OPEN ACCESS

University of BRISTOL

Seiffge-Krenke, I., Persike, M., Tantaros, S., Saravia, J. C., Öncü, B., Çavdar, D., Perchec, C., Głogowska, K., & Rohail, I. (2019). Psychopathologie bei jungen Erwachsenen aus sieben Ländern: Einfluss identitätsbezogener Risikofaktoren. *Psychotherapeut*, *64*(2), 143-152. https://doi.org/10.1007/s00278-018-0319-8

Peer reviewed version

Link to published version (if available):
10.1007/s00278-018-0319-8

Link to publication record in Explore Bristol Research
PDF-document

This is the author accepted manuscript (AAM). The final published version (version of record) is available online via Springer Nature at https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00278-018-0319-8. Please refer to any applicable terms of use of the publisher.

University of Bristol - Explore Bristol Research
General rights

This document is made available in accordance with publisher policies. Please cite only the published version using the reference above. Full terms of use are available:
http://www.bristol.ac.uk/red/research-policy/pure/user-guides/ebr-terms/

Psychotherapeut
https://doi.org/10.1007/s00278-018-0319-8

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Inge Seiffge-Krenke[1] · Malte Persike[1] · Spyridon Tantaros[2] · Juan Carlos Saravia[3] · Bedriye Öncü[4] · Duygu Çavdar[5] · Cyrille Perchec[6] · Karolina Głogowska[7] · Iffat Rohail[8]

[1] Psychologisches Institut, Universität Mainz, Mainz, Deutschland
[2] University of Athens, Athen, Griechenland
[3] Pontificia Universidad Catolica, Lima, Peru
[4] Ankara Medical School, Ankara, Türkei
[5] University of Bristol, Bristol, Großbritannien
[6] University of Bordeaux, Bordeaux, Frankreich
[7] University of Bydgoszcz, Bydgoszcz, Polen
[8] Foundation University Islamabad, Islamabad, Pakistan

Psychopathologie bei jungen Erwachsenen aus sieben Ländern

Einfluss identitätsbezogener Risikofaktoren

Aufgrund der Zunahme insbesondere identitätsbezogener Störungen bei jungen Erwachsenen in Deutschland ist es dringend geboten, die auslösenden Faktoren zu identifizieren. Betroffen sind nicht nur junge deutsche, sondern auch ausländische Menschen, die aufgrund der wachsenden Mobilität und der Möglichkeit von Studienabschlüssen bzw. Berufsausbildungen zahlreich in die Bundesrepublik kommen. Bisherige kulturvergleichende Studien zur Psychopathologie haben es versäumt, Risikofaktoren zu kontrollieren, die sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich auswirken können und so die Einschätzung des „wahren" Kultureffekts verunmöglichen. In der vorliegenden Studie an Probanden aus 7 Ländern wurde der länderspezifische Einfluss auf die Psychopathologie junger Erwachsener untersucht. Potenzielle Risikofaktoren, die zur Verzerrung beitragen, wurden auspartialisiert.

Hintergrund

Sensibilität für kulturelle Unterschiede in der Symptombelastung ist ein wichtiges Ziel, das vor der zunehmenden Zahl ausländischer Patienten im stationären und im ambulanten Setting psychosomatischer und psychotherapeutischer Kliniken sowie Psychiatrien an Bedeutung gewinnt (Bermejo et al. 2010; Koch et al. 2007). Gegenwärtig liegt der Fokus verständlicherweise auf ausländischen Patienten, die oft nach traumatisierenden Erfahrungen in eine Behandlung kommen. Durch die wachsende Mobilität und die Möglichkeit von Studienabschlüssen bzw. Berufsausbildungen in anderen Ländern kommt zudem eine große Zahl junger Leute in die Bundesrepublik, die in der Regel einen guten Bildungshintergrund haben, aber dennoch mit den beruflichen und Studienanforderungen nicht gut zurechtkommen sowie mit Arbeits- und Beziehungsproblemen Beratungsstellen aufsuchen (Seiffge-Krenke 2017). Sie weisen eine Vielzahl von Störungen auf; besonders auffällig ist die Zunahme an identitätsbezogenen Störungen. Hier betragen die Prävalenzraten für Identitätsprobleme 18 % und für Identitätsdiffusion zwischen 9 % und 12 % (Gfellner und Córdoba 2011). Ganz generell zeigen die Prävalenzzahlen in der Bundesrepublik eine Zunahme psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen (Alter 18 bis 34 Jahre; Jacobi und Groß 2014); dies deutet darauf hin, dass die Belastungen dieser Entwicklungsphase nicht ganz spurlos an den jungen Leuten vorbeigehen (Seiffge-Krenke 2015). Es erscheint dringend geboten, mehr über junge Leute aus Deutschland, aber auch aus anderen Ländern zu wissen und Informationen darüber zu haben, welche Faktoren an der Zunahme von Symptombelastungen beteiligt sind. Angesichts der doch recht hohen Symptombelastung junger Erwachsener und der zunehmenden kulturellen Diversität in westlichen Industrieländern, so auch Deutschland, ist es erstaunlich, dass bislang nur 4 % der Studien Populationen außerhalb von Europa und Nordamerika untersucht haben (Svandson 2016).

Für die vorliegende Studie wurden identitätsbezogene Risikofaktoren ausgewählt und im Zusammenhang mit inter- und externalisierenden Symptomen untersucht. Diese Risikofaktoren sind zu kontrollieren, da sie sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich auswirken können und so eine Einschätzung des „wahren" Kultureffekts verunmöglichen.

Rapide soziale und technologische Veränderungen, eine steigende Pluralität von Werten und wachsende strukturelle Unsicherheit haben die Identitätsentwicklung junger Menschen in vielen Ländern unsicherer und belastender gemacht (Arnett 2004). Es gibt zudem Hinweise darauf, dass – zumindest in

Published online: 10 December 2018

den westlichen Industrienationen – ein dysfunktionales elterliches Erziehungsverhalten die Identitätsentwicklung beeinträchtigen und so zu einer Zunahme psychischer Störungen führen kann (Barber 2002; Lemoyne und Buchanan 2011). In dieser Studie wurden daher die Identitätsentwicklung und das mütterliche Erziehungsverhalten als potenzielle Risikofaktoren ausgewählt, die länderspezifisch zu einem unterschiedlichen Niveau der Symptombelastung führen können. Sie sind nicht nur zu kontrollieren, wenn man zu einer angemesseneren Einschätzung der Symptombelastung kommen will, sondern sie sind auch in den Behandlungsansätzen und Interventionsstrategien zu berücksichtigen.

In Eriksons (1968) Ansatz war der kulturelle Einfluss auf die Identitätsentwicklung unverkennbar; auch Zusammenhänge zwischen Identitätsentwicklung und Psychopathologie wurden früh konzeptualisiert. Tatsächlich hatten in den folgenden Dekaden etliche Studien belegt, dass eine problematische Identitätsentwicklung mit zahlreichen psychischen Störungen zusammenhängt (z. B. Kroger und Marcia, 2011; Übersicht bei Klimstra und Denissen 2017). Es ist daher schlüssig, dass Identitätskonflikte und Identitätsdiffusion in die Diagnostik des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) integriert wurden, mit dem Hinweis, dass diese diagnostisch bei zahlreichen Störungsbildern wie Ess- und Persönlichkeitsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, Depression oder Angststörungen auftreten können (Lillevoll et al. 2013).

