Aus der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. Ch. Herrmann-Lingen)

im Zentrum Psychosoziale Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Innere Einstellungen und psychische Befindlichkeit

Eine gruppenstatistische Untersuchung zum Konzept pathogener Überzeugungen der *Control-Mastery*-Theorie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Jeannette Haeri
aus
Berlin

Göttingen 2012

Dekan: Prof. Dr. med. M. Schön

I. Berichterstatterin: PD Dr. med. Dipl.-Psych. I. Sammet

II. Berichterstatter: Prof. Dr. med. J. Müller

Tag der mündlichen Prüfung: 6. Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....i

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis v

Abkürzungsverzeichnis.....vi

1. Einleitung.....1

2. Die *Control-Mastery*-Theorie (CMT).....8

2.1. Einführung.....8

2.2. Pathogene Überzeugungen.....9

2.2.1. Pathogene Überzeugungen als Ursache psychischer Störungen.....9

2.2.2. Pathogene Überzeugungen und Schuld.....12

2.3. Die Hypothese der unbewussten Kontrolle *(higher mental functioning hypothesis)*.....14

2.3.1. Die higher mental functioning hypothesis in der *Control-Mastery*-Theorie.....14

2.3.2. Exkurs: Die *higher mental functioning hypothesis* im Werk von Sigmund Freud.....16

2.3.3. Die Bedeutung der *higher mental functioning hypothesis* für den therapeutischen Prozess.....19

2.4. Der therapeutische Prozess in der *Control-Mastery*-Theorie.....20

2.4.1. Das Plankonzept.....20

2.4.2. Die Tests des Patienten.....21

2.4.2.1. *Transference*-Tests.....22

2.4.2.2. *Passive-into-active*-Tests.....23

2.4.3. Die Planformulierungs-Methode (PFM).....23

2.5. Forschung in der *Control-Mastery*-Theorie.....25

2.5.1. Junktim-Forschung.....25

2.5.2. Empirische Einzelfallstudien.....26

2.5.3. Gruppenstatistische Untersuchungen.....30

3. Maladaptive Beziehungsmuster im Kontext psychoanalytisch orientierter Theorien.....33
3.1. Maladaptive Beziehungsmuster.....33
3.1.1. Bindungstheorie..... 34
3.1.2. Interpersonale Theorie.....35
3.2. Operationalisierung interpersoneller Beziehungsmuster.....37
3.2.1. Zyklisch-maladaptive Muster.....38
3.2.2. Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT).....39
3.2.3. *Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures* (*FRAMES*).....41

4. Fragestellung.....43
4.1. Stand der Forschung.....43
4.2. Ableitung der Fragestellung.....45
4.3. Hypothesen.....47
4.3.1. Hypothese 1: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung.....47
4.3.2. Hypothese 2: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen.....47
4.3.3. Hypothese 3: Abnahme innerer Einstellungen im Behandlungsverlauf.....47

5. Material und Methodik.....48
5.1. Studiendesign-Übersicht.....48
5.2. Stichprobe.....48
5.3. Datenerhebung.....51
5.3.1. Erhebung der Symptombelastung.....53
5.3.2. Erhebung interpersonaler Probleme.....54
5.3.3. Erhebung innerer Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten.....57
5.3.3.1. Aufbau der Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0).....57
5.3.3.2. Faktorenanalyse.....60

5.4. Statistische Methodik der Datenauswertung....62

6. Ergebnisse....64
6.1. Faktorenanalyse der Liste zu inneren Einstellungen (LiE_Vers.0)....64
6.1.1. Faktorenanalyse der Items zu Schuld 64
6.1.2. Faktorenanalyse der Items zu beziehungsrelevanten Aspekten....66
6.1.3. Interne Konsistenzen der Skalen der LiE_Vers.0....71
6.2. Zu Hypothese 1: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung....72
6.2.1. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Gesamt-Symptombelastung (GSI)....72
6.2.2. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Symptom Ängstlichkeit (anx)....73
6.2.3. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Symptom Depressivität (dep)....74
6.2.4. Skalen-Interkorrelation....75
6.2.5. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung als bivariate Korrelation....76
6.3. Zu Hypothese 2: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen....78
6.3.1. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Gesamtheit interpersonaler Probleme (IIP-Cges)....78
6.3.2. Verteilung der Patientenstichprobe entlang der DOM- und LOV-Achse zu Behandlungsbeginn....79
6.3.3. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Achsenwert DOM des Circumplex-Modells....80
6.3.4. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Achsenwert LOV des Circumplex-Modells....81
6.3.5. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen als bivariate Korrelation....82

