen Geschlecht und interpersoneller Emotionsregulation war für das Modell mit Selbstmitgefühl ($\Delta R^2 = 0.006$, $F(1, 477) = 2.75$, $p = .09$), Angst vor Mitgefühl ($\Delta R^2 = 0.001$, $F(1, 477) = 0.45$, $p = .50$), emotionale Intelligenz ($\Delta R^2 < 0.001$, $F(1, 477) = 0.16$, $p = .69$) sowie mit Depressivität ($\Delta R^2 < 0.001$, $F(1, 477) = .044$, $p = .83$) nicht signifikant.

4.3.2 Psychische Störung und Studienvariablen.

4.3.2.1 Gruppenunterschiede und deskriptive Ergebnisse

Auch hier werden zunächst deskriptive Ergebnisse und Gruppenunterschiede angeführt. Ob die Differenzen in den Studienvariablen signifikant sind, wurde anhand des Mann-Whitney-Tests untersucht. Mittelwerte und Standardabweichungen sowie relevante Werte des Mann-Whitney-Tests sind in Tabelle 6 abgebildet.

Verglichen wurden die Werte von TeilnehmerInnen, bei denen schon einmal eine psychische Störung diagnostiziert worden ist und TeilnehmerInnen, bei denen dies noch nie der Fall war. In den Bereichen Selbstmitgefühl, Depressivität und Angst vor Mitgefühl bestehen schwach bis mittelstark ausgeprägte Unterschiede zwischen TeilnehmerInnen beider Gruppen. Demnach haben Menschen, die noch nie an einer psychischen Störung litten, eine weniger ausgeprägte Neigung zu Depressionen. Auch die Angst vor Mitgefühl ist in dieser Gruppe weniger stark ausgeprägt. TeilnehmerInnen dieser Gruppe weisen außerdem vergleichsweise hohe Werte an Selbstmitgefühl auf.

Tabelle 6

Deskriptive Befunde nach Gruppen und relevante Werte des Mann-Whitney-Tests

	Psy. Störung	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
IERQ	Ja	13.89	59.64	19516.5	-0.83	.40	.04
	Nein	13.54	60.49				
SCS-D	Ja	8.90	34.11	13819	-5.26	<.001*	.24
	Nein	7.79	39.03				
STDS-T	Ja	6.54	23.83	10677.5	-7.71	<.001*	.35
	Nein	5.22	18.43				
FoC	Ja	10.86	29.68	14277	-4.91	<.001*	.22
	Nein	8.88	24.16				
TMMS	Ja	19.21	105.71	18530.5	-1.6	.11	.07
	Nein	18.10	108.85				

Anmerkung. TMMS = Trait Meta-Mood Scale, FoC = Fear of Compassion Scale, SCS-D = Self-Compassion Scale, deutsche Version, STDS-T = State-Trait Depression Scale, trait-Teil

* $p < 0.001$

4.3.2.2 Mediationseffekt und psychische Störung.

TeilnehmerInnen wurden danach gefragt, ob bei ihnen jemals eine psychische Störung diagnostiziert worden ist. Der Mediationseffekt des Zusammenhangs von Selbstmitgefühl und Depressivität über interpersonelle Emotionsregulation wurde ein weiteres Mal unter Berücksichtigung dieser Information berechnet. Weder bei Menschen mit psychiatrischer Diagnose ($b = -0.005$, 95% Bootstrap-KI [- 0.052, 0.027]) noch in der Gruppe ohne Diagnose ($b = -0.005$, 95% Bootstrap-KI [-0.022, 0.001]) konnte ein signifikanter indirekter Effekt von Selbstmitgefühl auf Depressivität über interpersonelle Emotionsregulation gefunden werden. Die relevanten Regressionskoeffizienten sind in den Abbildungen 4 und 5 dargestellt.

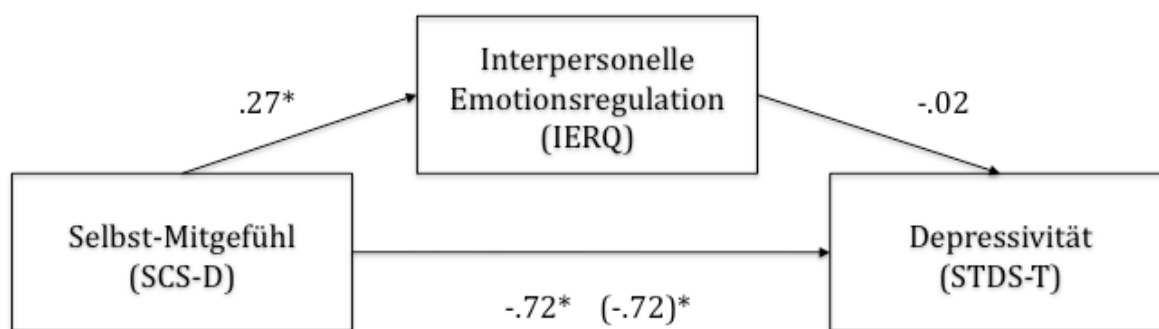


Abbildung 4. Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation in der Gruppe mit Diagnose; * $p < .01$; der direkte Effekt unter Kontrolle des Mediators ist in Klammern dargestellt.