In Studien an deutschen Stichproben wurde gefunden, dass sich die Identitätsentwicklung zeitlich in das junge Erwachsenenalter hinausgeschoben hat, dass Patienten besonders retardiert sind und dass ein dysfunktionales Elternverhalten in der klinischen Gruppe an der verzögerten Identitätsentwicklung beteiligt war (Escher und Seiffge-Krenke 2017; Seiffge-Krenke und Escher 2018). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Metaanalyse von Kroger et al. (2010), die eine verzögerte Identitätsentwicklung bei jungen Leuten in vielen westlichen Ländern belegt. In der Folge der Arbeiten von Erikson (1968) fanden sich empirisch als zentrale Dimensionen der Identität Exploration (in die Tiefe und Breite) sowie Commitment (eine Verpflichtung eingehen und sich mit ihr identifizieren). Während noch vor einigen Jahrzehnten eine Exploration in die Tiefe (z. B. beruflich: eine immer stärkere Spezialisierung) charakteristisch war, wurde in jüngster Zeit festgestellt, dass junge Leute stärker in die Breite explorieren, d. h., verschiedenen beruflichen Alternativen nachgehen. Auch für die Commitment-Dimension zeigte sich, dass, eine Verpflichtung einzugehen, ein Anteil war; ein weiterer war die Identifikation mit dieser Entscheidung, was ein noch stärkeres Commitment bedeutet (Schwartz et al. 2005; Luyckx et al. 2014) Neu ist des Weiteren eine fünfte Identitätsdimension, die ruminative Exploration, d. h. eine ständige Exploration ohne jegliches Festlegen; diese Identitätsdimension ist besonders mit Psychopathologie assoziiert (Klimstra und Denissen 2017). In mehrere Studien wurden Zusammenhänge zwischen internalisierenden Störungen, insbesondere Depression, und Identitätsbeeinträchtigungen, berichtetet (z. B. Luyckx et al. 2008; Klimstra und Denissen 2017), wobei gerade die ruminative Exploration zu klinischen Auffälligkeiten führte. Dieser Zusammenhang wurde auch an deutschen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und einer Gruppe von Patienten gefunden (Seiffge-Krenke und Escher 2017). Zusammenhänge mit externalisierenden Störungen waren seltener nachweisbar (Crocetti et al. 2013).

Die Frage, inwiefern elterliche dysfunktionale Erziehungsverhaltensweisen die Identitätsentwicklung ihrer Kinder beeinträchtigen (Luyckx et al. 2007), und wie sich dies auf die Symptombelastung der Kinder auswirkt, ist aufgrund der Zunahme an psychischen Störungen im Übergang zum Erwachsenenalter (Lambert et al. 2013) ebenfalls von unmittelbarer klinischer Relevanz. In der Tat machen Studien der letzten Jahre deutlich, dass Eltern ihre „Kinder“ unangemessen lange unterstützen (Seiffge-Krenke und Escher 2018) und mit einem ängstlichem Monitoring deren Schritte ins Erwachsenenleben begleiten (Seiffge-Krenke 2009; Soenens und Vansteenkiste 2010). Im Kontext der Beeinträchtigung der Identitätsentwicklung – und der Entwicklung von Psychopathologie – hat sich ein weiterer elterlicher Erziehungsstil als problematisch erwiesen. Die psychologische Kontrolle, zunächst nur aus den Arbeiten von Margaret Mahler über klinisch auffällige Mütter mit kleinen Kindern bekannt, wurde in den letzten Jahren bei einer Vielzahl von Untersuchungen in klinisch und nichtklinisch auffälligen Familien mit erwachsenen Kindern gefunden (Barber 2002; Barber et al. 2005). Sie umfasst intrusives Verhalten, Schuldgefühle machen, den jungen Erwachsene in eine bestimmte Entwicklungsrichtung drängen etc. und führt zu hoher Symptombelastung bei den Kindern (Marano 2008).

Design der Studie und Fragestellungen

In einer kulturvergleichenden Studie an 7 Ländern wurde daher der länderspezifische Einfluss auf die Psychopathologie junger Erwachsener untersucht, wobei potenzielle Risikofaktoren, die zur Verzerrung beitragen, kontrolliert werden sollen. Der Fokus liegt auf der Identitätsentwicklung, da sie eine universelle Entwicklungsaufgabe ist, aber möglicherweise von jungen Erwachsenen in verschiedenen Ländern nicht gleichermaßen als belastend erlebt wird und daher in unterschiedlicher Weise zur Symptombelastung beitragen mag. In ähnlicher Weise ist zu erwarten, dass elterliches Erziehungsverhalten einflussreich ist, sowohl in Bezug auf die Identitätsentwicklung als auch in Bezug auf die Symptombelastung, und dass dieser Einfluss sich bei jungen Erwachsenen aus verschiedenen Ländern unterschiedlich auswirkt. Das Auspartialisieren dieser potenziellen identitätsbezogenen Risikofaktoren liefert möglicherweise Informationen, die auf einen einzigartigen Einfluss des Landes auf die Symptombelastung hindeuten könnten, ein Ergebnis, dass bei verstärktem Einbezug kultureller Aspekte in die Gesundheitsversorgung zunehmend wichtig wird (Bermejo et al. 2010).

Psychotherapeut https://doi.org/10.1007/s00278-018-0319-8
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

I. Seiffge-Krenke · M. Persike · S. Tantaros · J. C. Saravia · B. Öncü · D. Çavdar · C. Perchec · K. Głogowska · I. Rohail

Psychopathologie bei jungen Erwachsenen aus sieben Ländern. Einfluss identitätsbezogener Risikofaktoren

Zusammenfassung

Die Studie untersucht den Einfluss von Kultur und Geschlecht auf Psychopathologie nach Kontrolle von identitätsbezogenen Risikofaktoren. Es beantworteten 2113 junge Erwachsenen aus 7 Ländern (Frankreich, Deutschland, Polen, Griechenland, Türkei, Peru und Pakistan) Fragenbogen zu Symptombelastung, Identitätsentwicklung und Familienbeziehungen. Nach Kontrolle der Risikofaktoren verschwand der starke Ländereffekt auf die Symptombelastung. Während sich in westlichen Ländern kaum Geschlechtseffekte fanden, gaben in Ländern wie der Türkei, Polen, Peru und Pakistan Männer wesentlich höhere Symptombelastungen an als Frauen. Im Sinne des DSM-5 wurden eine Schwächung des Kultureffekts und eine gewisse Universalität von psychischen Symptomen festgestellt, mit deutlicher Interaktion Land × Geschlecht. Neu ist die größere Vulnerabilität der Männer in einigen Ländern.