6.4. Zu Hypothese 3: Abnahme innerer Einstellungen im Behandlungsverlauf 84

7. Diskussion 87

8. Zusammenfassung und Ausblick.....99

9. Literaturverzeichnis ….....100

10. Anhang: Eingesetzte Erhebungsinstrumente.....116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1 *Soziodemographische Daten*.....49
Tabelle 5.2 *Verteilung der psychischen Störungen gemäß Hauptdiagnose nach ICD-10*.....51
Tabelle 5.3 *Eingesetzte Selbsteinschätzungsinstrumente und Anzahl teilnehmender Patienten*....52
Tabelle 5.4 *Skalen der SCL-90-R*.....54
Tabelle 6.1 *Ergebnis der Faktorenanalyse der zehn Schuld-Items*.....64
Tabelle 6.2 *Ergebnis der Faktorenanalyse der 23 Items zu beziehungsrelevanten Aspekten*.....67
Tabelle 6.3 *Skalen der LiE_Vers.0 und Gesamtwerte innerer Einstellungen zu Schuld und beziehungsrelevanten Aspekten mit Itemanzahl und Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha*.....71
Tabelle 6.4 *Modellzusammenfassung für die Gesamt-Symptombelastung als abhängige Variable (N=70)*.....72
Tabelle 6.5 *Modellzusammenfassung für Ängstlichkeit als abhängige Variable (N=70)*.....73
Tabelle 6.6 *Modellzusammenfassung für Depressivität als abhängige Variable (N=70)*.....74
Tabelle 6.7 *Interkorrelation der Skalen innerer Einstellungen nach Bravais-Pearson (N=70)*.....75
Tabelle 6.8 *Bivariate Korrelationen (Bravais-Pearson) der SCL-90-R-Skalen GSI, anx und dep mit den Skalen belastender innerer Einstellungen (N=70)*.....77
Tabelle 6.9 *Modellzusammenfassung für IIP-Cges als abhängige Variable (N=70)*.....79
Tabelle 6.10 *Modellzusammenfassung für DOM als abhängige Variable (N=70)*.....81
Tabelle 6.11 *Modellzusammenfassung für LOV als abhängige Variable (N=70)*.....82
Tabelle 6.12 *Korrelationen nach Bravais-Pearson des IIP-Cges und der Achsenwerte DOM und LOV mit den Skalen belastender innerer Einstellungen (N=70)*.....83
Tabelle 6.13 *Mittelwerte und Standardabweichungen für Gesamtwerte und Skalen belastender innerer Einstellungen zu Beginn und am Ende der Therapie sowie t- und p-Werte als Ergebnis des t-Tests für gepaarte Stichproben (N=45)*.....86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6.1 *Verteilung der Patientenstichprobe im zweidimensionalen interpersonalen Raum entlang der DOM- und LOV-Achse zu Beginn der Behandlung (N=70)*.....80

Abkürzungsverzeichnis

anx	Skala zu Ängstlichkeit der SCL-90-R
B_ges	Gesamtwert innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten
CCRT	*Core Conflictual Relationship Theme*
CMP	*Cyclic maladaptive pattern*
CMT	*Control-Mastery*-Theorie
d	Effektstärke
dep	Skala zu Depressivität der SCL-90-R
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
FIS	Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen
LiE_Vers.0	Liste innerer Einstellungen, Version 0
LiÜ	Liste innerer Überzeugungen
GSI	*Global Severity Index*
IGQ	*Interpersonal Guilt Questionnaire*
IIP	Inventar interpersonaler Probleme
IIP-C	Inventar interpersonaler Probleme (Kurzform mit 64 Items)
IIP-Cges	Gesamtwert interpersonaler Probleme
IPC	*Interpersonal Circle*
KMO-Wert	Kaiser-Meyer-Olkin-Wert
LiE_ges	Gesamtwert innerer Einstellungen zu Schuld und beziehungsrelevanten Aspekten
M post	Mittelwert am Ende der Behandlung
M prä	Mittelwert zu Beginn der Behandlung
N	Stichprobengröße
PFM	Planformulierungs-Methode
p-Wert	Signifikanz-Wert
r	Korrelationskoeffizient
R	Multiple Kriteriumskorrelation mit allen Prädiktoren
SCL-90-R	*Symptom Check List* (*Revised Version*)