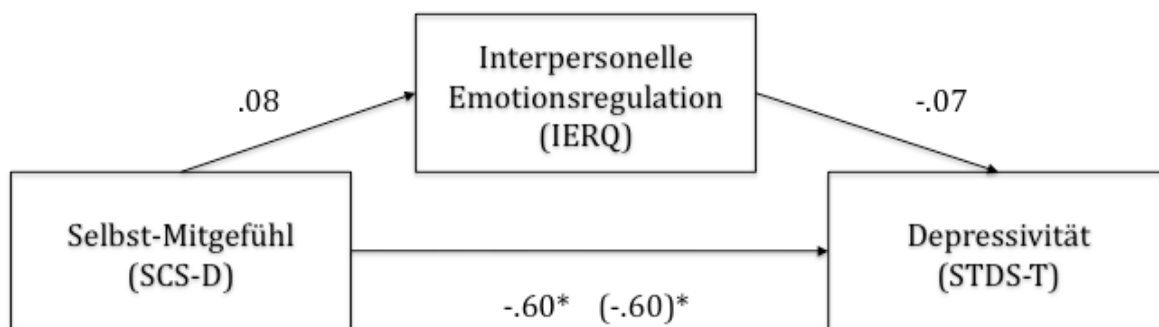


Abbildung 5. Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation in der Gruppe ohne Diagnose; * $p < .01$; der direkte Effekt unter Kontrolle des Mediators ist in Klammern dargestellt.

4.3.2.3 Psychische Störung und Zusammenhänge des IERQ.

Die Regressionskoeffizienten der beiden Mediationsanalysen unterschieden sich stark voneinander. Die Variable „psychische Störung“ wurde also ebenfalls als

Moderator für die Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation und den restlichen Studienvariablen herangezogen.

Ob jemals eine psychische Störung vorlag oder nicht, wirkte sich nicht auf die Zusammenhänge zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität ($\Delta R^2 = 0.004$, $F(1, 478) = 2.00$, $p = .16$), emotionaler Intelligenz ($\Delta R^2 = 0.006$, $F(1, 478) = 2,24$, $p = .14$) und Angst vor Mitgefühl ($\Delta R^2 < 0.001$, $F(1, 478) = 0.02$, $p = .90$) aus.

Die Variable „psychische Störung“ moderierte allerdings den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Selbstmitgefühl signifikant ($\Delta R^2 = 0.01$, $F(1, 478) = 6.20$, $p = .01$). Der (positive) Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Selbstmitgefühl ist demnach signifikant stärker bei Menschen, bei denen schon mal eine psychische Störung diagnostiziert worden ist, als bei Menschen, bei denen dies nicht der Fall war.

4.3.3 Korrelationen aller Studienvariablen.

Um ein genaueres Bild der Zusammenhänge der Studienvariablen zu erhalten, sind in Tabelle 7 alle Korrelationen abgebildet. Hier zeigen sich stark bis sehr stark ausgeprägte Zusammenhänge der Variablen Selbstmitgefühl, Angst vor Mitgefühl und wahrgenommener emotionaler Intelligenz untereinander. Die Zusammenhänge dieser Variablen mit interpersoneller Emotionsregulation sind hingegen sehr schwach und im Falle von emotionaler Intelligenz mittelstark ausgeprägt.

Tabelle 7

Interkorrelationstabelle aller erhobenen Variablen

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) IERQ	-				
(2) SCS-D	.12*	-			
(3) STDS-T	-.12**	-.68**	-		
(4) FoC	-.19*	-.54**	.54**	-	
(5) TMMS	.31**	.56**	-.52**	-.52**	-

Anmerkung. Pearson-Korrelationen sind fett dargestellt, IERQ = Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire, TMMS = Trait Meta-Mood Scale, FoC = Fear of Compassion Scale, SCS-D = Self-Compassion Scale, deutsche Version, STDS-T = State-Trait Depression Scale, trait-Teil

** $p < 0.01$; ** $p < 0.001$*

4.3.4 Zusammenhänge der Subskalen des IERQ mit Depressivität.

Um den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität genauer zu beleuchten, sind in Tabelle 8 die Korrelationskoeffizienten der Subskalen des IERQ und dem STDS-T sowie das jeweilige Signifikanzniveau angeführt. Die Skalen *Andere Perspektiven Einnehmen*, *Positiven Affekt Verstärken* und *Soziales Nachahmen* korrelieren sehr schwach und negativ mit Depressivität. Für die Skala *Beruhigung* wurde keine signifikante Korrelation mit Depressionsneigung gefunden.

Tabelle 8

Korrelationskoeffizienten und Signifikanzen der Subskalen des IERQ mit dem STDS-T

	<i>r</i>	<i>P</i>
APE	-1.26	.006**
SN	-1.00	.028*
BER	-0.04	.398
PAV	-1.43	.002**

Anmerkung. APE = Andere Perspektiven Einnehmen, SN = Soziales Nachahmen, BER = Beruhigung, PAV = Positiven Affekt verstärken

** $p \leq .05$; ** $p \leq .01$*

Außerdem wird eine multiple Regression aller vier Subskalen des IERQ auf Depressivität berechnet, um die Zusammenhänge der einzelnen Skalen unter Kontrolle der restlichen zu untersuchen. Damit die Anwendungsvoraussetzungen für eine multiple Regression erfüllt sind, werden alle Variablen logarithmiert. Unter Kontrolle der anderen Subskalen hängt nur die Skala *Positiven Affekt Verstärken* signifikant mit Depressivität zusammen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Ergebnisse befindet sich in Tabelle 9.

Tabelle 9

Effektstärken, Koeffizienten und Signifikanzen der multiplen Regression der Subskalen des IERQ auf Depressivität (STDS-T)

	R^2	F	p	b	SE	p	95% KI für b	
							U	O
Gesamtmodell	.05	5.80	<.001					
APE				-.08	.04	.057	-.16	.002
SN				-.07	.05	.203	-.17	.036
BER				.06	.04	.089	-.01	.13
PAV				-.23	.07	.002**	-.37	-.09

Anmerkung. APE = Andere Perspektiven Einnehmen, SN = Soziales Nachahmen, BER = Beruhigung, PAV = Positiven Affekt verstärken, U = untere Konfidenzschranke, O = Obere Konfidenzschranke.

