



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Perfektionismus, Selbstmitgefühl, gesundheitsbezogene
Lebensqualität und Alkoholkonsum bei
Studierenden und Berufstätigen“

verfasst von / submitted by

John Wedlich, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch).....	5
Abstract (English).....	6
I Theoretischer Teil.....	7
Einleitung	8
1 Perfektionismus.....	10
1.1 Definition	10
1.2 Ätiologie.....	10
1.3 Multidimensionale Erfassung.....	11
1.4 Merkmalsebene und intrapersonelle Komponenten.....	12
1.5 Multidimensionale Perfektionistische Kognitionen.....	13
2 Selbstmitgefühl.....	14
2.1 Definition	14
2.2 Komponenten des Selbstmitgefühls.....	15
2.3 Selbstmitgefühl und Achtsamkeit	16
2.4 Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus.....	16
3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	17
3.1 Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	17
3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Perfektionismus	18
3.2.1 Gesundheitliche Aspekte und dispositioneller Perfektionismus	19
3.2.2 Gesundheitliche Aspekte und perfektionistische Kognitionen	20
3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Selbstmitgefühl	22
3.4 Gesundheitsspezifische Interaktionen von Perfektionismus und Selbstmitgefühl	24
4 Alkoholkonsum	27
4.1 Definition	27
4.2 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums	28
4.3 Perfektionismus und Alkoholkonsum	29
4.4 Selbstmitgefühl und Alkoholkonsum.....	31
II Empirischer Teil.....	33
5 Zielsetzung	34
6 Methodik	34
6.1 Untersuchungsdesign	34
6.2 Untersuchungsdurchführung.....	34
6.2.1 Einschlusskriterien	35

6.2.2	Ausschlusskriterien	35
6.3	Erhebungsinstrumente	35
6.3.1	Soziodemografische und gesundheitliche Daten.....	35
6.3.2	Perfektionistische Kognitionen (MPCI-G-R).....	36
6.3.3	Selbstmitgefühl (SCS-D).....	36
6.3.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36)	37
6.3.5	Alkoholkonsum (AUDIT)	38
6.4	Datenmanagement und ethische Aspekte.....	39
6.5	Fragestellungen und Hypothesen	40
6.5.1	Unterschiedshypothesen zur HRQoL in Abhängigkeit von Perfektionismus	40
6.5.2	Unterschiedshypothesen zum Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Perfektionismus	40
6.5.3	Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl	41
6.5.4	Unterschiedshypothesen zum Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl	41
6.5.5	Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität	41
6.5.6	Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum.....	42
6.5.7	Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität	42
6.5.8	Hypothesen zur Vorhersage des Alkoholkonsums	42
6.5.9	Hypothesen zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	43
6.6	Statistische Analysen	43
6.6.1	Deskriptivstatistik	43
6.6.2	Inferenzstatistik.....	44
7	Ergebnisdarstellung	46
7.1	Stichprobenbeschreibung	46
7.1.1	Rücklaufstatistik und Bearbeitungszeit.....	46
7.1.2	Geschlecht und Alter.....	46
7.1.3	Wohnort	47
7.1.4	Bildungsniveau, Studienrichtungen und Erwerbsstatus.....	47
7.1.5	Körperliche Leiden und psychische Behandlungsgründe.....	48
7.1.6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	49

7.1.7 Alkoholkonsum.....	49
7.2 Kategorisierung der unabhängigen Variablen.....	50
7.3 Reliabilitätsanalysen der Messinstrumente.....	51
7.4 Hypothesenprüfungen.....	53
7.4.1 Unterschiede in der HRQoL in Abhängigkeit von Perfektionismus.....	53
7.4.2 Unterschiede im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Perfektionismus...	59
7.4.3 Unterschiede in der HRQoL in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl.....	61
7.4.4 Unterschiede im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl ...	64
7.4.5 Vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und HRQoL.....	65
7.4.6 Vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum.....	67
7.4.7 Vermittelnder Effekt des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und HRQoL.....	68
7.4.8 Fragestellung 8 - Vorhersage des Alkoholkonsums	71
7.4.9 Fragestellung 9 - Vorhersage der HRQoL	72
8 Fazit.....	75
8.1 Zusammenfassung.....	75
8.2 Diskussion.....	76
8.2.1 Unterschiede in Abhängigkeit von Persönliche Standards Kognitionen ...	76
8.2.2 Unterschiede in Abhängigkeit von Sorgen über Fehler Kognitionen.....	77
8.2.3 Unterschiede in Abhängigkeit von Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen	78
8.2.4 Unterschiede in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl	80
8.2.5 Vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls	81
8.2.6 Vermittelnde Einflüsse des Alkoholkonsums.....	84
8.2.7 Vorhersage der HRQoL und des Alkoholkonsums.....	85
8.3 Limitationen und Ausblick.....	87
Literatur.....	89
Abkürzungsverzeichnis	104
Abbildungsverzeichnis	105
Tabellenverzeichnis.....	106
III Anhang.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Perfektionismus wird mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert. Häufig festgestellte Zusammenhänge betreffen Depressionen, Angst-, Ess- und Zwangsstörungen. Selbstkritik und Sorgen über Fehler sind dafür verantwortliche Prozesse, die zudem mit erhöhtem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht werden. Selbstmitgefühl wird als gesundheits- und alkoholbezogener Schutzfaktor betrachtet. Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) und im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von perfektionistischen Kognitionen und Selbstmitgefühl zu ermitteln. Zudem sollten vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls auf die Zusammenhänge zwischen perfektionistischen Gedanken und HRQoL und Alkoholkonsum sowie von Alkoholkonsum auf die Beziehung zwischen perfektionistischen Kognitionen und HRQoL untersucht werden. Zudem sollte ermittelt werden, ob perfektionistische Gedanken und Selbstmitgefühl Prädiktoren für HRQoL und Alkoholkonsum darstellen. **Methodik.** Eine Querschnittsstudie mit 190 Personen aus der österreichischen und deutschen Allgemeinbevölkerung ($M_{Alter} = 28.3$ Jahre) wurde durchgeführt, indem eine Fragebogenbatterie bestehend aus dem Mehrdimensionalen Perfektionismus-Kognitions Inventar (MPCI-G-R), der Self-Compassion Scale (SCS-D), dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) und dem Short-Form 36 Health Survey (SF-36) online vorgegeben wurde. **Ergebnisse.** Es zeigten sich Unterschiede im Alkoholkonsum und der HRQoL in Abhängigkeit von perfektionistischen Kognitionen und Selbstmitgefühl. Die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken war mit erhöhtem Alkoholkonsum und geringerer HRQoL assoziiert. Hohes Selbstmitgefühl war mit erhöhter HRQoL verbunden. Niedriges Selbstmitgefühl war mit erhöhtem Alkoholkonsum verbunden. Selbstmitgefühl vermittelte zwischen perfektionistischen Gedanken und HRQoL und Alkoholkonsum. Alkoholkonsum vermittelte zwischen dysfunktionalen Gedanken und HRQoL. Perfektionistische Standards zeigten größtenteils weder signifikante Unterschiede noch positive Effekte. Selbstmitgefühl erwies sich als signifikanter Prädiktor für geringeren Alkoholkonsum und höhere HRQoL. **Schlussfolgerungen.** Die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken steht mit Einschränkungen der HRQoL und problematischem Alkoholkonsum in Verbindung. Mangelndes Selbstmitgefühl scheint einen zentralen Faktor hinsichtlich dieser Beziehungen darzustellen. Perfektionistische Personen könnten davon profitieren, selbstkritische Gedanken zu reduzieren und einen akzeptierenden, selbstmitfühlenden Umgang zu kultivieren.

Schlüsselbegriffe: Perfektionismus, Perfektionistische Kognitionen, Selbstmitgefühl, gesundheitsbezogene Lebensqualität, HRQoL, Alkoholkonsum, Alkohol, SF-36, AUDIT, MPCI-G-R, SCS-D

Abstract (English)

Background. Perfectionism is related to a variety of health impairments. Most frequently reported associations relate to depression, anxiety disorders, eating disorders, and obsessive-compulsive disorders. Self-criticism and concerns about mistakes are key factors regarding these relationships and are also considered risk factors for problematic alcohol use. On the other hand, self-compassion is considered as shielding against health problems and alcohol use. The present study aimed to examine differences in health-related quality of life (HRQoL) and alcohol use in relation to perfectionism and self-compassion. Furthermore, mediating effects of self-compassion between perfectionism and HRQoL and alcohol use as well as mediating effects of alcohol use between perfectionism and HRQoL were investigated with the focus being multidimensional perfectionistic cognitions. In addition, it was examined whether perfectionistic cognitions and self-compassion are predictors of HRQoL and alcohol use.

Methodology. A cross-sectional study with 190 individuals from the Austrian and German general public ($M_{age} = 28.3$ years) was carried out by recruiting participants online and administering the Multidimensional Perfectionism Cognitions-Inventory (MPCI-G-R), Self-Compassion Scale (SCS-D), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Short-Form 36 Health Survey (SF-36) via online survey.

Results. Differences in alcohol use and health-related quality of life in relation to perfectionism cognitions and self-compassion were found. Frequent dysfunctional perfectionistic thoughts were associated with increased alcohol use and lower HRQoL. Higher self-compassion was associated with better HRQoL. Lower self-compassion was associated with heavier alcohol use. Self-compassion was found to mediate between perfectionistic thoughts and HRQoL and alcohol use. Alcohol use mediated the association between dysfunctional thoughts and HRQoL. Perfectionistic strivings mostly showed no significant differences nor positive effects. Multiple regressions revealed self-compassion to be a significant predictor for less alcohol use and higher HRQoL.

Conclusions. The frequency of perfectionistic thoughts is associated with limitations in HRQoL and problematic alcohol use. Lack of self-compassion appears to play a major role regarding these associations and may be considered a protective factor against mental and physical health impairments and alcohol use. Perfectionistic individuals may benefit from reducing self-critical thinking, accepting their flaws as part of human nature, and cultivating a compassionate approach towards themselves.

Keywords: Perfectionism, Perfectionism Cognitions, Self-Compassion, Health-Related Quality of Life, HRQoL, Alcohol Use, Alcohol, SF-36, AUDIT, MPCI-G-R, SCS-D

I Theoretischer Teil

Einleitung

Der Begriff Perfektionismus ist in unserem Sprachgebrauch fest verankert. Dabei lässt es sich beobachten, dass die perfektionistische Persönlichkeit in unserer modernen, von wettbewerbsorientiertem Individualismus geprägten Gesellschaft nicht selten als das kleinste aller Laster akzeptiert oder gar mit einer positiven Konnotation versehen wird. Insbesondere in Bevölkerungsschichten, die der eigenen Leistung und dem damit verbundenen Verdienst einen hohen Wert beimessen, ist ein Trend zur Selbstoptimierung feststellbar, der nicht zuletzt an der Vielzahl von Werken der Ratgeberliteratur, die sich dem Thema der universalen oder lebensbereichsspezifischen Selbstperfektionierung widmen, zu erkennen ist (Spitzer, 2016). Auch die psychologische Forschung weist darauf hin, dass die Prävalenz perfektionistischer Überzeugungen in Kanada, den Vereinigten Staaten und Großbritannien während der letzten drei Jahrzehnte stetig zugenommen hat (Curran & Hill, 2019). Die Befundlage im deutschsprachigen Raum ist demgegenüber weitaus geringer.

Dass dem Optimierungsstreben auch Nachteile innewohnen können, zeigt das wachsende wissenschaftliche Interesse am dysfunktionalen Perfektionismus und seinen vielfältigen Folgen für die psychische Gesundheit (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Spitzer, 2016), wengleich der funktionale Perfektionismus, der zum Erreichen hoher Ziele maßgeblich beitragen kann, einen nicht weniger interessanten Aspekt des Konstrukts abbildet (Stoeber & Otto, 2006). In dieser Hinsicht wird Perfektionismus von den auf dem Forschungsgebiet richtungsweisenden Autoren aus einer Kosten-Nutzen-Perspektive betrachtet. Demnach stellt dieser einen Kernvulnerabilitätsfaktor dar, dessen gelegentliche Vorteile die langfristig erhöhte Anfälligkeit gegenüber stressreichen Lebensereignissen nicht aufwiegen – insbesondere im Angesicht von Misserfolg und Leid (Hewitt, Flett, & Mikail, 2017). Dies ist vor allem dann der Fall, wenn neben dem Streben nach Perfektion harsche Selbstkritik sowie Sorgen und Ängste vor Fehlern Einzug in die Gedankenwelt erhalten (Hewitt et al., 2017). In diesem Zusammenhang kann der Konsum von Alkohol bei perfektionistischen Personen ein Risiko darstellen, wenn dieser zur Bewältigung von Stress und negativer Emotionen eingesetzt wird, die infolge einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen der erlebten Realität und überhöhten Ansprüchen oder im Kontext sozialer Isolation entstehen (Hewitt et al., 2017; Patock-Peckham & Corbin, 2019). Der Konsum stellt wiederum ein wesentliches Risiko für die körperliche und mentale Gesundheit dar (Griswold et al., 2018; Pabst, Kraus, Matos, & Piontek, 2013).

Demgegenüber wird Selbstmitgefühl als gesundheitsbezogener Resilienzfaktor betrachtet, der zudem mit protektiven Eigenschaften gegenüber erhöhtem Substanzkonsum in

Verbindung gebracht wird (MacBeth & Gumley, 2012; Wisener & Khoury, 2019). Diese Form der Selbstakzeptanz, die innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte große theoretische und praktische Zuwendung in der klinisch-therapeutischen Arbeit erhalten hat, entspringt der buddhistischen Philosophie und wurde als einer der zentralen Mechanismen bezüglich der Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen ermittelt (Kropp & Sedlmeier, 2019; Neff, 2003). Auch bei Menschen aus der Allgemeinbevölkerung wird die Ausprägung des Selbstmitgefühls mit erhöhtem psychosozialen Wohlbefinden und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen assoziiert (Muris & Petrocchi, 2017; Phillips & Hine, 2019; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015).

Mit der vorliegenden Arbeit sollen mehrere relevante Aspekte der Praxis und Lücken der Forschung adressiert werden. Zum einen stellt die Erforschung perfektionistischer Kognitionen auf multidimensionaler Ebene einen bisher weitgehend unterrepräsentierten Ansatz innerhalb des Forschungsgebiets dar, der einen wichtigen Beitrag zum Verständnis von Perfektionismus leisten kann (Stoeber, Kobori, & Brown, 2014). Nicht zuletzt sind perfektionistische Gedanken aufgrund ihrer möglichen Formbarkeit durch psychotherapeutische Prozesse ein beachtenswerter Aspekt des Konstrukts (James & Rimes, 2018; Lloyd, Schmidt, Khondoker, & Tchanturia, 2015). Zum anderen besteht eine Notwendigkeit, die Zusammenhänge zwischen Perfektionismus und der körperlichen Gesundheit, neben den bisher intensiv beforschten Beziehungen mit der mentalen Gesundheit, zu untersuchen (Sirois & Molnar, 2017). Zudem sind die Erfassung des Alkoholkonsums und die Ergründung möglicher Risiko- und Schutzfaktoren von großer gesundheitspolitischer Bedeutung, da die gesundheitlichen Schäden und die dadurch bedingten volkswirtschaftlichen Kosten eine gesamtgesellschaftliche Belastung darstellen (Beck, Rosenthal, Müller, Heinz, & Charlet, 2017; Pabst et al., 2013).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die theoretischen Hintergründe von Perfektionismus und Selbstmitgefühl dargelegt sowie die Ergebnisse der empirisch ermittelten Beziehungen und Unterschiede, die diese zum Alkoholkonsum und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufweisen, dargestellt und diskutiert. Die empirische Untersuchung erfolgte mittels einer Online-Befragung, die von größtenteils studentischen Mitgliedern der deutschen und österreichischen Allgemeinbevölkerung bearbeitet wurde.

1 Perfektionismus

Dieses Kapitel gibt zunächst einen Überblick über die Definition und Ätiologie sowie die multidimensionale Beschaffenheit des Konzepts des Perfektionismus, bevor im Anschluss perfektionistische Kognitionen spezifisch beleuchtet werden.

1.1 Definition

Im Allgemeinen versteht man unter Perfektionismus (lat. *per-* = „ganz“; *facere* = „machen“; lat. *perfectus* = „vollkommen“) ein „übertriebenes Streben nach Vollkommenheit“ (Dudenredaktion, o. J., o. S.) bzw. „die Neigung, alles andere als Perfektion als inakzeptabel anzusehen“ (Merriam-Webster Dictionary, 2020, o. S.). Vom Standpunkt psychologischer Forschung aus betrachtet stellt Perfektionismus eine Persönlichkeitsdisposition dar, die als eine Kombination aus hohen persönlichen Standards und übermäßig kritischen Selbstbewertungen definiert wird (Hewitt et al., 2017). Weiterhin wird der Begriff des klinischen Perfektionismus verwendet, wenn die persönlichen Leistungsansprüche unflexibel sind und der Selbstwert maßgeblich durch die Erfüllung dieser selbstgesetzten Maßstäbe bedingt wird (Spitzer, 2016).

1.2 Ätiologie

Als interpersoneller Persönlichkeitsstil wird Perfektionismus maßgeblich durch zwischenmenschliche Interaktionen beeinflusst. Die Bestimmung und Ergründung sämtlicher Faktoren und deren Beitrag zur Entstehung und Aufrechterhaltung perfektionistischer Überzeugungen und Verhaltensweisen ist bisher, aufgrund der Komplexität der ätiologischen Prozesse und eines Mangels an längsschnittlichen Studien, nur ansatzweise möglich (Hewitt et al., 2017; Stoeber, Edbrooke-Childs, & Damian, 2018). Einigkeit besteht darüber, dass genetische Faktoren sowie Aspekte der Kindheit, insbesondere die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, besonders einflussreiche Entstehungsfaktoren darstellen (Spitzer, 2016; Stoeber et al., 2018).

Hinsichtlich der transgenerationalen Weitergabe perfektionistischer Prädispositionen wurde anhand von Zwillingsstudien gezeigt, dass ein moderater genetischer Einfluss auf die Entwicklung eines perfektionistischen Temperaments besteht (Bulik et al., 2003; Iranzo-Tatay et al., 2015; Spitzer, 2016; Tozzi et al., 2004). Neben einer genetischen Komponente ist die phänotypische Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals maßgeblich von spezifischen Erfahrungen mit der Umwelt abhängig, die bis in die Adoleszenz ihre Bedeutung für den Grad und die Beschaffenheit der perfektionistischen Ausprägung beibehalten (Iranzo-Tatay et al., 2015; Stoeber et al., 2018). Stoeber und KollegInnen (2018) stellen dies dar, indem sie entsprechende Forschungsergebnisse entlang dreier grundlegender Hypothesen zusammenfassen. Die *Hypothese des elterlichen Perfektionismus* beruht auf der sozialkognitiv-

lerntheoretischen Annahme, dass Kinder den Perfektionismus modellieren, den ihre Eltern ihnen vorleben. Die *Hypothese des elterlichen Drucks* beschreibt eine Kombination aus perfektionistischen Erwartungen und elterlicher Kritik, die erfolgt, wenn Kinder die perfektionistischen Erwartungen ihrer Eltern nicht erfüllen. Die elterliche Kritik wird im Allgemeinen mit dysfunktionalem Perfektionismus und psychischer Fehlanpassung in Verbindung gebracht. Die *Hypothese des Erziehungsstils* beschreibt die Entstehung ungünstiger Persönlichkeitsmerkmale, die durch einen autoritären und kontrollierenden Erziehungsstil beeinflusst werden. Ein harter Erziehungsstil, der durch elterliche Kritik und geringe elterliche Unterstützung gekennzeichnet ist, wird mit perfektionistischen Sorgen der Kinder assoziiert (Stoeber et al., 2018). Ebenso werden ein ängstlicher und überfürsorglicher Erziehungsstil mit der Entstehung von dysfunktionalem Perfektionismus in Verbindung gebracht (Curran & Hill, 2019; Spitzer, 2016). Der Einfluss nicht-familiärer Bezugspersonen und Umgebungsfaktoren, wie etwa Peers, LehrerInnen und Medien, ist weitgehend unerforscht, wird jedoch ebenfalls als relevant eingeschätzt (Spitzer, 2016; Stoeber et al., 2018).

1.3 Multidimensionale Erfassung

Im Hinblick auf den kontextuellen Rahmen und die Beschaffenheit perfektionistischer Kognitionen wird zunächst die Entstehungsgeschichte der multidimensionalen Erfassung des Konstrukts beschrieben. In weiterer Folge werden die Beziehungen zwischen den für die vorliegende Arbeit relevanten Dimensionen hergestellt.

Im Rahmen des aufkommenden Interesses der psychologischen Forschung, perfektionistisches Verhalten und damit assoziierte psychopathologische Phänomene zu untersuchen, verstanden frühe Konzeptualisierungen Perfektionismus als eindimensionales, gesamtheitlich dysfunktionales Konstrukt (Stoeber & Otto, 2006). Der erste Ansatz, der eine mehrdimensionale Unterscheidung vornahm, differenzierte zwischen *normalem* und *neurotischem Perfektionismus*, dessen Ätiologie im Verstärkungsverhalten der Eltern vermutet wurde (Hamachek, 1978; Stoeber & Otto, 2006).

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend folgten differenziertere konzeptuelle und erhebungsbezogene Annahmen, die zwischen drei Dimensionen (Hewitt & Flett, 1991) bzw. sechs perfektionistischen Facetten unterschieden (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Eine faktorenanalytische Überprüfung zeigte deutliche Überschneidungen zwischen den beiden Messinstrumenten und ergab unter Einbeziehung der insgesamt neun Subskalen eine Zwei-Faktoren-Lösung (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Stoeber & Otto, 2006). Die beiden übergeordneten Faktoren werden heute von einem Großteil der Wissenschaft als *Perfektionistische Bestrebungen (Dispositional Perfectionistic Strivings; DPS)* und

Perfektionistische Sorgen (Dispositional Perfectionistic Concerns; DPC) bezeichnet (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber & Otto, 2006).

DPS stellen das Streben nach sehr hohen Standards dar, während DPC durch kritische Selbstbewertungstendenzen und Sorgen über mögliche Konsequenzen, die aus dem Verfehlen der hohen Standards resultieren, gekennzeichnet sind (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber & Otto, 2006). Die sorgenvolle Dimension wird aufgrund der häufig festgestellten ungünstigen Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden von verschiedenen Autoren auch synonym als ungesunder, passiver, negativer, selbstkritischer oder maladaptiver Perfektionismus bezeichnet (s. Stoeber & Otto, 2006).

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung ein teilweise uneindeutiges Bild hinsichtlich der funktionalen oder dysfunktionalen Beschaffenheit von DPS zeichnen. Diese werden zwar häufig mit positiven bzw. nicht mit negativen Eigenschaften assoziiert (Hill & Curran, 2016; Stoeber & Otto, 2006), stehen in Hinblick auf spezifische psychopathologische Störungsbilder jedoch ebenfalls mit negativen Effekten in Verbindung (z.B. Dunkley, Solomon-Krakus, & Moroz, 2016). Die Beziehungen werden deutlicher, wenn die Ausprägung beider Dimensionen innerhalb eines Individuums beleuchtet werden. Der *gesunde Perfektionismus* besteht gemäß Stoeber und Otto (2006) aus hohen Ausprägung der DPS, bei gleichzeitig niedriger Ausprägung der DPC. Als *ungesunder Perfektionismus* werden hohe Ausprägungen in beiden Dimensionen angesehen, während ein dritter, *nichtperfektionistischer* Typus insbesondere durch niedrige Ausprägungen der DPS gekennzeichnet ist.

1.4 Merkmalsebene und intrapersonelle Komponenten

Den kontextuellen Rahmen für die vorliegende Arbeit bildet das *Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior* (CMPB, Hewitt et al., 2017), das Perfektionismus als einen mehrstufigen und mehrdimensionalen Persönlichkeitsstil operationalisiert. Das Modell besteht aus einer Merkmalsebene, einer interpersonellen und einer intrapersonelle Ebene. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, umfasst die Merkmalsebene des CMPB drei verschiedene Formen des Perfektionismus. Außengerichteter Perfektionismus (*Other-oriented perfectionism; OOP*) ist durch anspruchsvolle Erwartungen an andere in sozialen Kontexten gekennzeichnet. Sozial vorgeschriebener Perfektionismus (*Socially prescribed perfectionism; SPP*) wird charakterisiert durch die Angst vor Beurteilungen und die Annahme, dass Perfektion in sozialen Kontexten verlangt wird, um Anerkennung zu erlangen. Selbstgerichteter Perfektionismus (*Self-oriented perfectionism; SOP*) ist durch einen selbstorientierten Fokus, perfekt zu sein, hohe persönliche Anforderungen, eine selbstbestrafende Tendenz und einen an

Leistung geknüpften Selbstwert gekennzeichnet (Hewitt et al., 2017). Die Merkmalsdimensionen weisen differenzierte Zusammenhänge mit den übergeordneten Faktoren auf. DPS zeigen die größte inhaltliche Ähnlichkeit mit SOP und OOP, während DPC und SPP die größten Gemeinsamkeiten aufweisen (Rice, Ashby, & Slaney, 2007; Stoeber & Otto, 2006). Die intrapersonelle Ebene des Modells wird durch selbstbezogene, selbstbewertende kognitive Prozesse abgebildet, die einen grundlegenden Aspekt des Konstrukts darstellen. Die automatischen perfektionistischen Gedanken sind Hauptgegenstand der vorliegenden Arbeit.

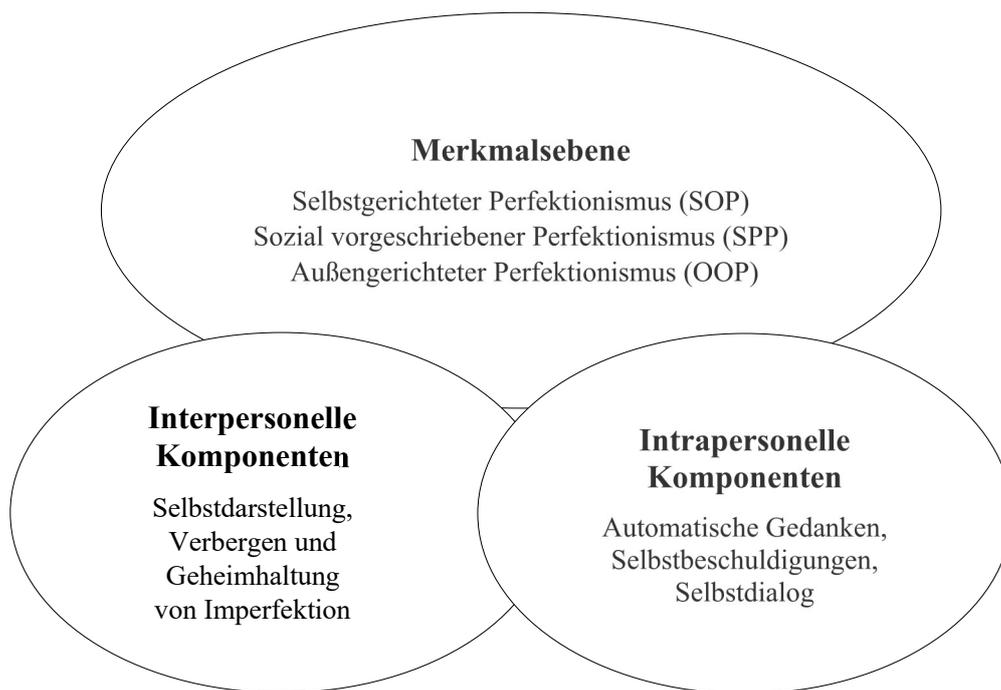


Abbildung 1. Das *Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior* (CMPB; aus Hewitt et al., 2017, S. 34)

1.5 Multidimensionale Perfektionistische Kognitionen

Die Erforschung perfektionistischer Gedanken geht zurück auf die *Perfectionistic Cognition Theory* (PCT; Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998; Flett, Nepon, & Hewitt, 2016). Die zentrale Annahme der Theorie geht davon aus, dass perfektionistische Personen, die eine Diskrepanz zwischen ihrem tatsächlichen Selbst und ihrem idealen Selbst oder zwischen ihrer tatsächlichen Leistung und ihren übermäßig hohen Zielen erkennen, dazu neigen, automatische Gedanken über Perfektion und Unvollkommenheit zu erfahren (Flett et al., 2016). Das im Kontext dieser Annahmen entwickelte unidimensionale *Perfectionistic Cognition Inventory* (PCI; Flett et al., 1998) erfasst die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken, die den Grad der kognitiven Aktivität bezüglich eines Bedürfnisses nach Perfektion abbilden (Flett, Hewitt, Whelan, & Martin, 2007; Flett et al., 2016; Prestele & Altstötter-Gleich, 2019).

Eine Erweiterung dieses Ansatzes, die zur Entwicklung des *Multidimensional Perfectionism Cognition Inventory* (MPCI; Kobori & Tanno, 2004, zitiert nach Stoeber, Kobori, & Tanno, 2010) führte, betont die Relevanz, bei dieser Betrachtung zwischen den funktionalen und dysfunktionalen Anteilen perfektionistischer Gedanken diskriminieren zu können. Faktorenanalytisch wurden die drei Dimensionen *Persönliche Standards Kognitionen* (*Personal Standards Cognitions*; PSK), *Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen* (*Pursuit of Perfection*; PPK) und *Sorgen über Fehler Kognitionen* (*Concern over Mistakes Cognitions*; CMK) in englischen, deutschen und japanischen Validierungsstudien belegt (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010).

Die drei Arten von Gedanken weisen differenzierte Beziehungen zu den zuvor beschriebenen dispositionellen Dimensionen sowie mit verschiedenen psychischen Parametern auf (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010). PSK sind Gedanken über das Setzen sehr hoher Standards und Ziele und zeigten starke Zusammenhänge mit DPS und SOP, mittlere Zusammenhänge mit DPC und SPP sowie einen schwachen Zusammenhang mit positiver Affektivität auf. CMK sind Gedanken über Fehler und negative Konsequenzen und zeigten starke Zusammenhänge mit DPC, SOP, SPP und Depressivität, mittlere Zusammenhänge mit DPS, negativer Affektivität und einen schwachen negativen Zusammenhang mit positiver Affektivität. PPK sind Gedanken über das Bedürfnis, perfekt zu sein, und zeigten starke Zusammenhänge mit sämtlichen dispositionellen und Merkmalsdimensionen sowie mit Depressivität und einen schwachen Zusammenhang mit negativer Affektivität (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010; Stoeber et al., 2014). Für die drei Arten von Kognitionen wurden zudem größere prädiktive Erklärungswerte für positive und negative Affektivität und Depressivität verzeichnet als für unidimensional instrumentalisierte Kognitionen und die Merkmalsdimensionen (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010; Stoeber et al., 2014).

2 Selbstmitgefühl

In diesem Abschnitt wird das Konzept des Selbstmitgefühls definiert und die zugehörigen Komponenten vorgestellt sowie ein kontextueller Bezug zum Konzept der Achtsamkeit hergestellt. Im Anschluss wird die Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus erläutert.

2.1 Definition

Selbstmitgefühl (engl. *Self-Compassion*) beschreibt eine emotional positive Selbstwahrnehmung, die sich auf die liebevolle Zuwendung und verbundene Präsenz angesichts

eigener Fehler und Mängel bezieht (Neff & Germer, 2019). Angelehnt an die Definition von Mitgefühl bedeutet Selbstmitgefühl, dass man nicht nur vom Leid anderer berührt ist und sich der Wahrnehmung von fremdem Schmerz öffnet, sondern durch eigenes Leid berührt wird. Es bedeutet, für die Wahrnehmung des eigenen Schmerzes offen zu sein, so dass der Wunsch nach Schmerzlinderung und Selbstheilung entsteht. Zudem beinhaltet es, sich selbst gegenüber Verständnis für eigenes Leiden sowie eigener Imperfektionen und Fehler, im Rahmen einer geteilten menschlichen Erfahrung, aufzubringen (Neff, 2003; Neff & Germer, 2019).

2.2 Komponenten des Selbstmitgefühls

Aus der Definition des Selbstmitgefühls lassen sich die drei inhärenten, miteinander interagierenden Komponenten und ihre jeweiligen Gegensätze benennen (Neff, 2003). *Selbstbezogene Freundlichkeit* (SF) steht für Zuwendung und Verständnis sich selbst gegenüber anstelle von *Selbstverurteilung* (SV). *Verbindende Humanität* (VH) beschreibt die Betrachtung der selbstbezogenen Wahrnehmung als Teil einer gemeinsamen menschlichen Erfahrung anstatt sie von sich selbst abgetrennt und in *Isolation* (I) zu erleben. *Achtsamkeit* (A) beschreibt die Offenheit für schmerzhaft Gedanken und Gefühle und die ausgewogene Weise, mit der diese im Bewusstsein gehalten werden, anstelle einer *Überidentifikation* (ÜI) mit Gedanken und Gefühlen dieser Art (Neff, 2003; Neff & Germer, 2019). Die Komponenten des Selbstmitgefühls sowie ihre jeweiligen Gegensätze sind in Abbildung 2 dargestellt.