SD post	Standardabweichung am Ende der Behandlung
SD prä	Standardabweichung zu Beginn der Behandlung
SFPRG	*San Francisco Psychotherapy Research Group*
S_ges	Gesamtwert innerer Einstellungen zu Schuld
TLDP	*Time limited dynamic psychotherapy*
ZBKT	Zentrales Beziehungskonfliktthema

1. Einleitung

Die Psychoanalyse hat seit ihren Anfängen vielfältige Veränderungen ihrer Theorie und Praxis erfahren. Ihr Begründer Sigmund Freud (1856-1939) selbst hat den Boden dafür bereitet. Zwar versuchte er, die Anhänger der Psychoanalyse auf bestimmte Grundgedanken einzuschwören und Andersdenkende aus der psychoanalytischen Gemeinschaft auszuschließen (Mertens 2004, Stratkötter 2004). Dennoch konzipierte Freud die Psychoanalyse als dynamisches Wissen und ließ seine frühen Annahmen, statt sie zu revidieren, oftmals neben neuen Entwürfen bestehen (Thomä und Kächele 2006a, List 2009). Freud selbst hat den Raum für unterschiedliche Interpretationen seines Werks eröffnet und es überrascht daher nicht, dass sich dies in der weiteren Entwicklung der Psychoanalyse in verschiedensten Theorie- und Schulenbildungen niederschlug (Poscheschnik 2005). Schon lange ist es nicht mehr möglich, von einer einheitlichen Psychoanalyse[1] zu sprechen (Hau 2008). Neben unterschiedlichen Auslegungen der Konzepte Freuds trugen zu ihrer Diversifizierung klinische Beobachtungen nachfolgender Psychoanalytiker genauso bei wie soziokulturelle Strömungen und der Einfluss neuer Forschungsrichtungen, beispielsweise der Bindungs- und Säuglingsforschung oder der Neurowissenschaften (Mertens 2005).

Die Notwendigkeit, die verschiedenen psychoanalytischen Theorie- und Therapiekonzepte einer empirischen Überprüfung zu unterziehen, wird von Psychoanalytikern[2] kontrovers diskutiert und oftmals mit dem Hinweis auf Freud abgelehnt. Dennoch gibt es zunehmend ernsthafte Bemühungen, die Psychoanalyse empirisch zu fundieren (Poscheschnik 2005, Hau 2008,Thomä und Kächele 2006b).

Als Beispiel einer psychoanalytisch orientierten Theorie, deren Vertreter zu den Vorreitern empirischer psychoanalytischer Forschung gehören, soll in vorliegender Studie die 1952 von dem amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker Joseph Weiss (1924-2004) begründete *Control-Mastery*-Theorie (CMT) ausführlich dargestellt und die Bedeutung ihres zentralen Konstrukts der pathogenen Überzeugungen für die psychische Befindlichkeit empirisch

[1] Wenn im Folgenden dennoch von „der Psychoanalyse“ die Rede ist, so soll damit nicht der gegenteilige Eindruck einer doch einheitlichen inhaltlichen Konzeptualisierung erweckt werden. Vielmehr soll „die Psychoanalyse“ hier als Oberbegriff für die ihr zugehörigen diversen Ausrichtungen einschließlich psychoanalytisch orientierter Therapien verstanden werden, auf die im Sinne einer Vereinfachung der Lektüre nicht jedes Mal erneut hingewiesen wird.