*** $p \leq .01$*

5 Diskussion

Das Hauptziel dieser Studie war es, zu untersuchen, welche Rolle Aspekte des Mitgefühls im Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und depressivem Erleben spielt. Das Augenmerk lag hier auf Selbstmitgefühl und Angst vor Mitgefühl. Auch die Bedeutung von emotionaler Intelligenz im Zusammenspiel von interpersoneller Emotionsregulation und Depressionsneigung wurde untersucht. Um diesbezügliche Fragestellungen zu beantworten, wurden im Vorfeld die Korrelationen von interpersoneller Emotionsregulation, Selbstmitgefühl und Depressivität berechnet.

Es wurde ein schwacher aber signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und interpersoneller Emotionsregulation gefunden. Interpersonelle Emotionsregulation korrelierte zudem schwach negativ mit Depressionsneigung und Selbstmitgefühl sehr stark negativ mit Depressivität. Es wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass der Zusammenhang von Selbstmitgefühl und Depressivität durch interpersonelle Emotionsregulation mediiert wird. Auch konnten keine Moderatoreffekte, weder von Angst vor Mitgefühl noch von emotionaler Intelligenz, auf die Verbindung von interpersoneller Emotionsregulation und depressivem Erleben gefunden werden.

5.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Zum Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und (Selbst-)Mitgefühl existieren noch keine Befunde in der wissenschaftlichen Literatur. Williams et al. (2018) fanden allerdings einen positiven Zusammenhang zwischen interpersoneller Emotionsregulation und Empathiefähigkeit. Dies wäre in Übereinstimmung mit dem hier gefundenen Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Selbstmitgefühl. Empathiefähigkeit ist zwar nicht mit Mitgefühl gleichzusetzen, stellt allerdings eine Grundvoraussetzung dafür dar (Gilbert, 2017; Strauss et al., 2016). Selbstmitgefühl und Empathiefähigkeit hängen zudem stark zusammen (Birnie, Speca & Carlson, 2010). Da Mitgefühl und effiziente Emotionsregulation beide auf positiven Bindungserfahrungen basieren (Gilbert, 2005; Mikulincer & Shaver, 2019), könnte dieser Befund in Einklang mit der bindungstheoretischen Sicht auf die Entwicklung beider Konzepte stehen. Die Fähigkeit, Mitgefühl für sich selbst empfinden zu können, sollte theoretisch mit effektiver interpersoneller Emotionsregulation einhergehen. Diesbezüglich ist allerdings auf Basis der Befunde dieser Studie keine Aussage möglich, da der IERQ nicht zwischen adaptiver interpersoneller Emotionsregulation und interpersoneller emotionaler Dysregulation unterscheidet. Außerdem sollte man mit der Interpretation dieses Zusammenhangs vorsichtig sein, da er nur sehr gering ausgeprägt ist. Auf diese beiden Sachverhalte wird weiter unten noch eingegangen werden.

Eine weitere Feststellung ist, dass Menschen mit einer stärkeren Tendenz zu interpersoneller Emotionsregulation eine weniger ausgeprägte Neigung zu Depressionen aufweisen. Allerdings wurden bei Hofmann et al. (2016) gegensätzliche Ergebnisse gefunden. Hier korrelierten die Skalen des IERQ mittelstark und positiv mit Depressionsneigung. Nur die Subskala *Positiven Affekt Verstärken* hing nicht mit Depressivität zusammen. Diesen positiven Zusammenhang begründen die AutorInnen damit, dass der Erhalt von emotionaler Unterstützung das Vertrauen in die eigenen Coping-Fähigkeiten vermindern kann, was sich wiederum auf das psychische Wohlbefinden auswirken könnte. Dieser Logik folgend könnten die vorliegenden Befunde also darauf hindeuten, dass interpersonelle Emotionsregulation eine Ressource und einen protektiven Faktor gegen Depressionen darstellt.

Es wäre hingegen ebenfalls denkbar, dass eine depressive Stimmung die Tendenz, andere zur Emotionsregulation hinzuzuziehen, hemmt. Aufgrund der korrelativen

Natur der Befunde können keine Aussagen zur Kausalität getroffen werden und solche Interpretationen stellen nur Mutmaßungen dar.

Von besonderer Relevanz ist die Tatsache, dass sich die Befunde diesbezüglich von denen von Hofmann et al. (2016) stark unterscheiden. In einer multiplen Regressionsanalyse wurde in der vorliegenden Studie gefunden, dass, wenn die Effekte der anderen Subskalen konstant gehalten werden, ausschließlich die Skala *Positiven Affekt Verstärken* mit Depressivität zusammenhängt. Insgesamt sind die Korrelationen hier sehr schwach und eher in Einklang mit den Befunden von Koç et al. (2019), die ebenfalls schwache negative Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation und Depressionsneigung gefunden haben. In der Studie von Koç et al. (2019) wurde der gleiche Fragebogen zu Depressionsneigung benutzt, wie in der vorliegenden Studie. Hofmann et al. (2016) benutzten ein anderes Messinstrument. Hierauf weisen auch Koç et al. (2019) im Hinblick auf die oben genannten Unterschiede hin. Weiters verweisen die AutorInnen auf den kulturellen Kontext. Ihre Studie wurde in der Türkei durchgeführt, welche eine eher kollektivistisch geprägte Gesellschaft sei. Dieser Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse widerspricht allerdings, dass mit der vorliegenden Studie, die Ergebnisse von Koç et al. (2019) im deutschsprachigen Raum repliziert werden konnten. Es bleibt möglich, dass die Unterschiede zu den Ergebnissen von Hofmann et al. (2016) auf den Gebrauch unterschiedlicher Messinstrumente zurückzuführen sind. Dies erscheint jedoch unwahrscheinlich, da beide Fragebögen - zumindest in ihrer deutschsprachigen Version - miteinander vergleichbar sind (Lehr et al., 2008). Auf mögliche alternative Erklärungen für die Unterschiede wird weiter unten eingegangen.