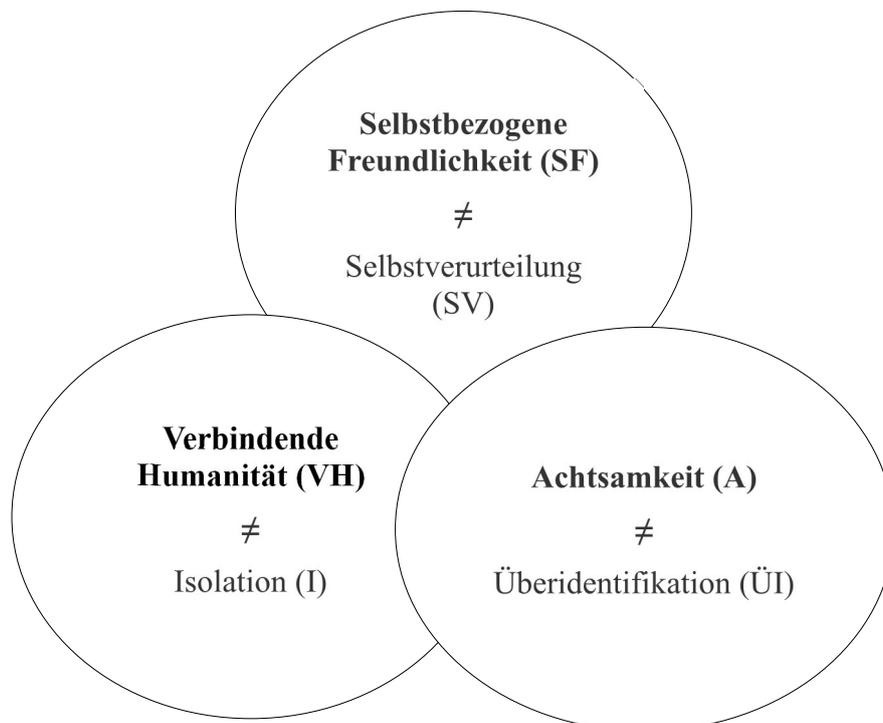


Abbildung 2. Komponenten des Selbstmitgefühls (aus Neff & Germer, 2019, S. 24)

2.3 Selbstmitgefühl und Achtsamkeit

Die Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Achtsamkeit ist zum einen aufgrund des historischen Begriffsverständnisses und den damit einhergehenden Gemeinsamkeiten und zum anderen aufgrund der ähnlichen Beziehung zum Konzept des Perfektionismus zu erwähnen. Selbstmitgefühl stellt eine Ergänzung im Versuch dar, alternative psychologische Konzeptualisierungen für eine gesunde Einstellung und Beziehung zu sich selbst zu etablieren (Neff, 2003) und fand in Folge eines intensiven Austauschs zwischen östlicher und westlicher Psychologie innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte Einzug in die moderne psychotherapeutische und klinische Arbeit (Kirby, 2017; Kropp & Sedlmeier, 2019). Der Ursprung beider Konzepte liegt in den buddhistischen Lehren des Dharma, das auch als buddhistische Psychologie bezeichnet wird (Kabat-Zinn, 2011; Neff, 2003)

Achtsamkeit ist eine der Komponenten des Selbstmitgefühls, wodurch die Kongruenz der beiden Konstrukte bereits deutlich wird (Neff & Germer, 2019). Die Definition der Achtsamkeit betont dabei das wertungsfreie Wahrnehmen von Gedanken, Gefühlen und Körperwahrnehmungen im gegenwärtigen Moment (Bishop et al., 2004) und stellt, in Form der Bewusstmachung und Akzeptanz schmerzhafter Erfahrungen, eine notwendige Basis des Selbstmitgefühls dar (Neff & Germer, 2019). Selbstbezogene Freundlichkeit und verbindende Humanität stellen gegenüber der passiven Achtsamkeit proaktive Komponenten für den Umgang mit den erlebten schmerzhaften Gedanken und Gefühlen dar (Neff & Germer, 2019; Tobin & Dunkley, 2021). Auf praktischer Ebene wird das Konzept der Achtsamkeit damit durch eine umfassendere Konzeptualisierung erweitert, indem der Fokus auf innere Erfahrungen, aber auch auf die erfahrende Person und ihre aktive Bewältigung unangenehmer emotionaler Zustände gerichtet wird (Tobin & Dunkley, 2021). Evaluationsstudien konnten eine bidirektionale Beeinflussung beider Konstrukte und eine implizite Steigerung des Selbstmitgefühls durch achtsamkeitsbasierte Programme finden. Darüber hinaus scheint Selbstmitgefühl einen der verantwortlichen Wirkmechanismen für die positiven Auswirkungen achtsamkeitsbasierter Interventionen darzustellen (Ferrari et al., 2019; Gu, Strauss, Bond, & Cavanagh, 2015; Hupfeld & Ruffieux, 2011; Kropp & Sedlmeier, 2019; Neff & Germer, 2019).

2.4 Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus

Per Definition stellen die dem Selbstmitgefühl und der Achtsamkeit inhärenten Kerncharakteristika – die ausbalancierte Wahrnehmung von Gedanken, Gefühlen und Erfahrungen sowie nicht-wertende Akzeptanz und selbstmitfühlender Umgang (Bishop et al., 2004; Neff, 2003) – eine Gegenthese zum Perfektionismus dar, dessen Fokus insbesondere auf zukünftige Ziele und in kritischer Weise auf die Betrachtung vergangener Handlungen und der eigenen

Person gerichtet ist (Flett, Nepon, Hewitt, & Rose, 2020). Insbesondere im Hinblick auf perfektionistische Kognitionen wird angenommen, dass Personen, die diese sehr häufig erfahren, anfällig für negative affektive Zustände sind. Dies betrifft insbesondere Depressivität infolge von vergangenem Scheitern und Ängstlichkeit im Hinblick auf zukünftiges Versagen (Flett et al., 1998; Flett et al., 2007). Gleichsam wird ein hohes Maß an Perfektionismus mit einem nachteiligen Effekt auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines selbstmitfühlenden Umgangs in Verbindung gebracht. Insbesondere bei hoch ausgeprägtem selbstkritischem Perfektionismus wurden niedrige Selbstmitgeföhlausprägungen verzeichnet (Stoeber, Lalova, & Lumley, 2020).

3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Abschnitt erfolgt eine Einführung in den Begriff und die Operationalisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Darlegung der Beziehungen zwischen Gesundheit, Perfektionismus und Selbstmitgeföh. Im Anschluss wird das aktuelle Kapitel mit einer Darlegung des Forschungsstands in Bezug auf gesundheitspezifische Interaktion zwischen Selbstmitgeföh und Perfektionismus abgeschlossen.

3.1 Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (*Health-Related Quality of Life*, HRQoL) stellt ein umfangreiches Forschungsgebiet dar, für das aufgrund der vielfachen Anwendungsbereiche lediglich Einigkeit über die Operationalisierung, nicht jedoch hinsichtlich einer allgemeingültigen Definition besteht (Bullinger, 2014; Kurth & Ellert, 2002). Sie bildet den Teilbereich für gesundheitliche Belange innerhalb des Forschungs- und Anwendungsgebietes der allgemeinen Lebensqualität (Wooopen, 2014), die allgemein definiert wird als „die subjektive Wahrnehmung einer Person in Relation zu ihrer Kultur und ihren Wertesystemen, ihren individuellen Zielen und Erwartungen sowie in Hinblick auf die Auswirkungen von körperlicher Gesundheit, psychischem Zustand, sozialen Beziehungen und persönlichen Überzeugungen“ (World Health Organization [WHO], 1997, S. 1).

Für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit betont, das als „vollständiges physisches, mentales und soziales Wohlbefinden und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit“ definiert wird (WHO, 1997, S. 1). Es handelt sich demnach um ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und behaviorale Aspekte des Befindens und des Handlungsvermögens von Personen, die unter gesundheitlichen Einschränkungen oder chronischen Krankheiten leiden, aus deren subjektiver Sicht abbildet. Neben der Betonung der Multidimensionalität und des

Selbstberichts ist die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dadurch gekennzeichnet, dass es sich dabei um ein kurz- oder mittelfristig änderungssensitives sowie latentes Konstrukt handelt, das nur über zugrundeliegende Indikatoren hinsichtlich psychischer, sozialer und somatischer Dimensionen gemessen werden kann (Bullinger, Ravens-Sieberer, & Siegrist, 2000; Kurth & Ellert, 2002).

Eine Erweiterung des Kenntnisstands bezüglich der subjektiven Wahrnehmung, wie sich klinisch-medizinische und psychosoziale Parameter auf die Lebensqualität auswirken, kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Interventionen und der gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen leisten. Die aus subjektiver Sicht gewonnenen Informationen innerhalb eines breiten Spektrums klinischer Fragestellungen haben demnach eine große Bedeutung für das Gesundheitswesen und können weitreichende Implikationen für die Handlungsrelevanz innerhalb klinischer Versorgungsorgane liefern (Bullinger, 2014; Woopen, 2014). Molnar, Sirois, Flett und Sadava (2020) betonen die Bedeutung der Ergründung des mehrdimensionalen Perfektionismus in Bezug auf körperliche Gesundheit, geistige Gesundheit und subjektives Wohlbefinden. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Relation zu perfektionistischen Gedanken stellt demnach einen wichtigen Ansatz dar, um die subjektive Gesundheitswahrnehmung perfektionistischer Personen zu beleuchten (Sirois & Molnar, 2017).

3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Perfektionismus

Für die Beziehung zwischen perfektionistischen Kognitionen und gesundheitsbezogener Lebensqualität wurden nach aktuellem Kenntnisstand bisher keine Ergebnisse in der wissenschaftlichen Literatur berichtet, während auf Merkmalsebene vier Studien Ergebnisse bezüglich der körperlichen Gesundheit berichtet haben (Lichtenstein, Christiansen, Elklit, Bilenberg, & Støving, 2014; Molnar, Sadava, Flett, & Colautti, 2012; Molnar et al., 2020; Sirois & Molnar, 2017). Es werden im Folgenden aktuelle Forschungsergebnisse eines weiter gefassten Spektrums vorgestellt, um die Beziehungen zwischen perfektionistischen Kognitionen und gesundheitsbezogenen Parametern zu verdeutlichen. Zur Einordnung der empirischen Befundlage ist es zudem relevant, darauf zu verweisen, dass sich sowohl SOP als auch SPP auf kognitiver Ebene durch selbstkritische Bewertungen, Sorgen über Fehler und beharrliches Grübeln manifestieren (Flett et al., 2016).

3.2.1 Gesundheitliche Aspekte und dispositioneller Perfektionismus

Eine vielfach beachtete systematische Übersichtsarbeit von Egan und Kolleginnen (2011) legte dar, dass innerhalb klinischer Versuchsgruppen, die entweder unter einer Depression, einer Angst-, Ess- oder Zwangsstörungen oder unter Komorbiditäten dieser Störungsbilder litten, ein signifikant höher ausgeprägtes Maß an Perfektionismus gefunden wurde als in nicht-klinischen Vergleichsgruppen. Ebenfalls korrelierte die Anzahl an komorbiden Diagnosen positiv mit dem Ausmaß an Perfektionismus, woraus auf einen transdiagnostischen Faktor für das einzelne und gemeinsame Auftreten sowie zur Aufrechterhaltung der vier Störungsbilder geschlossen wurde. Diesbezüglich zeigten die Dimensionen *Personal Standards* (PS) und *Concern over Mistakes* (CM) der *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (F-MPS, Frost et al., 1993), die kongruent zu den dispositionellen Dimensionen zu interpretieren sind, sowie SOP starke Zusammenhänge mit Essstörungen. SOP und CM waren ebenfalls signifikant mit Depressivität verbunden, wobei vor allem SOP eine Beziehung zu Depressionen mit komorbider Essstörung aufwies. Hinsichtlich der Manifestation von Angst- und Zwangsstörungen stellten sich CM und SPP als bedeutende Risikofaktoren heraus, wobei Zwangsstörungen zudem mit PS assoziiert wurden (Egan et al., 2011). Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich der genannten Störungsbilder wurden seitdem im Rahmen aktueller Metaanalysen und Forschungsarbeiten repliziert (z.B. Dahlenburg, Gleaves, & Hutchinson, 2019; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017; Smith, Vidovic, Sherry, Stewart, & Saklofske, 2018; Smith et al., 2020). Curran und Hill (2016) verzeichneten in einer Metaanalyse einen starken ungünstigen Zusammenhang zwischen DPC und Burnout, während DPS nicht mit diesem assoziiert wurden.

Auf körperlicher Ebene zeigte maladaptiver Perfektionismus zudem ungünstige Zusammenhänge mit der wahrgenommenen allgemeinen physischen Gesundheit (Molnar, Reker, Culp, Sadava, & DeCourville, 2006; Pritchard, Wilson, & Yamnitz, 2007) und psychosomatischen Beschwerden (Yeshua, Zohar, & Berkovich, 2019). In einer perfektionistischen Stichprobe, die ein pathologisches Ausmaß an Fitnesstraining aufwies, wurde ein vergleichsweise erhöhtes Ausmaß subjektiv erlebter körperlicher Schmerzen verzeichnet (Lichtenstein et al., 2014), während McLaren, Gauvin und White (2001) in einer studentischen weiblichen Stichprobe positive Zusammenhänge zwischen SOP und SPP mit dem Diätverhalten feststellten, die von exzessivem Sporttreiben teilweise mediiert wurden.

Eine Cluster-Analyse, die perfektionistische Persönlichkeitstypen innerhalb einer studentischen und einer chronisch erkrankten Stichprobe untersuchte, verzeichnete bei hohen SPP-Ausprägungen und hohen Ausprägungen in allen drei Merkmalsdimensionen die größten Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie die niedrigsten Werte

für psychosoziale Ressourcen und für das subjektive Wohlbefinden. Insgesamt wiesen rund 14% der Studierenden und 18% der chronisch kranken Personen ein besonders hohes Maß an SPP auf. Nichtperfektionistische Personen berichteten die höchste gesundheitsbezogene Lebensqualität und das höchste subjektive Wohlbefinden (Molnar et al., 2020). In einer Metaanalyse wurden über 13 nicht-klinische und klinische Stichproben hinweg schwache bis moderate negative Zusammenhänge zwischen DPC und der körperlichen Gesundheit verzeichnet. Der Zusammenhang verblieb in verringertem Ausmaß signifikant, nachdem der moderierende Einfluss von negativen Emotionen berücksichtigt wurde, die ebenfalls deutlich negativ mit der körperlichen Gesundheit und positiv mit DPC verbunden waren. DPS wiesen einen positiven Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit auf, der nicht durch negative Affektivität moderiert wurde (Sirois & Molnar, 2017).

Im Hinblick auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen werden DPS generell eher mit gesundheitsförderlichen und DPC mit weniger gesundheitsförderlichen und mehr gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht, wenngleich die Befundlage darüber aufgrund widersprüchlicher Funde nicht eindeutig ist (Sirois, 2016; Sirois & Molnar, 2017).

3.2.2 Gesundheitliche Aspekte und perfektionistische Kognitionen

Die Betrachtung auf kognitiver Ebene führte zu der Erkenntnis, dass perfektionistische Personen in einem erhöhten Ausmaß Grübeln und automatische Gedanken erfahren, die das Selbst und die persönliche Identität in selbstkritischer Weise belasten. Zudem erfahren sie eine große Bandbreite an negativen wiederkehrenden Gedanken, wie beispielsweise *Overthinking*. Insbesondere dem beharrlichen Grübeln über vergangene Fehler und soziale Vergleiche wird ein maßgeblicher Einfluss auf die psychische Befindlichkeit zugesprochen – vor allem, wenn Personen zur Übergeneralisierung einzelner Fehler neigen (Flett et al., 2007; Flett et al., 2016). Zudem wird davon ausgegangen, dass insbesondere die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken einen wesentlichen Faktor bei der Entstehung psychischer Probleme darstellt. Dabei wird vermutet, dass die dauerhafte kognitive Aktivierung mit einer überentwickelten Sensibilisierung des Gedächtnisses für Fehler und Misserfolge einhergeht. Das daraus resultierende Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit führe wiederum zu einer Hypervigilanz gegenüber Reizen, die auf die Möglichkeit des Scheiterns und negativer sozialer Bewertungen hinweisen. Aus einer erweiterten Diathese-Stress-Perspektive könne diese Neigung zum Sorgen und Grübeln damit maßgeblich zu emotionaler Erschöpfung und in weiterer Folge zu körperlichen Begleiterscheinungen beitragen (Flett et al., 2016). In diesem Kontext wird insbesondere der selbstkritische Perfektionismus auch mit dem Chronischen

Erschöpfungssyndrom assoziiert. Dabei wird die Notwendigkeit betont, PatientInnen dabei zu helfen, typische perfektionistische Gefühls- und Denkmuster zu ändern, sodass eine Verhaltens- und Lebensstiländerungen erleichtert wird (Kempke, van Houdenhove, Claes, & Luyten, 2016).

Die Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit perfektionistischer Gedanken und psychischen Beeinträchtigungen werden durch die aktuelle Studienlage widergespiegelt. So wurden mittlere bis hohe Zusammenhänge zwischen perfektionistischen Kognitionen und einem höheren Maß an Angst- und Depressionssymptomen (Flett et al., 1998) sowie zwischen selbstkritischen Gedanken, Grübeln und Depressivität beobachtet (Thew, Gregory, Roberts, & Rimes, 2017). Zudem wurde neben einem prädiktiven Einfluss perfektionistischer Gedanken für Depressivität ein schwacher, jedoch signifikanter Erklärungswert für soziophobische Symptome beobachtet (Casale, Fioravanti, Rugai, Flett, & Hewitt, 2020). Dieser prädiktive Zusammenhang wurde in einer klinischen Stichprobe ebenfalls für posttraumatische und generalisierte Angstsymptome verzeichnet (Tyler, Mu, McCann, Belli, & Asnaani, 2020). Eine längsschnittliche Untersuchung, die diese Zusammenhänge aus multidimensionaler Sicht untersuchte, beobachtete in multiplen Mediationsanalysen vermittelnde Effekte der Häufigkeit von CMK und PPK, die als perfektionistische Gedanken zusammengefasst wurden, auf die Beziehung zwischen perfektionistischen Sorgen und dysfunktionaler Emotionsregulation in Form von Katastrophisieren und Grübeln. Diese sagten wiederum ein erhöhtes Ausmaß von *Anxiety/Hostility* und *Depression* vorher (portugiesische Version des *Profile of Mood States*; Macedo et al., 2017). Katastrophisieren und Grübeln erklärten dabei mehr Variabilität der depressiven Symptome als Katastrophisieren allein (Macedo et al., 2017). Im Hinblick auf Ängstlichkeit erwies sich CMK ebenfalls als Prädiktor für das Lampenfieber bei MusikerInnen (Kobori, Yoshie, Kudo, & Ohtsuki, 2011).

Zudem zeigte die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken einen moderaten Erklärungswert für das Risiko eines Burnouts, wobei dies insbesondere selbstkritische Personen betraf, die eine Tendenz zum Grübeln aufwiesen (Hassmén, Lundkvist, Flett, Hewitt, & Gustafsson, 2020). Eine längsschnittliche Untersuchung verzeichnete einen prädiktiven Einfluss von CMK auf die stressbedingte Belastung von College-Athleten am Ende einer dreimonatigen Wettkampfsaison. CMK zeigten dabei einen Erklärungswert für die Burnout-Symptomatik, während PSK sowie unidimensional erfasste Kognitionen und die perfektionistischen Merkmalsdimensionen keinen Zusammenhang mit dieser aufwiesen (Crowell & Madigan, 2021).

Eine Studie, die in einer studentischen Stichprobe die Häufigkeit perfektionistischer Kognitionen retrospektiv während der Vorbereitung auf eine Prüfung erfasste, verzeichnete einen vermittelnden Einfluss von CMK auf die Beziehungen zwischen DPS und DPC mit der wahrgenommenen Stressbelastung. Die StudentInnen, die häufigere CMK erlebten, berichteten von mehr Sorgen, mehr Anspannung und weniger Freude als Personen, die seltenere CMK erfuhren. PSK zeigten neben einem schwachen positiven Zusammenhang mit der wahrgenommenen Anspannung begünstigende vermittelnde Einflüsse auf die Beziehungen von DPS und DPC mit der wahrgenommenen Freude. Zudem zeigte sich ein begünstigender Zusammenhang zwischen PSK und negativer Stimmung (Prestele, Altstötter-Gleich, & Lischetzke, 2020).

Hinsichtlich eindimensional gemessener perfektionistischer Gedanken und deren Beziehung zu Störungsbildern aus dem Formenkreis der Essstörungen wurden häufigere selbstkritische Gedanken in einer Versuchsgruppe als in der gesunden Kontrollgruppe und einer Gruppe vollständig Genesener verzeichnet (Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson, & Smith, 2010). Eine weitere Studie fand einen vollständigen vermittelnden Effekt von perfektionistischen Gedanken auf die Beziehung zwischen SOP und dem Ausmaß anorektischer Symptome bei Frauen und bulimischer Symptome bei Männern (Downey, Reinking, Gibson, Cloud, & Chang, 2014). Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit perfektionistischer Gedanken und dem Auftreten psychosomatischer Symptome verzeichnet, wobei diese Beziehung durch negative Affektivität vollständig mediiert wurde (Flett, Molnar, Nepon, & Hewitt, 2012).

3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Selbstmitgefühl

Selbstmitgefühl wird als Resilienzfaktor verstanden, der entgegen dem Perfektionismus in einer Vielzahl an Publikationen mit erhöhtem psychosozialen Wohlbefinden assoziiert wurde (z.B. Neff & McGehee, 2010; Zessin et al., 2015). Zwei Metaanalysen verzeichneten starke negative Zusammenhänge zwischen der Höhe der Selbstmitgefühlsausprägung und dem Ausmaß an Depressionen, Ängstlichkeit und Stress (MacBeth & Gumley, 2012; Muris & Petrocchi, 2017). Auf Facettenebene wurden dabei moderate negative Zusammenhänge zwischen den drei Komponenten des Selbstmitgefühls gefunden, während die gegensätzlichen Komponenten teilweise deutlich positiv mit dem Ausmaß der Symptombelastung zusammenhingen (Muris & Petrocchi, 2017).

Die Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in einer Metaanalyse, die insgesamt 26 klinische und nicht-klinische Stichproben einschloss, untersucht. Es wurde eine mittlere Effektstärke des positiven

Zusammenhangs zwischen Selbstmitgefühl und der körperlichen Gesundheit verzeichnet. Die Zusammenhänge erwiesen sich als schwach, aber dennoch signifikant, nachdem die Beiträge negativer und positiver Affektivität statistisch kontrolliert wurden (Sirois, 2020).

Hall, Row, Wuensch und Godley (2013) beobachteten Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität, Stress und körperlicher Gesundheit, die mittels der Menge körperlicher Symptome operationalisiert wurde. Selbstmitgefühl wurde anhand von Gegensatzpaaren operationalisiert. Auf psychischer Ebene sagten Isolation und verbindende Humanität sowie Selbstverurteilung und selbstbezogene Freundlichkeit das Ausmaß depressiver Symptome vorher, während Überidentifikation und Achtsamkeit Prädiktoren für die wahrgenommene Stressbelastung waren. Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit waren Selbstverurteilung und selbstbezogene Freundlichkeit die stärksten Prädiktoren. Die Höhe der Selbstverurteilung in Relation zu selbstbezogener Freundlichkeit zeigte sich dabei als stärkster Prädiktor zur Vorhersage körperlicher Symptome. Eine andere Studie fand teilweise widersprüchliche Ergebnisse in Hinblick auf die Zusammenhänge des Selbstmitgefühls mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zwar wurden negative Zusammenhänge zwischen Selbstverurteilung und psychischer sowie körperlicher Gesundheit und erwartungsgemäße Korrelationen auf psychischer Ebene beobachtet. Jedoch zeigten multiple Regressionsanalysen auf körperlicher Ebene lediglich einen prädiktiven Erklärungswert der Achtsamkeitskomponente für eine geringer eingeschätzte Gesundheit, während selbstbezogene Freundlichkeit den einzigen Prädiktor für eine erhöhte psychische Gesundheit darstellte, nachdem für Geschlecht, Bildung, körperliche Aktivität und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen kontrolliert wurde (Asensio-Martínez et al., 2019).

Die AutorInnen der vorangegangenen Studie schlossen aus ihren Ergebnissen, dass Personen, die weniger selbstmitfühlend sind und eher dazu neigen, sich selbst zu verurteilen, weniger gesunde Verhaltensweisen praktizieren, ihren körperlichen Bedürfnissen geringere Aufmerksamkeit schenken und weniger funktionale Selbstregulationsstrategien anwenden (Hall et al., 2013; Sirois, 2016, 2020). Diese Zusammenhänge wurden in einer großangelegten Metaanalyse (N = 29588) untersucht, die 94 Studien inkludierte, die Selbstmitgefühl oder selbstmitgefühlbasierte Interventionen, verschiedene Parameter der körperlichen Gesundheit und ein weites Spektrum gesundheitsbezogener Verhaltensweisen untersuchten (Phillips & Hine, 2019). Hier zeigte sich in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls ein positiver Zusammenhang mit schwachem Effekt hinsichtlich der globalen körperlichen Gesundheit und ein schwacher bis moderater Effekt des Zusammenhangs mit gesundheitsbezogenem Verhalten. Hinsichtlich gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurden starke Effekte für das

Schlafverhalten, medizinische Verhaltensweisen, Ernährung, körperliche Betätigung und Gefahrenvermeidung festgestellt, während für die körperliche Hygiene und Substanzmissbrauch keine Effekte gefunden wurden. Zudem zeigte Selbstmitgefühl den stärksten durchschnittlichen Effekt hinsichtlich jener Studien, die biologische Marker des Immunsystems erfassten (z.B. Immunoglobuline und die Interleukin-6 Konzentration im Blutplasma, die einen Hinweis auf stressinduzierte Entzündungen darstellen). Die AutorInnen schlossen aus diesem und dem gefundenen Beleg hinsichtlich des verbesserten Schlafverhaltens, dass Selbstmitgefühl einen bedeutenden Einfluss auf die Stressbewältigung ausübt. Die Ergebnisse hinsichtlich der in die Analyse eingeschlossenen Interventionen deuten auf eine kausale Beziehung dieser Zusammenhänge hin (Phillips & Hine, 2019). Der stressreduzierende Charakter des Selbstmitgefühls wird zudem durch die Ergebnisse einer längsschnittlichen Studie bekräftigt, die zum einen prädiktive negative Erklärungswerte des Selbstmitgefühls für Depressivität, Ängstlichkeit und negative Affektivität über einen sechs- bis zwölfmonatigen Zeitraum beobachtete. Zum anderen wurde über diesen Zeitraum hinweg ein moderierender Effekt des Selbstmitgefühls auf die Beziehungen zwischen der wahrgenommenen Stressbelastung und Depressivität sowie Ängstlichkeit festgestellt (Stutts, Leary, Zeveney, & Hufnagle, 2018). Zudem wurde erhöhtes Selbstmitgefühl mit einem geringeren Burnout-Risiko sowie einer erhöhten professionellen HRQoL bei Krankenpflegefachkräften in Verbindung gebracht (J. Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016; Durkin, Beaumont, Hollins Martin, & Carson, 2016).

3.4 Gesundheitsspezifische Interaktionen von Perfektionismus und Selbstmitgefühl

Weiterhin weist der Forschungsstand darauf hin, dass insbesondere die Interaktion zwischen Selbstmitgefühl und Perfektionismus mit dem Ausmaß psychopathologischer Symptome und Einschränkungen des psychosozialen Wohlbefindens in Verbindung steht (Abdollahi, Allen, & Taheri, 2020; Mehr & Adams, 2016). Diesbezüglich wurde ein partiell vermittelnder Effekt von Selbstmitgefühl auf die Beziehung zwischen maladaptivem Perfektionismus und Depressivität (Mehr & Adams, 2016) sowie teilweise vermittelnde Effekte von Selbstmitgefühl auf die Zusammenhänge zwischen selbstkritischem Perfektionismus und Depressivität und Burnout berichtet (Richardson, Trusty, & George, 2018). In beiden Studien erklärte verringertes Selbstmitgefühl teilweise den negativen Zusammenhang zwischen Perfektionismus und psychischer Gesundheit. Stoeber und Kolleginnen (2020) verzeichneten in einer Mehrebenenanalyse vollständig vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls auf die ungünstigen Zusammenhänge von SOP und SPP mit subjektivem Wohlbefinden und Depressivität. Die Kausalität dieser Beziehung wurde in einem längsschnittlichen Design

unterstrichen, bei der die Interaktion zwischen selbstkritischem Perfektionismus und verringertem Selbstmitgefühl das Ausmaß ängstlicher und depressiver Symptome über den Zeitraum von zwei Jahren vorhersagte. Dabei war die Symptomatik bei Personen mit hoch ausgeprägtem Perfektionismus und geringem Selbstmitgefühl deutlich prävalenter (Tobin & Dunkley, 2021). Ähnliche Effekte wurden in zwei Querschnittsstudien berichtet, die Moderationseffekte von Selbstmitgefühl auf die Beziehung zwischen Perfektionismus und Depressivität untersuchten (Abdollahi et al., 2020; Ferrari, Yap, Scott, Einstein, & Ciarrochi, 2018). Das Ausmaß an perfektionistischen Sorgen war hier mit verringertem Selbstmitgefühl verbunden, das wiederum die Beziehung zu erhöhter Depressivität erklärte. Perfektionistische Standards zeigten einen gegensätzlichen Effekt und waren zum Teil für eine geringer ausgeprägte depressive Symptomatik verantwortlich (Abdollahi et al., 2020). Zudem zeigte sich, dass Selbstmitgefühl die Stärke des negativen Zusammenhangs zwischen selbstkritischem Perfektionismus und Depressivität abschwächte (Abdollahi et al., 2020; Ferrari et al., 2018). Yeshua und KollegInnen (2019) ermittelten zudem die Interaktion zwischen selbstkritischem Perfektionismus und Selbstmitgefühl als stärksten Prädiktor für stressbedingtes Burnout und psychosomatische Beschwerden.

Ein zugrundeliegender Mechanismus dieser Beziehungen wird in der emotionsregulatorischen Wirkung der Akzeptanz gegenüber negativen Gefühlen vermutet (Abdollahi et al., 2020; Inwood & Ferrari, 2018). Dieser Effekt wurde in einem experimentellen Design innerhalb einer klinischen Stichprobe untersucht. Bezüglich der Wirksamkeit selbstmitfühlender Instruktionen zur Linderung induzierter depressiver Stimmungen wurden ähnliche Effekte für Selbstmitgefühl, kognitive Neubewertung und Akzeptanz festgestellt (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller, & Berking, 2014). Eine weiterführende Studie untersuchte diesen Zusammenhang und fand einen vollständig vermittelnden Effekt der Akzeptanz von Gefühlen auf die Beziehung zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität, jedoch keine vermittelnden Effekte von sämtlichen anderen emotionalen Kompetenzen (Diedrich, Burger, Kirchner, & Berking, 2017). Eine weitere Studie fand partiell vermittelnde Effekte von Akzeptanz, Erlebnisvermeidung und beharrlichem Grübeln auf den negativen Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Depressivität, wobei in einem multiplen Mediationsmodell, das alle Emotionsregulationsstrategien beinhaltete, lediglich Grübeln als signifikanter Mediator verblieb (Bakker, Cox, Hubley, & Owens, 2019). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Selbstmitgefühl als adaptive Emotionsregulationsstrategie durch Akzeptanz gegenüber negativen affektiven Zuständen und verringertem Grübeln zu einer besseren psychischen Gesundheit beitragen kann (Bakker et al., 2019; Diedrich et al., 2017; Inwood & Ferrari, 2018).

Ein akzeptierender Umgang mit selbstkritischen Gedanken und eigenen Imperfektionen wird zudem als relevanter Mechanismus der psychologischen Flexibilität betrachtet (Marshall & Brockman, 2016; Ong et al., 2019). Diese wird definiert als „Fähigkeit, ganz und unvoreingenommen mit dem gegenwärtigen Moment in Kontakt zu treten und das Verhalten in wertekongruenter Weise beizubehalten oder anzupassen“ (Ong et al., 2019, S. 7). In Form von psychologischer Inflexibilität stellt sie für Personen mit klinisch relevantem Perfektionismus eine Herausforderung dar, da diese häufig aus Angst, ihre hohen, starren Ansprüche nicht erfüllen zu können, zu Prokrastination oder einem vorzeitigen Abbruch von Handlungen neigen, um so ein Gefühl der Unzulänglichkeit zu vermeiden (Ong et al., 2019).