Schlüsselwörter

Familienbeziehungen · Persönlichkeitsentwicklung · Kulturvergleich · Geschlecht · Fragebogenerhebung

Psychopathology in emerging adults in seven countries. Impact of identity-related risk factors

Abstract

The study examined the influence of culture and gender on psychopathology after controlling for identity-related risk factors. A total of 2113 young adults from 7 countries (France, Germany, Poland, Greece, Turkey, Peru and Pakistan) answered a questionnaire on symptom burden, identity development and family relationships. After controlling for identity-related risk factors (e. g. identity development, maternal upbringing styles), the strong country effect on symptom burden disappeared. While there were practically no gender effects in western countries, in countries such as Peru, Pakistan, Poland and Turkey men reported significantly higher symptom burdens than women. In accordance with DSM-5, a weakening of the cultural effect and a certain universality of mental symptoms was found with a clear interaction between country × and gender. New is the greater vulnerability of men in some countries.

Keywords

Family relationships · Personality development · Cross-cultural comparison · Gender · Questionnaire

Zu diesem Zweck ist es essenziell, das Niveau der Symptombelastung mit einem standardisierten Instrument zu erfassen, wie mit dem Young Adult Self Report (YASR), der internalisierende (e. g. „anxious"/„depressed") und externalisierende Symptome (e. g. „delinquent"/„aggressive") misst. Er wurde in verschiedenen Ländern und mit guter Reliabilität eingesetzt (Ivanova et al. 2015); dabei zeigten sich enorme länderspezifische Unterschiede in den Mittelwerten. Es wurde allerdings eine große Altersspanne (von 18 bis 59 Jahre) untersucht, sodass spezifische Aussagen für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen nicht möglich sind. Insbesondere für Studierende, etwa im Vergleich zu gleichaltrigen Berufstätigen, wurde in westlichen Industrienationen, so auch in Deutschland, ein Zusammenhang zwischen verzögerter Identitätsentwicklung und Psychopathologie nachgewiesen (Seiffge-Krenke 2017). Die Stichprobengröße wurde auf $n = 300$ pro Land und der Altersbereich auf 20 bis 24 Jahre festgelegt. Die untersuchten jungen Erwachsenen kamen aus einem vergleichbaren Entwicklungskontext; sie waren Studenten und lebten in großen Universitätsstädten.

Die Hauptfragestellung bezieht sich entsprechend auf die Ermittlung von länderspezifischen Effekten auf die Symptombelastung. Da sowohl in der Identitätsentwicklung als auch in den elterlichen Erziehungsstilen sowie der Symptombelastung (z. B. McNeely und Barber 2010) Länder- und Geschlechtseffekte gefunden wurden, sollten die relativen Einflüsse von Land und Geschlecht untersucht werden, wenn die Kovariaten Identitätsentwicklung und Familienbeziehungen auspartialisiert werden.

Im ersten Schritt wurde die Varianz in den Kovariaten untersucht; hier wurden entsprechende Variationen in der Identitätsentwicklung und im wahrgenommenen elterlichen Verhalten erwartet (Kagitcibasi 2005; Kroger et al. 2010). Die Studie beschränkt sich auf das wahrgenommene mütterliche Erziehungsverhalten, und zwar mütterliche Unterstützung, mütterliche psychologische Kontrolle und mütterliches ängstliches Monitoring. Es wurden mit deutlichen Variationen zwischen diesen Kovariaten gerechnet, insbesondere zwischen Ländern, die eher individualistische Erziehungsprinzipen pflegen (wie etwa in Deutschland und Frankreich und solchen, in denen kollektivistische Prinzipien wichtiger sind (z. B. Peru und Pakistan), mit potenziellen Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung und möglicherweise in der Folge auf die Symptombelastung.

Methoden

Stichprobe

Es wurden 2113 junge Erwachsene aus 7 Ländern (Frankreich, Deutschland, Türkei, Griechenland, Peru, Pakistan und Polen) untersucht, mit etwa 300 Teilnehmern/Land. Das mittlere Alter der Teilnehmenden betrug 22,0 Jahre (SD ± 2,04 Jahre); das Geschlechtsverhältnis war mit Ausnahme der Türkei ausgeglichen. Wie ◘ **Tab. 1** zeigt, ergaben sich erwartungsgemäß deutliche Unterschiede in der Familienstruktur, der Anzahl von

Tab. 1 Soziodemografische Charakteristiken der Stichprobe

Land	Stichprobe		Alter (Jahre)		Anzahl (*n*) der Geschwister		„High school" und darüber		Zweieltern-haushalt (%)	Hat Partner/in (%)	Lebt mit …		
	n	Weibl. (%)	M	SD	M	SD	Mutter (%)	Vater (%)			Eltern (%)	Partner (%)	Allein oder mit anderen (%)
Frankreich	230	64,3	21,7	±1,80	1,7	±1,78	76,1	60,4	60,4	54,3	19,6	19,1	61,3
Deutschland	357	61,6	23,9	±2,73	1,1	±0,92	77,6	89,9	88,8	61,1	4,5	6,4	89,1
Türkei	307	87,0	21,9	±2,63	2,0	±1,37	59,5	76,7	91,9	51,8	64,7	4,9	30,4
Griechenland	300	64,0	22,7	±3,57	1,4	±1,21	k. A.	k. A.	78,0	52,7	57,5	9,9	32,7
Peru	313	52,4	21,5	±1,61	1,4	±1,04	k. A.	k. A.	79,9	44,1	k. A.	k. A.	k. A.
Pakistan	302	52,3	21,1	±1,24	3,6	±1,75	80,7	92,8	88,9	31,4	86,8	1,4	11,8
Polen	304	63,2	20,9	±1,21	1,5	±1,20	75,8	57,8	79,8	56,6	67,0	2,7	30,3

k. A. keine Antwort

Unterschiede zwischen den Ländern wurden mithilfe des χ^2-Tests bzw. einer „analysis of variance" (ANOVA) abgetestet. Es ergaben sich für Geschlecht ($p < 0{,}001$), Schulbildung der Eltern ($p < 0{,}001$), Alter ($p < 0{,}001$), Anzahl der Geschwister ($p < 0{,}001$), Berufstätigkeit von Mutter ($p < 0{,}001$) und Vater ($p < 0{,}001$) sowie der Wohnsituation ($p < 0{,}001$) signifikante Unterschiede zwischen den Ländern

Kindern pro Familie, der Wohnsituation und dem Partnerschaftsstatus.

Messinstrumente

Symptombelastung. Zur Erfassung der Symptombelastung wurde der YASR (Achenbach 1997; Ivanova et al. 2015), ein 110 Items umfassendes Selbstberichtinstrument verwendet, das zahlreiche psychische und körperliche Symptome erhebt. Der Faktor internalisierende Störungen wurde anhand von 16 Items mit den Subskalen Ängstlichkeit/Depressivität (9 Items) und körperliche Beschwerden (7 Items) ermittelt. Der Faktor externalisierende Störungen mit 15 Items umfasst die Subskalen: aggressives Verhalten (9 Items) und delinquente Verhaltensweisen (6 Items). Die Aussagen sind auf einer 3-stufigen Skala von 0: „nicht zutreffend" bis 2: „trifft genau/häufig zu" für die vergangenen 6 Monate einzuschätzen. In dieser Stichprobe variierte Cronbachs α zwischen 0,79 and 0,83 über die Länder.