Der Zusammenhang von Selbstmitgefühl und Depressivität entspricht den Erwartungen. Wie in vielen anderen Studien zeigte sich auch hier eine sehr hohe Korrelation. Das Ausmaß übertraf die in einer Metaanalyse aggregierte Effektstärke von $r = .55$ (MacBeth & Gumley, 2012). Ob Selbstmitgefühl lediglich gemeinsam mit einer schwach ausgeprägten Depressionsneigung auftritt oder ob ein kausaler Zusammenhang besteht, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht sagen. Ergebnisse von Langzeit- und Interventionsstudien deuten allerdings darauf hin, dass Selbstmitgefühl einen Einfluss auf die Entwicklung und den Erhalt von Depressionen haben kann (Krieger, Berger & Holtforth, 2016; Neff & Germer, 2013; Raes, 2011).

Dieser ausgeprägte Zusammenhang war auch Gegenstand der nächsten Fragestellung. Interpersonelle Emotionsregulation stellt hier keine Mediatorvariable dar. Der Mediationseffekt ist auch dann nicht signifikant, wenn mitberücksichtigt wird, ob bei den TeilnehmerInnen jemals eine psychische Störung vorlag oder ihr Geschlecht in die Untersuchung einbezogen wird. Für verschiedene intrapersonelle Emotionsregulationsstrategien konnte hingegen ein solcher Effekt aufgezeigt werden (Diedrich et al., 2017; Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013).

Es könnte sein, dass interpersonelle Emotionsregulation tatsächlich nicht zwischen Selbstmitgefühl und Depressionsneigung vermittelt. Eindeutige Aussagen lassen sich allerdings auch hier anhand der vorliegenden Daten nicht treffen. Angesichts der geringen Zusammenhänge des IERQ mit anderen Konzepten, insbesondere Depressivität, besteht zum Beispiel auch die Möglichkeit, dass die vorliegenden Ergebnisse auf die Wahl des Fragebogens zurückzuführen sind. In den beiden oben angeführten Studien sind die Mediatorvariablen adaptive oder maladaptive Emotionsregulationsstrategien. Anhand des IERQ lässt sich allerdings nicht feststellen, wie interpersonelle Emotionsregulation mit psychischer Gesundheit zusammenhängt.

Der Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität blieb auch unter Berücksichtigung von Drittvariablen unverändert. Als Moderatoren wurden Angst vor Mitgefühl und emotionale Intelligenz berücksichtigt. Diese Hypothesen leiteten sich aus Studien zu sozialer Unterstützung ab. Hier zeigte sich, dass der Erhalt von sozialer Unterstützung negativ mit psychischem Wohlbefinden zusammenhängen kann, dies allerdings nur unter bestimmten Bedingungen der Fall ist (Bisschop et al., 2004; Lakey et al., 2010). Der Befund von Hofmann et al. (2016) bezüglich des Zusammenhangs des IERQ mit Depressivität konnte hier allerdings nicht repliziert werden. Bevor Bedingungen gefunden werden können, unter welchen sich ein solcher Zusammenhang anders verhält als erwartet, sollte dieser eindeutig belegt und in einigen Studien repliziert worden sein. Dieser Sachverhalt war hier nicht gegeben. Diese methodische Schwäche könnte ein Grund dafür sein, dass kein Moderatoreffekt gefunden wurde. Als weitere Erklärung für den fehlenden Moderatoreffekt kann auch hier der in der vorliegenden Studie sehr schwache Zusammenhang des Fragebogens mit Depressivität genannt werden. Um einen eindeutigen Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und

Depressivität herzustellen, könnten allerdings eine genauere Definition des Konzeptes sowie Fragebögen, welche sich auf diese beziehen, notwendig sein. Hierauf wird später noch eingegangen werden.

Schließlich wurden noch die Variablen „Geschlecht“ und „psychische Störung“ als Moderatoren in die Berechnung der Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation und den anderen in der Studie erhobenen Konzepten aufgenommen. Auch hier waren die meisten Ergebnisse nicht signifikant, was auf die niedrigen Korrelationen des IERQ mit anderen Konzepten zurückzuführen ist. Nur der Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Selbstmitgefühl war signifikant stärker bei Menschen, bei denen schon einmal eine psychische Störung diagnostiziert worden ist. Durch die Aufnahme des Interaktionsterms ins Modell steigt die erklärte Outcomevarianz allerdings nur um 1% an. Der Effekt ist also sehr gering.

In der vorliegenden Studie zeigt der IERQ insgesamt nur geringe Zusammenhänge mit anderen Konzepten. Ausschließlich emotionale Intelligenz korreliert mittelstark positiv mit interpersoneller Emotionsregulation. Letzteres deckt sich mit den Ergebnissen von Hofmann et al. (2016), wo die Korrelation allerdings noch stärker ausgeprägt war. Die AutorInnen begründen dieses Ergebnis damit, dass eine gewisse Aufmerksamkeit auf das eigene emotionale Erleben gegeben sein muss, damit interpersonelle Emotionsregulation stattfinden kann.

Hofmann (2014) hat vorgeschlagen, soziale Prozesse der Emotionsregulation im Rahmen von Angst- und Affektstörungen zu untersuchen. Es kann in der Tat angenommen werden, dass soziale Prozesse nicht nur bei Kindern, sondern auch im Erwachsenenalter von grundlegender Bedeutung für die Emotionsregulation sind (Rimé, 2009).