Diese Zusammenhänge wurden in einer Wirksamkeitsstudie einer zehnwöchigen *Akzeptanz- und Commitment Therapie* (ACT) untersucht. Teilnehmende waren Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die zumindest ein leichtes Maß an Zwanghaftigkeit und deutliche funktionale Einschränkungen oder psychische Beschwerden, die auf perfektionistische Merkmale zurückzuführen waren, angaben. Im Vergleich zur Kontrollgruppe berichteten die TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe nach Abschluss der Intervention von höherem Selbstmitgefühl, von wertekongruenterem Verhalten und von höherer Lebensqualität sowie von verringertem sorgenvollen und selbstkritischen Perfektionismus, einer geringeren Symptombelastung, weniger funktionalen Einschränkungen und von verringerter psychologischer Inflexibilität. Selbstmitgefühl erklärte teilweise den Zusammenhang zwischen der Interventionsteilnahme und verringertem selbstkritischem Perfektionismus, wobei dieser Effekt auch zum Zeitpunkt der einmonatigen Follow-up-Erhebung noch signifikant war. Bei genauerer Betrachtung der Moderationseffekte zeigte sich, dass die Höhe des Selbstmitgefühls zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung die Stabilität dieses Effekts beeinflusste. Im Hinblick auf selbstkritischen Perfektionismus zeigte die Intervention die größte direkte und nachhaltige Wirksamkeit für Personen mit ursprünglich mittlerem Selbstmitgefühl. Personen, die zu Beginn der Studie ein sehr niedriges Selbstmitgefühl aufwiesen, gaben nach Beendigung der Intervention ebenfalls niedrigeren selbstkritischen Perfektionismus an, jedoch war dieser Effekt zum Follow-up nicht mehr signifikant. Die verringerte psychologische Inflexibilität erklärte teilweise den Zusammenhang zwischen der Interventionsteilnahme und erhöhter Lebensqualität, wobei dieser Effekt vor allem für Teilnehmer mit hoher Flexibilität zu Studienbeginn eine nachhaltige Wirkung zeigte (Ong et al., 2019). In anderen Studien wurden positive Korrelationen zwischen Selbstkritik und depressiven Symptomen sowie negative Korrelationen der beiden Variablen mit Selbstmitgefühl festgestellt. Zudem wurde ein teilweise

vermittelnder Einfluss des Selbstmitgefühls auf die Beziehung zwischen Selbstkritik und Depressivität beobachtet (Zhang, Chen, & Tomova Shakur, 2020).

Im Hinblick auf Symptome aus dem Formenkreis der Essstörungen verzeichneten zwei weitere Studien einen vermittelnden Einfluss des Selbstmitgefühls auf die Beziehung zwischen dem Streben nach einem perfekten Erscheinungsbild und gestörtem Essverhalten in weiblichen studentischen Stichproben (Barnett & Sharp, 2016; Bergunde & Dritschel, 2020). In Einklang damit wurde ein vollständig vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der psychischen Lebensqualität gefunden (C. Duarte, Ferreira, Trindade, & Pinto-Gouveia, 2015).

4 Alkoholkonsum

Im Folgenden wird der Begriff des Alkoholkonsums erläutert sowie dessen Prävalenz und gesundheitlichen Folgen dargelegt.

4.1 Definition

Unter Alkoholkonsum ist die Konsumtion alkoholhaltiger Getränke zu verstehen. In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf den Konsum von Alkohol und das Risikoniveau im Hinblick auf problematischen Konsum gerichtet.

Alkohol ist die in Österreich und Deutschland am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2020; Beck et al., 2017). In Österreich konsumierten gemäß der Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch im Jahre 2015 rund 82% der Befragten Alkohol, wovon 14% ein problematisches Konsumverhalten aufwiesen. Mit doppelt so vielen Männern (19%) als Frauen (9%), die einen problematischen Konsum angaben, sowie doppelt so vielen Frauen als Männern, die Abstinenz angaben, bestehen hinsichtlich der Konsumgewohnheiten geschlechtsspezifische Unterschiede (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2020; Strizek & Uhl, 2016). Nach Korrektur des Undersampling-Fehlers, der für die Prävalenzschätzung von Abhängigkeiten eine Herausforderung darstellt, schätzen Strizek und Uhl (2016) die Prävalenz alkoholabhängiger Menschen in Österreich auf 2.5% bei Frauen und 7.5% bei Männern.

Die Abhängigkeit bezeichnet die Unfähigkeit, den Alkoholkonsum willentlich steuern zu können und das Unvermögen, bestimmte oder sämtliche Lebenssituationen ohne die Aufnahme von Alkohol bewältigen zu können, wodurch es in weiterer Folge zu anhaltendem Konsum trotz schädlicher Konsequenzen kommt (Beck et al., 2017; DIMDI, 2018). Für die Diagnose einer Abhängigkeit muss nach ICD-10 (*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*; DIMDI, 2018) keine körperliche

Abhängigkeit vorliegen. Sie wird vergeben, wenn drei der Diagnosekriterien erfüllt sind: Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren, Kontrollverlust, Abstinenzverlust, Toleranzbildung, Entzugserscheinungen und Rückzug aus dem Sozialleben (Beck et al., 2017; DIMDI, 2018).

4.2 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol gilt unter einem Grenzwert von 12 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen und 24 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer als risikoarm (Pabst et al., 2013). Der Konsum ab einem Grenzwert von 40 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen und 60 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer gilt als langfristig gesundheitsgefährdend und problematisch im Hinblick auf die Ausbildung einer Abhängigkeit (Pabst et al., 2013; Strizek & Uhl, 2016). Die gesundheitliche Gefährdung steigt dabei mit Dauer und Höhe der Dosierung an. Langfristig erhöhter Alkoholkonsum steht allen voran mit einem erhöhten Risiko für Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten, chronische Leber-, Herz- und Gefäßerkrankungen und Diabetes in Verbindung (Griswold et al., 2018; Hapke, von der Lippe, & Gaertner, 2013; Pabst et al., 2013). Für die weltweite Population im Alter von 15 bis 49 Jahren stellt der Alkoholkonsum das größte Gesundheitsrisiko dar und zeigt sich für ungefähr 10% der weltweiten Todesfälle in dieser Altersgruppe verantwortlich (Griswold et al., 2018). Ungefähr die Hälfte aller alkoholbedingten Todesfälle in Deutschland entfallen auf Todesursachen, die auf eine akute Intoxikation zurückzuführen sind, wie etwa Unfälle im Straßenverkehr, zwischenmenschliche Gewalt und Alkoholvergiftungen (Hapke et al., 2013).

Im Hinblick auf die mentale Gesundheit wird der langfristige Konsum hoher Dosen mit neurotoxischen Folgen und psychischen Beeinträchtigungen einschließlich einer Abhängigkeitsentwicklung assoziiert (Beck et al., 2017). Der Konsum erhöht zudem das Risiko zur Ausbildung depressiver Symptome, die wiederum ein Risiko für eine wechselseitige Beeinflussung und Suizidalität darstellen (Boden & Fergusson, 2011; McHugh & Weiss, 2019). Ebenfalls werden Stress und Ängstlichkeit als Risikofaktoren für erhöhten Alkoholkonsum angesehen (McCaul, Hutton, Stephens, Xu, & Wand, 2017). Affektive Störungen und Angststörungen bestehen zudem häufig komorbide neben einer Abhängigkeit (Turner, Mota, Bolton, & Sareen, 2018). Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte eine längsschnittliche Studie, dass die psychische Gesundheit durch erhöhten Alkoholkonsum beeinträchtigt wird, während die Ergebnisse im Hinblick auf die körperliche Gesundheit uneindeutig sind (Imtiaz, Loheswaran, Le Foll, & Rehm, 2018). Insbesondere bezüglich des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Funktionsfähigkeit bestehen hierbei die größten Beeinträchtigungen (Imtiaz et al., 2018; Ugochukwu et al., 2013).

4.3 Perfektionismus und Alkoholkonsum

Perfektionismus wird unter anderem aufgrund der damit assoziierten psychischen Belastungen als Risikofaktor für erhöhten Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme angesehen (Flett et al., 2016; Patock-Peckham & Corbin, 2019). Welche Mechanismen diese Beziehungen beeinflussen, ist Gegenstand der aktuellen Forschung. Eine zentrale theoretische Annahme, die die beiden Phänomene miteinander verbindet, liegt in der Selbstmedikationstheorie (Khantzian, 1997) begründet. Diese geht davon aus, dass psychoaktive Substanzen, wie beispielsweise Alkohol, aufgrund eines Mangels an anhaltenden sozialen Beziehungen sowie einer geringeren Verfügbarkeit funktionaler Selbstregulations- und Emotionsregulationsstrategien zur Linderung unangenehmer emotionaler Zustände verwendet werden (Patock-Peckham & Corbin, 2019; Phelps, Paniagua, Willcockson, & Potter, 2018). Aufgrund der meist unrealistisch hohen Standards besteht für perfektionistische Personen eine erhöhte Anfälligkeit für Depressionen, Ängste und Sorgen, die sich als Reaktion auf eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen erlebter Realität und überhöhten Ansprüchen manifestieren können oder aus hartnäckigem Grübeln über vergangene und zukünftige Ereignisse entstehen (Flett et al., 1998; Flett et al., 2007; Hewitt et al., 2017).

Eine längsschnittliche Untersuchung fand keinen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Perfektionismus, der mittels einer Subskala eines Erhebungsinstruments für Essstörungen operationalisiert wurde (Pritchard et al., 2007). Eine weitere Studie, die den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum untersuchte, stellte bei Personen mit erhöhtem Alkoholkonsum geringere SOP-Ausprägungen und höhere Werte bezüglich elterlicher Kritik fest. Daraus wurde geschlossen, dass perfektionistische Persönlichkeitsmerkmale, die ihren Ursprung in der elterlichen Kritik haben, einen Risikofaktor für problematischem Alkoholkonsum darstellen können und hohe Ziele mit diesem Konsumverhalten nicht vereinbar wären (Flett et al., 2008). Zwei Studien untersuchten diese Zusammenhänge mittels komplexer Strukturgleichungsmodelle. Die erste Studie stellte Zusammenhänge zwischen autoritärer elterlicher Erziehung und perfektionistischer Diskrepanz fest, die wiederum zwischen den Zusammenhängen mit Depressivität und alkoholbezogenen Problemen und Alkoholkonsum zur Bewältigung vermittelte. Eine autoritative Erziehung war demgegenüber mit erhöhten perfektionistischen Standards verbunden, die einen negativen Zusammenhang mit Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Problemen aufwiesen (Patock-Peckham & Corbin, 2019). Die zweite Studie beobachtete Zusammenhänge zwischen perfektionistischer Diskrepanz und konsumbezogenen Bewältigungs- und Konformitätsmotiven, die wiederum mit einer beeinträchtigten Kontrolle über die Trinkmenge, ausuferndem

episodischem Konsum und alkoholbezogenen Problemen verbunden waren. Perfektionistische Standards waren mit positiven Verstärkungsmotiven verbunden. Soziale Trinkmotive sagten ebenfalls ausufernden Konsum, jedoch auch eine erhöhte Kontrolle über die Trinkmenge voraus, während Verstärkungsmotive eine verringerte Kontrolle, ausufernden Konsum und alkoholbezogene Probleme vorhersagten. Insgesamt deuteten die Ergebnisse jedoch darauf hin, dass perfektionistische Standards über den Pfad der erhöhten Kontrolle über die Trinkmenge mit weniger Alkoholkonsum in Verbindung stehen (Canning et al., 2020).

Weiterhin verzeichneten Nealis und Mackinnon (2018) in einer qualitativen Untersuchung, dass die Bewältigung von Stress und die Flucht vor dem eigenen inneren Kritiker zentrale Trinkmotive in einer studentischen Stichprobe darstellten. Auch andere Studien fanden Belege dafür, dass die selbstkritische Form des Perfektionismus einen Risikofaktor für erhöhten bzw. täglichen Alkoholkonsum und für den Konsum zur Selbstmedikation darstellt (Rice & van Arsdale, 2010; Richardson, Hoene, & Rigatti, 2020).

Der Zusammenhang mit Schwierigkeiten innerhalb sozialer Interaktionen wird durch das *Perfectionistic Social Disconnection Model* abgebildet (PSDM, Hewitt et al., 2017; Sherry et al., 2012). Gemäß der zentralen Annahme des Modells besteht für perfektionistische Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation, da sie anfälliger für Angst vor Zurückweisung und vor der Bewertung anderer sind. Ebenfalls machen sie häufig negative Erfahrungen im Rahmen sozialer Interaktionen (Sherry et al., 2012). Darüber hinaus besteht für perfektionistische Personen ein Risiko, mangelnde soziale Unterstützung zu erfahren (Gnilka & Broda, 2019). Isolation, konfliktreiche soziale Beziehungen, ein Mangel an sozialer Unterstützung sowie damit verbundene negative Emotionen stellen wiederum einen Risikofaktor für problematischen Alkoholkonsum dar (Flett et al., 2007; Sherry et al., 2012).

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum wurde in bisherigen Studien vorwiegend auf Merkmalsebene vorgenommen. Auf kognitiver Ebene verzeichneten Flett und KollegInnen (2007) in einer Stichprobe aus Personen, die Selbsthilfegruppen besuchten oder an alkoholspezifischen Entwöhnungsprogrammen teilnahmen, signifikant häufigere perfektionistische Gedanken. Dabei waren diese außerdem mit dem Ausmaß der psychischen Belastung, Defiziten im kognitiven Selbstmanagement, mangelnder Selbstverstärkung und psychologischer Inflexibilität verbunden. Mackinnon und Kolleginnen (2019) stellten Assoziationen zwischen Perfektionismus und alkoholbezogenen Problemen fest, fanden aber keinen Zusammenhang mit perfektionistischen Kognitionen und führten deren unidimensionale Erfassung als möglichen Grund dafür an. In Anbetracht der Studienlage stellt die vorliegende Untersuchung unter mehrdimensionaler Betrachtung

perfektionistischer Kognitionen eine wichtige Ergänzung zur Erforschung dieser Beziehungen dar.

4.4 Selbstmitgefühl und Alkoholkonsum

Entgegen dem Perfektionismus werden Achtsamkeit und Selbstmitgefühl mit protektiven Eigenschaften gegenüber erhöhtem Substanzkonsum in Verbindung gebracht. Dies wird zum Großteil mit der Fähigkeit, proaktiv negative affektive Zustände regulieren zu können, und einer allgemein günstigeren sozialen Funktionalität selbstmitfühlender Personen begründet (Chen, 2019; Phelps et al., 2018; Wisener & Khoury, 2019). In einer Reihe von Studien mit studentischen Stichproben wurde ein signifikanter Erklärungswert der Höhe des Selbstmitgefühls für eine geringer ausgeprägte Tendenz, Alkohol zur Bewältigung von Ängsten und Depressionen einzusetzen (Wisener & Khoury, 2019), und ein vermittelnder Effekt vom Konsum zur Bewältigung von Ängsten auf den negativen Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und alkoholbezogenen Problemen festgestellt (Wisener & Khoury, 2020a). Eine weitere Studie der gleichen AutorInnen beobachtete in einer studentischen Stichprobe, die schädlichen Alkoholkonsum angab, einen negativen Zusammenhang mit dem Konsum zur Bewältigung von Depressionen (Wisener & Khoury, 2020b). Die AutorInnen schlossen aus diesen Ergebnissen, dass Personen, die ein höheres Maß an Selbstmitgefühl aufweisen, möglicherweise durch den akzeptierenden und verständnisvollen Umgang mit ihren negativen Emotionen weniger geneigt sind, ihre negativen Emotionen mit Alkohol zu bewältigen. Zudem vermuteten sie, dass der Konsum zur Bewältigung von Depressionen einen größeren Risikofaktor für schädlichen Konsum darstellt als der Konsum zur Bewältigung von Ängsten, da dieser auf anhaltende und tiefgreifende psychische Probleme hindeutet (Wisener & Khoury, 2020a, 2020b). Eine darauffolgende Studie zeigte einen vollständig vermittelnden Effekt von emotionsregulatorischen Prozessen auf den negativen Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und Alkoholkonsum zur Bewältigung negativer affektiver Zustände. Höheres Selbstmitgefühl war dabei mit einer erhöhten Verfügbarkeit funktionaler Bewältigungsstrategien verbunden, die wiederum ein geringeres Ausmaß an Alkoholkonsum zur Bewältigung vorhersagten (Wisener & Khoury, 2021). Insbesondere die mangelnde Fähigkeit zur funktionalen Emotionsregulation stellt einen zugrundeliegenden Mechanismus des Konsums zur Selbstmedikation dar, weshalb geringes Selbstmitgefühl mit einem erhöhten Risiko für schädlichen Substanzgebrauch assoziiert wird (Phelps et al., 2018).

Die bisherige Studienlage im Hinblick auf problematisches Konsumverhalten ist überwiegend in Einklang mit diesen Befunden. So zeigten Personen aus der Allgemeinbevölkerung das geringste Risiko für gesundheitsschädlichen Substanzkonsum bei einer höheren Ausprägung

des Selbstmitgefühls. Das höchste Risiko war mit den niedrigsten Werten in den drei Komponenten sowie dem höchsten Ausmaß in den drei gegenteiligen Komponenten assoziiert (Phelps et al., 2018). Weiterhin wurden signifikant niedrigere Selbstmitgeföhlausprägungen bei alkoholabhängigen Personen im Vergleich zu nicht-abhängigen Personen verzeichnet (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman, & Childs, 2012).

Eine längsschnittliche Untersuchung mit ambulant behandelten alkoholabhängigen Personen fand teilweise widersprüchliche Ergebnisse. Es wurden Zusammenhänge zwischen der Achtsamkeitskomponente und verringertem Alkoholkonsum festgestellt, während diese Beziehung hinsichtlich der selbstbezogenen Freundlichkeit nur bei älteren Personen beobachtet wurde. Diese stand zudem gemeinsam mit verbindender Humanität bei Männern mit erhöhtem, bei Frauen mit verringertem Konsum in Zusammenhang (Garner et al., 2020). Eine Studie fand gänzlich widersprüchliche Ergebnisse innerhalb einer studentischen Stichprobe. Hier zeigte die Gruppe, die von *Binge-Drinking* berichtete, die höchste Selbstmitgeföhlausprägung, während die Gruppe mit dem geringsten Alkoholkonsum auch die niedrigsten Werte im Selbstmitgefühl berichtete (Ellingwood, Espinoza, Acevedo, & Olson, 2019). Zusammenhänge zwischen Perfektionismus, Selbstmitgefühl und problematischem Alkoholkonsum wurden in der wissenschaftlichen Literatur nach aktuellem Kenntnisstand nicht berichtet.

II Empirischer Teil

5 Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, Erkenntnisse über Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von perfektionistischen Kognitionen und Selbstmitgefühl innerhalb einer deutschsprachigen nicht-klinischen Population zu gewinnen. Weiterhin ist es von Interesse, vermittelnde Effekte des Selbstmitgefühls auf die Zusammenhänge zwischen perfektionistischen Kognitionen und den Zielvariablen sowie den vermittelnden Effekt von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang zwischen perfektionistischen Kognitionen und gesundheitsbezogener Lebensqualität zu analysieren.

Die Hauptfragestellungen dienen dem Zweck zu ermitteln, ob soziodemografische Eigenschaften, gesundheitsbezogene Daten, perfektionistische Kognitionen, Selbstmitgefühl und Alkoholkonsum prädiktive Determinanten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellen und ob soziodemografische Charakteristika, perfektionistische Kognitionen und Selbstmitgefühl als Prädiktoren für den Alkoholkonsum angesehen werden können. Ein besonderer Fokus liegt auf den differenzierten Verbindungen dysfunktionaler und funktionaler perfektionistischer Kognitionen.

6 Methodik

In diesem Kapitel erfolgt die Darlegung des für diese Studie gewählten Forschungsdesigns und die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie die Beschreibung der Stichprobe, der eingesetzten Erhebungsinstrumente und herangezogenen statistischen Methoden sowie die Darstellung der Reliabilitätsanalysen der Messinstrumente.

6.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Studie basiert auf einer Stuserhebung im Rahmen einer querschnittlichen Onlineuntersuchung im Befragungszeitraum Juli bis September 2020. Das Erhebungsinstrument war auf der Umfrageplattform SoSci-Survey aufrufbar.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Zur Bearbeitung des Erhebungsinstruments wurden Personen aus der Allgemeinbevölkerung mittels sozialer Medien und persönlicher Benachrichtigung informiert und eingeladen. Zudem sollte der Link zur Befragung im sog. „Schneeballsystem“ weitergeleitet werden. Diese Form der Rekrutierung führt zu einer anfallenden Stichprobe (Bortz & Döring, 2006). Zur Teilnahme wurde keine Entlohnung oder Aufwandsentschädigung in Aussicht gestellt. Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

6.2.1 Einschlusskriterien

Zur Teilnahme an der vorliegenden Studie waren Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit erwerbstätigem bzw. erwerbsfähigem Status berechtigt. Zudem wurden ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch vorausgesetzt. Zudem war die Teilnahme nur Personen möglich, die über einen ausreichenden Kenntnisstand in der Bedienung eines elektronischen Endgerätes verfügen.

6.2.2 Ausschlusskriterien

Personen, die aufgrund von Krankheit oder Alter keinem Studium oder Beruf nachgehen, wurden aus den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen. Zudem wurden für einzelne Fragestellungen Personen ausgeschlossen, die aufgrund einer körperlichen Verletzung eine Verzerrung der Analysen hinsichtlich der körperlichen HRQoL begünstigt hätten.

6.3 Erhebungsinstrumente

In diesem Abschnitt erfolgt die Beschreibung der verwendeten Erhebungsinstrumente sowie ihrer psychometrischen Eigenschaften. Die Erstellung des Erhebungsinstruments beinhaltete eine Pretest-Phase, in der zehn Personen ersucht wurden, die Verständlichkeit der Items und der Instruktionen zu beurteilen. Anregungen wurden für die endgültige Fassung berücksichtigt.

Zudem wurde am Ende der Bearbeitungsphase die Möglichkeit geboten, Anmerkungen mittels eines offenen Antwortformats abzugeben. Diese Kommentare führten gegebenenfalls bei einzelnen Fragestellungen zum Ausschluss von entsprechenden Datenprotokollen aus den statistischen Analysen. Die Teilnahme war nur für in Kenntnis gesetzte Personen möglich. Die Reihenfolge der Vorgabe der Erhebungsinstrumente entsprach der Reihenfolge, in der die Verfahren im Folgenden dargestellt werden.

6.3.1 Soziodemografische und gesundheitliche Daten

Es wurden zunächst Items vorgegeben, bei denen infolge einer fehlenden Eingabe eine Nachfrage zur Beantwortung gesendet wurde, bevor mit der Erhebung fortgefahren wurde. Die willentliche Nichtbeantwortung einzelner Fragen war somit möglich. Mit diesen Items wurden die soziodemografischen Basisdaten Alter (offenes Item), Geschlecht (Einfachwahlfrage mit drei Antwortoptionen) und Wohnort (Einfachwahlfrage mit drei Antwortoptionen sowie ergänzendem offenen Antwortfeld) sowie weitere Informationen über Bildungsniveau (Einfachwahlfrage mit 11 Antwortoptionen), Erwerbstätigkeitsstatus (Einfachwahlfrage mit sieben Antwortoptionen sowie ergänzendem offenen Antwortfeld) und Beschäftigungsstatus (Einfachwahlfrage mit vier Antwortoptionen sowie ergänzendem offenen Antwortfeld) erhoben.

Es folgten drei Items, deren Beantwortung nicht zum Fortfahren erforderlich war und bei denen infolge einer fehlenden Eingabe keine Nachfrage zur Beantwortung gesendet wurde, bevor mit der Erhebung fortgefahren werden konnte. Diese erhoben Angaben zu bestehenden körperlichen Leiden (offenes Item) und zu psychischen Behandlungsgründen (offenes Item) zum Zeitpunkt der Erhebung oder zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit. Ein weiteres offenes Item fragte nach dem aktuellen Studiengang. Im Anschluss an die Erhebung war es möglich, der Studienleitung mittels eines offenen Items Kommentare zu übermitteln.

6.3.2 Perfektionistische Kognitionen (MPCI-G-R)

Die Variable perfektionistische Kognitionen wurde mit der revidierten Version des Mehrdimensionalen Perfektionismus Kognitions-Inventars (MPCI-G-R, Prestele & Altstötter-Gleich, 2019) erhoben. Das MPCI-G-R besteht aus 15 Items, die mittels eines sechsstufigen Antwortformats erfasst werden. Die Items sind zu je fünf Items gleichmäßig auf die in Tabelle 1 dargestellten Skalen verteilt. Hohe Werte sind als häufigere perfektionistische Gedanken zu interpretieren. Im Sinne einer leichteren Lesbarkeit im Rahmen der statistischen Analysen werden nachfolgend perfektionistischen Kognitionen gegebenenfalls verkürzt als Perfektionismus bezeichnet.

Tabelle 1. *Skalen und Beispielitems des MPCI-G-R*

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Personal Standards (PSK)	Je höher mein Ziel, desto besser
Concern Over Mistakes (CMK)	Ich gebe mir die Schuld, wenn ich einen Fehler mache
Pursuit Of Perfection (PPK)	Ich muss um jeden Preis perfekt sein

Das MPCI-G-R wurde an einer deutschsprachigen studentischen Stichprobe validiert und weist in allen Skalen gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf (Cronbachs $\alpha = .82$ bis $.91$). Zudem zeigten die Zusammenhänge mit den Variablen Affekt, Depressivität und dispositionellem Perfektionismus, dass die Kriteriumsvalidität in ausreichender Form gegeben ist (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019).

6.3.3 Selbstmitgefühl (SCS-D)

Die Erhebung der Variable Selbstmitgefühl erfolgte mittels der deutschen Übersetzung der *Self-Compassion-Scale* (SCS-D; Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die SCS-D besteht aus 26 Items, diese verteilen sich auf die sechs in Tabelle 2 dargestellten Subskalen.

Tabelle 2. *Skalen und Beispielitems der SCS-D*

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Selbstbezogene Freundlichkeit	Ich akzeptiere meine Fehler und Schwächen
Selbstverurteilung	Ich missbillige und verurteile meine eigenen Fehler und Schwächen
Verbindende Humanität	Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen
Isolation	Wenn mir etwas für mich Wichtiges misslingt, glaube ich oft, dass nur ich allein versage
Achtsamkeit	Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten
Überidentifizierung	Wenn mich etwas aufregt, werde ich von meinen Gefühlen förmlich mitgerissen

Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Skalen Isolation, Selbstverurteilung und Überidentifizierung sind negativ gepolt und werden zusammen mit den anderen drei Skalen zu einem Gesamtscore verrechnet. Hohe Gesamtwerte sind in Richtung erhöhtem Selbstmitgefühl zu interpretieren.

Die SCS-D wurde an einer deutschsprachigen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung validiert. Hinsichtlich der Kriteriumsvalidität weist die SCS-D stark negative Korrelationen mit Ängstlichkeit, Depressivität und negativer Affektivität und stark positive Korrelationen mit positiver Affektivität und Lebenszufriedenheit auf (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Die SCS-D weist in ihrer Gesamtheit eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .91$ (Cronbachs Alpha) auf. Über fünf von sechs Subskalen verteilt weist sie mit Werten zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .83$ gute interne Konsistenzen auf. Die Subskala Achtsamkeit befindet sich mit $\alpha = .66$ knapp unter dem angestrebten Bereich (Hupfeld & Ruffieux, 2011).

6.3.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36)

Die Variable gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) wurde mit der deutschen Version der *Short Form-36 Health Survey* erhoben (SF-36; Bullinger, Kirchberger, & Ware, 1995). Die SF-36 misst die generische HRQoL und besteht aus 36 Items, die sich auf die in Tabelle 3 dargestellten acht Dimensionen sowie auf die übergeordneten Summenskalen verteilen. Hohe Werte sind in allen Subskalen sowie in beiden Summenskalen als erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität zu interpretieren.

Tabelle 3. *Summenskalen, Subskalen und Beispielitems der SF-36*

Skalenbezeichnung	Beispielitems
Psychische Gesundheit	
Soziale Funktionsfähigkeit	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?
Emotionale Rollenfunktion	Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? Ich habe weniger geschafft als ich wollte
Psychisches Wohlbefinden	Wie oft waren Sie in der letzten Woche... entmutigt und traurig?
Vitalität	Wie oft waren Sie in der letzten Woche... voller Schwung?
Körperliche Gesundheit	
Körperliche Funktionsfähigkeit	Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand eingeschränkt [...], einen Treppenabsatz [zu] steigen? ^a
Körperliche Rollenfunktion	Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten [...] so lange wie üblich tätig [zu] sein? ^a
Körperliche Schmerzen	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Anmerkungen. ^a Verkürzte Formulierung zur übersichtlichen Darstellung

Die Güte der psychometrischen Eigenschaften erwies sich in Validierungsstudien in verschiedenen Stichproben mit internen Konsistenzen von über $\alpha = .70$ (Cronbachs Alpha) in den einzelnen Subskalen als akzeptabel. Vereinzelt bildeten die Subskalen *allgemeine Gesundheitswahrnehmung* und *soziale Funktionsfähigkeit* dabei mit $\alpha = .57$ und $\alpha = .69$ eine Ausnahme. Die SF-36 ist demnach aufgrund ihrer guten psychometrischen Eigenschaften sowie ihrer häufigen Verwendung und damit einhergehenden Vergleichbarkeit mit verschiedenen Stichproben für die vorliegende Untersuchung geeignet (Bullinger & Kirchberger, 1998).

6.3.5 Alkoholkonsum (AUDIT)

Die Variable Alkoholkonsum wurde mit der deutschen Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test* erhoben (AUDIT-G-L; Wetterling & Veltrup, 1997). Der AUDIT-G-L, im

Folgenden nur AUDIT genannt, ist einer der am häufigsten verwendeten Screening-Fragebögen zur Einschätzung des Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung (Moehring et al., 2019). Er wurde entwickelt, um im klinischen Kontext übermäßigen Alkoholkonsum ermitteln und in gefährlichen bzw. schädlichen Gebrauch einordnen zu können, und hat sich als Screening-Instrument zu Abklärung einer Alkoholabhängigkeit in der Praxis bewährt (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Der AUDIT besteht aus zehn Items, die den drei in Tabelle 4 dargestellten Subskalen zugeordnet sind.

Tabelle 4. *Skalen und Beispielitems des AUDIT*

Skalenbezeichnung	Beispielitem
Gefährlicher Konsum	Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?
Schädlicher Konsum	Wie oft hinderte Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Ihr Alkoholkonsum, das zu tun, was von Ihnen erwartet wurde?
Abhängigkeitssymptome	Wie oft war es Ihnen in den letzten 12 Monaten unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschah, weil Sie getrunken hatten?

Als Maßeinheit wird in den betreffenden Fragen *1 Getränk* als *1 Glas/Flasche Bier (330ml)*, *1 Wein/Sekt (125ml)* oder *1 einfaches Glas Spirituosen (2cl)* definiert. Die Items können auf Subskalenebene oder zu einem Summenscore (0–40 Punkte) verrechnet werden. In der vorliegenden Arbeit kommt der Summenscore zur Anwendung, der sich zur differenzierten Abbildung des Trinkverhaltens sowie zur Einschätzung des Risikoniveaus in klinischen Stichproben sowie in der Allgemeinbevölkerung als akzeptabel erwiesen hat (Babor et al., 2001; Moehring et al., 2019). Hinsichtlich eines allgemeingültigen Cutoff-Wertes zur Einschätzung riskanten Konsums empfiehlt die WHO einen Summenscore von 8 Punkten, der auch in der vorliegenden Arbeit herangezogen wird. Ein Wert im Bereich von 8–14 Punkten wird als schädlicher Konsum eingeschätzt, während Werte über 15 als Indikator für das wahrscheinliche Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung angesehen werden (Babor et al., 2001).

6.4 Datenmanagement und ethische Aspekte

Die Erhebung erfolgte in anonymisierter Form, d.h. die Teilnehmenden konnten ihre Angaben ohne Eintragung von personenbezogenen Daten durchführen. Mit einer veranschlagten Bearbeitungszeit von etwa zehn bis 15 Minuten konnte die Zumutbarkeit als gegeben angesehen werden. Die mittels Umfragetool SoSci-Survey erhobenen Datensätze wurden nach

Beendigung der Erhebungsphase in eine entsprechende SPSS-Matrix transformiert und auf einem Computer mit Zugangsbeschränkung gespeichert. Der Zugang zu den sensiblen Daten war demnach nur autorisierten Personen möglich. Die Datenprotokolle wurden über einen Code pseudonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Teilnehmende möglich waren.

6.5 Fragestellungen und Hypothesen

Nachfolgend sind die Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesenpaare dargelegt.

6.5.1 Unterschiedshypothesen zur HRQoL in Abhängigkeit von Perfektionismus

Fragestellung 1: *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Perfektionismus von Personen mit hoch ausgeprägtem Perfektionismus hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität?*

H₀ (1.1): Es bestehen keine Gruppenunterschiede in den Mittelwerten der psychischen Summenskala (SF-36) in Abhängigkeit der Dimension PSK (MPCI-G-R).

H₁ (1.1): Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwerten der psychischen Summenskala (SF-36) in Abhängigkeit der Dimension PSK (MPCI-G-R).

Analog zu H₀ und H₁ (1.1) sind die Hypothesen H₀ und H₁ (1.2) zu der körperlichen Summenskala der SF-36 sowie die Hypothesen H₀ und H₁ (1.3–1.6) den weiteren Facetten des MPCI-G-R (CMK, PPK) und beiden Summenskalen der SF-36 formuliert.

Die Gruppenbildung, mit dem Ziel, für diese Fragestellungen sowie für alle folgenden Gruppenunterschiedsfragestellungen Gruppen möglichst gleicher Größe zu bilden, erfolgte anhand der empirischen Werte der unabhängigen Variablen Perfektionismus und Selbstmitgefühl. Es wurde eine Kategorisierung in vier Quartile anhand der z-standardisierten Messwerte vorgenommen (siehe Abschnitt 7.2).

6.5.2 Unterschiedshypothesen zum Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Perfektionismus

Fragestellung 2: *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Perfektionismus von jenen mit hoch ausgeprägtem Perfektionismus hinsichtlich ihres Alkoholkonsums?*

H₀ (2.1): Es bestehen keine Gruppenunterschiede in den Mittelwerten von Alkoholkonsum (AUDIT) in Abhängigkeit der Dimension PSK (MPCI-G-R).