[2] Aus Gründen der Lesefreundlichkeit ist in vorliegender Untersuchung von Patienten, Therapeuten und Psychoanalytikern die Rede, gemeint sind immer Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker.

untersucht werden. Die im deutschsprachigen Raum bisher nur wenig rezipierte *Control-Mastery*-Theorie bezieht sich auf Freud und gelangt doch zu eigenen Annahmen über die Entstehung psychopathologischer Störungen und das für den Patienten hilfreiche therapeutische Vorgehen (Weiss 1971, 1993a, 1994, Weiss et al. 1986, Sampson 1992, Silberschatz 2005a). Die Entwicklung der *Control-Mastery*-Theorie ist eng verknüpft mit der Ausarbeitung empirischer Methoden zur Überprüfung ihrer Hypothesen (Weiss 1993b, Silberschatz 2005b). Die CMT-Hypothesen sind anhand aufwändiger Einzelfalluntersuchungen bereits seit Beginn der siebziger Jahre überprüft worden, zu einer Zeit, als die methodische empirische Forschung innerhalb der Psychoanalyse nur wenig praktiziert wurde (Kächele et al. 2009). Mit Hilfe der eigens entwickelten Planformulierungs-Methode (PFM) sind im Rahmen der CMT-Forschung Langzeit-Psychoanalysen und psychoanalytisch orientierte Kurzzeit-Therapien empirisch untersucht worden (Caston 1977, 1986, Curtis et al. 1994, Weiss 1998, Bloomberg-Fretter 2005, Curtis and Silberschatz 2007). Ausgehend von der Frage, ob die Widerlegung pathogener Überzeugungen durch den Therapeuten zu einem Behandlungserfolg führt, haben die empirischen Methoden der CMT-Forschung sowohl zur Überprüfung der Behandlungs-ergebnisse beigetragen als auch zur empirischen Untersuchung des Therapieprozesses, der ungefähr seit 1980 allmählich zum Gegenstand der Psychotherapieforschung geworden ist (Kächele 1992; siehe auch Kapitel 3, Seite 37f).

Nicht erst angesichts des „*konzeptuellen und klinischen Pluralismus*“ der Psychoanalyse (Thomä und Kächele 2006a, 15) ist es bedeutsam, geeignete Methoden zu ihrer empirischen Überprüfung zu finden, um dem Vorwurf der Beliebigkeit oder mangelnder Wirksamkeit entgegenzutreten. Die Psychoanalyse hat den Ruf, sich abzuschotten und einer empirischen Fundierung zu entziehen (Hau 2008). Eine Erklärung hierfür findet sich bei Freud. Mit seinem viel zitierten „*Junktim zwischen Heilen und Forschen*“ (Freud 1927, 293) führte Freud den Analytiker als gleichzeitigen Forscher der von ihm selbst durchgeführten Behandlung ein. Forschung außerhalb der Behandlung und durch externe Untersucher war nicht vorgesehen (Stratkötter 2004). Die Junktim-Forschung galt auch nach Freud vielen Psychoanalytikern lange Zeit als einzige Quelle psychoanalytischer Erkenntnis. Mit ihrer Hilfe wurde eine Fülle an theoretischen und therapieleitenden Konzepten entwickelt, was Peter Fonagy im Jahr 2000 auf der jährlichen Versammlung der britischen Psychoanalytiker zu folgender Feststellung veranlasste: „*This has led to an abundance of ideas in the field. What we do less well is to test these in meaningful ways.“* (Fonagy 2000).