Auch aus einer bindungstheoretischen Perspektive auf Emotionsregulation würde es Sinn machen, interpersonellen Prozessen hier mehr Raum zu geben. Durch positive Bindungserfahrungen können Menschen demnach zur Überzeugung gelangen, dass Unterstützung zu Erleichterung und Beruhigung führen kann (Mikulincer & Shaver, 2007). Ein ängstlicher Bindungsstil kann hingegen zu ängstlichem Hilfesuchen sowie Sorgen um die Verfügbarkeit anderer Menschen führen, wenn man sich in einer Notlage befindet. Ein vermeidender Bindungsstil kann zu Misstrauen anderen Personen gegenüber führen (Mikulincer & Shaver, 2019). Es liegt die Vermutung nahe, dass diese Überzeugungen die Art und Weise beeinflussen, wie Menschen andere

hinzuziehen, um ihre eigenen Emotionen zu regulieren. Möglicherweise ließen sich auf Grundlage dieser Befunde verschiedene Stile der interpersonellen Emotionsregulation beschreiben, die unterschiedlich mit psychischer Gesundheit zusammenhängen.

Theoretisch sind stärkere Zusammenhänge von interpersoneller Emotionsregulation und Depressionsneigung also durchaus vorstellbar. Eine mögliche Erklärung dafür, dass in der vorliegenden Studie nur geringe Korrelationen mit anderen, für psychische Gesundheit relevanten Konzepten aufgezeigt werden konnten, liegt also in der Wahl des Fragebogens.

Dieser wurde im Rahmen einer explorativen Faktorenanalyse auf seine formale Genauigkeit hin überprüft. In der vorliegenden Studie zeigt der IERQ die gleiche faktorielle Struktur wie bei Hofmann et al. (2016). Auch die Messgenauigkeit des Fragebogens ist zufriedenstellend, wie anhand der hohen Werte an innerer Konsistenz sowie der guten Trennschärfe der einzelnen Items festgestellt werden kann. Der IERQ erscheint also als reliables, valides Messinstrument und Erklärungen für die Ergebnisse der vorliegenden Studie müssen an anderer Stelle gefunden werden.

Eine Möglichkeit, die sich anbietet ist es, sich genauer damit zu beschäftigen, was der Fragebogen untersucht. Der IERQ unterscheidet zwischen vier Strategien, die Menschen anwenden, um ihre Emotionen im sozialen Kontext zu regulieren. Im Endeffekt wird allerdings lediglich die Häufigkeit erfasst, mit der Menschen auf interpersonelle Emotionsregulation zurückgreifen. In Anbetracht der Ergebnisse dieser Studie sowie den oben angeführten theoretischen Überlegungen könnte es sich als sinnvoll erweisen, zusätzlich die Motivationen zu erfassen, die Menschen dazu bringen, auf andere zuzugehen um ihre Emotionen zu regulieren. Hierin könnten sich die in der Bindungstheorie beschriebenen Grundannahmen bezüglich der Verfügbarkeit anderer Menschen in Notzeiten widerspiegeln. Man könnte demnach zwei Gruppen ausmachen.

Zum einen ist es vorstellbar, dass Menschen ihre Emotionen im sozialen Kontext regulieren, weil sie darauf vertrauen, dass sie in der Interaktion mit anderen wertvolle Hilfestellungen finden werden. Zum anderen könnte es einen eher ängstlichen Stil der interpersonellen Emotionsregulation geben, gekennzeichnet durch exzessives, ineffektives Hilfesuchen. Ersteres könnte eine adaptive Form der interpersonellen Emotionsregulation darstellen, die negativ mit psychopathologischen Outcomes zusammenhängt. Der zweite Stil würde eher eine maladaptive Form der

Emotionsregulation darstellen, die negativ mit psychischem Wohlbefinden zusammenhängt. Auch könnte sich ein eindeutigerer Zusammenhang mit emotionaler Intelligenz zeigen, wobei der adaptive Stil der interpersonellen Emotionsregulation mit einer höheren emotionalen Intelligenz einhergehen sollte als der maladaptive Stil.

Entscheidend für die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist, dass der IERQ nicht zwischen adaptiver und maladaptiver interpersoneller Emotionsregulation unterscheiden kann. Beispielhaft kann folgendes Item angeführt werden: „Wenn es mir schlecht geht, mag ich es zu wissen, was andere tun würden, wenn sie sich in meiner Situation befänden“. Auf Items in diesem Wortlaut würden sowohl Menschen, die eher aus Unsicherheit interpersonelle Emotionsregulation anwenden als auch solche, die hierfür selbstbewusst auf andere zugehen, hohe Werte erhalten. Der Mangel einer solchen Unterscheidung könnte also sowohl eine Erklärung für die starken Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Hofmann et al. (2016) und den vorliegenden als auch für die gering ausgeprägten Zusammenhänge des IERQ mit anderen Variablen in dieser Studie sein. Ein weiterer Punkt der hierfür spricht ist, dass in der vorliegenden Studie die Subskala *Positiven Affekt Verstärken* am stärksten mit Depressivität zusammenhängt. Items dieser Skala haben folgenden Wortlaut: „Weil Freude ansteckend ist, suche ich andere Menschen auf, wenn ich mich glücklich fühle“. Beim Verstärken von positivem Affekt wäre eine Unterteilung in einen unsicheren und einen selbstbewussten Stil der interpersonellen Emotionsregulation eher nicht sinnvoll. Auch bei Koç et al. (2019) und Hofmann et al. (2016) unterscheiden sich die Zusammenhänge dieser Subskala von denen der anderen Subskalen, welche die Linderung von negativem Affekt zum Inhalt haben. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Verstärkung von positivem Affekt ein Aspekt von interpersoneller Emotionsregulation ist, der separat zu untersuchen wäre.