H₁ (2.1): Es bestehen signifikante Unterschiede in den Mittelwerten von Alkoholkonsum (AUDIT) in Abhängigkeit der Dimension PSK (MPCI-G-R).

Analog zu H_0 und H_1 (2.1) sind die Hypothesen H_0 und H_1 (2.2–2.3) den weiteren Facetten des MPCGI-G-R (CMK, PPK) formuliert.

6.5.3 Unterschiedshypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl

Fragestellung 3: *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Selbstmitgefühl von jenen mit hoch ausgeprägtem Selbstmitgefühl hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität?*

H_0 (3.1): Es bestehen keine Gruppenunterschiede in den Mittelwerten der psychischen Summenskala (SF-36) in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls (SCS-D).

H_1 (3.1): Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwerten der psychischen Summenskala (SF-36) in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls (SCS-D).

Analog zu H_0 und H_1 (3.1) sind die Hypothesen H_0 und H_1 (3.2) zu der körperlichen Summenskala der SF-36 formuliert.

6.5.4 Unterschiedshypothesen zum Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl

Fragestellung 4: *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Selbstmitgefühl von Personen mit hoch ausgeprägtem Selbstmitgefühl hinsichtlich ihres Alkoholkonsums?*

H_0 (4.1): Es bestehen keine Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des Alkoholkonsums (AUDIT) in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls (SCS-D).

H_1 (4.1): Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des Alkoholkonsums (AUDIT) in des Selbstmitgefühls (SCS-D).

6.5.5 Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Fragestellung 5: *Gibt es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität?*

H_0 (5.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK (MPCI-G-R) und der psychischen Summenskala (SF-36) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) nicht mediiert.

H_1 (5.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK (MPCI-G-R) und der psychischen Summenskala (SF-36) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

Analog zu H_0 und H_1 (5.1) sind die Hypothesen H_0 und H_1 (5.2) sowie die Hypothesen H_0 und H_1 (5.3–5.6) zu den Facetten des MPCGI-G-R (CMK, PPK) und den Summenskalen der SF-36 formuliert.

6.5.6 Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum

Fragestellung 6: *Gibt es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum?*

H_0 (6.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK (MPCGI-G-R) und Alkoholkonsum (AUDIT) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) nicht mediiert.

H_1 (6.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK (MPCGI-G-R) und Alkoholkonsum (AUDIT) wird durch Selbstmitgefühl (SCS-D) mediiert.

Analog zu H_0 und H_1 (6.1) sind die Hypothesen H_0 und H_1 (6.2–6.3) zu den Facetten des MPCGI-G-R (CMK, PPK) formuliert.

6.5.7 Hypothesen zum vermittelnden Effekt des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Fragestellung 7: *Gibt es einen vermittelnden Effekt der Variable Alkoholkonsum auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität?*

H_0 (7.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK Perfektionismus (MPCGI-G-R) und der psychischen Summenskala (SF-36) wird durch Alkoholkonsum (AUDIT) nicht mediiert.

H_1 (7.1) Der Zusammenhang zwischen der Dimension PSK (MPCGI-G-R) und der psychischen Summenskala (SF-36) wird durch Alkoholkonsum (AUDIT) mediiert.

Analog zu H_0 und H_1 (7.1) sind die Hypothesen H_0 und H_1 (7.2) sowie die Hypothesen H_0 und H_1 (7.3–7.6) zu den Facetten des MPCGI-G-R (CMK, PPK) und den Summenskalen der SF-36 formuliert.

6.5.8 Hypothesen zur Vorhersage des Alkoholkonsums

Fragestellung 8: *Können die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Selbstmitgefühl und Perfektionismus den Alkoholkonsum vorhersagen?*

H_0 (8.1) Es gibt keine Prädiktoren, die Alkoholkonsum (AUDIT) signifikant vorhersagen können.

H₁ (8.1) Es gibt mindestens einen Prädiktor, der Alkoholkonsum (AUDIT) signifikant vorhersagen kann.

6.5.9 Hypothesen zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Fragestellung 9: *Können die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Selbstmitgefühl, Perfektionismus und Alkoholkonsum die gesundheitsbezogene Lebensqualität vorhersagen?*

H₀ (9.1) Es gibt keine Prädiktoren, die die psychische Summenskala (SF-36) signifikant vorhersagen können.

H₁ (9.1) Es gibt mindestens einen Prädiktor, der die psychische Summenskala (SF-36) signifikant vorhersagen kann.

Analog zu H₀ und H₁ (9.1) ist das Hypothesenpaar H₀ und H₁ (9.2) zur körperlichen Summenskala der SF-36 formuliert.

6.6 Statistische Analysen

Die deskriptiv- und inferenzstatistischen Auswertungen wurden mittels der Software IBM SPSS Statistics® Version 25 mit dem zusätzlichen Plug-In *PROCESS Macro Version 3.5.2* (Hayes, 2018) vorgenommen. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 5\%$, entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit (Fehler 1. Art), festgelegt. Ergebnisse im Rahmen der Hypothesenprüfungen waren demnach mit $p \leq .05$ als signifikant zu bezeichnen.

Zur Beurteilung der Höhe von Effekten wurde die Effektstärkenklassifikation nach Cohen (1988) herangezogen. Um eine einheitliche Interpretation der standardisierten Effektstärken zu ermöglichen, wurden gegebenenfalls Transformationen unter Verwendung des Freeware-Tools www.psychometrica.de vorgenommen. Hierzu wurde das entsprechende Effektstärkenmaß η^2 zur Beurteilung der Befunde herangezogen, wobei Werte $\geq .01$ als kleiner, $\geq .06$ als mittelhoher und $\geq .14$ als großer Effekt bezeichnet wurden. Für das Effektstärkenmaß r bzw. die standardisierten Regressionskoeffizienten (β) wurden Werte $\geq .10$ als kleiner, $\geq .30$ als mittlerer und $\geq .50$ als starker Effekt bezeichnet (Cohen, 1988).

6.6.1 Deskriptivstatistik

Zur Beschreibung von metrischen Variablen wurden die Kennwerte arithmetisches Mittel (M), Standardabweichung (SD) und Median (Med) angegeben sowie gegebenenfalls Boxplots zur Darstellung der Verteilungen erstellt. Zur Beschreibung von nominalskalierten Variablen wurden Häufigkeiten (n) und Anteilswerte (%) angeführt. Zudem wurden zur Darstellung der Mediationsanalysen Pfaddiagramme erstellt.

6.6.2 Inferenzstatistik

Zur Prüfung der Unterschiedlichkeit von metrischen, zumindest intervallskalierten und normalverteilten abhängigen Variablen (AV) bezüglich zweier unabhängiger Gruppen wurde der Welch-Test herangezogen, der robust gegenüber heterogenen Varianzen ist (Kubinger, Rasch, & Moder, 2009; Weiß, 2013). Die Voraussetzung der Normalverteilung metrischer Parameter konnte aufgrund der Gültigkeit des zentralen Grenzwertsatzes bei Stichprobenumfängen ab etwa 30 Fällen angenommen werden (Bortz & Döring, 2006; Weiß, 2013). Für den Vergleich von mehr als zwei Gruppen wurde die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) angewendet. Hierfür gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den t-Test (Field, 2013), und für den Fall der Varianzheterogenität wurde die Welch-ANOVA herangezogen. Zur Bestimmung der Unterschiedlichkeit zwischen den Gruppen wurden paarweise Vergleiche post hoc mittels Tukey-HSD bzw. Games-Howell-Test durchgeführt (Field, 2013). Sofern varianzanalytische Verfahren aufgrund der Verfahrensvoraussetzungen nicht anwendbar waren, wurde die Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse herangezogen. Dieses parameterfreie Verfahren überprüft bei eingeschränkten Voraussetzungen (Normalverteilung, Intervallskalenniveau der Daten, Homogenität der Varianzen), ob sich die Rangsummen unabhängiger Gruppen hinsichtlich einer ordinalskalierten abhängigen Variable in ihrer zentralen Tendenz unterscheiden. Voraussetzung ist somit ein Rangdatenniveau. Die Prüfgröße H unterliegt einer χ^2 -Verteilung. Ebenso wurde der parameterfreie U-Test nach Mann und Whitney für paarweise Vergleiche als robuste Alternative zum t-Test herangezogen (Field, 2013).

Als eines der zentralen Verfahren der vorliegenden Arbeit wurden Mediationsanalysen mittels SPSS-Plug-In PROCESS Version 3.5.2 (Hayes, 2018) unter Verwendung von *Modell 4* herangezogen. Diese spezielle Form der Regressionsanalyse ermöglicht es, den Zusammenhang zwischen einem Prädiktor (X) und einem Outcome (Y) unter Berücksichtigung eines Mediators (M) zu untersuchen. Dabei stellt der *totale Effekt* (c) den unmedierten Zusammenhang zwischen X und Y dar. Nach der Inklusion eines Mediators verringert sich der totale Effekt (c) um den *indirekten Effekt* (ab), der sich aus der Multiplikation der Pfadkoeffizienten a und b ergibt. Der verbleibende *direkte Effekt* von X auf Y wird als c' bezeichnet. Das Gesamtmodell ($c = ab + c'$) ist somit linear und additiv (Preacher & Hayes, 2008). Für die Untersuchung von Mediatoreffekten ist aus traditioneller Sicht zu beachten, dass die Pfadkoeffizienten a und c Signifikanz aufweisen (Baron & Kenny, 1986), während aktuellere Ansätze davon ausgehen, dass ein signifikanter Pfad c keine notwendige Voraussetzungen für das Vorliegen einer Mediation darstellt, sofern ein signifikanter indirekter Effekt festgestellt wird (Hayes, 2018, zitiert nach Baltès-Götz, 2020).

Das Grundprinzip einer Mediationsanalyse geht der Frage nach, wie eine unabhängige Variable X ihre Wirkung auf eine abhängige Variable Y entfaltet, indem die vermittelnden Prozesse berücksichtigt werden (Baltes-Götz, 2020). Von einer partiellen Mediation wird ausgegangen, wenn der direkte Effekt (c') und der indirekte Pfad (ab) nach Inklusion des Mediators signifikant sind. Eine vollständige Mediation ist dadurch gekennzeichnet, dass der direkte Effekt (c') nach Inklusion des Mediators keine Signifikanz aufweist. Der indirekte Pfad (ab) bzw. der Mediator stellt somit den verantwortlichen Prozess dar, mit dem bei einer Mediation der Zusammenhang zwischen X und Y erklärt werden soll. Um signifikante Zusammenhänge absichern zu können, wurde zur Schätzung von Konfidenzintervallen und Standardfehlern im Rahmen von Mediationsanalysen ein Bootstrapping aus wiederholten Stichprobenziehungen mit $N = 5000$ durchgeführt. Der indirekte Pfad ist als signifikant zu beurteilen, wenn dessen 95%-Konfidenzintervalle nicht den Wert 0 beinhalten (Baltes-Götz, 2020). Eine inkonsistente Mediation (*Suppressionseffekt*) liegt vor, wenn sich der Erklärungswert des Prädiktors auf das Outcome durch die Hinzunahme eines Mediators erhöht (MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000). Zudem wurden die Mediationsanalysen mit heteroskedastierobusten Standardfehlern berechnet, sofern die Voraussetzung homogener Varianzen nicht ausreichend gegeben war. Die Überprüfung der Linearität der Variablen wurde durch die visuelle Inspektion der Matrixdiagramme unter Verwendung der LOESS-Glättung durchgeführt.

Weiterhin wurden zur Vorhersage abhängiger Kriteriumsvariablen multiple lineare Regressionen durchgeführt. Hierbei muss das Kriterium bzw. die abhängige Variable zumindest ein metrisches, intervallskaliertes Datenniveau aufweisen. Weiterhin setzt die multiple Regression eine weitgehende Unkorreliertheit der Prädiktoren voraus. Diese Voraussetzung der Multikollinearität wird mittels Toleranzkoeffizienten (T) geprüft, wobei Werte $\geq .20$ als akzeptabel bezeichnet werden. In diesem Fall kann eine auffällige Multikollinearität ausgeschlossen werden (Field, 2013). Die Normalverteilung der standardisierten Residuen sowie Homoskedastizität sind ebenfalls zu beachten. Ebenfalls sollen keine auffälligen Autokorrelationen der Residuen bestehen, die mittels der Durbin-Watson-Statistik überprüft werden können. Sofern der Wert zwischen 1 und 3 liegt, sind keine bedeutenden Autokorrelationen der Residuen anzunehmen. Von einem optimalen Wert kann ausgegangen werden, wenn dieser ≈ 2 beträgt (Field, 2013). Die Ermittlung des Modells erfolgte mit der Methode des blockweisen Einschlusses. Durch diese lassen sich die Beiträge der Prädiktoren hinsichtlich des Outcomes, unter gleichzeitiger Konstanthaltung aller anderen Prädiktoren, ermitteln. Zur Interpretation werden standardisierte Regressionskoeffizienten (β)

herangezogen. Das korrigierte Bestimmtheitsmaß R^2 dient der Beurteilung der Modellgüte. Dabei werden Werte ab etwa 20% als akzeptabler Modelfit angesehen (Field, 2013).

7 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden zunächst soziodemografische Eigenschaften der vorliegenden Stichprobe beschrieben, bevor im Anschluss die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen der verwendeten Erhebungsinstrumente dargelegt werden. Den Abschluss des Kapitels bilden die inferenzstatistischen Analysen zur Prüfung der in Kapitel 6.6 vorgestellten Hypothesen.

7.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Abschnitt erfolgt die die Beschreibung der Eigenschaften der Teilnehmenden.

7.1.1 Rücklaufstatistik und Bearbeitungszeit

Die Teilnahme an der Online-Erhebung war von 10.07.2020 bis 06.09.2020 auf der Umfrageplattform SoSci-Survey möglich. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 492 Aufrufe, 237 Bearbeitungen (100%) und 204 abgeschlossene Bearbeitungen (86.1%) registriert. Unter Berücksichtigung der Dropouts sowie der Ausschlusskriterien (Bearbeitungszeit unter 5 Minuten (4.6%) und Erwerbsunfähigkeit (1.3%)) lag eine finale Rücklaufquote von 80.2% vor. Die mediane Bearbeitungszeit der 190 gültig teilnehmenden Personen lag bei 10:14 (IQR 8:04; 14:12) Minuten. Das Flussdiagramm in Abbildung 3 veranschaulicht die Rücklaufstatistik.

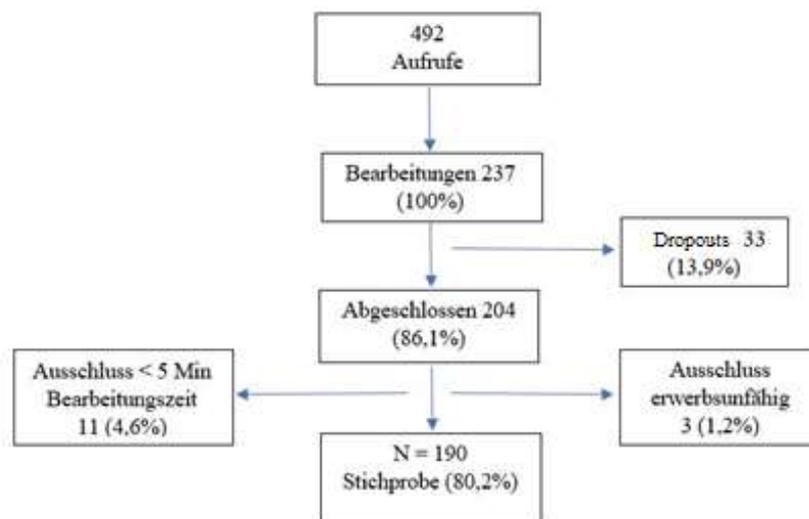


Abbildung 3. Flussdiagramm zur Rücklaufstatistik unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien

7.1.2 Geschlecht und Alter

Das angegebene Alter der Teilnehmenden zum Erhebungszeitpunkt lag zwischen 20 und 63 Jahren mit einem Median von 27 Jahren. Der Frauenanteil lag mit 111 Teilnehmerinnen bei 58.4%. Tabelle 5 zeigt die Altersstruktur unter Berücksichtigung des Geschlechts der

Befragten. Die Prüfung der Unterschiedlichkeit des Lebensalters mittels t-Test zeigte bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden mit $t(176.078) = -0.609$, $p = .543$ kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 5. Mittelwert (*M*), Standardabweichung (*SD*), Median (*Md*) des Lebensalters in Jahren, das minimale sowie maximale Alter

Geschlecht	N	M	SD	Md	min	max
weiblich	111 (58.4%)	28.05	8.59	26.00	20	63
männlich	79 (41.6%)	28.63	4.59	28.00	20	43
Gesamt	190	28.29	7.18	27.00	20	63

7.1.3 Wohnort

Der größte Anteil der Teilnehmenden (72.6%) gab Deutschland als Wohnort an. Tabelle 6 zeigt die Verteilung der angeführten Wohnorte innerhalb der Stichprobe unter Berücksichtigung des Geschlechts der Befragten.

Tabelle 6. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozente) zur Verteilung des Geschlechts der Teilnehmenden bezüglich des Wohnortes

Geschlecht	Wohnort				Gesamt
	Deutschland	Österreich	Schweiz	anderes Land	
weiblich	89 (80.2%)	19 (17.1%)	1 (0.9%)	2 ^a (1.8%)	111 (100%)
männlich	49 (62.0%)	30 (38.0%)	0	0	79 (100%)
Gesamt	138 (72.6%)	49 (25.8%)	1 (0.5%)	2 ^a (1.1%)	190 (100%)

Anmerkung. ^a Je eine Person gab Spanien bzw. Slowenien als Wohnort an

7.1.4 Bildungsniveau, Studienrichtungen und Erwerbsstatus

Der größte Anteil der Stichprobe (67.9%) gab an, über einen akademischen Abschluss zu verfügen. Tabelle 7 zeigt die vollständige Struktur des Bildungsniveaus der Stichprobe.

Zudem gaben insgesamt 142 Personen (74.7%) zumindest ein aktuelles Studienfach an. Sechs Personen (3.2%) gaben zwei Studienfächer an. Psychologie machte mit 45 Nennungen (23.7%) den größten Anteil der erfassten Studienfächer innerhalb der Stichprobe aus. Die zweitgrößte Gruppe stellten mit 39 Nennungen (20.5%) betriebswirtschaftliche bzw. wirtschaftswissenschaftliche Studiengängen dar. Medien- bzw. Kommunikationswissenschaften wurden von 13 Personen (6.8%) als aktuelles Studium genannt.

Tabelle 7. *Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozente) zur Verteilung des Bildungsniveaus bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden*

Geschlecht	Bildungsniveau			Gesamt
	Matura, Abitur, Mittlere Reife	Akademisch	Lehre	
weiblich	31 (27.9%)	77 (69.4%)	3 (2.7%)	111 (100%)
männlich	23 (29.1%)	52 (65.8%)	4 (5.1%)	79 (100%)
Gesamt	54 (28.4%)	129 (67.9%)	7 (3.7%)	190 (100%)

Der größte Teil der Stichprobe gab an, nebenberuflich (41.6%) tätig zu sein. Tabelle 8 zeigt die Struktur des aktuellen Erwerbsstatus der Stichprobe.

Die Prüfgröße der Kreuztabelle zeigte mit $\chi^2(2) = 6.247$, $p = .044$ einen signifikanten Verteilungsunterschied im Erwerbsstatus bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden. Unter Berücksichtigung der korrigierten standardisierten Residuen war für Männer ($z = +2.41$) ein überproportionaler Anteil hauptberuflicher Erwerbstätigkeit zu verzeichnen.

Tabelle 8. *Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozente) zur Verteilung des Erwerbsstatus bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden*

Geschlecht	Erwerbsstatus			Gesamt
	hauptberuflich	nebenberuflich	nicht erwerbstätig	
weiblich	28 (25.2%)	49 (44.2%)	34 (30.6%)	111 (100%)
männlich	33 (41.8%)	30 (38.0%)	16 (20.2%)	79 (100%)
Gesamt	61 (32.1%)	79 (41.6%)	50 (26.3%)	190 (100%)

7.1.5 Körperliche Leiden und psychische Behandlungsgründe

Eine zum Zeitpunkt der Erhebung oder zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit bestehende Depression wurde von 17 Personen (8.9%) genannt und stellte damit den häufigsten psychischen Behandlungsgrund innerhalb der Stichprobe dar. Neun Personen (4.7%) gaben an, wegen einer nicht näher bezeichneten Angststörungen oder einer spezifischen Phobie in Behandlung zu sein oder dies gewesen zu sein. Je vier Personen gaben eine Anpassungsstörung (2.1%) oder ein Burnout-Syndrom (2.1%) als bestehenden oder vorangegangenen Behandlungsgrund an.

Das Vorliegen einer Allergie bzw. von Asthma sowie das Bestehen von Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen sowie Migräne und chronischer bzw. episodischer Kopfschmerz wurden je fünf Mal (2.6%) und somit am häufigsten im Hinblick auf physische

Leiden genannt. Schilddrüsenprobleme wurden von je drei Personen (1.6%) genannt. Tinnitus sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden je zwei Mal genannt (1.1%).

Als häufigste Kombination wurde bei 133 Personen (70.0%) jeweils keine Angabe zu psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen verzeichnet. Demnach war bei 57 (30.0%; 95%-KI [23.5%; 36.5%]) Personen der Stichprobe zumindest eine psychische oder körperliche Beeinträchtigung angeführt. Von diesen Personen wiesen 14 (7.4%; 95%-KI [3.7%; 11.1%]) eine Kombination beider Beeinträchtigungen auf. In Tabelle 9 sind die Nennungshäufigkeiten mit den entsprechenden Anteilswerten zusammengefasst.

Tabelle 9. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zellenprozentage) zur Angabe von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen

		Psychische Behandlungsgründe				
Anzahl		0	1	2	3	Gesamt
	0	133 (70.0%)	23 (12.0%)	2 (1.1%)	2 (1.1%)	160 (84.2%)
Körperliche	1	13 (6.8%)	10 (5.3%)	1 (0.5%)	0	24 (12.6%)
Leiden	2	2 (1.1%)	1 (0.5%)	2 (1.1%)	0	5 (2.7%)
	3	1 (0.5%)	0	0	0	1 (0.5%)
Gesamt		149 (78.4%)	34 (17.8%)	5 (2.7%)	2 (1.1%)	190 (100%)

7.1.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die psychische Gesundheit konnte ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden, $t(142.910) = 2.128$; $p = .035$. Demnach lagen höhere Ausprägungen bei Frauen ($M = 69.36$, $SD = 19.02$) gegenüber Männern ($M = 62.49$, $SD = 23.58$) mit einem kleinen Effekt ($\eta^2 = .021$) vor. Innerhalb der körperlichen Gesundheit konnte kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied beobachtet werden, $t(146.718) = 0.403$; $p = .687$. Frauen ($M = 83.69$, $SD = 14.39$) und Männer ($M = 82.72$, $SD = 17.31$) wiesen hier ein vergleichbares Ausmaß auf.

Der Vergleich zwischen der psychischen und der körperlichen Summenskala wies mit $t(184) = 12.142$, $p < .001$, $\eta^2 = .046$ auf eine signifikant niedrigere Ausprägung der psychischen ($M = 66.60$, $SD = 21.27$) gegenüber der körperlichen ($M = 83.28$, $SD = 15.69$) gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem kleinen Effekt hin.

7.1.7 Alkoholkonsum

Das Alkoholkonsumverhalten wurde anhand der zehn Fragen des AUDIT erfasst (Score 0–40). Die Prüfung der Unterschiedlichkeit im Vergleich von Frauen ($Md = 3.0$, IQR 2.0; 6.0) und

Männern ($Md = 9.5$, IQR 5.0; 16.0) zeigte mit $U = 1989.0$ ($z = -6.340$), $p < .001$ eine signifikante Differenz mit mittelgroßem Effekt von $r = .46$ ($\eta^2 = .211$). Sofern der von der WHO empfohlene Cutoff-Wert von 8 Punkten herangezogen wird, lagen 18.9% der Frauen und 59.0% der Männer im Bereich des bedenklichen Alkoholkonsums. Abbildung 4 veranschaulicht die Verteilung des AUDIT-Summscores unter Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmenden.

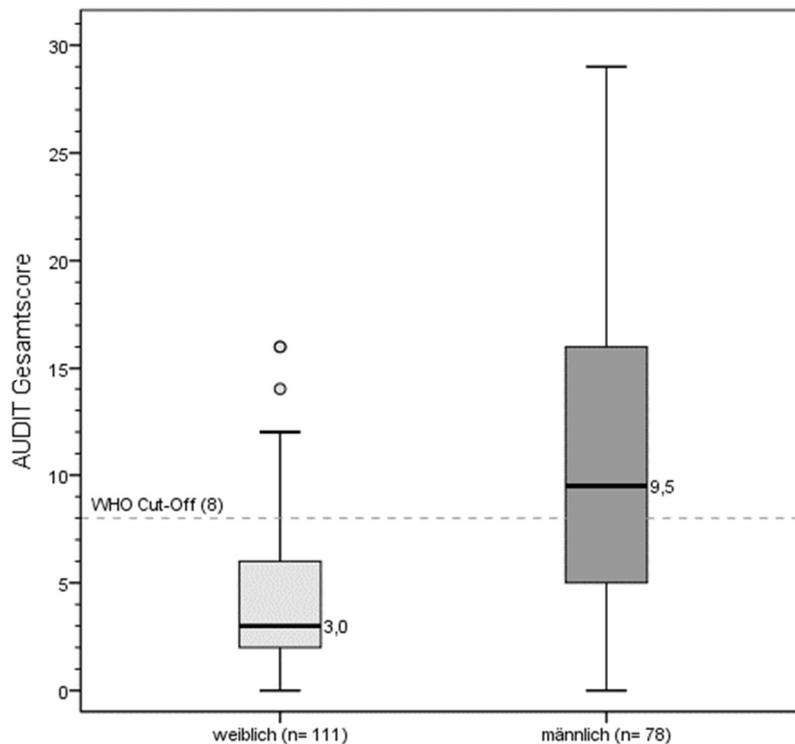


Abbildung 4. Verteilung des AUDIT-Summscores (Alkoholkonsum) mit Median unter Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmenden ($N = 189$)

7.2 Kategorisierung der unabhängigen Variablen

Eine für die vorliegende Arbeit bedeutsame Kategorisierung bestand in der Einteilung der Teilnehmenden anhand z -standardisierter Werte in jeweils vier Gruppen, wobei die z -Werte von < -1 , 0 und $> +1$ als Cutoff-Kriterien zur Zuordnung in die entsprechende Gruppe herangezogen wurden. Mit dieser Kategorisierung waren im Bereich $z < -1$ theoretisch 15.8%, im Bereich -1 bis 0 theoretisch 34.1%, im Bereich 0 bis $+1$ theoretisch ebenfalls 34.1% und im Bereich $z > +1$ weitere 15.8% zu erwarten (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012). Die in der vorliegenden Stichprobe ermittelten Häufigkeiten und Anteilswerte für die Skalen des MPCIG-R (PSK, CMK und PPK) sowie für die SCS-D können den Tabellen 10 und 11 entnommen werden.

Tabelle 10. Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppeneinteilung der SCS-D

	sehr niedrig < -1 SD	niedrig -1 SD bis 0	hoch 0 bis +1 SD	sehr hoch > +1 SD
SCS-D	25 (13.2%)	67 (35.3%)	68 (35.7%)	30 (15.8%)

Anmerkungen. SD = Standardabweichung; SCS-D = Gesamtscore Self-Compassion Scale

Tabelle 11. Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppeneinteilung der MPCIG-R-Skalen

	sehr selten < -1 SD	selten -1 SD bis 0	häufig 0 bis +1 SD	sehr häufig > +1 SD
MPCI-G-R				
PSK	28 (14.7%)	62 (32.6%)	77 (40.5%)	23 (12.2%)
CMK	32 (16.8%)	66 (34.7%)	59 (31.1%)	33 (17.4%)
PPK	32 (16.8%)	61 (32.2%)	62 (32.6%)	35 (18.4%)

Anmerkungen. SD = Standardabweichung; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

7.3 Reliabilitätsanalysen der Messinstrumente

Zur Beurteilung der internen Konsistenz der herangezogenen Skalen wurden Reliabilitätsanalysen unter Berücksichtigung vollständiger Datenprotokolle durchgeführt. Cronbach- α -Werte $> .70$ werden im Allgemeinen als akzeptabel bezeichnet. Die Reliabilität ist eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für die Validität eines Erhebungsinstrumentes. Die korrigierte Itemtrennschärfe r_{it} zeigt die Korrelation eines Items mit der Skala an und ist ein Kennwert für die Qualität des Beitrag eines einzelnen Items (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012). Tabelle 12 zeigt die Kennwerte zur Abschätzung der Messgenauigkeit der eingesetzten Fragebogenteile. Die Ergebnisse zeigen, dass die Skalen eine akzeptable bis sehr gute interne Konsistenz sowie ausreichende Trennschärfen aufweisen. Die Verrechnung der Einzelitems zu Skalenscores gemäß Verrechnungsvorschriften war demnach zulässig.

Das Ausmaß der Interkorrelationen zwischen den psychischen und körperlichen Subskalen der SF-36 lag zwischen $r = .15$ und $.52$, während die internen Skalenzusammenhänge der körperlichen Subskalen der SF-36 zwischen $.43$ und $.64$ ($R^2 = 18.5\% - 43.6\%$) sowie der psychischen Subskalen zwischen $.47$ und $.68$ ($R^2 = 22.1\% - 46.2\%$) lagen.

Tabelle 12. Kennwerte der internen Konsistenz der verwendeten Erhebungsinstrumente und ihrer jeweiligen Skalen

Skalenbezeichnung	Itemanzahl (k)	Cronbachs α	Korrigierte Trennschärfe (r_{it})	Gültige Fälle (N)
MPCI-G-R				
<i>Persönliche Standards Kog.</i>	5	.90	.67 – .82	190
<i>Sorgen über Fehler Kog.</i>	5	.87	.57 – .80	190
<i>Bedürfnis nach Perfektion Kog.</i>	5	.88	.63 – .81	190
SF-36 Körperliche Summenskala				
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	10	.89	.60 – .79	187
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	4	.78	.56 – .63	187
<i>Körperliche Schmerzen</i>	2	.91	.83	186
<i>Allg. Gesundheitswahrnehm.</i>	5	.77	.44 – .74	187
SF-36 Psychische Summenskala				
<i>Emo. Rollenfunktion</i>	3	.83	.60 – .70	188
<i>Soz. Funktionsfähigkeit</i>	2	.84	.73	188
<i>Psych. Wohlbefinden</i>	5	.85	.56 – .78	188
<i>Vitalität</i>	4	.84	.64 – .68	188
SCS-D				
<i>Verbindende Humanität</i>	4	.77	.48 – .66	190
<i>Achtsamkeit</i>	4	.70	.44 – .55	190
<i>Selbstbezogene Freundlichkeit</i>	5	.81	.45 – .68	190
<i>Isolation</i>	4	.82	.58 – .70	190
<i>Überidentifikation</i>	4	.78	.54 – .60	190
<i>Selbstverurteilung</i>	5	.83	.58 – .65	190
AUDIT	10	.87	.43 – .77	171

Anmerkung. ^a Skalenzahl

Der Zusammenhang zwischen der körperlichen Summenskala und den entsprechenden Subskalen lag zwischen $r = .72$ und $.87$ ($R^2 = 51.8\% - 75.7\%$), während der Zusammenhang der psychischen Summenskala und den entsprechenden Subskalen zwischen $r = .76$ und $.87$ ($R^2 = 57.8\% - 75.7\%$) lag. Zudem war zu beobachten, dass die MPCI-G-R-Skalen *Sorgen über Fehler Kognitionen* (CMK) mit $r = -.73$ und *Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen* (PPK) mit $r = -.59$ deutlich negativ mit dem Gesamtscore der Self-Compassion-Scale assoziiert waren.

Insgesamt korrelierten die beiden Summenskalen der SF-36 mit $r = .52$, $p < .001$ zu einem moderaten bis deutlich positivem Ausmaß. Die Skalenzusammenhänge aller studienrelevanten Skalen sind in Tabelle 13 dargestellt. Die Summen- und Subskalenzusammenhänge der SF-36 sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 13. *Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die studienrelevanten Skalenzusammenhänge (N= 185, listenweiser Fallausschluss)*

Skala	1	2	3	4	5	6	7
MPCI-G-R							
1 PSK	-	.15*	.31**	-.15*	-.12	-.08	.06
2 CMK		-	.61**	-.73**	-.47**	-.19*	.28**
3 PPK			-	-.59**	-.40**	-.25**	.20**
4 SCS-D-Gesamtscore				-	.53**	.33**	-.33**
SF-36							
5 Psychische Summenskala					-	.52**	-.37**
6 Körperliche Summenskala						-	-.24**
7 AUDIT-Summenscore							-

Anmerkungen. PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

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

Tabelle 14. *Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die SF-36-Summen- und -Subskalenzusammenhänge (N= 185, listenweiser Fallausschluss)*

SF-36-Subskala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Körperlich	-	.72**	.85**	.87**	.76**	.52**	.36**	.48**	.48**	.51**
2 KÖFU		-	.52**	.53**	.48**	.31**	.15*	.34**	.29**	.36**
3 KÖRO			-	.64**	.43**	.39**	.31**	.35**	.31**	.36**
4 SCHM				-	.55**	.45**	.31**	.43**	.39**	.41**
5 AGES					-	.51**	.33**	.42**	.54**	.51**
6 Psychisch						-	.87**	.85**	.84**	.76**
7 EMRO							-	.64**	.57**	.47**
8 SOFU								-	.68**	.54**
9 PSYC									-	.68**
10 VITA										-

Anmerkungen. KÖFU = Körperliche Funktionsfähigkeit, KÖRO = Körperliche Rollenfunktion, SCHM = Körperliche Schmerzen, AGES = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, EMRO = Emotionale Rollenfunktion, SOFU = Soziale Funktionsfähigkeit, PSYC = Psychisches Wohlbefinden, VITA = Vitalität

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

7.4 Hypothesenprüfungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der in Abschnitt 6.6 aufgestellten Hypothesen dargelegt.