Identitätsentwicklung. Alle Teilnehmer beantworteten die Dimensions of Identity Development Scale (DIDS; Luyckx et al. 2008). Jede der 5 Identitätsdimensionen (Exploration in die Tiefe, Exploration in die Breite, Commitment eingehen und Identifizierung mit dem Commitment sowie ruminative Exploration) wurde durch 5 Items erfasst und auf einer 5-Punkte-Likert-Skala eingestuft (1: „trifft kaum zu" bis 5: „trifft vollkommen zu"). Die mittleren Werte für Cronbachs α über die 7 Länder betrugen 0,84 (Exploration in die Tiefe), 0,81 (Exploration in die Breite), 0,91 (Commitment eingehen), 0,88 (Identifikation mit Commitment) und 0,80 (ruminative Exploration).

Wahrgenommene mütterliche Erziehungsstile. Das Verfahren zur Erfassung mütterlicher Erziehungsstile enthielt 17 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Abstufungen 1: „gar nicht belastend" bis 5: „sehr belastend" angegeben werden konnten. Zur Erfassung der mütterlichen Unterstützung wurden 5 Items aus dem Adolescent Family Process Measure (AFP) (Vazsonyi et al. 2003) verwendet. Des Weiteren wurden 6 Items aus dem Verfahren von Barber et al. (2005) zur Ermittlung elterlicher psychologischer Kontrolle eingesetzt sowie 6 Items aus einem Verfahren von Kins et al. (2013), das ängstliches Monitoring untersucht. Der mittlere Wert für Cronbachs α über die 7 Länder betrug für mütterliche Unterstützung 0,88, für ängstliches mütterliches Monitoring 0,84 und für mütterliche psychologische Kontrolle 0,81.

Durchführung und Auswertung

Die Erhebung fand an Studenten in Universitätsstädten statt, um die Varianz bezüglich Urbanisation und Ausbildung einzugrenzen. Die Studie wurde im jeweiligen Land von der Ethikkommission der betroffenen Universität genehmigt. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde von 90 % der potenziellen Teilnehmer unterzeichnet. Die Erhebung erfolgte seminarweise. Es waren 13 % der potenziellen Teilnehmer am Tag der Erhebung abwesend, sodass sich die Dropout-Rate auf 23 % belief. Zunächst wurden Regressionen getrennt für jedes Land berechnet, bei der die internalisierenden und externalisierenden Symptom-Scores die Kriterien waren und die beiden Kovariaten mütterlicher Erziehungsstil (Unterstützung, psychologische Kontrolle und ängstliches Monitoring) und Identität (5 Identitätsdimensionen) als Prädiktoren dienten. Diese Regressionen lieferten Regressionsresiduale, bei denen die beiden Kovariaten per Land auspartialisiert wurden. Die Psychopathologie-Scores wurden dann als abhängige Variablen in eine „multivariate analysis of variance" (MANOVA) einbezogen, mit Geschlecht und Land als Faktoren. Paarweise Unterschiede wurden mithilfe des Tukey HSD Post-Hoc Test (HSD: „honestly significant difference") geprüft; die erklärte Varianz wurde als Effektstärke berechnet.

Tab. 2 Mittelwertsunterschiede in Bezug auf Identitätsdimensionen und mütterliche Erziehungsstile bei jungen Erwachsenen aus 7 Ländern

Parameter	Frankreich	Deutschland	Griechenland	Pakistan	Peru	Polen	Türkei	F	*p*	η^2
	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)	M (± SD)			
Exploration in die Breite/Tiefe	2,58 (± 0,67)	3,15 (± 0,61)	3,75 (± 0,55)	3,59 (± 0,74)	3,81 (± 0,54)	3,66 (± 0,60)	3,93 (± 0,55)	67,546	<0,001	0,184
Commitment und Identifikation mit Commitment	2,34 (± 0,92)	3,50 (± 0,49)	3,80 (± 0,85)	3,76 (± 1,10)	3,66 (± 0,91)	3,56 (± 0,88)	3,87 (± 0,68)	24,424	<0,001	0,076
Ruminative Exploration	2,68 (± 0,99)	3,05 (± 0,60)	3,09 (± 0,86)	2,98 (± 0,96)	2,81 (± 0,97)	2,92 (± 0,97)	3,08 (± 0,78)	5,117	<0,001	0,017
Mütterliche Unterstützung	2,56 (± 0,52)	3,68 (± 0,44)	3,91 (± 0,87)	4,00 (± 0,79)	4,27 (± 0,80)	4,05 (± 0,92)	3,90 (± 0,75)	65,099	<0,001	0,179
Mütterliche psychologische Kontrolle	2,83 (± 0,53)	2,33 (± 0,46)	2,26 (± 0,77)	3,04 (± 0,83)	2,53 (± 0,81)	2,59 (± 0,77)	2,71 (± 0,90)	28,105	<0,001	0,086
Mütterliches ängstliches Monitoring	2,29 (± 0,68)	2,90 (± 0,45)	2,90 (± 0,82)	3,50 (± 0,87)	2,99 (± 0,81)	2,91 (± 0,85)	3,01 (± 0,83)	29,31	<0,001	0,089

Ergebnisse

Vorhersage der Psychopathologiewerte durch identitätsbezogene Variablen und mütterliche Erziehungsstile

Regressionsanalysen zeigten dass, mit Ausnahme der Explorations- und Commitment-Variablen des DIDS, alle anderen Prädiktoren signifikant internalisierende Symptome vorhersagten (multivariate R = 0,381): ruminative Exploration (b = 0,18, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}031$), mütterliche Unterstützung (b = –0,06, $p = 0{,}009$, partial $\eta^2 = 0{,}001$), mütterliche psychologische Kontrolle (b = 0,12, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}023$) und ängstliches Monitoring (b = 0,11, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}021$). Die bedeutet, dass ruminative Exploration, psychologische Kontrolle und ängstliches Monitoring positiv und Unterstützung negativ mit internalisierenden Symptomen assoziiert waren. Externalisierende Symptome wurden ebenfalls negativ durch mütterliche Unterstützung (b = –0,12, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}009$) und positiv durch mütterliche psychologische Kontrolle (b = 0,19, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}043$) sowie ängstliches Monitoring (b = 0,12, $p < 0{,}001$, partial $\eta^2 = 0{,}031$) vorhergesagt (multivariates R = 0,329). Die Identitätsvariablen leisteten keinen signifikanten Beitrag.

Psychopathologiewerte vor und nach dem Auspartialisieren der Kovariaten

Eine Inspektion der Mittelwerte und Standardabweichungen in den Dimensionen der Identität und den verschiedenen mütterlichen Erziehungsstilen zeigte eine große Variation über die Länder auf (**Tab. 2**). In praktisch allen untersuchten Dimensionen finden sich signifikante Unterschiede zwischen jungen Erwachsenen aus den 7 Ländern; besonders groß sind sie in Bezug auf Identitätsexploration und mütterliche Unterstützung.

Diese Unterschiede sprachen dafür, diese Kovariaten auszupartialisieren, bevor der Effekt von Land und Geschlecht auf die Symptombelastung erneut bestimmt wurde. Die Mittelwerte der beiden Psychopathologie-Scores sind **Abb. 1a und 2a** zu entnehmen, die entsprechenden Werte nach Auspartialisieren der Kovariaten sind **Abb. 1b und 2b** zu entnehmen.