Die Forschung zu den sozialen Aspekten von Emotionsregulation befindet sich noch im Anfangsstadium. Um die Rolle interpersoneller Emotionsregulation in der Entwicklung und der Aufrechterhaltung von psychischen Störungen zu untersuchen, bedarf es neuer Messinstrumente, die es ermöglichen, klar zwischen adaptiver und maladaptiver Emotionsregulation zu unterscheiden. Rezente Untersuchungen kommen diesem Ziel schon etwas näher, doch scheinen auch diese Versuche, ein genaues Bild von interpersoneller Emotionsregulation zu erhalten, unzureichend. Dixon-Gordon et al. (2018) etwa identifizierten in einer Studie zwei maladaptive

Emotionsregulationsstrategien. Die Ergebnisse konnten allerdings noch nicht repliziert werden und es erscheint theoretisch auch vorstellbar, dass die hier beschriebene Strategien „Druck ablassen“ und „Versicherung suchen“ je nach Situation auch adaptiv sein könnten. Williams et al. (2018) unterscheiden nicht zwischen Emotionsregulationsstrategien. Sie erfassen allerdings neben der Tendenz die eigenen Emotionen im sozialen Kontext zu regulieren, auch die gefühlte Effektivität mit welcher dies passiert. Die Effektivität ist allerdings auch von äußeren Faktoren, also den jeweiligen InteraktionspartnerInnen abhängig. Das Erfassen der Motivation, die dem Gebrauch von interpersoneller Emotionsregulation zu Grunde liegt, könnte hingegen eine Möglichkeit darstellen, adaptive und maladaptive Formen zu unterscheiden, welche ausschließlich auf Eigenschaften der befragten Person zurückzuführen sind.

5.2 Limitationen der Studie

Im Folgenden soll auf die Limitationen der vorliegenden Studie eingegangen werden.

Ein Kritikpunkt betrifft die Rekrutierung der TeilnehmerInnen im Internet. Hier besteht die Gefahr einer systematischen Verzerrung der Stichprobe dadurch, dass verschiedene Menschen eher die Tendenz dazu haben an einer Online-Studie teilzunehmen, während andere diesbezügliche Anfragen prinzipiell ignorieren (Wright, 2005). Auch wurden mit den ausgewählten Foren eventuell eher homogene Gruppen angesprochen. In den Foren zum Hochladen von Umfragen wurden zum Beispiel mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließlich Studierende rekrutiert.

Ein weiterer Punkt bezüglich der Repräsentativität der Stichprobe ist, dass TeilnehmerInnen im Durchschnitt relativ jung sind und auch in Bezug auf die Geschlechterverteilung ist die Stichprobe mit 60.4% Frauen nicht ausgewogen. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen liegt mit 23% unter dem in epidemiologischen Studien angegebene Wert von 29.2% (Steel et al., 2014). Angesichts dieser Informationen ist fraglich, ob die Befunde über die Stichprobe hinaus generalisierbar sind.

Zudem ist erwähnenswert, dass nur wenige demographische Informationen erfragt wurden. Eine detailliertere Beschreibung der Stichprobe hätte genauere Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen ermöglicht. Dies hätte insbesondere

hinsichtlich der Befunde bezüglich der Korrelationen des IERQ einen interessanten Informationsgewinn darstellen können.

Weiters kann die Berechnung von Mediationseffekten auf Basis von Querschnittsdaten kritisiert werden. Eine Mediation impliziert kausale Effekte, welche sich erst im Laufe der Zeit offenbaren (Maxwell, Cole & Mitchell, 2011). Laut Maxwell et al. (2011) können auf der Grundlage von Querschnittsdaten Mediationseffekte gefunden werden, wo keine sind. Andererseits ist es möglich, dass, wenn ein Mediationseffekt besteht, dieser nicht nachgewiesen werden kann. Befunde dieser Art sollten also vorsichtig interpretiert werden.

5.3 Schlussfolgerung

Menschen, die eine mitfühlende Haltung sich selbst gegenüber haben und nicht ängstlich reagieren, wenn andere ihnen ihr Mitgefühl ausdrücken, haben eine viel geringer ausgeprägte Depressionsneigung. Diese weit verbreitete Erkenntnis hat dazu geführt, dass Mitgefühl heute ausführlich erforscht wird und das Ziel von therapeutischen Interventionen darstellt. Auch in der vorliegenden Studie wurde dieser starke Zusammenhang ersichtlich. Um zum Verständnis dieser Beziehungen beizutragen, wurde kürzlich damit begonnen, Mitgefühl gemeinsam mit Emotionsregulation zu untersuchen. In dieser Arbeit wird anhand entwicklungspsychologischer Befunde dargelegt, weshalb die Fokussierung auf interpersonelle Aspekte der Emotionsregulation neue Einblicke in dieses Feld gewähren könnte.

Die diesbezüglichen empirischen Befunde der vorliegenden Arbeit sind allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig. Interpersonelle Emotionsregulation medierte den Zusammenhang von Selbstmitgefühl und Depressionsneigung nicht. Weiters konnte kein Moderatoreffekt von Angst vor Mitgefühl auf den Zusammenhang von interpersoneller Emotionsregulation und Depressivität gefunden werden. Auch emotionale Intelligenz stellte hier keine Moderatorvariable dar. Interpersonelle Emotionsregulation zeigte allgemein nur äußerst schwache Zusammenhänge mit anderen Studienvariablen.

Implikationen für die Praxis sind also begrenzt. Es wird indes ein Ausblick auf zukünftige Forschung gegeben und die Definition von interpersoneller Emotionsregulation und die Möglichkeiten, das Konzept zu erfassen, werden diskutiert.

Um Forschung zu interpersoneller Emotionsregulation voranzutreiben, wäre es demnach wichtig, Fragebögen zur Verfügung zu haben, anhand derer man zwischen adaptiver und maladaptiver interpersoneller Emotionsregulation unterscheiden kann. Von diesem Vorhaben würden ebenfalls die Forschung zu Mitgefühl sowie die psychologische Forschung im Allgemeinen profitieren.