7.4.1 Unterschiede in der HRQoL in Abhängigkeit von Perfektionismus

Zur Beantwortung der Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Perfektionismus von Personen mit hoch ausgeprägtem Perfektionismus hinsichtlich ihrer*

gesundheitsbezogenen Lebensqualität? wurde, unter Berücksichtigung der Verfahrensvoraussetzungen, für die vier Gruppen der PSK-Dimension des MPCGI-G-R jeweils der Kruskal-Wallis-Test, bezüglich der CMK-Dimension die einfaktorielle Varianzanalyse und schließlich bezüglich der PPK-Dimension die Welch-ANOVA herangezogen. Tabelle 15 fasst die Ergebnisse der beschriebenen Verfahren zusammen. Nachfolgend wurden paarweise Vergleiche unter Berücksichtigung der Bonferroni Alphafehler-Korrektur ($\alpha_{\text{kor.}} = .0083$) durchgeführt, deren Ergebnisse Tabelle 16, Tabelle 17 und Tabelle 18 entnommen werden können.

In Abhängigkeit von PSK zeigte die Prüfgröße H des Kruskal-Wallis-Tests mit $\chi^2(3) = 8.299, p = .004$ einen signifikanten Gruppenunterschied mit kleinem Effekt $\eta^2 = .029$ bezüglich der Verteilung der körperlichen Summenskala. Die nachfolgenden Mann-Whitney-U-Tests zeigten einen signifikanten Unterschied ($p = .003$) zwischen den PSK-Gruppen 1 (*sehr selten*) und 2 (*selten*). Demnach war die körperliche Gesundheit bei sehr selten auftretenden PSK signifikant höher ($Md = 93.8$) als bei selten auftretenden PSK ($Md = 87.0$), weshalb die Alternativhypothese H_1 (1.2) anzunehmen war. Im Hinblick auf die psychische Summenskala wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Die Alternativhypothesen H_1 (1.1) war demnach zu verwerfen.

Die Analyse der körperlichen Subskalen in Abhängigkeit von PSK erfolgte mittels Kruskal-Wallis-Test. Die Ergebnisse zeigten, dass die Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* signifikante Unterschiede über die Gruppen hinweg aufwies. Hier zeigte die Prüfgröße H mit $\chi^2(3) = 11.077, p = .011, \eta^2 = .044$ einen signifikanten Gruppenunterschied mit kleinem Effekt. Tabelle 19 fasst die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zusammen.

Die Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests zeigten, dass die Unterschiedlichkeit auf den Vergleich der Gruppe 1 (*sehr selten; Md = 85.0*) mit Gruppe 2 (*selten; Md = 65.0*) zurückzuführen ist. Demnach hatten Personen mit sehr seltenen PSK eine signifikant höhere allgemeine Gesundheitswahrnehmung als Personen, die von seltenen PSK berichteten.

In Abhängigkeit von CMK zeigten die Ergebnisse der ANOVA für die psychische Summenskala einen signifikanten Verteilungsunterschied mit deutlichem Effekt, $p < .001, \eta^2 = .216$. Die Signifikanzbeurteilungen der paarweisen post-hoc-Vergleiche mittels Tukey-HSD-Tests zeigten, dass die Werte der CMK-Gruppe 4 (*sehr häufig; M = 48.16*) jeweils signifikant unter jenen der Gruppe 3 (*häufig; M = 63.47, p = .002*), Gruppe 2 (*selten; M = 73.76; p < .001*) und Gruppe 1 (*sehr selten; M = 76.71, p < .001*) lag. Sehr häufig auftretende CMK waren demnach mit signifikant mit geringerer psychischer Gesundheit verbunden. Die

Alternativhypothese H_1 (1.3) ist aufgrund der gefundenen Ergebnisse bezüglich der psychischen HRQoL anzunehmen, während die Alternativhypothesen H_1 (1.4) beizubehalten ist, da keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die körperliche Summenskala gefunden wurden.

Die Prüfung auf Verteilungsunterschiede hinsichtlich der psychischen Subskalen in Abhängigkeit der Häufigkeit von CMK erfolgte mittels ANOVA und Welch-ANOVA. Signifikante Verteilungsunterschiede mit deutlichem Effekt wurden innerhalb den Subskalen *Soziale Funktionsfähigkeit* ($p < .001$, $\eta^2 = .181$), *Psychisches Wohlbefinden* ($p < .001$, $\eta^2 = .256$) und *Vitalität* ($p < .001$, $\eta^2 = .145$) gefunden. Für *Emotionale Rollenfunktion* ($p = .001$, $\eta^2 = .098$) wurde eine signifikante Unterschiedlichkeit mit mittlerem Effekt festgestellt. Die Kennwerte der Unterschiede auf psychischer Subskalenebene können Tabelle 20 entnommen werden.

Die Ergebnisse der anschließenden Tukey-HSD- und Games-Howell-Tests zeigten signifikante Unterschiede innerhalb aller psychischen Subskalen für die Vergleiche der Gruppe 4 (*sehr häufig*) mit den Gruppen 2 (*selten*) und 1 (*sehr selten*). Innerhalb der psychischen Subskalen *Psychisches Wohlbefinden* und *Vitalität* wurden zudem signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe 4 mit Gruppe 3 (*häufig*) gefunden, wobei innerhalb der Subskala *Psychisches Wohlbefinden* zudem der Vergleich zwischen Gruppe 3 und Gruppe 2 einen signifikanten Unterschied aufwies. Demnach waren sehr häufige bzw. häufige CMK stets mit einer geringeren Ausprägung in den entsprechenden Subskalen verbunden. Es wurde zudem innerhalb der körperlichen Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* ($p = .002$, $\eta^2 = .073$) ein deutlicher Effekt gefunden, der für die Vergleiche der Gruppe 4 (*sehr häufig*) mit den Gruppen 2 (*selten*) und 1 (*sehr selten*) Signifikanz aufwies.

In Abhängigkeit von PPK zeigten die Ergebnisse der Welch-ANOVA signifikante Verteilungsunterschiede mit deutlichen Effekten für die psychische Summenskala ($p < .001$, $\eta^2 = .226$) sowie für die körperliche Summenskala ($p < .001$, $\eta^2 = .163$). Die paarweisen post-hoc-Vergleiche mittels Games-Howell-Tests zeigten, dass die psychische Summenskala in der PPK-Gruppe 4 ($M = 46.05$) jeweils signifikant unter jener der Gruppe 3 ($M = 68.93$; $p < .001$), Gruppe 2 ($M = 71.01$, $p < .001$) und Gruppe 1 ($M = 75.90$, $p < .001$) lag. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich bezüglich der körperlichen Summenskala. Hier lagen die Mittelwerte der PPK-Gruppe 4 ($M = 70.21$) jeweils signifikant unter jenen der Gruppe 3 ($M = 86.42$, $p < .001$), Gruppe 2 ($M = 86.53$, $p < .001$) und Gruppe 1 ($M = 85.70$, $p = .004$). Personen mit häufig auftretenden PPK wiesen demnach eine geringere psychische und körperliche Gesundheit auf als Personen, die diese Gedanken seltener erfahren. Aufgrund der gefundenen Ergebnisse sind die Alternativhypothesen H_1 (1.5) und H_1 (1.6) anzunehmen.

Tabelle 15. Kennwerte Summenskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der MPCIG-R-Dimensionen PSK, CMK und PPK (n= Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

	Kategorisierung anhand MPCIG-R-Skalen				p (η^2)
	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig	
PSK					
<i>Psychisch</i> (N=188)	26	62	77	23	.095
<i>M ± SD</i>	73.20 ± 23.80	66.81 ± 18.39	65.29 ± 21.68	62.23 ± 23.53	(.019)
<i>Md</i>	85.6	67.8	73.3	68.3	
<i>Körperlich</i> (186)	26	62	76	22	.040*
<i>M ± SD</i>	88.88 ± 11.68	81.40 ± 15.64	82.91 ± 16.92	83.29 ± 14.51	(.029)
<i>Md</i>	93.8	87.0	88.5	86.1	
CMK					
<i>Psychisch</i> (188)	30	66	59	33	< .001***
<i>M ± SD</i>	76.71 ± 17.65	73.76 ± 16.87	63.47 ± 19.99	48.16 ± 21.96	(.216)
<i>Md</i>	79.6	78.7	67.0	48.5	
<i>Körperlich</i> (186)	30	66	57	33	.062
<i>M ± SD</i>	84.68 ± 17.91	86.12 ± 13.88	82.73 ± 15.61	77.31 ± 15.85	(.039)
<i>Md</i>	92.3	89.4	87.3	83.5	
PPK					
<i>Psychisch</i> (188)	32	59	62	35	< .001***
<i>M ± SD</i>	75.90 ± 16.26	71.01 ± 18.43	68.93 ± 17.80	46.05 ± 23.08	(.226)
<i>Md</i>	81.5	75.1	74.4	41.1	
<i>Körperlich</i> (186)	30	60	61	35	< .001***
<i>M ± SD</i>	85.70 ± 16.80	86.53 ± 10.07	86.42 ± 14.29	70.21 ± 18.36	(.163)
<i>Md</i>	90.0	90.0	91.3	74.4	

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

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

Tabelle 16. Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Mann-Whitney-U-Test) für die Dimension PSK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36

Normkategorie	1	2	3	4
(1) sehr selten	-	.039	.018	.066
(2) selten	.003*	-	.945	.402
(3) häufig	.042	.180	-	.581
(4) sehr häufig	.213	.440	.917	-

Anmerkungen. Grau unterlegt = Psychische Summenskala, ohne Unterlegung = Körperliche Summenskala

* $\alpha_{\text{kor.}}$ ($p \leq .0083$)

Tabelle 17. *Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Tukey-HSD) für die Dimension CMK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36*

Normkategorie	1	2	3	4
(1) sehr selten	-	.895	.011	< .001*
(2) selten	.975	-	.015	< .001*
(3) häufig	.944	.619	-	.002*
(4) sehr häufig	.236	.041	.380	-

Anmerkungen. Grau unterlegt = Psychische Summenskala, ohne Unterlegung = Körperliche Summenskala

* $\alpha_{\text{kor.}}$ ($p \leq .0083$)

Tabelle 18. *Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Games-Howell) für die Dimension PPK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36*

Normkategorie	1	2	3	4
(1) sehr selten	-	.561	.235	< .001*
(2) selten	.995	-	.923	< .001*
(3) häufig	.997	> .999	-	< .001*
(4) sehr häufig	.004*	< .001*	< .001*	-

Anmerkungen. Grau unterlegt = Psychische Summenskala, ohne Unterlegung = Körperliche Summenskala

* $\alpha_{\text{kor.}}$ ($p \leq .0083$)

Tabelle 19. *Kennwerte der Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung bzgl. der Kategorisierung der Dimension PPK des MPCI-G-R (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)*

SF-36-Subskala	Kategorisierung anhand PSK				p (η^2)
	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig	
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	27	62	76	22	.011*
$M \pm SD$	76.48 \pm 19.41	63.39 \pm 17.57	67.43 \pm 19.12	64.77 \pm 21.96	(.044)
Md	85.0	65.0	70.0	60.0	

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; PSK = Persönliche Standards Kognitionen

* $p \leq .05$

Die Ergebnisse der anschließenden Tukey-HSD- und Games-Howell-Tests zeigten, dass die signifikante Unterschiedlichkeit innerhalb der psychischen Subskalen und innerhalb der beiden körperlichen Subskalen Allgemeine Gesundheitswahrnehmung und Schmerz auf die Vergleiche der Gruppe 4 (sehr häufig) mit den Gruppen 3 (häufig), 2 (selten) und 1 (sehr selten) zurückzuführen war. Demnach war insbesondere sehr häufige PPK mit einer signifikant niedrigeren Ausprägung in den entsprechenden Subskalen verbunden, während die

Unterschiede innerhalb der anderen Gruppen sowie in Bezug auf die weiteren körperlichen Subskalen keine Signifikanz aufwiesen.

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der Verteilung innerhalb der Subskalen der SF-36 in Abhängigkeit der Häufigkeit von PPK erfolgte mittels ANOVA und Welch-ANOVA. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verteilungsunterschiede mit deutlichen Effekten für die psychischen Subskalen Emotionale Rollenfunktion ($p < .001$, $\eta^2 = .132$), Soziale Funktionsfähigkeit ($p < .001$, $\eta^2 = .202$), Psychisches Wohlbefinden ($p < .001$, $\eta^2 = .214$) und Vitalität ($p < .001$, $\eta^2 = .141$) sowie für die körperliche Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($p < .001$, $\eta^2 = .130$). Die restlichen körperlichen Subskalen wiesen mittlere Effekte auf, wobei die Subskala Schmerz die Grenze zur Deutlichkeit annähernd erreichte ($p < .001$, $\eta^2 = .118$). Alle Kennwerte der Unterschiedlichkeitsprüfung auf Subskalenebene können Tabelle 21 entnommen werden.

Tabelle 20. Kennwerte der Subskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der Dimension CMK des MPCGI-G-R ($n = \text{Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss}$)

SF-36-Subskala	Kategorisierung anhand CMK				$p (\eta^2)$
	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig	
AGES ($N = 187$)	30	66	58	33	.002**
$M \pm SD$	72.33 \pm 19.86	70.91 \pm 17.34	65.78 \pm 19.05	56.97 \pm 19.84	(.073)
EMRO (187)	30	66	58	33	.001***
$M \pm SD$	86.67 \pm 32.28	77.78 \pm 34.76	66.67 \pm 38.91	48.48 \pm 42.57	(.098)
SOFU (188)	30	66	59	33	< .001***
$M \pm SD$	91.25 \pm 15.10	91.01 \pm 16.52	80.93 \pm 22.90	64.77 \pm 28.03	(.181)
PSYC (188)	30	66	59	33	< .001***
$M \pm SD$	73.60 \pm 18.10	72.85 \pm 15.58	61.56 \pm 17.10	46.06 \pm 19.26	(.256)
VITA (188)	30	66	59	33	< .001***
$M \pm SD$	55.33 \pm 24.00	53.33 \pm 10.07	45.85 \pm 17.05	33.33 \pm 16.94	(.145)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; AGES = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, EMRO = Emotionale Rollenfunktion, SOFU = Soziale Funktionsfähigkeit, PSYC = Psychisches Wohlbefinden, VITA = Vitalität; CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabelle 21. Kennwerte der Subskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der Dimension PPK des MPCGI-G-R (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

SF-36-Subskala	Kategorisierung anhand PPK				p (η^2)
	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig	
KÖFU ($N=187$)	31	60	61	35	.020*
$M \pm SD$	96.45 \pm 12.80	96.67 \pm 5.42	95.74 \pm 11.25	87.29 \pm 16.60	(.089)
KÖRO (187)	31	60	61	35	.018*
$M \pm SD$	88.71 \pm 25.69	92.92 \pm 15.33	92.62 \pm 21.09	72.86 \pm 35.03	(.095)
SCHM (188)	30	60	61	35	< .001***
$M \pm SD$	86.30 \pm 21.75	85.43 \pm 18.53	87.97 \pm 19.80	68.11 \pm 23.96	(.118)
AGES (188)	31	60	61	35	< .001***
$M \pm SD$	71.29 \pm 20.82	71.08 \pm 15.32	69.34 \pm 18.29	52.57 \pm 19.87	(.130)
EMRO (187)	32	59	61	33	< .001***
$M \pm SD$	85.42 \pm 28.00	73.45 \pm 38.04	75.96 \pm 36.58	42.86 \pm 40.88	(.132)
SOFU (188)	32	59	62	35	< .001***
$M \pm SD$	91.02 \pm 16.57	88.98 \pm 15.93	85.69 \pm 20.73	62.50 \pm 29.08	(.202)
PSYC (188)	32	59	62	35	< .001***
$M \pm SD$	73.75 \pm 16.06	69.22 \pm 17.68	66.13 \pm 17.07	46.40 \pm 19.82	(.214)
VITA (188)	32	59	62	35	< .001***
$M \pm SD$	53.44 \pm 21.15	52.37 \pm 19.35	49.19 \pm 17.65	32.43 \pm 17.59	(.141)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; KÖFU = Körperliche Funktionsfähigkeit, KÖRO = Körperliche Rollenfunktion, SCHM = Körperliche Schmerzen, AGES = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, EMRO = Emotionale Rollenfunktion, SOFU = Soziale Funktionsfähigkeit, PSYC = Psychisches Wohlbefinden, VITA = Vitalität; PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

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

7.4.2 Unterschiede im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Perfektionismus

Zur Beantwortung der Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Perfektionismus von jenen mit hoch ausgeprägtem Perfektionismus hinsichtlich ihres Alkoholkonsums?* wurde zur Prüfung der Unterschiedlichkeit des Alkoholkonsums (AUDIT) in Abhängigkeit von Perfektionismus, unter Berücksichtigung der Verfahrensvoraussetzungen, jeweils der Kruskal-Wallis-Test herangezogen. Tabelle 22 fasst die ermittelten Kennwerte des beschriebenen Verfahrens zusammen. Die Alternativhypothese H_1 (2.1) ist zu verwerfen, da kein signifikanter Unterschied im Alkoholkonsumverhalten in Abhängigkeit der Ausprägung von PSK gefunden wurde.

In Abhängigkeit der Ausprägung von CMK wurde mit $\chi^2(3) = 9.524$, $p < .05$, $\eta^2 = .035$ ein signifikanter Unterschied im Alkoholkonsumverhalten mit kleinem Effekt gefunden. Mittels paarweiser post-hoc-Vergleichen wurden, unter Berücksichtigung des korrigierten Alpha ($\alpha_{\text{kor.}} = .0083$), signifikante Unterschiede im AUDIT-Summenscore zwischen der CMK-

Gruppe 4 (*sehr häufig*, $Md = 10.0$) und der Gruppe 3 (*häufig*, $Md = 5.0$, $p = .007$) sowie Gruppe 2 (*selten*, $Md = 4.0$, $p = .005$) gefunden.

Tabelle 22. Kennwerte des Alkoholkonsums (AUDIT-Summenscore) bezüglich der Kategorisierung der Dimensionen des MPCGI-G-R ($n =$ Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

	Kategorisierung anhand MPCGI-G-R-Skalen				p (η^2)
	sehr selten	selten	häufig	sehr häufig	
PSK	28	62	76	23	
AUDIT					.756
$M \pm SD$	6.32 ± 5.57	6.10 ± 5.54	7.30 ± 6.17	8.26 ± 8.96	(.010)
Md	4.5	4.0	5.0	5.0	
CMK	32	66	59	32	
AUDIT					.023*
$M \pm SD$	6.37 ± 5.31	5.74 ± 5.14	5.80 ± 4.68	11.72 ± 9.25	(.035)
Md	5.0	4.0	5.0	10.0	
PPK	32	61	62	34	
AUDIT					.045*
$M \pm SD$	6.69 ± 6.75	6.10 ± 4.65	5.61 ± 4.85	10.76 ± 8.94	(.027)
Md	3.0	5.0	4.0	8.0	

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen, $N = 189$

* $p \leq .05$

Tabelle 23. Signifikanzbeurteilung der paarweisen Vergleiche in den MPCGI-G-R-Kategorien (Mann-Whitney-U-Tests)

Kategorienvergleiche (MPCGI-G-R)	Alkoholkonsum ^a		
	PSK	CMK	PPK
(1) <i>sehr selten</i> vs. (2) <i>selten</i>	-	.543	.614
(1) <i>sehr selten</i> vs. (3) <i>häufig</i>	-	.757	.854
(1) <i>sehr selten</i> vs. (4) <i>sehr häufig</i>	-	.033	.049
(2) <i>selten</i> vs. (3) <i>häufig</i>	-	.687	.452
(2) <i>selten</i> vs. (4) <i>sehr häufig</i>	-	.005*	.024
(3) <i>häufig</i> vs. (4) <i>sehr häufig</i>	-	.007*	.008*

Anmerkungen. PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

^a in Abhängigkeit der Kategorie der untenstehenden MPCGI-G-R-Dimension

* $\alpha_{\text{kor.}}$ ($p \leq .0083$)

Weiterhin wurde mit $\chi^2(3) = 8.032$, $p < .05$, $\eta^2 = .027$ ein signifikanter Unterschied mit kleinem Effekt im Alkoholkonsum in Abhängigkeit der Ausprägung von PPK gefunden. Es bestand ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe 4 ($Md = 8.0$) und Gruppe 3 ($Md = 5.0$, $p = .008$). Demnach waren häufige CMK und PPK signifikant mit erhöhtem

Alkoholkonsum verbunden. Aufgrund der gefundenen Ergebnisse sind die Alternativhypothesen H_1 (2.2) und H_1 (2.3) anzunehmen.

7.4.3 Unterschiede in der HRQoL in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl

Zur Beantwortung der Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Selbstmitgefühl von Personen mit hoch ausgeprägtem Selbstmitgefühl hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität?* wurde, unter Berücksichtigung der Verfahrensvoraussetzungen, zur Prüfung der Unterschiedlichkeit von psychischer und körperlicher Gesundheit (SF-36) in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl (SCS-D) der Kruskal-Wallis-Test herangezogen. Anschließend wurden die gefundenen Unterschiede, unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur ($\alpha_{\text{kor.}} = .0083$), einer Signifikanzbeurteilung mittels paarweiser post-hoc-U-Tests unterzogen.

Die Prüfgröße H zeigte hinsichtlich der psychischen Summenskala mit $\chi^2(3) = 44.450$, $p < .001$, $\eta^2 = .225$ einen signifikanten Unterschied mit deutlichem Effekt in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls. Die paarweisen U-Tests zeigten, dass zwischen allen Gruppen, mit Ausnahme des Vergleichs der beiden höchsten Gruppen, signifikante Unterschiede bestehen. Eine höhere Ausprägung von Selbstmitgefühl war demnach über alle entsprechenden Gruppen hinweg signifikant mit höheren Werten in der psychischen HRQoL verbunden. Aufgrund der gefundenen Ergebnisse ist die Alternativhypothesen H_1 (3.1) anzunehmen.

Die Ergebnisse der anschließenden Mann-Whitney-U-Tests ließen erkennen, dass die Signifikanz der Gruppenunterschiede innerhalb der psychischen Subskalen durch die Vergleiche der Gruppe 1 (*sehr niedrig*) mit allen höher ausgeprägten Gruppen resultierte. Zudem waren für die Vergleiche der Gruppe 2 (*niedrig*) mit der Gruppe 3 (*hoch*) sowie mit der Gruppe 4 (*sehr hoch*) signifikante Unterschiede zu verzeichnen.

Tabelle 24 zeigt die ermittelten Ausprägungen der psychischen und körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls. Die Ergebnisse der paarweisen post-hoc-Tests können Tabelle 25 entnommen werden.

Auf Subskalenebene zeigte die Prüfgrößen H für alle Subskalen der SF-36 signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Ausprägung des Selbstmitgefühls. Innerhalb der Subskala *Psychisches Wohlempfinden* wurden mit $\chi^2(3) = 66.640$, $p < .001$, $\eta^2 = .346$ die deutlichsten Unterschiede gefunden. Innerhalb der körperlichen Subskalen wies die Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* mit $\chi^2(3) = 26.383$, $p < .001$, $\eta^2 = .128$ den deutlichsten Effekt auf. Die Kennwerte sämtlicher Unterschiedlichkeitsprüfungen können Tabelle 26 entnommen werden.

Die Ergebnisse der anschließenden Mann-Whitney-U-Tests zeigten, dass die Signifikanz der Gruppenunterschiede innerhalb der Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung durch die Vergleiche der Gruppe 1 (*sehr niedrig*) mit allen höher ausgeprägten Gruppen resultierte. Eine höhere Ausprägung von Selbstmitgefühl war zwischen diesen Gruppen signifikant mit höheren Werten in der körperlichen Gesundheit assoziiert. In den Subskalen *Körperliche Rollenfunktion* und *Körperliche Funktionsfähigkeit* zeigte der Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 3 signifikante Unterschiede an. In letztgenannter zeigte zudem der Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 4 einen signifikanten Unterschied an.

Innerhalb der psychischen Subskalen zeigten die Ergebnisse der anschließenden Mann-Whitney-U-Tests, dass die Signifikanz der Gruppenunterschiede durch die Vergleiche der Gruppe 1 (*sehr niedrig*) mit allen höher ausgeprägten Gruppen resultierte. Zudem waren für die Vergleiche der Gruppe 2 (*niedrig*) mit der Gruppe 3 (*hoch*) sowie mit der Gruppe 4 (*sehr hoch*) signifikante Unterschiede zu verzeichnen.

Tabelle 24. Kennwerte der Summenskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

	Kategorisierung anhand SCS-D-Gesamtscore				p (η^2)
	sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch	
SP ($N=188$)	25	67	68	28	
$M \pm SD$	45.57 \pm 22.46	62.18 \pm 19.08	73.03 \pm 17.77	79.74 \pm 16.21	< .001***
Md	46.8	64.9	77.8	85.0	(.225)
SK (186)	25	66	67	28	
$M \pm SD$	75.35 \pm 15.72	79.96 \pm 18.70	87.21 \pm 11.66	88.81 \pm 11.35	< .001***
Md	81.3	87.0	88.8	92.5	(.081)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; SP = Psychische Summenskala, SK = Körperliche Summenskala

*** $p \leq .001$

Tabelle 25. Signifikanzbeurteilung der paarweiser Vergleiche in den Kategorien des Selbstmitgefühls (Mann-Whitney-U-Tests)

Kategorienvergleiche (SCS-D)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
	Psychisch	Körperlich
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (2) <i>niedrig</i>	.001*	.119
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (3) <i>hoch</i>	< .001*	< .001*
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	< .001*	< .001*
(2) <i>niedrig</i> vs. (3) <i>hoch</i>	< .001*	.026
(2) <i>niedrig</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	< .001*	.008*
(3) <i>hoch</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	.049	.314

Anmerkung. * $\alpha_{\text{korr.}}$ ($p \leq .0083$)

Tabelle 26. Kennwerte der Subskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

SF-36-Subskala	Kategorisierung anhand SCS-D-Gesamtscore				p (η^2)
	sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch	
KÖFU ($N=187$)	25	67	67	28	< .001*** (.090)
$M \pm SD$	89.80 \pm 10.26	93.13 \pm 13.83	96.12 \pm 11.77	98.57 \pm 3.29	
Md	90.0	100.0	100.0	100.0	
KÖRO (187)	25	67	67	28	.013* (.043)
$M \pm SD$	79.00 \pm 30.35	83.96 \pm 29.42	94.78 \pm 15.41	91.96 \pm 20.47	
Md	100.0	100.0	100.0	100.0	
SCHM (186)	25	66	67	28	.041* (.029)
$M \pm SD$	79.40 \pm 21.01	78.26 \pm 24.22	87.66 \pm 18.22	87.21 \pm 21.59	
Md	84.0	84.0	100.0	100.0	
AGES (187)	25	67	67	28	< .001*** (.128)
$M \pm SD$	53.20 \pm 16.95	64.70 \pm 19.69	70.30 \pm 18.25	77.50 \pm 15.06	
Md	50.0	70.0	70.0	80.0	
EMRO (187)	25	67	68	27	< .001*** (.111)
$M \pm SD$	44.00 \pm 42.73	65.17 \pm 37.35	79.41 \pm 35.98	86.42 \pm 32.37	
Md	33.3	66.7	100.0	100.0	
SOFU (188)	25	67	68	28	< .001*** (.138)
$M \pm SD$	64.50 \pm 27.88	81.90 \pm 22.22	86.58 \pm 20.30	95.54 \pm 13.27	
Md	62.5	87.5	100.0	100.0	
PSYC (188)	25	67	67	28	< .001*** (.346)
$M \pm SD$	42.56 \pm 18.72	58.57 \pm 16.21	72.24 \pm 16.31	81.00 \pm 11.03	
Md	44.0	60.0	76.0	84.0	
VITA (188)	25	67	67	28	< .001*** (.168)
$M \pm SD$	31.20 \pm 16.91	43.06 \pm 17.12	53.90 \pm 18.22	59.11 \pm 21.78	
Md	35.0	40.0	52.5	60.0	

Anmerkungen. M = Mittelwert, Md = Median, SD = Standardabweichung, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß; KÖFU = Körperliche Funktionsfähigkeit, KÖRO = Körperliche Rollenfunktion, SCHM = Schmerz, AGES = Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, EMRO = Emotionale Rollenfunktion, SOFU = Soziale Funktionsfähigkeit, PSYC = Psychisches Wohlbefinden, VITA = Vitalität

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

Bezüglich der körperlichen Summenskala zeigte der Kruskal-Wallis Test mit $\chi^2(3) = 18.111$, $p < .001$, $\eta^2 = .081$ signifikante Unterschiede mit mittlerem Effekt in Abhängigkeit des Selbstmitgefühls. Hier zeigten die paarweisen Vergleiche signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe 1 (*sehr niedrig*; $Md = 81.3$) und Gruppe 3 ($Md = 88.8$; *hoch*) sowie Gruppe 4 ($Md = 92.5$; *sehr hoch*), sowie zwischen Gruppe 2 ($Md = 87.0$; *niedrig*) und Gruppe 4 ($Md = 92.5$; *sehr hoch*). Die Alternativhypothesen $H_1(3.2)$ ist demnach anzunehmen.

Eine höhere Ausprägung von Selbstmitgefühl war zwischen diesen Gruppen signifikant mit höheren Werten in der körperlichen HRQoL assoziiert. In den Subskalen Körperliche Rollenfunktion und Körperliche Funktionsfähigkeit zeigte der Vergleich von Gruppe 1 mit

Gruppe 3 signifikante Unterschiede an. In letztgenannter zeigte zudem der Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 4 einen signifikanten Unterschied an.

Die Ergebnisse der anschließenden Mann-Whitney-U-Tests zeigten, dass die Signifikanz der Gruppenunterschiede innerhalb der Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* durch die Vergleiche der Gruppe 1 (*sehr niedrig*) mit allen höher ausgeprägten Gruppen resultierte.

7.4.4 Unterschiede im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl

Zur Beantwortung der Fragestellung *Unterscheiden sich Personen mit gering ausgeprägtem Selbstmitgefühl von Personen mit hoch ausgeprägtem Selbstmitgefühl hinsichtlich ihres Alkoholkonsums?* wurde, unter Berücksichtigung der Verfahrensvoraussetzungen, zur Prüfung der Unterschiedlichkeit des Alkoholkonsums (AUDIT) in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl (SCS-D) der Kruskal-Wallis-Test herangezogen. Anschließend wurden paarweise U-Tests zur Signifikanzbeurteilung herangezogen. Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests sind in Tabelle 27 dargestellt.

Für Alkoholkonsum zeigte die Prüfgröße H mit $\chi^2(3) = 11.267, p = .010, \eta^2 = .045$ signifikante Gruppenunterschiede mit kleinem Effekt in Abhängigkeit der Ausprägung von Selbstmitgefühl an. Die paarweisen Vergleiche post hoc zeigten, dass signifikante Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen der Gruppe 1 (*sehr niedrig*; $Md = 13.0$) und Gruppe 2 (*niedrig*; $Md = 4.0; p = .002$) sowie Gruppe 3 (*hoch*; $Md = 4.0; p = .002$) bestanden. Der Vergleich zwischen Gruppe 1 und Gruppe 4 (*sehr hoch*; $Md = 5.0$) erreichte mit $p = .0086$ das korrigierte Signifikanzniveau lediglich annähernd. Die Ergebnisse der paarweisen Mann-Whitney-U-Tests können der Tabelle 28 entnommen werden. Eine sehr niedrige Ausprägung von Selbstmitgefühl war demnach signifikant mit höherem Alkoholkonsum assoziiert. Aufgrund der gefundenen Ergebnisse ist die Alternativhypothese $H_1(4)$ anzunehmen.

Tabelle 27. Kennwerte des Alkoholkonsums bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores ($n =$ Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)

	Kategorisierung anhand SCS-D				p (η^2)
	sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch	
AUDIT ($N= 189$)	24	67	68	30	
$M \pm SD$	13.00 ± 9.42	6.03 ± 5.77	5.97 ± 4.72	5.93 ± 4.80	.010**
Md	13.0	4.0	4.0	5.0	(.045)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median, η^2 = standardisiertes Effektstärkenmaß

** $p \leq .01$

Tabelle 28. *Signifikanzbeurteilung der Unterschiedlichkeit im Alkoholkonsum anhand paarweiser Vergleiche (Mann-Whitney-U-Tests) zwischen den Kategorien des Selbstmitgefühls (SCS-D)*

Kategorienvergleiche (SCS-D)	Alkoholkonsum
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (2) <i>niedrig</i>	.002*
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (3) <i>hoch</i>	.002*
(1) <i>sehr niedrig</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	.009
(2) <i>niedrig</i> vs. (3) <i>hoch</i>	.677
(2) <i>niedrig</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	.693
(3) <i>hoch</i> vs. (4) <i>sehr hoch</i>	.870

Anmerkung. *akorr. ($p \leq .0083$)

7.4.5 Vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und HRQoL

Zur Beantwortung der Fragestellungen *Gibt es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität?* wurden Mediationsanalysen mittels Modell 4 gemäß Hayes durchgeführt. Dabei wurden die Dimensionen des MPCIG-R sukzessive als Prädiktoren und der Gesamtscore der SCS-D als Mediator zum Modell hinzugefügt. Als Outcome wurde aufeinanderfolgend die psychische sowie die körperliche Summenskala der SF-36 festgelegt. Die Ergebnisse sämtlicher Mediationsanalysen werden im Folgenden anhand standardisierter Pfadkoeffizienten angegeben.