Zunächst wurden ein signifikanter Ländereffekt auf internalisierende Symptome (F = 148,0; df = 6, 2026; $p < 0{,}001$; partial $\eta^2 = 0{,}290$), ein signifikanter Effekt des Geschlechts (F = 32,7; df = 1, 2026; $p < 0{,}001$; partial $\eta^2 = 0{,}013$) und eine signifikante Interaktion (F = 2,22; df = 6, 2026; $p = 0{,}040$; partial $\eta^2 = 0{,}007$) festgestellt. Wie in **Abb. 1** deutlich ist, unterteilen sich die Symptom-Scores in 3 Gruppen: Die höchsten Werte berichten junge Erwachsene aus der Türkei und Griechenland, gefolgt von Altersgenossen aus Frankreich und Polen; die niedrigsten Scores berichten deutsche, peruanische und pakistanische junge Erwachsene (alle paarweise $p < 0{,}001$). Generell berichten Männer höhere Werte in internalisierenden Symptomen als Frauen, aber nicht in allen Ländern: Die Werte sind nichtsignifikant verschieden in Frankreich, Deutschland, der Türkei und Griechenland (alle paarweise $p > 0{,}87$), während in den übrigen Ländern Männer höhere Werte aufweisen als Frauen (alle paarweise $p < 0{,}02$).

Nach dem Auspartialisieren hatte das Land keinen signifikanten Einfluss mehr auf die Belastung durch internalisierende Symptome ($p = 0{,}871$). Der signifikante Geschlechtseffekt blieb erhalten (F = 27,2; $df = 1$, 2026; $p < 0{,}001$; partial $\eta^2 = 0{,}014$), ebenso wie die signifikante Interaktion Land × Geschlecht (F = 3,89; $df = 6$, 2026; $p = 0{,}029$; partial $\eta^2 = 0{,}008$). Wiederum berichteten Männer höhere Werte als Frauen; die Werte waren unterschiedlich in Peru, Pakistan, der Türkei und Polen (alle paarweise $p < 0{,}03$), aber ähnlich in Frankreich, Deutschland und Griechenland (alle paarweise $p \geq 0{,}10$).

Bezüglich der externalisierenden Symptombelastung zeigten die Werte zunächst einen signifikanten Ländereffekt (F = 122,0; $df = 6$, 2026; $p < 0{,}001$;

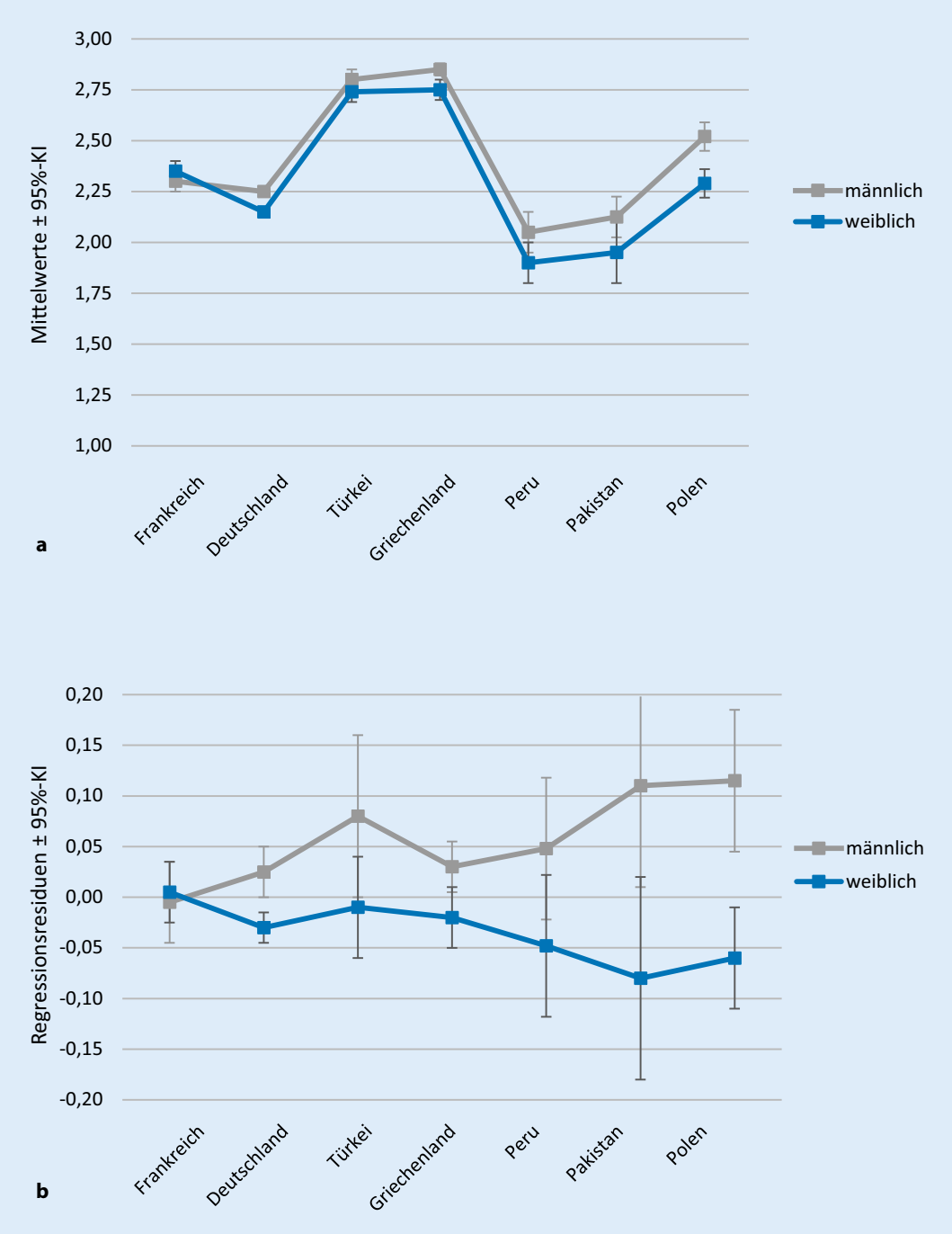


Abb. 1 ◀ Mittelwerte (**a**) und Regressionsresiduale (**b**) für Belastung durch internalisierende Symptome in Abhängigkeit von Land und Geschlecht. *KI* Konfidenzintervall

partial $\eta^2 = 0{,}290$), aber keinen Geschlechtseffekt ($p = 0{,}634$). Es ergab sich weiterhin eine signifikante Interaktion Land × Geschlecht ($F = 7{,}21$; $df = 6$, 2026; $p < 0{,}001$; partial $\eta^2 = 0{,}0202$). Wie in **Abb. 2** ersichtlich, sind die Werte am höchsten in Griechenland und der Türkei, gefolgt von Frankreich und Deutschland, und am niedrigsten in Polen, Peru und Pakistan. Dies bestätigten die paarweisen Post-hoc-Tests zwischen den 3 Ländergruppen (alle paarweise $p < 0{,}01$). Mit Ausnahme von Pakistan (paarweise $p < 0{,}001$) haben ansonsten Männer und Frauen in allen anderen Ländern recht ähnliche Werte in externalisierender Symptombelastung.