6 Literaturverzeichnis

- Abraham, M. M. & Kerns, K. A. (2013). Positive and negative emotions and coping as mediators of mother-child attachment and peer relationships. *Merrill-Palmer Quarterly*, *59*, 399–425. doi:10.1353/mpq.2013.0023
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, *15*, 289–303. doi:10.1037/a0025754
- Birnie, K., Speca, M. & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, *26*, 359–371. doi:10.1002/smi.1305
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F. & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, *59*, 721–733. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.038
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2nd ed). New York: Basic Books.
- Breines, J. G. & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *38*, 1133–1143. doi:10.1177/0146167212445599
- Brenning, K. M., Soenens, B., Braet, C. & Bosmans, G. (2012). Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationships*, *19*, 445–464. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01372.x
- Butler, E. A. (2015). Interpersonal affect dynamics: It takes two (and time) to tango. *Emotion Review*, *7*, 336–341. doi:10.1177/1754073915590622
- Coan, J. A., Schaefer, H. S. & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, *17*, 1032–1039. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, *59*, 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113–126. doi:10.1037/0022-3514.44.1.113
- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M. & Berking, M. (2017). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*, 247–263. doi:10.1111/papt.12107
- Dixon-Gordon, K. L., Haliczner, L. A., Conkey, L. C. & Whalen, D. J. (2018). Difficulties in interpersonal emotion regulation: Initial development and validation of a self-report measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 40*, 528-549. doi:10.1007/s10862-018-9647-9
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed*. New York: Holt Paperbacks.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*, 1–11. doi:10.3758/BF03203630
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Third Edition. London: Sage.
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist, 21*, 90–103. doi:10.1111/cp.12131
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 878–902. doi:10.1037/0022-3514.82.6.878
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132–154. doi:10.1037/1089-2680.4.2.132
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 1045–1062. doi:10.1037/a0013262

- Garrison, A. M., Kahn, J. H., Miller, S. A. & Sauer, E. M. (2014). Emotional avoidance and rumination as mediators of the relation between adult attachment and emotional disclosure. *Personality and Individual Differences, 70*, 239–245.
doi:10.1016/j.paid.2014.07.006
- Gendolla, G. H. E. (2000). On the impact of mood on behavior: An integrative theory and a review. *Review of General Psychology, 4*, 378–408. doi:10.1037/1089-2680.4.4.378
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C. & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *The British Journal of Psychiatry, 154*, 478–485.
doi:10.1192/bjp.154.4.478
- Gillath, O., Karantzas, G. C. & Fraley, R. C. (2016). What is the attachment behavioral system? And, how is it linked to other behavioral systems? In O. Gillath, G. C. Karantzas & R. C. Fraley (Eds.), *Adult Attachment: A Concise Introduction to Theory and Research* (1st ed., pp. 169–192). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-420020-3.00008-6
- Gillath, O., Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy* (pp. 121–147). London: Routledge
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 199–208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (Hrsg.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. London: Routledge. doi:10.4324/9781315564296
- Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology, 28*, 108–114. doi:10.1016/j.copsyc.2018.12.002
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J. et al. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care, 4*, 4. doi:10.1186/s40639-017-0033-3
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 235–263). London: Routledge.

- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baião, R. & Palmeira, L. (2014). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 228–244.
doi:10.1111/bjc.12037
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J. & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*, 374–390.
doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 239–255. doi:10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 353–379. doi:10.1002/cpp.507
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E. & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 824–838. doi:10.1037/0022-3514.94.5.824
- Goetz, J. L., Keltner, D. & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351–374. doi:10.1037/a0018807
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*, 1–26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781
- Gross, J. J., Sheppes, G. & Urry, H. L. (2011). Cognition and emotion lecture at the 2010 SPSP emotion preconference: Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion, 25*, 765–781.
doi:10.1080/02699931.2011.555753
- Gyurak, A., Gross, J. J. & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and Emotion, 25*, 400–412.
doi:10.1080/02699931.2010.544160

- Harkness, J. A., Villar, A., & Edwards, B. (2010). Translation, adaptation, and design. In J. A. Harkness, M. Braun, B. Edwards, T. P. Johnson, L. Lyberg, P. P. Mohler, B. Pennell & T. W. Smith (Eds.), *Survey Methods in Multicultural, Multinational, and Multiregional Contexts* (pp. 115–140). Hoboken: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9780470609927.ch7
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P. et al. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, *98*, 324–332. doi:10.1016/j.paid.2016.04.055
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *38*, 483–492. doi:10.1007/s10608-014-9620-1
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K. & Curtiss, J. (2016). Interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 341–356. doi:10.1007/s10608-016-9756-2
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011a). Informationen zur SCS-D-Kurzform. Zugriff am 01.03.2019. Verfügbar unter http://www.soz.psy.unibe.ch/about_us/personen/hupfeld_heinemann_joerg/e76768/files76784/SelfCompassionScaleKurzformDEUTSCH.pdf
- Hupfeld, J. & Ruffieux, N. (2011b). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*, 115–123. doi:10.1026/1616-3443/a000088
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M. & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, *8*, 720–724. doi:10.1037/a0013237
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, *90*, 432–455. doi:10.1111/papt.12104
- Koç, M. S., Aka, B. T., Doğruyol, B., Curtiss, J., Carpenter, J. K. & Hofmann, S. G. (2019). Psychometric properties of the Turkish version of the interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*, 294–303. doi:10.1007/s10862-019-09732-3
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N. & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, *44*, 501–513. doi:10.1016/j.beth.2013.04.004

- Krieger, T., Berger, T. & Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders, 202*, 39–45. doi:10.1016/j.jad.2016.05.032
- Kriegman, D. (1990). Compassion and altruism in psychoanalytic theory: An evolutionary analysis of self psychology. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 18*, 342–367. doi:10.1521/jaap.1.1990.18.2.342
- Lakey, B., Orehek, E., Hain, K. L. & VanVleet, M. (2010). Enacted support's links to negative affect and perceived support are more consistent with theory when social influences are isolated from trait influences. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*, 132–142. doi:10.1177/0146167209349375
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50*, 372–385. doi:10.1037/0003-066X.50.5.372
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A. & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887–904. doi:10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). *Diagnostica, 54*, 61–70. doi:10.1026/0012-1924.54.2.61
- Leiberg, S., Klimecki, O. & Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. *PLoS ONE, 6*, e17798. doi:10.1371/journal.pone.0017798
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.soscisurvey.de>
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE, 3*, e1897. doi:10.1371/journal.pone.0001897
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, 545–552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review, 31*, 1276–1290. doi:10.1016/j.cpr.2011.09.005