PSK(X), SCS-D(M), SF-36(Y)

Hinsichtlich PSK zeigte sich, dass die notwendige Nebenbedingung eines signifikanten Pfadkoeffizienten a unter keiner Bedingung gegeben war. PSK hatten demnach keinen signifikanten Erklärungswert für Selbstmitgefühl, $a_{SP}: r = -.14, p = .113$; $a_{SK}: r = -.17, p = .061$. Die weitere Analyse vermittelnder Effekte war aufgrund dieser Restriktionen nicht zielführend. Die Alternativhypothesen $H_1(5.1)$ und $H_1(5.2)$ sind aufgrund dieser Ergebnisse zu verwerfen.

CMK(X), SCS-D(M), SF-36(Y)

Die Prüfung, ob CMK die psychische Gesundheit vorhersagt und ob der direkte Pfad durch Selbstmitgefühl mediiert wird, zeigte zunächst einen negativen mittelhohen signifikanten totalen Effekt von CMK auf die psychische Summenskala mit $c: r(df1 = 1, df2 = 186) = -.48, p < .001$. Nachdem der Mediator in das Modell aufgenommen wurde, sagte CMK den Mediator signifikant vorher, $a: r = -.73, p < .001$, der wiederum die psychische Gesundheit signifikant vorhersagte, $b: r = .38, p < .001$. Der Zusammenhang zwischen CMK und psychischer

Gesundheit wurde partiell von Selbstmitgefühl mediiert, da der direkte Effekt mit c' : $r = -.21$, $p = .031$ sowie der indirekte Effekt mit ab : $r = -.28$, 95%-KI $[-.42; -.13]$, Signifikanz aufwies. Die Alternativhypothese H_1 (5.3) ist aufgrund des gefundenen partiellen Mediationseffekts anzunehmen. Abbildung 5 veranschaulicht das entsprechende Pfaddiagramm.

Die Prüfung, ob CMK die körperliche Gesundheit vorhersagt und ob dieser Pfad durch Selbstmitgefühl mediiert wird, ergab einen negativen kleinen signifikanten totalen Effekt, c : r ($df1 = 1$, $df2 = 184$) = $-.19$, $p = .010$. Nach Berücksichtigung des Mediators sagte CMK den Mediator signifikant vorher, a : $r = -.74$, $p < .001$, der wiederum die körperliche Gesundheit signifikant vorhersagte, b : $r = .43$, $p = .001$. Der indirekte Effekt war mit ab : $r = -.32$, 95%-KI $[-.48; -.15]$, signifikant und zeigte eine andere Richtung an als der nicht-signifikante direkte Effekt, c' : $r = .12$, $p = .327$. Da der indirekte Pfad mehr Variabilität im Outcome erklärte als der totale Effekt, lag eine inkonsistente Mediation vor. Die Alternativhypothese H_1 (5.4) ist daher zu verwerfen.

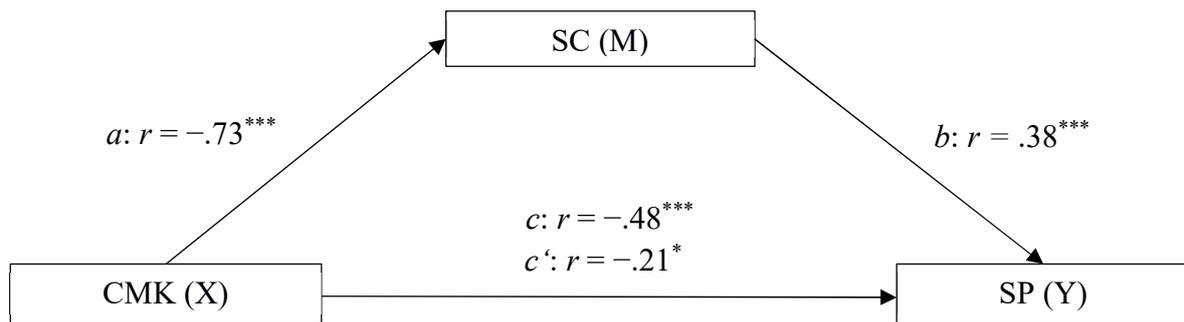


Abbildung 5. Pfaddiagramm (5.3) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und psychischer Gesundheit (SP) als Outcome; $N = 188$

Anmerkungen. ab : $r = -.28$ $[-.42; -.13]$

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

PPK(X), SCS-D(M), SF-36(Y)

Die Mediationsanalysen zur Prüfung, ob PPK die psychische und körperliche Gesundheit vorhersagt und ob diese Pfade durch Selbstmitgefühl mediiert werden, zeigten kleine bis mittlere negative signifikante totale Effekte, c_{SP} : r ($df1 = 1$, $df2 = 186$) = $-.41$, $p < .001$; c_{SK} : r ($df1 = 1$, $df2 = 185$) = $-.25$; $p = .003$. Die indirekten Effekte wiesen jeweils Signifikanz auf, ab_{SP} : $r = -.26$ $[-.37; -.16]$; ab_{SK} : $r = -.18$ $[-.298; -.063]$, während die direkten Effekte nicht signifikant waren, c'_{SP} : $r = -.15$, $p = .060$; c'_{SK} : $r = -.07$, $p = .521$. Die Alternativhypothesen H_1 (5.5) und H_1 (5.6) sind aufgrund der gefundenen vollständigen Mediationseffekte anzunehmen. Die entsprechenden Modelle sind in Abbildung 6 und Abbildung 7 dargestellt.

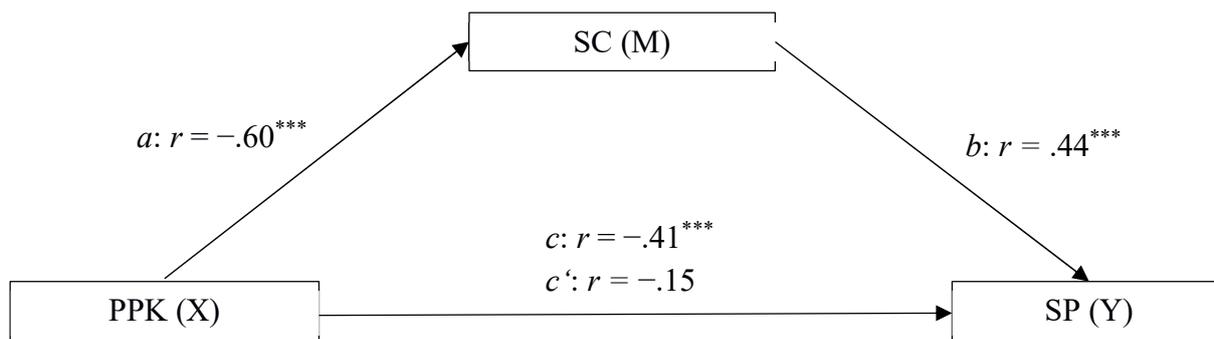


Abbildung 6. Pfaddiagramm (5.5) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (PPK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und psychischer Gesundheit (SP) als Outcome; $N = 188$

Anmerkungen. $ab: r = -.26 [-.37; -.16]$

*** $p \leq .001$

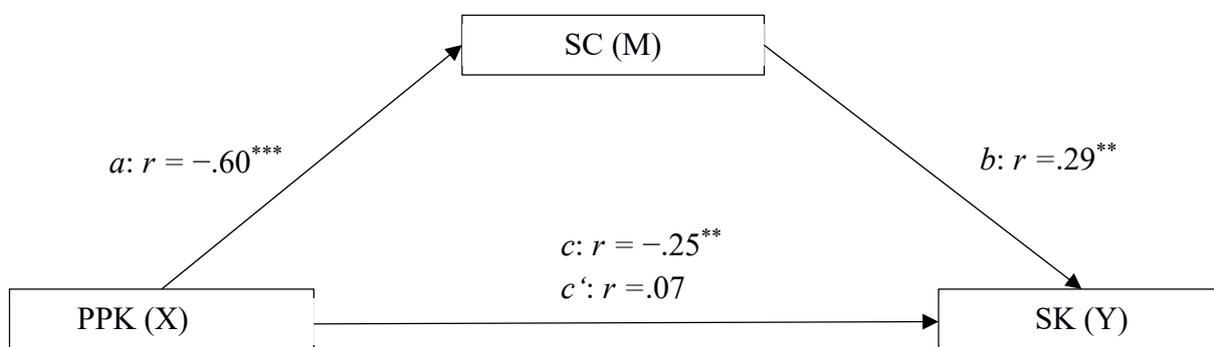


Abbildung 7. Pfaddiagramm (5.6) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (PPK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und körperlicher Gesundheit (SK) als Outcome; $N = 186$

Anmerkungen. $ab: r = -.18 [-.30; -.06]$

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

7.4.6 Vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum

Zur Beantwortung der Fragestellung *Gibt es einen vermittelnden Effekt des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Alkoholkonsum?* wurden Mediationsanalysen mittels Modell 4 gemäß Hayes durchgeführt. Aufgrund der zuvor in Abschnitt 1.4 dargelegten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alkoholkonsumverhalten wurde zudem das Geschlecht der Teilnehmenden als Kovariate hinzugefügt.

PSK zeigten keinen signifikanten Erklärungswert für Selbstmitgefühl. Der totale Effekt war ebenfalls nicht signifikant. Die gefundenen Ergebnisse wurden durch die Hinzunahme der Kovariate Geschlecht nicht signifikant beeinflusst. Die Mediationsmodelle mit PPK als Prädiktor wiesen ebenfalls unter keiner Bedingung signifikante totale Effekte auf. Hinsichtlich PPK zeigte sich eine inkonsistente Mediation, $c: r (df1 = 1, df2 = 187) = .18; p = .059$; $ab: r =$

.19, 95%-KI [.07; .30]; c' : $r = -.01, p = .961$. Die Alternativhypothesen H_1 (6.1) und H_1 (6.3) sind daher zu verwerfen.

Die Prüfung von Hypothese 6.2 zeigten einen kleinen positiven signifikanten totalen Effekt von CMK auf Alkoholkonsum, c : $r = (df1 = 1, df2 = 186) = .25; p = .008$. Nach Aufnahme des Mediators in das Modell wies der indirekte Effekt mit ab : $r = .20, 95\text{-KI} [.03; .36]$, ein signifikantes Ausmaß auf, während der direkte Effekt keine Signifikanz aufwies, c' : $r = .05, p = .611$. Unter Berücksichtigung des Geschlechts als Kontrollvariable konnten leichte Veränderung der gefundenen Effekte (ab_{gender} : $r = .19$; c'_{gender} : $r = .04, p = .670$; c_{gender} : $r = .23, p = .004$) festgestellt werden, die jedoch keine Auswirkungen auf die Signifikanz des Mediationsmodell hatten. Die Alternativhypothese H_1 (6.2) ist aufgrund der gefundenen Ergebnisse anzunehmen. Das entsprechende Pfaddiagramm ist in Abbildung 8 dargestellt.

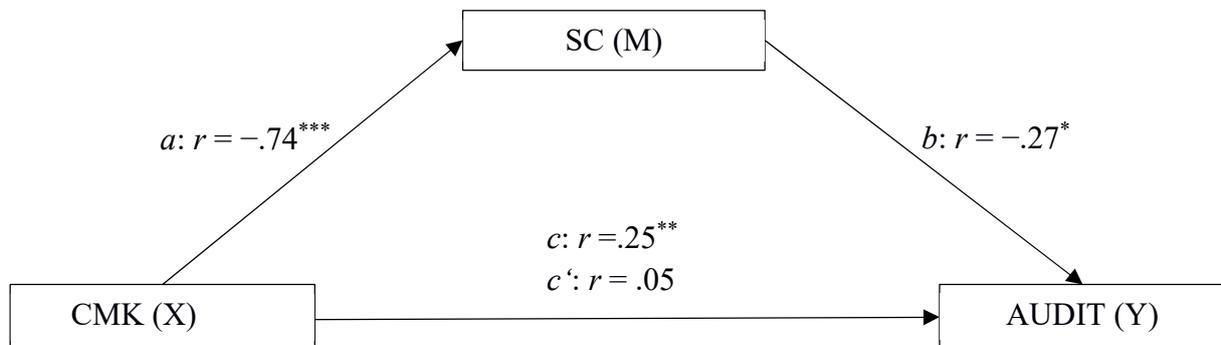


Abbildung 8. Pfaddiagramm (6.2) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und Alkoholkonsum (AUDIT) als Outcome, $N = 189$

Anmerkungen. ab : $r = .20 [.03; .36]$

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

7.4.7 Vermittelnder Effekt des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und HRQoL

Zur Beantwortung der Fragestellungen *Gibt es einen vermittelnden Effekt des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität?* wurden Mediationsanalysen mittels Modell 4 gemäß Hayes durchgeführt. Aufgrund der bereits beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alkoholkonsum wurde zudem das Geschlecht als Kontrollvariable berücksichtigt.

PSK(X), AUDIT(M), SF-36(Y)

PSK zeigten in keiner der durchgeführten Mediationsanalysen einen signifikanten Erklärungswert für den Mediator bzw. die Outcomes. Die gefundenen Ergebnisse wurden durch die Hinzunahme der Kovariate Geschlecht nicht signifikant beeinflusst. Die Alternativhypothesen H_1 (7.1) und H_1 (7.2) sind zu verwerfen.

CMK(X), AUDIT(M), SF-36(Y)

Bezüglich des vermittelnden Effekts von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang zwischen CMK und der psychischen Summenskala der SF-36 wurde zunächst ein mittelhoher negativer signifikanter totaler Effekt festgestellt, $c: r = (df1 = 1, df2 = 186) = -.47, p < .001$. Nach Hinzunahme des Mediators zeigte sich mit $ab: r = -.07, 95\%-KI [-.14; -.01]$, ein negativer signifikanter indirekter Effekt, während der direkte Effekt ebenfalls signifikant war, $c': r = -.41, p < .001$. Unter Berücksichtigung der Kovariate Geschlecht wurde eine geringfügige Änderung des indirekten Effekts festgestellt ($ab_{gender}: r = -.06, 95\%-KI [-.12; -.01]$; $c_{gender}: r = -.47; p < .001$; $c'_{gender}: r = -.41; p < .001$). Dies hatte keine Auswirkungen auf die Signifikanz des Mediationsmodells. Die Alternativhypothese H_1 (7.3) ist aufgrund der gefundenen partiellen Mediation anzunehmen. Das entsprechende Pfaddiagramm ist in Abbildung 9 dargestellt.

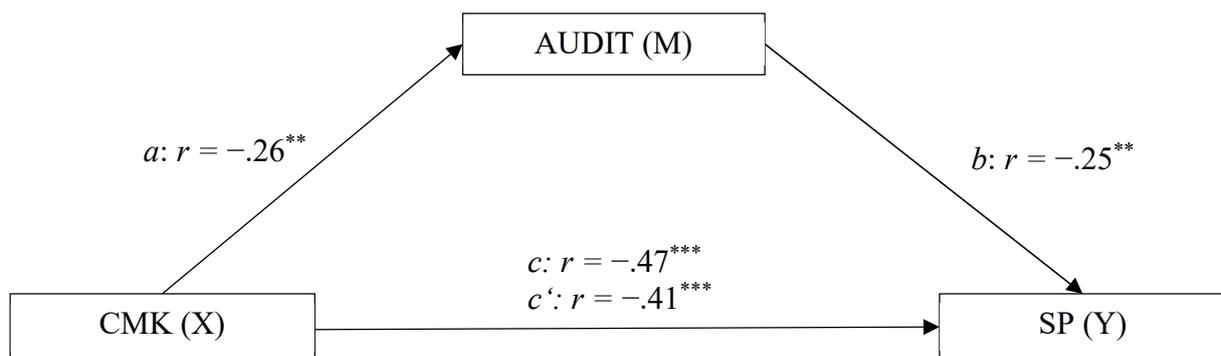


Abbildung 9. Pfaddiagramm (7.3) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der psychischen Summenskala (SP) als Outcome; $N = 187$

Anmerkungen. $ab: r = -.07 [-.14; -.01]$

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Die Analyse des vermittelnden Effekts von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang von CMK auf die körperliche Summenskala zeigte mit $c: r (df1 = 1, df2 = 183) = -.19; p < .012$ einen schwachen negativen signifikanten totalen Effekt. Nach Inklusion des Alkoholkonsums zeigte sich ein negativer signifikanter indirekter Effekt, $ab: r = -.06, 95\%-KI [-.13; -.002]$, während der direkte Effekt ohne Signifikanz verblieb, $c': r = -.13, p = .118$. Die Aufnahme des Geschlechts als Kontrollvariable veränderte die gefundenen Effekte geringfügig ($ab_{gender}: r = -.07$; $c_{gender}: r = -.19; p = .011$; $c'_{gender}: r = -.12; p = .143$), ohne deren Signifikanz zu beeinflussen. Die Alternativhypothese H_1 (7.4) ist aufgrund der gefundenen vollständigen Mediation anzunehmen. Das entsprechende Pfaddiagramm ist in Abbildung 10 dargestellt.

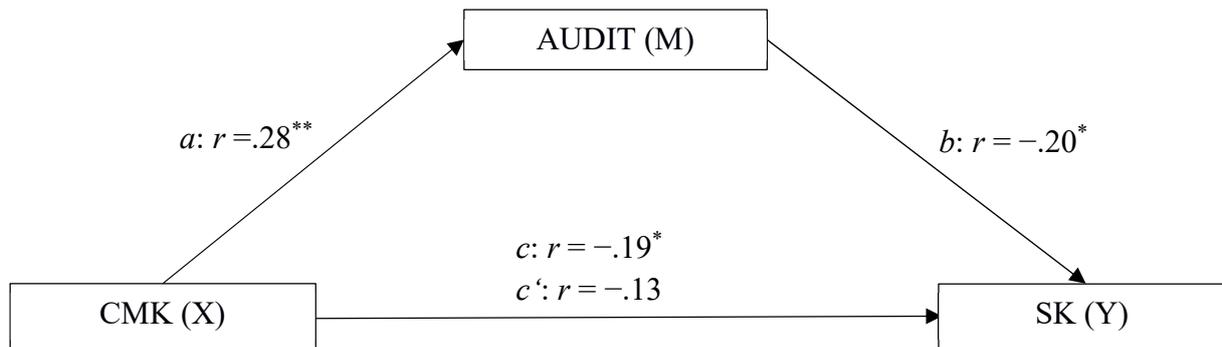


Abbildung 10. Pfaddiagramm (7.4) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der körperlichen Summenskala (SK) als Outcome unter Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmenden als Kovariate; $N = 185$

Anmerkungen. $ab: r = -.06 [-.13; -.002]$

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

PPK(X), AUDIT(M), SF-36(Y)

Im Hinblick auf den vermittelnden Effekt von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang von PPK auf die psychische Gesundheit wurde keine Mediation gefunden. Die Alternativhypothese H_1 (7.5) ist zu verwerfen.

Das Modell des vermittelnden Effekts von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang zwischen PPK und der körperlichen Summenskala wies nur unter Berücksichtigung der Kovariate Geschlecht Signifikanz auf. Der totale Effekt wies ein mittelhohes negatives und signifikantes Ausmaß auf, $c: r(df1 = 1, df2 = 185) = -.25; p = .004$. Der indirekte Effekt, $ab: r = -.04$, 95%-KI $[-.10; -.002]$, und der direkte Effekt waren signifikant $c': r = -.20; p = .026$. Die Alternativhypothese H_1 (7.6) ist auf der Grundlage der gefundenen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Kovariate Geschlecht anzunehmen. Das entsprechende Pfaddiagramm ist in Abbildung 11 dargestellt.

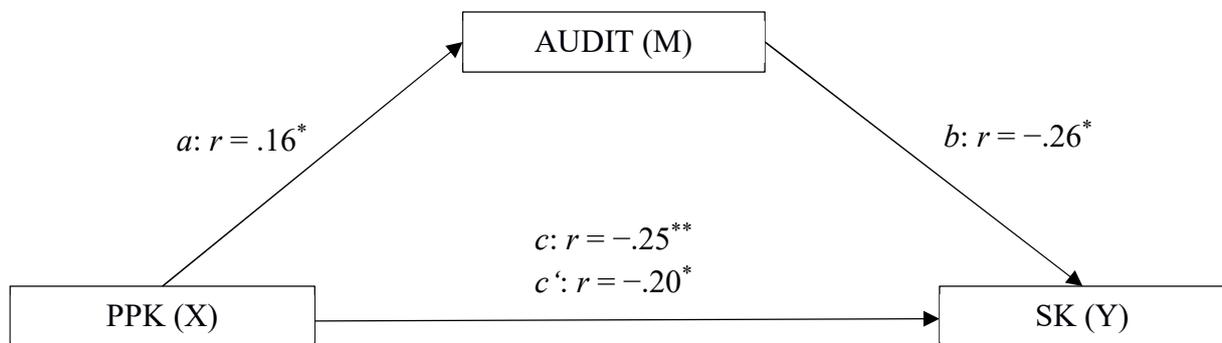


Abbildung 11. Pfaddiagramm (7.6) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der körperlichen Summenskala (SK) als Outcome, unter Berücksichtigung der Kovariate Geschlecht; $N = 185$

Anmerkungen. $ab: r = -.04 [-.10; -.002]$

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

7.4.8 Fragestellung 8 - Vorhersage des Alkoholkonsums

Zur Beantwortung der Fragestellung *Gibt es Prädiktoren, die den Alkoholkonsum vorhersagen können?* wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Im Rahmen dieser Modellprüfung wurde der Alkoholkonsum (Summenscore AUDIT) als metrische Kriteriumsvariable festgelegt. Die Prädiktoren wurden im hierarchischen blockweisen Verfahren der Analyse unterzogen.

Im ersten Block wurden die Prädiktoren Geschlecht (dichotom 0 = weiblich, 1 = männlich), Alter (metrisch), Bildungsniveau (dichotomisiert; 0 = nicht akademisch, 1 = akademisch), Erwerbstätigkeit (dichotomisiert; 0 = nicht hauptberuflich, 1 = hauptberuflich) eingeschlossen. Im zweiten Block wurde der Prädiktor Selbstmitgefühl (metrisch-intervallskaliert) aufgenommen, während im dritten Block die Perfektionismus-Dimensionen PSK, CMK, PPK (metrisch-intervallskaliert) hinzugefügt wurden. Schließlich wurden im vierten Block die gesundheitsbezogenen Kovariaten Körperliches Leiden, Psychische Behandlung (Anzahl; metrisch-diskret) und Doppelbelastung (dichotom; 0 = keine, 1 = körperliche und psychische Belastung) in das Modell aufgenommen.

Die Voraussetzungen zur Durchführung dieser Modellprüfung konnten als erfüllt angesehen werden. Es war keine auffällige Multikollinearität ($T \geq .40$) zu verzeichnen und die Normalverteilung der standardisierten Residuen war als gegeben anzusehen. Die Durbin-Watson-Statistik (1.84) ließ auf keine Autokorrelation der Residuen schließen. Tabelle 29 zeigt die Zusammenfassung der Modellprüfung im letzten Modellschritt.

Im ersten Modellschritt konnte der Prädiktor Geschlecht mit $\beta = .503$, $p < .001$ einen deutlichen Erklärungswert für das Kriterium Alkoholkonsum erbringen. Das Bildungsniveau zeigte mit $\beta = .126$, $p = .055$ einen tendenziellen Beitrag. Alle vier Prädiktoren des ersten Blocks erklärten mit $R^2_{\text{kor.}} = 25.0\%$ rund ein Viertel der Gesamtvarianz. Im zweiten Block konnte durch die Aufnahme von Selbstmitgefühl, $\beta = -.290$, $p < .001$, eine signifikante Zunahme des Erklärungswerts auf $R^2_{\text{kor.}} = 33.1\%$ beobachtet werden. Demgegenüber erbrachte die Aufnahme der Perfektionismus-Dimensionen (PSK, CMK, PPK) im dritten Block und die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Prädiktoren und vierten Block keine weitere signifikante Steigerung des erklärten Varianzanteils. Demnach kann für das Gesamtmodell dem Geschlecht mit $\beta = .505$, $p < .001$ sowie dem Selbstmitgefühl mit $\beta = -.282$, $p = .003$ sowie in tendenzieller Weise dem Bildungsniveau mit $\beta = .119$, $p = .060$ ein prädiktiver Einfluss auf den Alkoholkonsum zugeschrieben werden. Die Alternativhypothese H_1 (8) ist aufgrund der gefundenen Prädiktoren anzunehmen.

Tabelle 29. *Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose des Alkoholkonsums (AUDIT) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 4 Blöcke; N = 189)*

Prädiktor	B	SE	β	t	p
Konstante	4.748	4.892		0.971	.333
Geschlecht	6.433	0.801	.505	8.030	< .001***
Alter	0.053	0.062	.060	0.848	.398
Bildungsniveau	1.599	0.845	.119	1.894	.060°
Erwerbstätigkeit	-0.152	0.924	-.011	-0.165	.869
Selbstmitgefühl	-2.759	0.915	-.282	-3.014	.003**
PSK	-0.327	0.386	-.058	-0.848	.398
CMK	0.156	0.485	.030	0.321	.749
PPK	-0.131	0.413	-.026	-0.316	.752
Körperliches Leiden	0.948	0.987	.072	0.960	.338
Psychische Behandlung	0.973	0.811	.086	1.200	.232
Doppelbelastung	-2.247	2.034	-.091	-1.105	.271

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, β = Standardisierter Regressionskoeffizient, t = t-Wert; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, ° $p \leq .10$ (Tendenz), $R^2 = 36.2\%$, $R^2_{\text{kor.}} = 32.3\%$

7.4.9 Fragestellung 9 - Vorhersage der HRQoL

Zur Beantwortung der Fragestellung *Gibt es Prädiktoren, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität vorhersagen können?* wurden zwei multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Im Rahmen dieser Analysen wurden jeweils die Summenskalen der SF-36 als metrische Kriteriumsvariablen festgelegt, während der Einschluss der Prädiktoren mittels hierarchisch-blockweiser Vorgehensweise über beide Modellprüfungen identisch war. Die Zusammenfassung der Modellprüfungen im letzten Modellschritt können Tabelle 30 und Tabelle 31 entnommen werden.

Im ersten Block wurden die Prädiktoren Geschlecht (dichotom; 0 = weiblich, 1 = männlich), Alter (metrisch), Bildungsniveau (dichotomisiert; 0 = nicht akademisch, 1 = akademisch), Erwerbstätigkeit (dichotomisiert; 0 = nicht hauptberuflich, 1 = hauptberuflich) eingeschlossen. Im zweiten Block wurde der Prädiktor Selbstmitgefühl (metrisch-intervallskaliert) aufgenommen, während im dritten Block die Perfektionismus-Dimensionen PSK, CMK, PPK (metrisch-intervallskaliert) hinzugefügt wurden. Im vierten Block wurden die gesundheitsbezogenen Prädiktoren Körperliches Leiden, Psychische Behandlung (Anzahl; metrisch-diskret), Doppelbelastung (dichotom; 0 = keine, 1 = körperliche und psychische Belastung) in das Modell aufgenommen. Schließlich wurde im fünften Block der Alkoholkonsum (metrisch-intervallskaliert) als Prädiktor in das Modell aufgenommen.

Im Hinblick auf die psychische Gesundheit waren die Verfahrensvoraussetzungen erfüllt. Es lag keine Multikollinearität ($T \geq .39$) vor und die standardisierten Residuen waren normalverteilt. Die Durbin-Watson-Statistik (2.09) war zufriedenstellend und ließ auf keine Autokorrelation der Residuen schließen.

Im ersten Modellschritt zeigten die Prädiktoren Geschlecht mit $\beta = -.186$, $p = .011$ sowie Erwerbstätigkeit mit $\beta = .195$, $p = .016$ jeweils einen kleinen Erklärungswert für das Kriterium psychische Gesundheit. Alle vier Prädiktoren des ersten Blocks erklärten mit $R^2_{\text{korr.}} = 6.8\%$ der Gesamtvarianz. Im zweiten Block konnte durch die Aufnahme von Selbstmitgefühl (SCS-D), $\beta = .498$, $p < .001$, eine signifikante Zunahme des Erklärungswerts auf $R^2_{\text{korr.}} = 29.5\%$ beobachtet werden. Die Aufnahme der Perfektionismus-Dimensionen (PSK, CMK, PPK) im dritten Block zeigte keine signifikante Erhöhung des Erklärungswerts ($R^2_{\text{korr.}} = 30.6\%$). Der Prädiktor CMK zeigte mit $\beta = -.160$, $p = .090$ einen tendenziellen Beitrag. Die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Prädiktoren im vierten Block zeigte eine weitere signifikante Steigerung des erklärten Varianzanteils auf $R^2_{\text{korr.}} = 37.0\%$. Dabei zeigte die Anzahl psychischer Behandlungsgründe mit $\beta = -.185$, $p = .009$ einen signifikanten Beitrag. Die Aufnahme des Alkoholkonsums, $\beta = -.183$, $p = .012$, im fünften Schritt war mit einer signifikanten Erhöhung des Erklärungswerts auf $R^2_{\text{korr.}} = 38.9\%$ verbunden. Durch die Aufnahme des Alkoholkonsums verschwand der signifikante Erklärungswert des Geschlechts. Demnach konnte für das Gesamtmodell der Erwerbstätigkeit mit $\beta = .150$, $p = .024$, dem Selbstmitgefühl mit $\beta = .257$, $p = .005$, der Anzahl psychischer Behandlungsgründe mit $\beta = -.169$, $p = .015$ sowie dem Alkoholkonsum mit $\beta = -.183$, $p = .012$ ein prädiktiver Einfluss auf die psychische Lebensqualität zugeschrieben werden. Die Alternativhypothese H_1 (9.1) ist aufgrund der gefundenen Prädiktoren anzunehmen.

Die Verfahrensvoraussetzungen zur Prüfung des Modells bezüglich der körperlichen HRQoL waren ebenfalls erfüllt. Die standardisierten Residuen waren normalverteilt, während keine Multikollinearität ($T \geq .38$) vorlag. Die Autokorrelation der Residuen konnte ausgeschlossen werden (Durbin-Watson-Statistik = 2.03). Die Prädiktoren des ersten Modellschritts wiesen keinen signifikanten Erklärungswert auf. Durch den Einschluss von Selbstmitgefühl, $\beta = .331$, $p < .001$ konnte ein signifikanter Anstieg des Erklärungswerts auf $R^2 = 9.0\%$ verzeichnet werden. Durch die Hinzunahme der Perfektionismus-Dimensionen im dritten Schritt konnte keine Erhöhung des Erklärungswerts festgestellt werden.

Tabelle 30. *Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose der psychischen HRQoL (SF-36) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 5 Blöcke; N = 189)*

Prädiktor	B	SE	β	t	p
Konstante	62.474	15.689		3.982	< .001
Geschlecht	-2.366	2.995	-.055	-0.790	.431
Alter	0.058	0.02	.020	0.288	.733
Bildungsniveau	0.740	2.752	.016	0.269	.788
Erwerbstätigkeit	6.760	2.968	.150	2.278	.024**
Selbstmitgefühl	8.485	3.005	.257	2.824	.005**
PSK	-0.551	1.260	-.029	-0.438	.662
CMK	-2.476	1.560	-.143	-1.587	.114
PPK	-1.391	1.330	-.082	-1.046	.297
Körperliches Leiden	-4.003	3.164	-.090	-1.265	.208
Psychische Behandlung	-6.379	2.601	-.169	-2.453	.015**
Doppelbelastung	-6.234	6.519	-.075	-0.956	.340
Alkoholkonsum	-0.613	0.241	-.183	-2.546	.012*

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, β = Standardisierter Regressionskoeffizient, t = t-Wert; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, $R^2 = 42.9\%$. $R^2_{\text{korr.}} = 38.9\%$

Tabelle 31. *Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose der körperlichen HRQoL (SF-36) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 5 Blöcke; N = 185)*

Prädiktor	B	SE	β	t	p
Konstante	62.474	15.689		3.982	< .001
Geschlecht	2.443	2.517	.077	0.971	.333
Alter	0.029	0.165	.013	0.175	.862
Bildungsniveau	-0.071	2.284	-.002	-0.031	.975
Erwerbstätigkeit	-0.862	2.464	-.026	-0.350	.727
Selbstmitgefühl	7.782	2.535	.319	3.069	.002**
PSK	-0.719	1.057	-.050	-0.680	.497
CMK	2.154	1.309	.168	1.646	.102
PPK	-1.293	1.110	-.103	-1.165	.246
Körperliche Leiden	-11.059	2.668	-.323	-4.133	< .001***
Psychische Behandlung	-2.518	2.186	-.088	-1.152	.251
Doppelbelastung	-1.346	5.454	-.021	-0.247	.805
Alkoholkonsum	-0.613	0.241	-.183	-2.546	.020*

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, β = Standardisierter Regressionskoeffizient, t = t-Wert; PSK = Persönliche Standards Kognitionen, CMK = Sorgen über Fehler Kognitionen, PPK = Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, $R^2 = 28.3\%$. $R^2_{\text{korr.}} = 23.2\%$

Durch den Einschluss der gesundheitsbezogenen Prädiktoren im vierten Block konnte eine signifikante Erhöhung des erklärten Varianzanteils auf $R^2_{\text{kor.}} = 21.3\%$ beobachtet werden. Dabei zeigte die Anzahl körperlicher Leiden mit $\beta = -.330, p < .001$ einen signifikanten Beitrag. Die Hinzunahme von Alkoholkonsum, $\beta = -.192, p < .020$, im letzten Schritt bewirkte eine weitere Erhöhung des erklärten Varianzanteils auf $R^2_{\text{kor.}} = 23.2\%$.