Das Auspartialisieren der Kovariaten führte zum Verschwinden des Länder- ($p = 0{,}971$) und des Geschlechtseffekts ($p = 0{,}812$), während der Interaktionseffekt Land · Geschlecht weiterhin signifikant war ($F = 8{,}89$; $df = 6$, 2026; $p < 0{,}001$; partial $\eta^2 = 0{,}026$). Dies ist überwiegend auf die sehr verschiedenen Symptomwerte männlicher und weiblicher Teilnehmer aus Peru ($p = 0{,}040$) und Pakistan ($p < 0{,}001$) zurückzuführen, während in allen anderen Ländern keine Geschlechtsunterschiede feststellbar waren (alle paarweise $p \geq 0{,}99$).

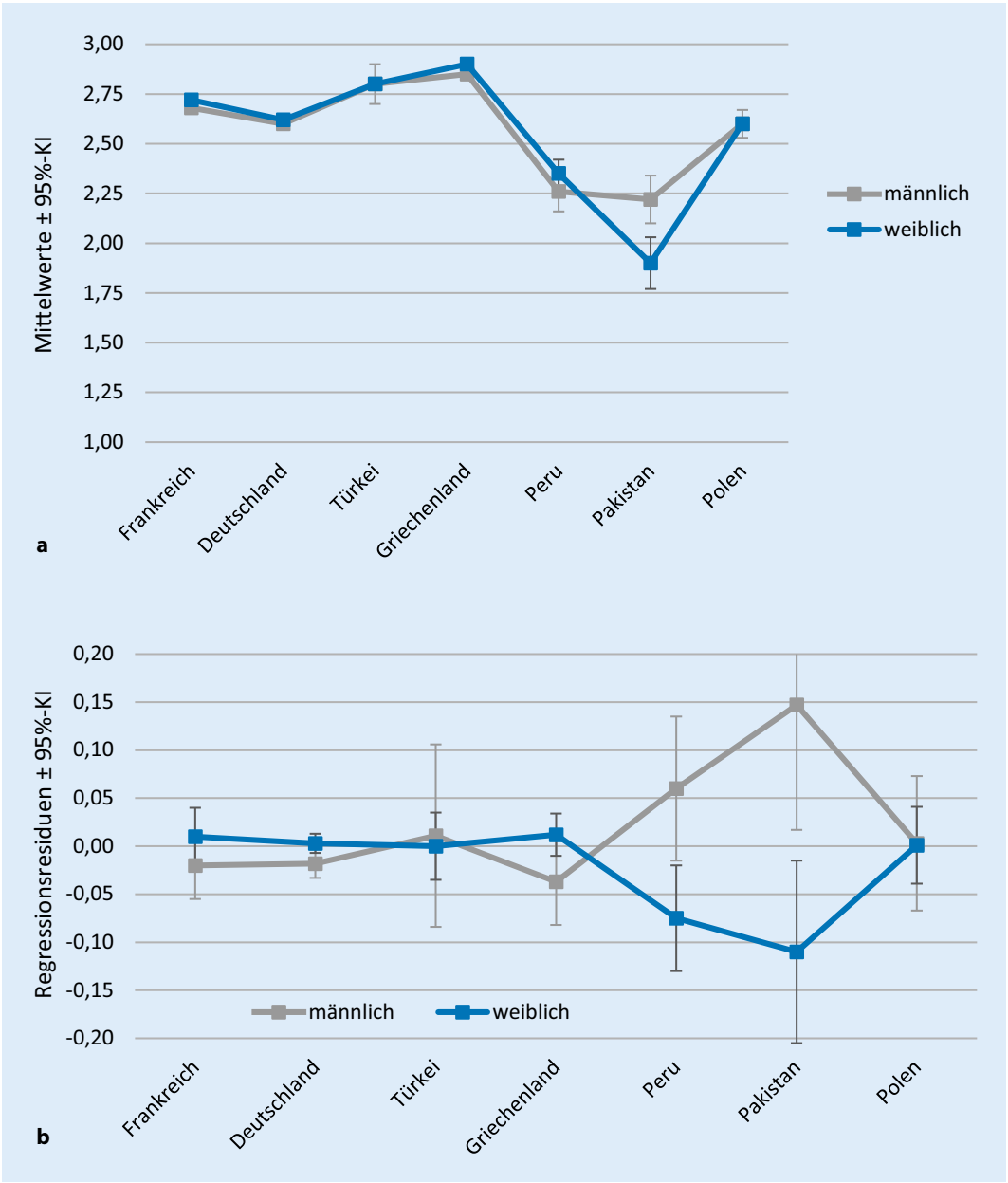


Abb. 2 ◄ Mittelwerte (**a**) und Regressionsresiduale (**b**) für externalisierende Symptombelastung in Abhängigkeit von Land und Geschlecht. *KI* Konfidenzintervall

Diskussion

In vielen westlichen Ländern leben Migranten, und Erwachsene mit Migrationshintergrund stellen inzwischen einen erheblichen Anteil von Patienten in ambulanten und stationären psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen (Bermejo et al. 2010). Allerdings haben bisherige kulturvergleichende Studien zur Psychopathologie (Ivanova et al. 2015) versäumt, Risikofaktoren zu kontrollieren, die sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich auswirken können und so eine Einschätzung des „wahren" Kultureffekts verunmöglichen. Insbesondere fehlen Daten, die sich auf die besonders belastete Altersgruppe der jungen Erwachsenen beziehen, für die in den letzten Jahren Anstiege in den Prävalenzraten psychischer Störungen ganz generell, besonders aber bezogen auf Identitätsaspekte bei diesen Erkrankungen (Gfellner und Córdoba 2011; Lambert et al. 2013) belegt wurden. Diese kulturvergleichende Studie explorierte die Psychopathologie junger Erwachsenen aus 7 Ländern unter Kontrolle von Identitätsentwicklung und mütterlichen Erziehungsstilen. Nach der Kontrolle dieser Kovariaten hatte das Land nicht mehr länger einen signifikanten Einfluss auf die Symptombelastung, stattdessen wurden Interaktionen zwischen Land und Kultur sehr deutlich und insbesondere eine höhere Vulnerabilität der Männer in einigen Ländern.

Es zeigten sich Variationen sowohl in Bezug auf verschiedene Dimensionen der Identitätsentwicklung (Exploration, Commitment und ruminative Exploration) als auch in den mütterlichen Erziehungsstilen (mütterliche psychische Kontrolle und ängstliches Monitoring), die als ursächlich für Identitätsprobleme

und psychische Auffälligkeiten gelten. Besonders groß waren die Unterschiede in Bezug auf die Exploration in die Breite und Tiefe sowie die wahrgenommene mütterliche Unterstützung mit einer deutlich höheren Aktivität in Bezug auf Identitätsexploration und gleichzeitig einer höheren mütterlichen Unterstützung bei jungen Erwachsenen aus kollektivistischen Ländern, was Ergebnisse von Kagitcibasi (2005) sowie Gelfand et al. (2011) bestätigt. Sie wurden als Kovariaten kontrolliert, bevor der Effekt des Landes bzw. des Geschlechts auf die Symptombelastung erneut bestimmt wurde.