- Maxwell, S. E., Cole, D. A. & Mitchell, M. A. (2011). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation: Partial and complete mediation under an autoregressive model. *Multivariate Behavioral Research*, *46*, 816–841.
doi:10.1080/00273171.2011.606716
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2013). The role of attachment security in adolescent and adult close relationships. In J. Simpson & L. Campbell (Eds.), *Oxford Handbook of Close Relationships* (pp. 66–89). New York: Oxford University Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2017). An attachment perspective on compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, Research and Applications* (pp. 187–202). London: Routledge. doi:10.4324/9781315564296
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O. & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 817–839. doi:10.1037/0022-3514.89.5.817
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 6–10. doi:10.1016/j.copsyc.2018.02.006
- Miller, D. T. (1999). The norm of self-interest. *American Psychologist*, *54*, 1053–1060.
doi:10.1037/0003-066X.54.12.1053
- Narvaez, D. (2017). Evolution, child raising, and compassionate morality. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, Research and Applications* (pp. 173–186). London: Routledge.
doi:10.4324/9781315564296
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*, 85–101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250. doi:10.1080/15298860309027
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*, 28–44.
doi:10.1002/jclp.21923

- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*, 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Otto, J. H., Döring-Seipel, E., Grebe, M. & Lantermann, E.-D. (2001). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. *Diagnostica, 47*, 178–187. doi:10.1026//0012-1924.47.4.178
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D. et al. (2010). Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 310–315. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.06.008
- Petrides, K. V., Pérez-González, J. C. & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion, 21*, 26-55. doi:10.1080/02699930601038912
- Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A. & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity, 14*, 104–117. doi:10.1080/15298868.2014.955050
- Pommier, E. A. (2011). The Compassion Scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 72*(4-A), 1174.
- Powers, T. A., Koestner, R. & Zuroff, D. C. (2007). Self-criticism, goal motivation, and goal progress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 826–840. doi:10.1521/jscp.2007.26.7.826
- Preston, S. D. (2013). The origins of altruism in offspring care. *Psychological Bulletin, 139*, 1305–1341. doi:10.1037/a0031755
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences, 48*, 757–761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023

- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33–36. doi:10.1007/s12671-011-0040-y
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1, 60–85. doi:10.1177/1754073908097189
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C. & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. doi:10.1016/j.jad.2014.12.049
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185–211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 125–154). Washington DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10182-006
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133–161. doi:10.1080/14616730210154171
- Spaderna, H., Schmukle, S. C. & Krohne, H. W. (2002). Bericht über die deutsche Adaptation der State-Trait Depression Scales (STDS). *Diagnostica*, 48, 80–89. doi:10.1026//0012-1924.48.2.80
- Sprecher, S. & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629–651. doi:10.1177/0265407505056439
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43, 476–493. doi:10.1093/ije/dyu038
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. et al. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.004
- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L. & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480. doi:10.1007/s11469-011-9340-7
- Wang, X., Cai, L., Qian, J. & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 41. doi:10.1186/1752-4458-8-41

- Westphal, M., Leahy, R. L., Pala, A. N. & Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, *242*, 186–191. doi:10.1016/j.psychres.2016.05.040
- Williams, W. C., Morelli, S. A., Ong, D. C. & Zaki, J. (2018). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived support, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *115*, 224–254. doi:10.1037/pspi0000132
- 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
- Wright, K. B. (2005). Researching internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *10*, 00–00. doi:10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C. & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, *14*, 499–520. doi:10.1080/15298868.2015.1029966
- Zaki, J. & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, *13*, 803–810. doi:10.1037/a0033839

7 **Abbildungsverzeichnis**

<i>Abbildung 1.</i> Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation.....	34
<i>Abbildung 2.</i> Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation bei Frauen.....	36
<i>Abbildung 3.</i> Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation bei Männern.....	36
<i>Abbildung 4.</i> Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation in der Gruppe mit Diagnose.....	37
<i>Abbildung 5.</i> Zusammenhang von Selbst-Mitgefühl und Depressivität, mediiert durch interpersonelle Emotionsregulation in der Gruppe ohne Diagnose.....	38

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Zusammenfassung der Rotierten Faktorladungen der Items des IERQ.....	33
Tabelle 2. Innere Konsistenzen (Cronbach's Alpha) aller Messinstrumente und deren Subskalen.....	34
Tabelle 3. Effektstärke, Regressionskoeffizienten und Signifikanzen der Moderatoranalyse in FS5.....	36
Tabelle 4. Effektstärke, Regressionskoeffizienten und Signifikanzen der Moderatoranalyse in FS6.....	37
Tabelle 5. Deskriptive Befunde nach Geschlecht und relevante Werte des Mann-Whitney-Tests.....	38
Tabelle 6. Deskriptive Befunde nach Gruppen und relevante Werte des Mann-Whitney-Tests.....	40
Tabelle 7. Interkorrelationstabelle aller erhobenen Variablen.....	42
Tabelle 8. Korrelationskoeffizienten und Signifikanzen der Subskalen des IERQ mit dem STDS-T.....	43
Tabelle 9. Effektstärken, Koeffizienten und Signifikanzen der multiplen Regression der Subskalen des IERQ auf Depressivität (STDS-T).....	44

9 Abkürzungsverzeichnis

FoC – Fear of Compassion Scale

IERQ – Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire

SCS-D – Self-Compassion-Scale, deutsche Version

STDS-T – State-Trait Depression Scale, trait-Teil

TMMS – Trait Meta-Mood Scale