Demnach konnte im Gesamtmodell dem Selbstmitgefühl ($\beta = .319$), dem Alkoholkonsum ($\beta = -.183$) sowie körperlichen Leiden ($\beta = -.323$) ein prädiktiver Einfluss auf die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität zugeschrieben werden. Die Alternativhypothese H_1 (9.2) ist aufgrund der gefundenen Prädiktoren anzunehmen.

8 Fazit

Im Folgenden werden zunächst die relevanten Eckdaten der vorliegenden Arbeit kurz zusammengefasst, bevor im Anschluss die Beantwortung der Fragestellungen anhand der zentralen Befunde sowie die Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand erfolgt. Zum Abschluss der Arbeit werden die Limitationen der Untersuchung dargelegt sowie Forschungsansätze für zukünftige Studien diskutiert.

8.1 Zusammenfassung

Die vorliegende empirische Arbeit basiert auf der Grundlage von $N = 190$ Personen, die zum Großteil der deutschen (72.6%) und österreichischen (25.8%) Allgemeinbevölkerung angehörten. Weiterhin handelte es sich um eine querschnittliche Online-Erhebung, deren Bearbeitung zwischen Juli und September 2020 möglich war. Erhoben wurden soziodemografische und gesundheitsbezogene Daten, Angaben zur Häufigkeit perfektionistischer Kognitionen, zur Ausprägung des Selbstmitgefühls und zur Höhe des Alkoholkonsums sowie die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Stichprobe umfasste etwas mehr Frauen (58.4%) als Männer. Keine Person wählte bei der Auswahl des Geschlechts die Option *divers*. Weiterhin gaben 74.7% der Befragten an, aktuell zu studieren. Ein akademischer Abschluss wurde von 67.9% als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben. Hinsichtlich des Erwerbsstatus gaben 41.6% eine nebenberufliche Beschäftigung an, während 32.1% der Stichprobe hauptberuflich und 26.3% nicht erwerbstätig waren. Insgesamt wurde die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität ($M = 83.28, SD = 15.69$) höher eingeschätzt als die psychische Gesundheit ($M = 66.60, SD = 21.27$). Die Angaben zum durchschnittlichen Alkoholkonsum wiesen einen mittelgroßen bis deutlichen geschlechtsspezifischen Effekt auf, wobei männliche Teilnehmer im Vergleich höhere Werte berichteten.

Die Fragestellungen waren gemäß den Untersuchungszielen in drei Arten eingeteilt. Relevant war zunächst die Ermittlung von Unterschieden in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und im Alkoholkonsum in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl und perfektionistischen Kognitionen. Zum anderen sollten mögliche vermittelnde Effekte des Selbstmitgefühls und des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen perfektionistischen Kognitionen und der HRQoL sowie mögliche vermittelnde Effekte des Selbstmitgefühls auf den Zusammenhang zwischen perfektionistischen Kognitionen und der HRQoL sowie zwischen diesen und dem Alkoholkonsum untersucht werden. Das dritte Untersuchungsziel bestand darin, mögliche Prädiktoren zu ermitteln, die einen signifikanten Erklärungswert für die Zielvariablen Alkoholkonsum und HRQoL beitragen.

8.2 Diskussion

Es werden zunächst die Befunde der univariaten Analysen entlang der drei Dimensionen perfektionistischer Kognitionen sowie des Selbstmitgefühls dargestellt und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Im Anschluss erfolgt die Darlegung der zentralen Ergebnisse der Mediationsanalysen. Zum Abschluss werden die Ergebnisse der Hauptfragestellungen dargelegt.

8.2.1 Unterschiede in Abhängigkeit von Persönliche Standards Kognitionen

Für perfektionistische Kognitionen über Ziele und Standards führten die Ergebnisse der univariaten Untersuchungen zur Annahme der Alternativhypothese H_1 (1.2) innerhalb der ersten Fragestellung, die das Ziel verfolgte, Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu ermitteln. In den verbleibenden Fragestellungen wurden die Nullhypothesen H_0 (1.1) bezüglich der psychischen Gesundheit und H_1 (2.1) bezüglich des Alkoholkonsums beibehalten.

Der festgestellte schwache Effekt für den Unterschied in der körperlichen HRQoL zeigte für Personen mit sehr seltenen Gedanken über hohe Standards die durchschnittlich höchste körperliche Gesundheit an, während die restlichen Gruppen ein ähnliches Niveau aufwiesen. Auf Subskalenebene war dieser Unterschied auf eine bessere Einschätzung der wahrgenommenen allgemeinen Gesundheit von Personen, die von sehr seltenen Gedanken dieser Art berichteten, zurückzuführen.

Zu beachten ist, dass in Abhängigkeit der Häufigkeit von PSK keine erhöhten Werte der HRQoL oder geringere Werte im Alkoholkonsum festgestellt wurden. Tatsächlich wies die Gruppe mit der höchsten Frequenz auch das vergleichsweise höchste Ausmaß an Alkoholkonsum auf, wobei der Unterschied nicht signifikant war. Es wurden demnach keine

entsprechenden Hinweise auf die in der Literatur beschriebenen günstigen Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit oder auf protektive Eigenschaften dieser Dimension des Perfektionismus gefunden (z.B. Canning et al., 2020; Prestele & Altstötter-Gleich, 2019). Dennoch wird die differenzielle Beschaffenheit dieser Kognitionen durch die Ergebnisse überwiegend belegt, da – mit Ausnahme des Unterschieds innerhalb der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung – keine signifikanten negativen Assoziationen festgestellt wurden. Die Ergebnisse tragen somit zur insgesamt gemischten Befundlage hinsichtlich perfektionistischer Standards bei (s. Stoeber & Otto, 2006). Neben einer tatsächlich besseren allgemeinen Gesundheit von Personen, die sehr selten Gedanken über hohe Standards haben, liegt eine Erklärung für dieses Ergebnis möglicherweise in der Tendenz von perfektionistischen Personen, kontinuierlich Vergleiche zwischen der aktuellen Situation und den erhöhten Zielen anzustellen (z.B. Flett et al., 2007). Es ist denkbar, dass eine Diskrepanz zwischen der Bewertung eigener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen mit dem antizipierten perfekten Verhalten in einer schlechteren Einschätzung der eigenen Gesundheit resultiert. In Anbetracht der nicht gefundenen Unterschiede innerhalb der Subskalen, die auf erhöhte Schmerzen oder funktionelle Einschränkungen schließen ließen, scheint eine derartige Interpretation durchaus plausibel. Die Ergründung dieses Ergebnisses stellt möglicherweise einen interessanten Aspekt für zukünftige Forschungsarbeiten dar.

8.2.2 Unterschiede in Abhängigkeit von Sorgen über Fehler Kognitionen

Hinsichtlich der Unterschiede in Abhängigkeit perfektionistischer Sorgen über Fehler Kognitionen wurden die Alternativhypothesen H_1 (1.3) bezüglich der psychischen Gesundheit und H_1 (2.2) bezüglich des Alkoholkonsums angenommen. Die Nullhypothese H_0 (1.4) wurde verworfen, da keine signifikanten Unterschiede in der körperlichen Summenskala gefunden wurden.

Die festgestellten Unterschiede in der ersten Fragestellung zeigten einen insgesamt deutlichen Effekt für die Unterschiede in der psychischen Gesundheit. Der Mittelwert der betroffenen Gruppe mit der höchsten Frequenz an perfektionistischen Sorgen lag dabei unterhalb der Skalenmitte ($M = 48.16$), was auf eine deutliche Beeinträchtigung schließen lässt. Dabei zeigten sich mittlere bis deutliche Effekte in allen Subskalen im Vergleich zu den Personen, die von selteneren sorgenvollen Gedanken berichteten. Insbesondere war deren durchschnittliche Einschätzung des psychischen Wohlempfindens sowie die der vitalen und sozialen Aspekte deutlich geringer. Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit wurde infolge einer explorativen Untersuchung der Subskalen ein Unterschied mit mittlerem Effekt für die allgemeine Gesundheitswahrnehmung festgestellt. Die Ergebnisse sind übereinstimmend mit

der generellen Annahme, dass die Häufigkeit perfektionistischer Gedanken mit einer erhöhten Anfälligkeit für psychische Beeinträchtigung, insbesondere mit einer depressiven Symptomatik, einhergeht (z.B. Flett et al., 1998; Thew et al., 2017). Vor dem Hintergrund der Beziehungen zwischen selbstkritischen Gedanken, sorgenvollem Perfektionismus und erhöhter Depressivität und sozialer Ängstlichkeit erscheinen die vorliegenden Ergebnisse ebenfalls plausibel (z.B. Egan et al., 2011; Macedo et al., 2017; Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Prestele et al., 2020; Zhang et al., 2019). CMK zeigten keine signifikanten Beeinträchtigungen der globalen körperlichen Gesundheit, was teilweise in Widerspruch zu den konsistent berichteten Ergebnissen hinsichtlich des selbstkritischen Perfektionismus auf Merkmalsebene steht (Molnar, Sirois, & Methot-Jones, 2016; Molnar et al., 2020; Sirois & Molnar, 2017). Der Unterschied in der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung ist in Einklang mit diesen Befunden.

In der zweiten Fragestellung wurde ein deutlicher Effekt im Hinblick auf den Unterschied im Alkoholkonsum gefunden. Hier war der durchschnittlich angegebene Alkoholkonsum von Personen mit den häufigsten CMK signifikant höher als in den Gruppen mit häufigen und seltenen CMK, die insgesamt ein ähnliches Ausmaß aufwiesen. Der deutlich höhere durchschnittliche Summenscore des AUDIT ($Md = 10.0$) in dieser Gruppe lässt auf eine erhöhte Anfälligkeit für problematischen Konsum schließen. Die gefundenen Unterschiede sind in Einklang mit den Erkenntnissen, dass selbstkritischer Perfektionismus mit problematischem Alkoholkonsum in Verbindung steht (Richardson et al., 2020; Sherry et al., 2012). Die Ergebnisse beider Fragestellungen belegen die Befundlage hinsichtlich des gemeinsamen Auftretens von erhöhtem Alkoholkonsum und psychischer Beeinträchtigungen bei stark ausgeprägtem sorgenvollem Perfektionismus (Patock-Peckham & Corbin, 2019; Sherry et al., 2012). Darüber hinaus weist das Subskalenprofil der Personen mit den häufigsten CMK Überschneidungen mit den in der Literatur vorgefundenen Ergebnissen hinsichtlich erhöhten Alkoholkonsums bzw. alkoholbezogener Störungen auf. Diese beschrieben ebenfalls die stärkste Beeinträchtigung im psychischen Wohlbefinden und der sozialen Funktionsfähigkeit (Imtiaz et al., 2018; Ugochukwu et al., 2013).

8.2.3 Unterschiede in Abhängigkeit von Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen

Die Ergebnisse der univariaten Analysen über Gedanken, die ein Bedürfnis nach Perfektion beinhalten, führten zur Annahme der betreffenden Alternativhypothesen H_1 (1.5), H_1 (1.6) und H_1 (2.3). Innerhalb der ersten Fragestellung wies erneut die Gruppe, die von der höchsten Frequenz von Gedanken dieser Art berichtete, die vergleichsweise niedrigsten Gesundheitseinschätzungen auf. Starke Effekte wurden für die Unterschiede in allen psychischen Facetten

gefunden. Die vergleichsweise deutlichsten Beeinträchtigungen zeigten sich mit Werten unterhalb der Skalenmitte erneut im psychischen Wohlbefinden, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Vitalität, während hinsichtlich der körperlichen Facetten insbesondere die allgemeine Gesundheitswahrnehmung und das Schmerzerleben betroffen waren.

Die Ergebnisse sind insgesamt in Einklang mit der Befundlage bezüglich der negativen Assoziationen von PPK mit psychischen Zielvariablen (z.B. Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010). Ebenfalls wurden unidimensional erfasste Kognitionen, die große Ähnlichkeit mit PPK aufweisen (Prestele & Altstötter-Gleich, 2019), mit erhöhter Depressivität, sozialer und genereller Ängstlichkeit und vermehrten psychosomatischen Symptomen in Verbindung gebracht (Casale et al., 2020; Flett et al., 2012). Im Unterschied zu CMK zeigten sich in Abhängigkeit von PPK beeinträchtigte Einschätzungen sämtlicher körperlicher Subskalen. Diese Funde stellen im Hinblick auf PPK eine Erweiterung des Forschungsstands dar, stehen im Kontext des dysfunktionalen Perfektionismus jedoch in Einklang mit den berichteten Ergebnissen hinsichtlich der ungünstigen Beziehungen zur körperlichen Gesundheit (Molnar et al., 2016, 2020; Sirois & Molnar, 2017). Es lassen sich dabei Parallelen zu Publikationen erkennen, die perfektionistische Gedanken sowie das Streben nach einem perfekten Erscheinungsbild mit erhöhter Schmerzbelastung und körperlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit erhöhter Fitnessaktivität bzw. gestörtem Essverhalten in Verbindung gebracht haben (Bardone-Cone et al., 2010; Downey et al., 2014; Lichtenstein et al., 2014; McLaren et al., 2001). Tatsächlich weist das Subskalenprofil der betroffenen PPK-Gruppe deutliche Ähnlichkeiten mit jenem auf, das Winkler und KollegInnen (2014) in einer Metaanalyse zur HRQoL bei Essstörungen fanden. Das dort berichtete Subskalenprofil zeigte verringerte Ausprägungen in allen Subskalen der SF-36, außer in der körperlichen Funktionsfähigkeit, die auch in den vorliegenden Ergebnissen den kleinsten Effekt der Unterschiedlichkeit produzierte. Im Hinblick auf CMK und PPK zeigten sich interessanterweise zumeist nur geringfügige Unterschiede in der HRQoL zwischen den Gruppen mit selteneren perfektionistischen Gedanken, was kongruent mit der Annahme ist, dass insbesondere sehr häufige perfektionistische Gedanken mit Einschränkungen der psychischen Gesundheit verbunden sind (Flett et al., 2016).

In der zweiten Fragestellung gaben Personen mit sehr häufigen PPK den höchsten Alkoholkonsum an, während alle anderen Gruppen ein ungefähr gleiches Niveau aufwiesen. Deutlich waren die Unterschiede dabei zwischen Personen mit sehr häufigen PPK gegenüber Personen mit häufigen PPK. Demnach scheinen insbesondere sehr häufige Gedanken über das Bedürfnis nach Perfektion mit einem erhöhten Risikoniveau für eine alkoholbezogene Störung

zusammenzuhängen. Im Hinblick auf PPK stellen diese Ergebnisse eine Erweiterung der Befundlage dar. Vergleichbare Ergebnisse wurden von Flett und KollegInnen (2007) berichtet, die bei Menschen, die sich auf Entzug befanden, häufigere unidimensional instrumentalisierte perfektionistische Gedanken verzeichneten als bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung.

8.2.4 Unterschiede in Abhängigkeit von Selbstmitgefühl

Die zentralen Befunde der Untersuchung der dritten und vierten Fragestellung verdeutlichten, dass mittlere bis deutliche Unterschiede in der HRQoL und im Alkoholkonsum in Abhängigkeit der Ausprägung des Selbstmitgefühls bestanden. Es wurden demnach die Alternativhypothesen H_1 (3.1), H_1 (3.2) und H_1 (4) angenommen. Bezüglich der psychischen Gesundheit wurde ein insgesamt deutlicher Effekt gefunden. Ein sehr niedriges Selbstmitgefühl stand mit einer niedrigen psychischen Gesundheit in Verbindung. Diese wurde von Personen der Gruppe mit der niedrigsten Selbstmitgefühlsausprägung als deutlich beeinträchtigt eingeschätzt ($Md = 46.8$). Die Beeinträchtigungen innerhalb der psychischen Subskalen waren für die Gruppe mit der niedrigsten Selbstmitgefühlsausprägung in allen Bereichen erkennbar. Insbesondere das psychische Wohlbefinden und die emotionale Rollenfunktion zeigten sich dabei unterhalb der Skalenmitte und im Vergleich zur höchsten Gruppe annähernd um die Hälfte reduziert. Die Einschätzung der Vitalität und der sozialen Funktionsfähigkeit fiel bei Personen dieser Gruppe ebenfalls deutlich niedriger aus.

Ein ähnliches Muster wurde mit einem mittleren Effekt für die körperliche Gesundheit beobachtet. Auch hier wies die Gruppe mit der niedrigsten Ausprägung an Selbstmitgefühl die im Vergleich geringste körperliche Gesundheit auf. Die entsprechenden Vergleiche auf Subskalenebene zeigten ein durchgehend ähnliches Muster mit mittleren bis starken Effekten. Die körperliche Rollenfunktion und körperliche Funktionsfähigkeit zeigten sich insbesondere im Vergleich mit den Gruppen beeinträchtigt, die hohes oder sehr hohes Selbstmitgefühl aufwiesen. Selbstmitgefühl war dabei stets mit erhöhter psychischer und körperlicher gesundheitsbezogener Lebensqualität verbunden.

Die Ergebnisse entsprechen den publizierten Beobachtungen, die dem Selbstmitgefühl einen protektiven Effekt in Hinblick auf die mentale und körperliche Gesundheit zuschreiben (z.B. Muris & Petrocchi, 2017; Phillips & Hine, 2019; Sirois, 2020; Zessin et al., 2015). Zudem wurde in den Summenskalen sowie in allen Subskalen – mit Ausnahme der Subskala Schmerz – ein gradueller Anstieg der Einschätzungen in Abhängigkeit der Selbstmitgefühlsausprägung gefunden, was ebenfalls als Hinweis auf einen begünstigenden und förderlichen Faktor für das psychosoziale und allgemeine Wohlbefinden betrachtet werden kann (Hall et al., 2013; Sirois, 2020; Stutts et al., 2018).

In der vierten Fragestellung wurde ein Unterschied mit schwachem Effekt im angegebenen Alkoholkonsum festgestellt. Auch hier zeigte die Gruppe mit dem vergleichsweise niedrigsten Selbstmitgefühl den höchsten durchschnittlichen AUDIT-Summenscore ($Md = 13.0$). Alle anderen Gruppen zeigten ein vergleichsweise ähnliches Ausmaß auf, wobei die Gruppe mit der höchsten Selbstmitgefühlausprägung sich nicht deutlich von den beiden mittleren Gruppen unterschied. Die Ergebnisse sind inhaltlich übereinstimmend mit Studien, die sehr niedriges Selbstmitgefühl mit erhöhtem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht haben (Brooks et al., 2012; Phelps et al., 2018). Diese Gruppe wies auch in den vorliegenden Ergebnissen ein deutlich höheres Risikoniveau für eine alkoholbezogene Störung auf. Es wurde jedoch kein deutlich verringerter Alkoholkonsum in allen höher ausgeprägten Gruppen gefunden. Dahingehend wird die Annahme, dass insbesondere ein deutlich verringertes Selbstmitgefühl einen Risikofaktor für erhöhten bzw. problematischen Alkoholkonsum darstellt, durch die vorliegenden Ergebnisse bekräftigt (Brooks et al., 2012; Phelps et al., 2018; Wisener & Khoury, 2019; Wisener & Khoury, 2021).

8.2.5 Vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls

Im Hinblick auf Fragestellung 5 wurden die Nullhypothesen H_0 (5.1) und H_0 (5.2) beibehalten, da keine signifikanten totale Effekte oder vermittelnden Effekte in Hinblick auf PSK gefunden wurden. Die Nullhypothese H_0 (5.4) wurde beibehalten, da zwischen CMK und der körperlichen Summenskala eine inkonsistente Mediation verzeichnet wurde.

Die Alternativhypothese H_1 (5.3) wurde angenommen, da ein partiell vermittelnder Einfluss von Selbstmitgefühl auf den unmedierten, stark negativen Zusammenhang von CMK mit der psychische Summenskala verzeichnet wurde. Selbstmitgefühl erklärte 57% des Zusammenhangs zwischen CMK und der psychischen Gesundheit.

Im Hinblick auf die Beziehung zwischen selbstkritischen perfektionistischen Gedanken und deren Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität stellen die Ergebnisse eine Ergänzung des Forschungsstands dar. Die gefundenen Effekte stehen inhaltlich in Einklang mit den Ergebnissen, die in der Literatur berichtet wurden. Zum einen zeigte sich kongruent mit der Literatur ein äußerst deutlicher negativer Zusammenhang zwischen perfektionistischen Gedanken und Selbstmitgefühl, das wiederum stark positiv mit der psychischen Summenskala verbunden war (z.B. Muris & Petrocchi, 2017; Richardson et al., 2018; Stoeber et al., 2020). Zum anderen wiesen CMK einen negativen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit auf, der in Hinblick auf negative Affektivität und Depressivität bereits mehrfach berichtet wurde (z.B. Prestele & Altstötter-Gleich, 2019; Stoeber et al., 2010). Ebenfalls sind die Ergebnisse in Einklang mit Publikationen, die vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls auf

die Zusammenhänge zwischen maladaptivem bzw. selbstkritischem Perfektionismus und Ängstlichkeit, Depressivität und Burnout verzeichnet haben (Mehr & Adams, 2016; Richardson et al., 2018; Stoeber et al., 2020).

Im Hinblick auf PPK wurden die Zusammenhänge mit der HRQoL durch Selbstmitgefühl hinsichtlich beider Summenskalen vollständig vermittelt. Beide Alternativhypothesen H₁ (5.5) und H₁ (5.6) wurden deswegen angenommen. Selbstmitgefühl wies einen vollständig vermittelnden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen PPK und der psychischen Gesundheit auf und erklärte den Zusammenhang zu 63.7%. Im Hinblick auf die körperliche Summenskala wurde ein vollständig vermittelnder Effekt gefunden, der 71% des mittelhohen unmedierten Zusammenhang erklärte.

Die Ergebnisse sind in Einklang mit den in der Literatur berichteten Funden bezüglich der Zusammenhänge zwischen PPK und negativen Zusammenhängen mit der psychischen Gesundheit (z.B. Macedo et al., 2017; Prestele & Altstötter-Gleich, 2019). Bezüglich der spezifischen Verbindung zwischen PPK und der körperlichen Gesundheit stellen die Ergebnisse eine Erweiterung des Forschungsstands dar. Ergänzend zu den bivariaten Ergebnissen der vorliegenden Studie deuten die gefundenen Zusammenhänge darauf hin, dass PPK einen bedeutenden Einflussfaktor für körperliche Beeinträchtigungen darstellen. Dies ist in Einklang mit Publikationen, die insbesondere selbstorientierten Perfektionismus mit Essstörungen und depressiven Symptomen sowie sozial vorgeschriebenen Perfektionismus mit Depressivität in Verbindung gebracht haben (Downey et al., 2014; Egan et al., 2011). Insbesondere deuten die Ergebnisse darauf hin, dass fast ein Viertel dieser Beziehung durch geringes Selbstmitgefühl erklärt werden kann. Erneut weisen die Zusammenhänge darauf hin, dass PPK deutlicher als CMK oder PSK über den Pfad des geringen Selbstmitgefühls möglicherweise mit gestörtem Essverhalten in Verbindung steht. Vergleichbare Ergebnisse von Publikationen, die vermittelnde Einflüsse des Selbstmitgefühls auf die Beziehung zwischen dem Streben nach einem perfekten Erscheinungsbild und gestörtem Essverhalten gefunden haben (Barnett & Sharp, 2016; Bergunde & Dritschel, 2020), weisen Ähnlichkeit zu dem Bedürfnis nach Perfektion auf, wie es durch PPK abgebildet wird.

Über die Erkenntnisse der bivariaten Befunde hinaus zeigten PSK keine signifikanten positiven Zusammenhänge mit der psychischen oder körperlichen Gesundheit. Tatsächlich wiesen PSK tendenziell eher negative Assoziationen auf, was in Widerspruch zu den berichteten Ergebnissen steht, die Dimensionen der perfektionistischen Bestrebungen mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und einer besseren körperlichen Gesundheit in Verbindung gebracht haben (z.B. Sirois, 2020). Erwähnenswert ist zudem, dass CMK in allen

entsprechenden Modellen einen höheren Erklärungswert als PPK hinsichtlich der psychischen Gesundheit aufwiesen, was den Ergebnissen vorheriger Untersuchungen entspricht (z.B. Prestele & Altstötter-Gleich, 2019).

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ein bedeutender Anteil der ungünstigen Beziehungen zwischen PPK und CMK mit der Einschätzung der psychischen Gesundheit über verringertes Selbstmitgefühl erklärt wurde. Da Selbstmitgefühl als adaptive Emotionsregulationsstrategie betrachtet werden kann, geben die vorliegenden Ergebnisse zudem Hinweise auf dysfunktionale Bewältigungsmechanismen bei Personen mit häufigen dysfunktionalen Gedanken (Bakker et al., 2019; Diedrich et al., 2014; Diedrich et al., 2017). Der starke positive Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist als Bekräftigung der Annahme, dass Selbstmitgefühl einen regulierenden Einfluss auf diese Beziehungen ausüben kann, zu betrachten (Chen, 2019; Wisener & Khoury, 2019). Personen, die häufig perfektionistische Gedanken über Fehler und das Bedürfnis nach Perfektion erleben, könnten demnach davon profitieren, einen akzeptierenden, freundlichen und verständnisvolleren Umgang mit sich selbst und eigenen Imperfektionen zu kultivieren und diese als Teil einer fehlbaren menschlichen Natur zu betrachten (Abdollahi et al., 2020; Mehr & Adams, 2016; Neff, 2003; Neff & Germer, 2019; Ong et al., 2019). Interventionen und therapeutische Prozesse, die eine solche Art der Selbstakzeptanz fördern, könnten demnach durch die Linderung psychischer Beschwerden zu einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen (Kirby, 2017; Neff, 2003; Ong et al., 2019).

In Fragestellung 6 wurde bezüglich CMK die Alternativhypothese H_1 (6.2) angenommen, während die Nullhypothesen H_0 (6.1) bezüglich PSK und H_0 (6.3) bezüglich PPK beibehalten wurden. Es wurde ein vollständig vermittelnder Effekt des Selbstmitgefühls auf den schwachen unmedierten Zusammenhang von CMK mit dem Alkoholkonsum gefunden. Selbstmitgefühl erklärte den Zusammenhang zwischen CMK und Alkoholkonsum zu 78.7%. Die Aufnahme des Geschlechts als Kontrollvariable bewirkte geringfügige Änderungen der Effekte, die allerdings keine Auswirkungen auf die Signifikanz des Mediationsmodell hatten. Die Ergebnisse sind eine Erweiterung des Forschungsstands in Bezug auf das Selbstmitgefühl, das die Beziehung zwischen CMK und Alkoholkonsum vollständig erklärte. CMK waren dabei in mittlerem Ausmaß mit verringertem Selbstmitgefühl verbunden, das wiederum einen mittelhohen negativen Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum aufwies. Die Ergebnisse sind inhaltlich übereinstimmend mit zuvor angeführten Publikationen, in denen erhöhter bzw. problematischer Alkoholkonsum mit maladaptivem und insbesondere mit der sorgenvollen Facette des Perfektionismus in Verbindung gebracht wurde (Nealis & Mackinnon, 2018; Rice & van

Arsdale, 2010; Richardson et al., 2020). Weiterhin sind die Ergebnisse in Einklang mit berichteten Assoziation zwischen hohem Selbstmitgefühl und geringerem Alkoholkonsum (Brooks et al., 2012; Phelps et al., 2018). Obwohl die vorliegende Studie keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die zugrundeliegenden Mechanismen ermöglicht, geben die Ergebnisse einen Hinweis darauf, dass der vermittelnde Einfluss des geringen Selbstmitgefühls jener Personen mit häufigen perfektionistischen Gedanken über Fehler möglicherweise mit dem Konsum zur Linderung unangenehmer emotionaler Zustände zusammenhängt (Canning et al., 2020; Nealis & Mackinnon, 2018; Patock-Peckham & Corbin, 2019). In diesem Kontext stellen die Ergebnisse eine Erweiterung der Befundlage dar und veranschaulichen die dysfunktionalen Eigenschaften, die mit Gedanken dieser Art im Hinblick auf problematischen Alkoholkonsum verknüpft sind und geben einen Hinweis darauf, dass selbstmitgefühlbasierte Interventionsstrategien im Kontext von problematischem Alkoholkonsum bei selbstkritischen PerfektionistInnen einen vielversprechenden Behandlungsansatz darstellen können, da erhöhtes Selbstmitgefühl die Tendenz, negative Emotionen mit Alkohol zu bekämpfen, verringern könnte (Canning et al., 2020; Patock-Peckham & Corbin, 2019; Phelps et al., 2018; Wisener & Khoury, 2019).

8.2.6 Vermittelnde Einflüsse des Alkoholkonsums

In der siebten Fragestellung wurden die Nullhypothesen H_0 (7.1) und (7.2) verworfen, da keine signifikanten Zusammenhänge zwischen PSK und Alkoholkonsum festgestellt wurden. Die Alternativhypothese H_1 (7.3) wurde angenommen, da ein partiell vermittelnder Einfluss des Alkoholkonsums auf den unmedierten deutlichen Zusammenhang zwischen CMK und der psychischen Gesundheit gefunden wurde. Die Ausprägung perfektionistischer Sorgen war deutlich mit erhöhtem Alkoholkonsum verbunden, der wiederum einen mittleren negativen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aufwies. Alkoholkonsum erklärte diesen Zusammenhang zu 13.9%.

Die Alternativhypothese H_1 (7.4) wurde angenommen, da ein vollständig vermittelnder Einfluss des Alkoholkonsums auf den unmedierten schwachen Zusammenhang von CMK mit der körperlichen Gesundheit gefunden wurde. Selbstmitgefühl erklärte den Zusammenhang zu 30.2%.

Die Nullhypothese H_1 (7.5) wurde beibehalten, da kein vermittelnder Effekt von Alkoholkonsum auf den Zusammenhang zwischen PPK und der psychischen Gesundheit festgestellt wurde. Die Alternativhypothese H_1 (7.6) wurde angenommen, da unter Konstanthaltung des Geschlechts ein teilweise vermittelnder Effekt auf die unmedierte schwache Beziehung zwischen PPK und der körperlichen HRQoL festgestellt wurde, der den

Zusammenhang zu 17.2% erklärte. Ohne statistische Kontrolle des Geschlechts zeigte sich kein vermittelnder Effekt.

Diese Ergebnisse stellen eine Erweiterung des Forschungsstands dar. Der Zusammenhang zwischen multidimensionalen perfektionistischen Gedanken und gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie der vermittelnde Einfluss des Alkoholkonsums wurden bisher nicht untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Alkoholkonsum die Beziehung zwischen CMK und der psychischen Gesundheit teilweise erklären kann. Es bestehen zudem andere Faktoren, die die ungünstige Beziehung zwischen CMK und verringerter psychischer Gesundheit beeinflussen. Hier besteht der größte Anteil unerklärter Varianz durch andere Faktoren. Zudem bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des vermittelnden Einflusses des Alkoholkonsums auf den Zusammenhang zwischen PPK und der körperlichen Gesundheit. Insgesamt sind die Ergebnisse in Einklang mit Studien, die erhöhten Alkoholkonsum mit Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit assoziiert haben (Imtiaz et al., 2018; Ugochukwu et al., 2013), und deuten darauf hin, dass Personen mit häufigen maladaptiven perfektionistischen Gedanken Alkohol in einem Ausmaß konsumieren, das mit psychischen Folgeerscheinungen assoziiert ist. Die Ergebnisse belegen die univariaten Befunde der vorliegenden Arbeit und bekräftigen die in der Literatur berichteten Belege, die hohe Perfektionismusausprägungen mit schädlichem Alkoholkonsum assoziiert haben (Canning et al., 2020; Patock-Peckham & Corbin, 2019; Sherry et al., 2012).

8.2.7 Vorhersage der HRQoL und des Alkoholkonsums

Die Alternativhypothesen H_1 (8), H_1 (9.1) und H_1 (9.2) wurden angenommen, da signifikante Prädiktoren für die psychische und körperliche HRQoL sowie für den Alkoholkonsum verzeichnet wurden. Die Ergebnisse der Hauptfragestellungen erweitern die zuvor berichteten Ergebnisse, indem sie zeigen, dass das männliche Geschlecht und Selbstmitgefühl im Gesamtmodell, das alle Prädiktoren berücksichtigt, als prädiktive Faktoren für Alkoholkonsum angesehen werden können. Demnach kann das männliche Geschlecht als mittelhoher bis deutlicher Risikofaktor für erhöhten Alkoholkonsum angesehen werden, während das Ausmaß des Selbstmitgefühls als schwacher bis moderater Schutzfaktor für diesen bewertet werden kann. Ein akademisches Bildungsniveau kann tendenziell als alkoholkonsumsteigernder Faktor angesehen werden. Rund ein Drittel der Variabilität des Alkoholkonsums (32.3%) konnte durch die gewählten Prädiktoren erklärt werden.