Die Regression auf der Basis der Gesamtstichprobe erbrachte, dass v. a. mütterliche psychologische Kontrolle und ängstliches Monitoring sowie ruminative Exploration mit den internaliserenden Symptomen bei allen jungen Erwachsenen zusammenhingen; ein Ergebnis, das die zuvor gefundenen Befunde in Zentraleuropa und Nordamerika (Barber 2002; Luyckx et al. 2007; Kins et al. 2013) nun auf junge Erwachsene aus Asien und Südamerika erweiterte. Interessanterweise diente mütterliche Unterstützung bei externalisierenden Störungen in der Gesamtgruppe als Puffer, d. h., prädizierte negativ die externalisierende Symptombelastung, während psychologische Kontrolle und ängstliches Monitoring die externalisierende Symptombelastung positiv vorhersagte. Anders als Crocetti et al. (2013) konnte allerdings in der vorliegenden Untersuchung kein Einfluss der Identitätsdimensionen auf externalisierende Störungen belegt werden.

Vor der Kontrolle der Kovariaten Identitätsentwicklung und mütterliche Erziehungsstile stellte sich ein klares Pattern in der Symptombelastung dar: Sie war am höchsten bei jungen Erwachsenen in der Türkei und Griechenland, gefolgt von Altersgenossen aus Frankreich, Deutschland und Polen, und am niedrigsten bei jungen Erwachsenen aus Peru und Pakistan. Diese Unterschiede zwischen den Ländern verschwanden allerdings, nachdem die Identitätsentwicklung und mütterliche Erziehungsstile länderweise auspartialisiert wurden. Das Land hatte nicht mehr länger einen Haupteffekt auf die Symptombelastung. Dies bedeutet, dass Psychopathologiewerte, bei denen identitätsbezogene Risikofaktoren nicht kontrolliert wurden, zu einer Überschätzung der Länderunterschiede und entsprechend zu „unerklärlichen" Werten führen. Es erscheint nicht ganz einleuchtend, dass die Symptombelastung ausgerechnet in Ländern mit unsicheren Lebensbedingungen und unklaren Zukunftsaussichten wie Peru und Pakistan so besonders niedrig sein sollte. Die Auspartialisierung der identitätsbezogenen Risikofaktoren ergibt dann keine Länderunterschiede mehr, dagegen markante Geschlechtsunterschiede in einigen Ländern.

Dieses Ergebnis ist bemerkenswert und erinnert daran, dass das früher bestehende Konzept der „culture-bound syndromes" im DSM-5 ersetzt wurde durch „cultural concept of distress", ein Konzept, das Syndrome, Ausdrucksformen von Stress und kulturspezifische Erklärungen beinhaltet. Ventriglio et al. (2016) interpretieren dieses neue Konzept als eine Anerkennung von globalisierten Einflüssen, die zu einer Angleichung im Ausmaß der Symptombelastung und den Äußerungsformen der Krankheitsbilder geführt hat. Daher listet das DSM-5 nur noch 9 psychische Störungen als kulturell spezifisch auf, etwa im Vergleich zu den 25 im DSM-IV-TR. In ähnlicher Weise argumentieren Pike und Dunne (2015), dass beispielsweise Depression und Essstörungen nicht mehr länger als typische westliche Störungen angesehen werden können.

In der vorliegenden Studie wurden keine Krankheitsbilder erfasst, sondern selbstberichtete Symptombelastung, ähnlich wie in der Arbeit von Ivanova et al. (2015). Die strikte Kontrolle der Kovariaten trug allerdings zum Verschwinden des zuvor gefundenen starken Ländereffekts bei und ermittelte Interaktionen zwischen Land und Geschlecht. Dabei war auffällig, dass männliche junge Erwachsene in 4 Ländern eine höhere Belastung durch internalisierende Symptome berichteten als ihre weiblichen Altersgenossen, nämlich in Polen, der Türkei, Pakistan und Peru. Weitere Analysen müssen nun klären, ob kulturelle Unterschiede in der Bedeutung von Symptomen, kulturelle Stereotype über psychische Störungen und ein unterschiedliches Enthüllungsverhalten für diese Ergebnisse verantwortlich sind.

Insgesamt belegt die vorliegende kulturvergleichende Studie einen klaren und statistisch stabilen Interaktionseffekt zwischen Land und Kultur bei jungen Erwachsenen aus der Türkei, Peru, Polen und Pakistan mit einer Vergrößerung der Unterschiede zwischen Männern und Frauen in diesen Ländern. Demgegenüber ist es in Ländern wie Deutschland, Griechenland und Frankreich eher zu einer Verringerung von Geschlechtsunterschieden gekommen, was für die zunehmende Angleichung im Ausdruck von psychischen Symptomen zwischen den Geschlechtern spricht. Hierfür gibt es zumindest in Deutschland Belege (Vloet et al. 2014). In einigen Ländern scheinen männliche junge Erwachsene stärker zu leiden als weibliche. Diese erhöhte Vulnerabilität der Männer betrifft v. a. – und das ist neu – internalisierende Symptome. Sollte eine Replikation diese Ergebnisse bestätigen, wäre dies eine wichtige Perspektive für die klinische Arbeit.

Für die therapeutische Arbeit ist jedoch auch von Bedeutung, in welchem Umfang Identitätsfragen an der Symptombelastung beteiligt sind. In der vorliegenden Studie wurde nicht nur ein massiver Effekt der ruminativen Exploration in allen Ländern festgestellt, sondern ein sehr starkes Engagement durch massive Exploration in die Breite und Tiefe (aber auch ein verstärktes Commitment) bei jungen Erwachsenen aus Schwellenländern und Ländern mit einer unsicheren ökonomischen Situation. Dagegen waren junge Erwachsene aus Deutschland und Frankreich, die aus gesicherteren Verhältnissen kommen, vergleichsweise wenig engagiert. Dieser massive Unterschied betraf offenkundig v. a. die Männer in den untersuchten Ländern, für die der Übergang ins Erwachsenenalter mit seiner endgültigen Konstituierung beispielsweis einer beruflichen Perspektive wesentlich bedrängender zu sein scheint als für die gleichaltrigen Frauen (Luyckx et al. 2010). Dieser Leidensdruck konnte

auch offen in Form psychischer Symptome von den Teilnehmern benannt werden, was eine gute Voraussetzung für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe darstellt. Für alle jungen Erwachsenen war es jedoch das Auf-der-Stelle-Treten, die ständige Exploration ohne Commitment, die bedeutsam mit Symptomen wie Angst oder Depression zusammenhing. Klinisch bedeutet das, das an der ruminativen Exploration verstärkt therapeutisch gearbeitet werden muss, um die arretierte Entwicklung wieder in Gang zu bringen und die Symptome zu lindern.