Im Hinblick auf die psychische Gesundheit zeigte ein hauptberuflicher Erwerbstätigkeitsstatus einen schwachen und Selbstmitgefühl einen mittleren begünstigenden Vorhersagewert,

während die Anzahl psychischer Behandlungsgründe und der Alkoholkonsum jeweils schwache negative prognostische Werte aufwiesen. Alle Prädiktoren zusammen erklärten mit 38.9% etwas mehr als ein Drittel der Gesamtvariabilität der psychischen Gesundheit. Hauptberufliche Erwerbstätigkeit und Selbstmitgefühl können gemäß dem Modell als schwache bis moderate Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit angesehen werden, während Alkoholkonsum und psychische Behandlungsgründe als schwache Risikofaktoren bewertet werden können. Selbstmitgefühl stellte den stärksten einzelnen Prädiktor im Regressionsmodell dar. Alkoholkonsum stellte den größten beeinträchtigenden Prädiktor dar, dessen einzelner Erklärungswert größer als jener von psychischen Leiden in der Gegenwart oder Vergangenheit war.

Im Hinblick auf die körperliche Gesundheit zeigte Selbstmitgefühl einen mittelhohen positiven Erklärungswert, während das Vorliegen eines oder mehrerer körperlicher Leiden und Alkoholkonsum kleine bis mittelgroße negative Vorhersagekraft besaßen. Die Prädiktoren des Gesamtmodells erklärten 23.2% der Variabilität der körperlichen Gesundheit. Dabei wiesen physische Beschwerden den größten prädiktiven Wert für eine eingeschränkte körperliche Gesundheit auf, während Selbstmitgefühl den einzigen Schutzfaktor im Modell darstellte. Demnach kann im Gesamtmodell das Selbstmitgefühl als moderater Schutzfaktor für die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität bewertet werden, während körperliche Leiden sowie Alkoholkonsum als schwache bis moderate Risikofaktoren anzusehen sind.

Insgesamt bekräftigen die Ergebnisse die Studienlage, in der Selbstmitgefühl konsistent als robuster Prädiktor für die Gesundheit ermittelt wurde (z.B. Phillips & Hine, 2019; Sirois, 2020; Sirois & Molnar, 2017; Zessin et al., 2015). Zudem sind die Ergebnisse in Einklang mit der Studienlage hinsichtlich der negativen gesundheitlichen Auswirkungen von erhöhtem Alkoholkonsum (z.B. Griswold et al., 2018; Hapke et al., 2013; McCaul et al., 2017; McHugh & Weiss, 2019). Im Hinblick auf die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität erscheinen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eindeutiger als zuvor berichtete Ergebnisse (Imtiaz et al., 2018). Ebenfalls zeigten sich literaturkonform geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum. Ein erhöhtes Risiko für die körperliche und psychische Gesundheit besteht demnach für männliche Personen, die ein höheres Maß an Alkohol konsumieren (z.B. Bachmayer et al., 2020). Perfektionistische Gedanken zeigten keinen robusten Erklärungswert für Alkoholkonsum oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im Hinblick auf vorangegangene Studien ist es denkbar, dass ein Interaktionsterm aus Perfektionismus und Selbstmitgefühl in zukünftigen Studien einen höheren Erklärungswert darstellen könnte (Tobin & Dunkley, 2021; Yeshua et al., 2019).

8.3 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Studie konnte wichtige Forschungslücken und relevante Themen der gesellschaftlichen Gesundheit adressieren. Dennoch gilt es, auf Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse hinzuweisen. Zum einen handelte es sich um eine Querschnittstudie, die keine längsschnittlichen Entwicklungen abbilden kann. Zum anderen handelt es sich um eine anfallende Stichprobe, die überwiegend studentisch war und zudem zum Großteil aus weiblichen Teilnehmerinnen bestand. Es ist daher kein Anspruch auf Repräsentativität der Ergebnisse gegeben. Weiterhin handelt es sich um eine Erhebung im Feld, wodurch die Replizierbarkeit deutlich eingeschränkt ist (Bortz & Döring, 2006). Die Erhebungsmethoden beruhen überdies auf Selbsteinschätzung der Teilnehmenden, die zum einen eine vollständige Beantwortung der Fragen einschränkten (z.B. bei Diagnosen) und zum anderen diversen Verzerrungen, wie beispielsweise der Erinnerungsverzerrung und sozialer Erwünschtheit, unterliegen. Insbesondere bei Abfragen zum Alkoholkonsum sind Verzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht auszuschließen. Möglichkeiten, dem entgegen zu wirken, könnten in der Erfassung des Alkoholkonsums durch objektive Maße (z.B. Blutwerte) oder der Erfassung mittels Tagebüchern liegen. Die Erfassung mittels Tagebüchern stellt überdies einen vielversprechenden Ansatz zur Messung perfektionistischer Gedanken dar. Prestele und Kolleginnen (2020) stellten in einer Tagebuchstudie Fluktuationen der perfektionistischen Gedanken in Abhängigkeit von perfektionistischen Hinweisreizen fest. Dies deutet darauf hin, dass perfektionistische Gedanken neben einer Manifestation des Perfektionismus auf Merkmalsebene ebenfalls situationsabhängig sind (Prestele et al., 2020). Eine Erfassung der spezifischen Situationen sowie die zusätzliche Erfassung von Merkmalsperfektionismus könnte die Erklärungsmacht zukünftiger Studien erhöhen (Prestele et al., 2020; Stoeber et al., 2010). Im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Perfektionismus, Selbstmitgefühl und Alkoholkonsum würde diesbezüglich eine deutsche Übersetzung der *Revised Almost Perfect Scale* (Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001) eine nützliche Ergänzung darstellen, da diese unter anderem die perfektionistische Diskrepanz erfasst, der im Hinblick auf Alkoholkonsum eine maßgebliche Bedeutung zukommt (Canning et al., 2020; Patock-Peckham & Corbin, 2019).

Weiterhin sei auf die beobachteten inkonsistenten Mediationen verwiesen, die im Rahmen der Analysen der Hypothesen 5.3 und 6.3 auftraten. Diese weisen auf Suppressioneffekte hin, die möglicherweise ein rein statistisches Artefakt darstellen. Durch die Inklusion von Selbstmitgefühl erhöhte sich der Erklärungswert des Prädiktors über den indirekten Pfad (MacKinnon et al., 2000). Ein möglicher Grund hierfür könnte darin liegen,

dass die SCS-D sowohl positive als auch negative Aspekte des Selbstmitgefühls erfasst. Andere Autoren haben bereits darauf hingewiesen, dass die negativen Komponenten teilweise starke Gemeinsamkeiten zu ähnlichen Konstrukten wie beispielsweise der Selbstkritik aufweisen (Muris & Petrocchi, 2017) und dass durch eine Inklusion der negativ gepolten Items unerwünschte Varianzquellen wirksam werden könnten (Hupfeld & Ruffieux, 2011). Explorativ durchgeführte Analysen zeigten, dass die Suppressionseffekte unter Hinzunahme der negativen Selbstmitgefühlkomponenten als Mediator auftraten. Die positiven Subskalen zeigten teilweise partiell vermittelnde Einflüsse. Die weitere Untersuchung der in der Studie berichteten Zusammenhänge und die Ergründung möglicher weiterer Konstrukte, die einen vollständigeren theoretischen Rahmen bieten, stellen interessante Aspekte für zukünftige Studien dar. Neben der Analyse auf Komponentenebene des Selbstmitgefühls würden sich hier beispielsweise Konsummotive, emotionsregulatorische Strategien sowie Maße der sozialen Unterstützung und der wahrgenommenen Stressbelastung anbieten. Diese sollten idealerweise in Strukturgleichungsmodellen abgebildet werden, um die Komplexität der Zusammenhänge berücksichtigen zu können. Zudem sollten verschiedene Stichprobenszusammensetzungen gewählt werden (z.B. ausschließlich berufstätige Personen oder eine repräsentative Zusammensetzung aus der Allgemeinbevölkerung).

Abschließend ist anzumerken, dass sich die Gruppen mit der höchsten Frequenz sämtlicher Kognitionen im Mittel im Bereich des bedenklichen Alkoholkonsums befanden, sofern der von der WHO empfohlene Cutoff von acht Punkten herangezogen wird. Unter Berücksichtigung der Cutoff-Werte, die Moehring und Kollegen (2019) vorschlagen, befanden sich sämtliche Gruppen, ungeachtet des Geschlechts, im bedenklichen Bereich. Zur Interpretation und Einschätzung der Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse ist es diesbezüglich notwendig, den zeitlichen Rahmen der Untersuchungsdurchführung hervorzuheben. Die Datenerhebung fand im Sommer 2020 während der COVID-19-Pandemie statt. Verschiedene Quellen weisen darauf hin, dass ein Anstieg des Alkoholkonsums während dieser Zeit zu verzeichnen war und diese herausfordernde Zeit ebenfalls Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden der Allgemeinbevölkerung hatte (z.B. Jacob et al., 2021; Koppert, Jacobs, & Geenen, 2020; Kuehner, Schultz, Gass, Meyer-Lindenberg, & Dreßing, 2020; Stanton et al., 2020).

Literatur

- Abdollahi, A., Allen, K. A., & Taheri, A. (2020). Moderating the role of self-compassion in the relationship between perfectionism and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(4), 459–471. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00346-3>
- Asensio-Martínez, Á., Oliván-Blázquez, B., Montero-Marín, J., Masluk, B., Fueyo-Díaz, R., Gascón-Santos, S., . . . Magallón-Botaya, R. (2019). Relation of the psychological constructs of resilience, mindfulness, and self-compassion on the perception of physical and mental health. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 1155–1166. <https://doi.org/10.2147/prbm.s225169>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, U., & Monteiro, M. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Abgerufen am 20.11.2020 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2020*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bakker, A. M., Cox, D. W., Hubley, A. M., & Owens, R. L. (2019). Emotion regulation as a mediator of self-compassion and depressive symptoms in recurrent depression. *Mindfulness*, 10(6), 1169–1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1072-3>
- Baltes-Götz, B. (2020). Mediator- und Moderatoranalyse mit SPSS und PROCESS. Abgerufen am 19.11.2020 unter <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/medmodreg/medmod-reg.pdf>
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 139–148. <https://doi.org/10.1002/eat.20674>
- Barnett, M. D., & Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.004>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

- Beck, A., Rosenthal, A., Müller, C., Heinz, A., & Charlet, K. (2017). Alkohol. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (1. Aufl., S. 609–630). Heidelberg: Springer.
- Bergunde, L., & Dritschel, B. (2020). The shield of self-compassion: A buffer against disordered eating risk from physical appearance perfectionism. *PloS One*, *15*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227564>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906–914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, *3*(4), 308–317. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0106-5>
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 366–368. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.366>
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin: Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *108*(2-3), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.02.006>
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.28.2.143>
- Bullinger, M., Kirchberger, I., & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Journal of Public Health*, *3*(1), 21–36. <https://doi.org/10.1007/BF02959944>
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11–21). Göttingen: Hogrefe.

- Canning, J. R., Patock-Peckham, J. A., Walters, K. J., Bauman, D. C., Frohe, T., & Leeman, R. F. (2020). Perfectionism discrepancy and falling short of the ideal self: Investigating drinking motives and impaired control on the road to alcohol-related problems. *Personality and Individual Differences, 159*, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109909>
- Casale, S., Fioravanti, G., Rugai, L., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). What lies beyond the superordinate trait perfectionism factors? The perfectionistic self-presentation and perfectionism cognitions inventory versus the big three perfectionism scale in predicting depression and social anxiety. *Journal of Personality Assessment, 102*(3), 370–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1573429>
- Chen, G. (2019). The role of self-compassion in recovery from substance use disorders. *OBM Integrative and Complementary Medicine, 4*(2), 1–17. <https://doi.org/10.21926/obm-icm.1902026>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Crowell, D., & Madigan, D. J. (2021). Perfectionistic concerns cognitions predict burnout in college athletes: A three-month longitudinal study. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 1–19*. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2020.1869802>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin, 145*(4), 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*(3), 219–229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
- 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, 90*(3), 247–263. <https://doi.org/10.1111/papt.12107>
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2018). ICD-10-GM Version 2019. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope

- Substanzen (F10-F19). Abgerufen am 19.12.2020 unter <https://www.dimdi.de/static/de/-klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f10-f19.htm>
- Downey, C. A., Reinking, K. R., Gibson, J. M., Cloud, J. A., & Chang, E. C. (2014). Perfectionistic cognitions and eating disturbance: Distinct mediational models for males and females. *Eating Behaviors, 15*(3), 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.020>
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology, 20*(6), 754–764. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 60*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Dudenredaktion (Hrsg.), (o. J.). *Perfektionismus*. Abgerufen am 14.12.2020 unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Perfektionismus>
- Dunkley, D. M., Lewkowski, M., Lee, I. A., Preacher, K. J., Zuroff, D. C., Berg, J.-L., . . . Westreich, R. (2017). Daily stress, coping, and negative and positive affect in depression: Complex trigger and maintenance patterns. *Behavior Therapy, 48*(3), 349–365. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.06.001>
- Dunkley, D. M., Solomon-Krakus, S., & Moroz, M. (2016). Personal standards and self-critical perfectionism and distress: Stress, coping, and perceived social support as mediators and moderators. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 157–176). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_7
- Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today, 46*, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ellingwood, L., Espinoza, M.-A., Acevedo, M., & Olson, L. E. (2019). College student drinkers have higher self-compassion scores than nondrinkers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*(3), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9919-3>

- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness, 10*(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS One, 13*(2), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192022>
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed.). London: SAGE.
- Flett, G. L., Goldstein, A., Wall, A.-M., Hewitt, P. L., Wekerle, C., & Azzi, N. (2008). Perfectionism and binge drinking in Canadian students making the transition to university. *Journal of American College Health, 57*(2), 249–253. <https://doi.org/10.3200/jach.57.2.249-256>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(5), 1363–1381. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1363>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T., & Martin, T. R. (2007). The perfectionism cognitions inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 25*(4), 255–277. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0055-4>
- Flett, G. L., Molnar, D. S., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2012). A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 565–570. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.09.010>
- Flett, G. L., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism, worry, and rumination in health and mental health: A review and a conceptual framework for a cognitive theory of perfectionism. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 121–155). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_6
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Rose, A. L. (2020). Why perfectionism is antithetical to mindfulness: A conceptual and empirical analysis and consideration of treatment implications. *International Journal of Mental Health and Addiction, 1*-21. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00252-w>

- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *14*(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/bf01172967>
- Garner, A. R., Gilbert, S. E., Shorey, R. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2020). A longitudinal investigation on the relation between self-compassion and alcohol use in a treatment sample: A brief report. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *14*, 1–5. <https://doi.org/10.1177/1178221820909356>
- Gnilka, P. B., & Broda, M. D. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, *139*, 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.031>
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., . . . Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, *392*, 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, *37*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *Journal of Psychology*, *147*(4), 311–323. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.693138>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, *15*(1), 27–33.
- Hapke, U., von der Lippe, E., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(5-6), 809–813. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1699-0>
- Hassmén, P., Lundkvist, E., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Gustafsson, H. (2020). Coach burnout in relation to perfectionistic cognitions and self-presentation. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 17(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph17238812>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 269–288. <https://doi.org/10.1177/1088868315596286>
- Homan, K. J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055102917729542. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115–123. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000088>
- Imtiaz, S., Loheswaran, G., Le Foll, B., & Rehm, J. (2018). Longitudinal alcohol consumption patterns and health-related quality of life: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/dar.12503>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215–235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. Á., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., . . . Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*, 230(3), 932–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.020>
- Jacob, L., Smith, L., Armstrong, N. C., Yakkundi, A., Barnett, Y., Butler, L., . . . Tully, M. A. (2021). Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study

- in a sample of UK adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108488>
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801–814. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8>
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kempke, S., van Houdenhove, B., Claes, S., & Luyten, P. (2016). The role of perfectionism in chronic fatigue syndrome. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 101–118). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_5
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Kirby, J. N. (2017). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 432–455. <https://doi.org/10.1111/papt.12104>
- Kobori, O., Yoshie, M., Kudo, K., & Ohtsuki, T. (2011). Traits and cognitions of perfectionism and their relation with coping style, effort, achievement, and performance anxiety in Japanese musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 674–679. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.001>
- Koppert, T. Y., Jacobs, J. W. G., & Geenen, R. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on Dutch people with and without an inflammatory rheumatic disease. *Rheumatology*. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa842>
- Kropp, A., & Sedlmeier, P. (2019). What makes mindfulness-based interventions effective? An examination of common components. *Mindfulness*, 10(10), 2060–2072. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01167-x>
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.1.26>

- Kuehner, C., Schultz, K., Gass, P., Meyer-Lindenberg, A., & Dreßing, H. (2020). Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis*, 47(7), 361–369. <https://doi.org/10.1055/a-1222-9067>
- Kurth, B.-M., & Ellert, U. (2002). The SF-36 questionnaire and its usefulness in population studies: Results of the German Health Interview and Examination Survey 1998. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(4), 266–277. <https://doi.org/10.1007/BF01326408>
- Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2014). Exercise addiction: A study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Research*, 215(2), 410–416. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.010>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705–731. <https://doi.org/10.1017/S1352465814-000162>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.032>
- Mackinnon, S. P., Ray, C. M., Firth, S. M., & O'Connor, R. M. (2019). Perfectionism, negative motives for drinking, and alcohol-related problems: A 21-day diary study. *Journal of Research in Personality*, 78, 177–188. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.12.003>
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science*, 1, 173–181. <https://doi.org/10.1023/A:1026595011371>
- Marshall, E.-J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>

- McCaul, M. E., Hutton, H. E., Stephens, M. A. C., Xu, X., & Wand, G. S. (2017). Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking, alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *41*(4), 836–845. <https://doi.org/10.1111/acer.13350>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, *40*(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- McLaren, L., Gauvin, L., & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(3), 307–313. <https://doi.org/10.1002/eat.1023>
- Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *30*(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991>
- Merriam-Webster Dictionary (Eds.), (2020). *Perfectionism*. Abgerufen am 14.12.2020 unter <https://www.merriam-webster.com/dictionary/perfectionism>
- Moehring, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Bischof, G., John, U., & Meyer, C. (2019). Diagnostic performance of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting DSM-5 alcohol use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, *204*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.032>
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, *40*(5), 482–500. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.04.002>
- Molnar, D. S., Sadava, S. W., Flett, G. L., & Colautti, J. (2012). Perfectionism and health: A mediational analysis of the roles of stress, social support and health-related behaviours. *Psychology and Health*, *27*(7), 846–864.
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., & Sadava, S. (2020). A person-oriented approach to multidimensional perfectionism: Perfectionism profiles in health and well-being. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *38*(1), 127–142. <https://doi.org/10.1177/0734282919877754>
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., & Methot-Jones, T. (2016). Trying to be perfect in an imperfect world: Examining the role of perfectionism in the context of chronic illness. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 69–99). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_4

- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Nealis, L. J., & Mackinnon, S. P. (2018). "It was the best of times, it was the worst of times": A qualitative investigation of perfectionism and drinking narratives in undergraduate students. *Psychological Reports*, *121*(6), 1013–1036. <https://doi.org/10.1177/003329-4117745887>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2019). *Selbstmitgefühl: Ein bewährter Weg zu Selbstakzeptanz, innerer Stärke und Freundschaft mit sich selbst* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Arbor.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, *9*(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *13*, 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
- Pabst, A., Kraus, L., Matos, E. G. de, & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, *59*(6), 321–331. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000275>
- Patock-Peckham, J. A., & Corbin, W. R. (2019). Perfectionism and self-medication as mediators of the links between parenting styles and drinking outcomes. *Addictive Behaviors Reports*, *10*. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100218>
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *183*, 78–81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.026>
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2019). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, *15*(1), 113–139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>

- Prestele, E., & Altstötter-Gleich, C. (2019). Testgüte einer deutschen Version des Mehrdimensionalen Perfektionismus Kognitions-Inventars (MPCI-G). *Diagnostica*, *65*(1), 14–25. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000211>
- Prestele, E., Altstötter-Gleich, C., & Lischetzke, T. (2020). Is it better not to think about it? Effects of positive and negative perfectionistic cognitions when there is increased pressure to perform. *Stress and Health*, *36*(5), 639–653. <https://doi.org/10.1002/smi.2951>
- Pritchard, M. E., Wilson, G. S., & Yamnitz, B. (2007). What predicts adjustment among college students? A longitudinal panel study. *Journal of American College Health*, *56*(1), 15–21. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.1.15-22>
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (2007). Perfectionism and the five-factor model of personality. *Assessment*, *14*(4), 385–398. <https://doi.org/10.1177/1073191107303217>
- Rice, K. G., & van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, *57*(4), 439–450. <https://doi.org/10.1037/a0020221>
- Richardson, C. M. E., Hoene, T. H., & Rigatti, H. L. (2020). Self-critical perfectionism and daily drinking to cope with negative emotional experiences among college students. *Personality and Individual Differences*, *156*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.-2019.109773>
- Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2018). Trainee wellness: Self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, *33*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839>
- Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2012). Grundlagen diagnostischer Verfahren. In L. Schmidt-Atzert & M. Amelang (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 35–174). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-17001-0_2
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Stewart, S. H., Mackinnon, A. L., Mushquash, A. R., Flett, G. L., & Sherry, D. L. (2012). Social disconnection and hazardous drinking mediate the link between perfectionistic attitudes and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*(3), 370–381. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9291-8>
- Sirois, F. M. (2016). Perfectionism and health behaviors: A self-regulation resource perspective. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 45–67). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_3

- Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, *20*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8183-1>
- Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (2017). Perfectionistic strivings and concerns are differentially associated with self-rated health beyond negative affect. *Journal of Research in Personality*, *70*, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.06.003>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *34*(3), 130–145. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C. M., Lee-Baggley, D., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2020). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of unique contributions and mediating mechanisms in a sample of depressed individuals. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *38*(1), 112–126. <https://doi.org/10.1177/0734282919-877777>
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2018). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress, and Coping*, *31*(1), 4–20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1384466>
- Spitzer, N. (2016). *Perfektionismus und seine vielfältigen psychischen Folgen*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47476-1>
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., . . . Vandelanotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
- Stoeber, J., Edbrooke-Childs, J. H., & Damian, L. E. (2018). Perfectionism. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence* (2nd ed., pp. 1–7). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32132-5_279-2
- Stoeber, J., Kobori, O., & Brown, A. (2014). Examining mutual suppression effects in the assessment of perfectionism cognitions: Evidence supporting multidimensional assessment. *Assessment*, *21*(6), 647–660. <https://doi.org/10.1177/1073191114534884>
- Stoeber, J., Kobori, O., & Tanno, Y. (2010). The multidimensional perfectionism cognitions inventory–english (MPCI-E): Reliability, validity, and relationships with positive and

- negative affect. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 16–25. <https://doi.org/10.1080/00223890903379159>
- Stoeber, J., Lalova, A. V., & Lumley, E. J. (2020). Perfectionism, (self-)compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154, 109708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109708>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Strizek, J., & Uhl, A. (2016). *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015*. Band 1: Forschungsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Stutts, L. A., Leary, M. R., Zeveney, A. S., & Hufnagle, A. S. (2018). A longitudinal analysis of the relationship between self-compassion and the psychological effects of perceived stress. *Self and Identity*, 17(6), 609–626. <https://doi.org/10.1080/15298868.2017.1422537>
- Thew, G. R., Gregory, J. D., Roberts, K., & Rimes, K. A. (2017). The phenomenology of self-critical thinking in people with depression, eating disorders, and in healthy individuals. *Psychology and Psychotherapy*, 90(4), 751–769. <https://doi.org/10.1111/papt.12137>
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>
- Tozzi, F., Aggen, S. H., Neale, B. M., Anderson, C. B., Mazzeo, S. E., Neale, M. C., & Bulik, C. M. (2004). The structure of perfectionism: A twin study. *Behavior Genetics*, 34(5), 483–494. <https://doi.org/10.1023/b:bege.0000038486.47219.76>
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35(9), 851–860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
- Tyler, J., Mu, W., McCann, J., Belli, G., & Asnaani, A. (2020). The unique contribution of perfectionistic cognitions to anxiety disorder symptoms in a treatment-seeking sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(2), 121–137. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1798497>
- Ugochukwu, C., Bagot, K. S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., . . . Ishak, W. W. (2013). The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(1), 1–17. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182-7fd8aa>

- Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34261-5>
- Wetterling, T., & Veltrup, C. (1997). Screening (Erkennen der Alkoholproblematik). In T. Wetterling, & C. Veltrup (Hrsg.), *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen* (S. 7–16). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-60732-5_2
- Winkler, L. A.-D., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, *219*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002>
- Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Associations between specific mindfulness facets, self-compassion, internally motivated drinking, and alcohol-related problems. *Mindfulness*, *10*(10), 2073–2081. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01172-0>
- Wisener, M., & Khoury, B. (2020a). Is self-compassion negatively associated with alcohol and marijuana-related problems via coping motives? *Addictive Behaviors*, *111*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106554>
- Wisener, M., & Khoury, B. (2020b). Mindfulness facets, self-compassion, and drinking to cope: How do associations differ by gender in undergraduates with harmful alcohol consumption? *Journal of American College Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/07448481.-2020.1818758>
- Wisener, M., & Khoury, B. (2021). Specific emotion-regulation processes explain the relationship between mindfulness and self-compassion with coping-motivated alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors*, *112*, 106590. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106590>
- Woopen, C. (2014). Die Bedeutung von Lebensqualität aus ethischer Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *108*(2-3), 140–145. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.03.002>
- World Health Organization (1997). WHOQOL – Measuring quality of life. Abgerufen am 17.12.2020 unter https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Yeshua, M., Zohar, A. H., & Berkovich, L. (2019). "Silence! The body is speaking" – A correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychology, Health & Medicine*, *24*(2), 229–240. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546016>

- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zhang, J. W., Chen, S., & Tomova Shakur, T. K. (2020). From me to you: Self-compassion predicts acceptance of own and others' imperfections. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 46(2), 228–242. <https://doi.org/10.1177/0146167219853846>

Abkürzungsverzeichnis

A	Achtsamkeit
AGES	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
B	Unstandardisierter Regressionskoeffizient
CMK	Sorgen über Fehler Kognitionen
<i>df</i>	Anzahl der Freiheitsgrade
EMRO	Emotionale Rollenfunktion
<i>H</i>	Prüfgröße des Kruskal-Wallis-Test
I	Isolation
KI	Konfidenzintervall, Wertebereich, in dem sich der Populationsparameter mit 95%-iger Sicherheit befindet
KÖFU	Körperliche Funktionsfähigkeit
KÖRO	Körperliche Rollenfunktion
<i>M</i>	Arithmetisches Mittel
<i>Md</i>	Median
min/max	Minimum/Maximum, kleinster und größter Wert
<i>N</i>	Größe der Gesamtstichprobe
<i>n</i>	Größe der Teilstichprobe
<i>p</i>	Signifikanzniveau
PPK	Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen
PSK	Persönliche Standards Kognitionen
PSYC	Psychisches Wohlbefinden
<i>r</i>	Regressionskoeffizient
<i>R</i> ²	Bestimmtheitsmaß
SCHM	Körperliche Schmerzen
<i>SD</i>	Standardabweichung

<i>SE</i>	Standardfehler
SF	Selbstbezogene Freundlichkeit
SOFU	Soziale Funktionsfähigkeit
SV	Selbstverurteilung
<i>t</i>	t-Wert
ÜI	Überidentifikation
VH	Verbindende Humanität
VITA	Vitalität
α	Irrtumswahrscheinlichkeit (Fehler erster Art); ebenfalls Cronbachs Alpha Koeffizient (Interne Konsistenz)
β	Beta, standardisierter Regressionskoeffizient
η^2	Eta-Quadrat, standardisiertes Effektstärkenmaß
χ^2	Chi-Quadrat-Wert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior (CMPB; aus Hewitt et al., 2017, S.34)	13
Abbildung 2. Komponenten des Selbstmitgefühls (aus Neff & Germer, 2018, S. 24)	15
Abbildung 3. Flussdiagramm zur Rücklaufstatistik unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien	46
Abbildung 4. Verteilung des AUDIT-Summenscores (Alkoholkonsum) mit Median unter Berücksichtigung des Geschlecht der Teilnehmenden (n= 189)	50
Abbildung 5. Pfaddiagramm (5.3) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und psychischer Gesundheit (SP) als Outcome	66
Abbildung 6. Pfaddiagramm (5.5) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (PPK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und psychischer Gesundheit (SP) als Outcome	67
Abbildung 7. Pfaddiagramm (5.6) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (PPK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und körperlicher Gesundheit (SK) als Outcome	67

Abbildung 8. Pfaddiagramm (6.2) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Selbstmitgefühl (SC) als Mediator und Alkoholkonsum (AUDIT) als Outcome	68
Abbildung 9. Mediationsmodell (7.3) mit Sorgen über Fehler Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der psychischen Summenskala (SP) als Outcome	69
Abbildung 10. Pfaddiagramm (7.4) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der körperlichen Summenskala (SK) als Outcome unter Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmenden als Kovariate	70
Abbildung 11. Pfaddiagramm (7.6) mit Bedürfnis nach Perfektion Kognitionen (CMK) als Prädiktor, Alkoholkonsum (AUDIT) als Mediator und der körperlichen Summenskala (SK) als Outcome, unter Berücksichtigung der Kovariate Geschlecht	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Skalen und Beispielitems des MPCGI-G-R	36
Tabelle 2. Skalen und Beispielitems der SCS-D	37
Tabelle 3. Summenskalen, Subskalen und Beispielitems der SF-36	38
Tabelle 4. Skalen und Beispielitems des AUDIT	39
Tabelle 5. Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Median (Md) des Lebensalters in Jahren, das minimale sowie maximale Alter und mittlerer Rang bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden	47
Tabelle 6. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozent) zur Verteilung des Geschlechts der Teilnehmenden bezüglich des Wohnortes	47
Tabelle 7. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozent) zur Verteilung des Bildungsniveaus bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden	48
Tabelle 8. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zeilenprozent) zur Verteilung des Erwerbsstatus bezüglich des Geschlechts der Teilnehmenden	48
Tabelle 9. Häufigkeiten und Anteilswerte (Zellenprozent) zur Angabe von psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen	49
Tabelle 10. Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppeneinteilung der SCS-D	51
Tabelle 11. Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppeneinteilung der MPCGI-G-R-Skalen	51
Tabelle 12. Kennwerte der internen Konsistenz der verwendeten Erhebungsinstrumente und ihrer jeweiligen Skalen	52

Tabelle 13. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die studienrelevanten Skalenzusammenhänge (N= 185, listenweiser Fallausschluss)	52
Tabelle 14. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für die SF-36 Summen- und Subskalenzusammenhänge (N= 185, listenweiser Fallausschluss)	53
Tabelle 15. Kennwerte Summenskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der MPCIG-R Dimensionen PSK, CMK und PPK (n =Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	56
Tabelle 16. Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Mann-Whitney-U-Test) für die Dimension PSK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36	56
Tabelle 17. Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Tukey-HSD) für die Dimension CMK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36	57
Tabelle 18. Signifikanzbeurteilungen der paarweisen Vergleiche (Games-Howell) für die Dimension PPK bzgl. der Unterschiedlichkeit in den Summenskalen der SF-36	57
Tabelle 19. Kennwerte der Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung bzgl. der Kategorisierung der Dimension PPK des MPCIG-R (n =Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	57
Tabelle 20. Kennwerte der Subkalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der Dimension CMK des MPCIG-R (n =Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	57
Tabelle 21. Kennwerte der Subkalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung der Dimension PPK des MPCIG-R (n =Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	59
Tabelle 22. Kennwerte des Alkoholkonsums (AUDIT-Summenscore) bezüglich der Kategorisierung den Dimensionen des MPCIG-R (n =Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	60
Tabelle 23. Signifikanzbeurteilung der paarweisen Vergleiche in den MPCIG-R-Kategorien (Mann-Whitney-U-Tests)	60
Tabelle 24. Kennwerte der Summenskalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	62
Tabelle 26. Signifikanzbeurteilung der paarweiser Vergleiche in den Kategorien des Selbstmitgefühls (Mann-Whitney-U-Tests)	62
Tabelle 27. Kennwerte der Subkalen der SF-36 bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	63

Tabelle 28. Kennwerte des Alkoholkonsums bezüglich der Kategorisierung des SCS-D-Gesamtscores (n = Anzahl gültiger Fälle; paarweiser Fallausschluss)	64
Tabelle 29. Signifikanzbeurteilung der Unterschiedlichkeit im Alkoholkonsum anhand paarweiser Vergleiche (Mann-Whitney-U-Tests) zwischen den Kategorien des Selbstmitgefühls (SCS-D)	65
Tabelle 30. Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose des Alkoholkonsums (AUDIT) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 4 Blöcke; N =189)	72
Tabelle 31. Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose der psychischen HRQoL (SF-36) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 5 Blöcke; N =189)	74
Tabelle 32. Koeffizienten der multiplen linearen Regression zur Prognose der körperlichen HRQoL (SF-36) mittels blockweisem Einschluss (letzter Modellschritt, 5 Blöcke; N =185)	74