Fazit für die Praxis

- **Im Rahmen der Erhebung von Symptombelastungen bei ausländischen Patienten kann es leicht zu einer Überschätzung von Kultureffekten kommen.**
- **Risikofaktoren wie dysfunktionale Familienbeziehungen und problematische Identitätsentwicklungen tragen erheblich zu Verzerrungen der Symptombelastung bei; sie sind also zu berücksichtigen.**
- **Männliche Patienten aus einem eher kollektivistischen Kulturkreis sind besonders vulnerabel und können dies inzwischen auch offener äußern.**
- **Männer mit erhöhten Werte in internalisierenden Symptomen aus einem nichteuropäischen Kulturkreis bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke
Psychologisches Institut, Universität Mainz
Wallstr. 2–5, 55112 Mainz, Deutschland
seiffge-krenke@uni-mainz.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Seiffge-Krenke, M. Persike, S. Tantaros, J.C. Saravia, B. Öncü, D. Çavdar, C. Perchec, K. Głogowska und I. Rohail geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die beschriebenen Untersuchungen an Menschen wurden mit Zustimmung der in den 7 Ländern jeweils zuständigen Ethikkommission im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 in der aktuellen, überarbeiteten Fassung durchgeführt. Von allen untersuchten jungen Erwachsenen liegen Einverständniserklärungen vor.

Literatur

Achenbach TM (1997) Manual for the young adult self-report and young adult behavior checklist. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington

Arnett J (2004) Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach. Pearson, News Jersey

Barber BK (2002) Intrusive parenting. How psychological control affects children and adolescents. American Psychological Association, Washington, DC

Barber BK, Stolz HE, Olsen JA, Maugham SL (2005) Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, method, and culture. Monogr Soc Res Child Dev 70(4):1–137

Bermejo E, Mayninger L, Kriston L, Härter M (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 37:225–232

Crocetti E, Klimstra TA, Hale WW, Koot HM, Meeus W (2013) Impact of early adolescent externalizing problem behaviors on identity development in middle to late adolescence: a prospective 7-year longitudinal study. J Youth Adolesc 42:1745–1758

Erikson EH (1968) Identity: youth and crisis. Norton, New York

Escher F, Seiffge-Krenke I (2017) Welchen Einfluss haben Identitätsstress, problematische Bewältigungsstile und dysfunktionales mütterliches Verhalten auf die Symptombelastung von normalen und klinisch auffälligen Heranwachsenden? Z Psychiatr Psychol Psychother 65:1–10

Gelfand MJ, Raver JL, Nishii L, Leslie LM, Lun J, Lim BC, Yamaguchi S et al (2011) Differences between tight and loose cultures: a 33-nation study. Science 332:1100–1104

Gfellner BM, Córdoba AI (2011) Identity distress, psychosocial maturity, and adaptive functioning among university students. Identity 11:136–154

Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Turner L, Ahmeti-Pronaj A, Au A, Zasepa E et al (2015) Syndromes of self-reported psychopathology for ages 18–59 in 29 societies. J Psychopathol Behav Assess 37:171–183. https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.729

Jacobi F, Groß J (2014) Prevalence of mental disorders, health-related quality of life, and service utilization across the adult life span. Psychiatrie 11:227–233

Kagitcibasi C (2005) Modernization does not mean Westernization. Emergence of different patterns. In: Friedlmeier W, Chakkarath P, Schwarz B (Hrsg) Culture and human development: the importance of cross-cultural research for the social sciences. Psychology Press, New York, S 255–272

Kins E, Soenens B, Beyers W (2013) Separation anxiety in families with emerging adults. J Fam Psychol 27:495–505

Klimstra T, Denissen JJA (2017) A theoretical framework for the association between identity and psychopathology. Dev Psychol 53:2052–2065

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG et al (2007) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 79:328–339

Kroger J, Martinussen M, Marcia JE (2010) Identity status change during adolescence and young adulthood: a meta-analysis. J Adolesc 33:683–698

Kroger J, Marcia JE (2011) The identity statuses: origins, meanings, and interpretations. In: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL (Hrsg) Handbook of identity theory and research. Springer, New York, S 31–54

Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, Gumz A, Degkwitz P, Schulte B, König HH, Konnopka A, Bauer M, Bechdolf A, Correll C, Juckel G, Klosterkötter J, Leopold K, Pfennig A, Karow A (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. Fortschr Neurol Psychiatr 81:614–627

Lemoyne T, Buchanan T (2011) Does "hovering" matter? Helicopter parenting and its effect on wellbeing. Sociol Spectr 31:399–418

Lillevoll RK, Kroger J, Martinussen M (2013) Identity status and anxiety: a meta-analysis. Identity 13:214–227

Luyckx K, Soenens B, Vansteenkiste M, Goossens L, Berzonsky MD (2007) Parental psychological control and dimensions of identity formation in emerging adulthood. J Fam Psychol 21:546–550

Luyckx K, Schwartz SJ, Berzonsky MD, Soenens B, Vansteenkiste M, Smits I, Goossens L (2008) Capturing ruminative exploration: extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. J Res Pers 42:58–82

Luyckx K, Duriez B, Klimstra TA, De Witte H (2010) Identity statuses in young adult employees: prospective relations with work engagement and burnout. J Vocat Behav 77:339–349

Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Schwartz S, Crocetti E, Klimstra TA (2014) Identity configurations across love and work in emerging adults in romantic relationships. J Appl Dev Psychol 35:192–203

Marano HE (2008) A nation of wimps: the high costs of invasive parenting. The Crown Publishing Group, New York

McNeely CA, Barber BK (2010) How do parents make adolescents feel loved? Perspective on supportive parenting in 12 cultures. J Adolesc Res 25:601–631

Pike KM, Dunne PE (2015) The rise of eating disorders in Asia: a review. J Eat Disord 3:33–42

Schwartz SJ, Côté JE, Arnett JJ (2005) Identity and agency in emerging adulthood: two developmental routes in the individualisation process. Youth Soc 37:201–229

Seiffge-Krenke I (2009) Leaving-home patterns in emerging adults. The impact of earlier parental support and developmental task progression. Eur Psychol 14:238–248

Seiffge-Krenke I (2015) „Emerging Adulthood": Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. Z Psychiatr Psychol Psychother 63:165–173

Seiffge-Krenke I (2017) Studierende als Prototyp der „emerging adults". Verzögerte Identitätsentwicklung, Entwicklungsdruck und hohe Symptombelastung. Psychotherapeut 62:403–410

Seiffge-Krenke I, Escher F (2017) Verzögerte Identitätsentwicklung, Familienbeziehungen und Psychopathologie: Welche Zusammenhänge

lassen sich bei gesunden und klinisch auffälligen Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 45:485–479

Seiffge-Krenke I, Escher FJ (2018) Was ist noch „normal"? Mütterliches Erziehungsverhalten als Puffer und Risikofaktor für das Auftreten von psychischen Störungen und Identitätsdiffusion. Z Psychosom Med Psychother 64:128–143

Soenens B, Vansteenkiste M (2010) A theoretical upgrade on the concept of parental psychological control: proposing new insights on the basis of self-determination theory. Dev Rev 30:74–99

Svandson JA (2016) Trends in literature about emerging adulthood: review of empirical studies. Emerg Adulthood 4:391–402

Vazsonyi AT, Hibbert JR, Snider JB (2003) Exotic enterprise no more? Adolescent reports of family and parenting processes from youth in four countries. J Res Adolesc 13:129–160

Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D (2016) Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. Psychiatry Clin Neurosci 70:3–6

Vloet TD, Großheinrich N, Konrad K, Freitag C, Herpertz-Dahlmann B (2014) Girls with antisocial disorders. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 42:95–108