Fonagys Forderung nach vermehrter empirischer Überprüfung psychoanalytischer Konzepte war innerhalb der Psychoanalyse nicht neu. Oftmals aber wurde dieser Forderung unter Betonung der Subjektivität des Behandlungsgeschehens (Ricoeur 1974) und mit der Sorge um die Gefährdung der therapeutischen Beziehung durch einen Blick von außen (Perron 2002), ablehnend begegnet. Gegner empirischer psychoanalytischer Forschung wie beispielsweise auch André Green (2000) sind der Auffassung, dass nur die vom Analytiker selbst in der Behandlungssituation gewonnenen Informationen Eingang finden dürfen in psychoanalytische Konzepte. Allerdings erfährt diese Haltung immer weniger Unterstützung. In dem Maße, in dem die Therapieprozessanalyse innerhalb der psychoanalytischen Therapieforschung an Bedeutung gewann (Kächele 1992, 2006), sind auch die Schwächen deutlich geworden, die aus der alleinigen Perspektive der Junktim-Forschung erwuchsen, wie etwa Informationsverlust, verzerrte Wiedergabe oder veränderte Behandlungseffekte durch latente Forschungsziele des Analytikers (Bucci 2005). Der Wunsch, einzig Junktim-Forschung gelten zu lassen einerseits und andererseits ein nomothetisches Wissenschaftsverständnis, das die Durchführung nur empirisch-kontrollierter Studien fordert (Borkovec and Castonguay 1998, Grawe 2005), bestimmen die beiden Pole der methodologischen Kontroverse. In ihrer Ausschließlichkeit kann keine dieser Positionen den Anspruch an eine umfassende psychoanalytische Forschung erfüllen. Die Schwächen der Junktim-Forschung rechtfertigen es nicht, innerhalb psychoanalytischer Forschung allein naturwissenschaftlich orientierte, empirische Studien anzuerkennen. Letztere ermöglichen die Überprüfung einzelner konkreter Hypothesen und haben zu diesem Zweck auch innerhalb der psychoanalytischen Forschung ihre wissenschaftliche Berechtigung. Gleichzeitig basieren sie aber, wie Kriz (2004) ausführt, auf den Prinzipien der Homogenität, Linearität, Geschichtslosigkeit und Statik, mit denen allein die Komplexität des subjektiv geprägten Therapieprozesses und der Geschichtsträchtigkeit des Untersuchungsgegenstandes nicht erfasst werden können.

Die von Vertretern eines nomothetischen Wissenschaftsbegriffs geäußerte Kritik, die Psychoanalyse sei nicht wissenschaftlich, weil ihre Hypothesen nicht falsifiziert werden könnten (Popper 1984), ihre Erkenntnisse nicht replizierbar seien und das therapeutische Geschehen das Resultat bloßer Suggestion sei (Grünbaum 1986), hat innerhalb der Psychoanalyse die methodologische Auseinandersetzung um die Frage ihres Zugangs zu wissenschaftlicher Erkenntnis verstärkt (Hau 2008). Ein eigenes und durchaus emanzipiertes Verständnis der Psychoanalyse als „*Wissenschaft der Subjektivität*“ (Meissner 1983, zitiert nach

Thomä und Kächele 2006b, 3) hat zu der Einschätzung geführt, dass die Reduzierung psychoanalytischer Forschung auf ausschließlich eine Methode der Wissensgenerierung einen nur begrenzten und somit nicht ausreichenden Erkenntnisgewinn liefert. Im Positionspapier zur psychoanalytischen Therapie der DGPT aus dem Jahr 2006 wird eine Hierarchisierung der Forschungsansätze daher abgelehnt. „*Depending on the question motivating the research, in each case a suitable design will need to be developed that appears most likely to reach the desired goal.*“ (Leuzinger-Bohleber and Bruns 2006, 15). Es wird für einen Methoden-pluralismus votiert, der neben empirisch-statistischen Untersuchungen und neben der Junktim-Forschung, von Moser (1991) als *Online*-Forschung bezeichnet, auch die nachträglich z.B. anhand von Videoaufnahmen oder Transkripten einer Behandlung durchgeführte *Offline*-Forschung (Moser 1991) am Einzelfall unterstützt. Unterschiedliche Forschungsansätze werden nicht konkurrierend, sondern als gegenseitige Ergänzung betrachtet.

Im Sinne dieses Methodenpluralismus soll in vorliegender Studie die Forschungsstrategie der *Control-Mastery*-Theorie, die Junktim-Forschung mit umfassender empirischer Einzelfall-Forschung kombiniert, um eine gruppenstatistische Untersuchung des zentralen CMT-Konzepts pathogener Überzeugungen ergänzt werden. Die *Control-Mastery*-Theorie basiert auf der theoretischen Annahme, dass psychopathologische Symptomatik jeglicher Art durch pathogene Überzeugungen entsteht, die als Folge traumatischer Beziehungserfahrungen in der Kindheit entwickelt wurden (Weiss 1986a, 1992, 1993a). Die CMT weist pathogenen Überzeugungen eine Schlüsselrolle im therapeutischen Prozess zu und geht davon aus, dass deren Widerlegung durch den Therapeuten für den Patienten hilfreich sei. Der Patient komme bereits mit der unbewussten Motivation bzw. einem Plan in die Therapie, seine Probleme zu meistern. Sein mehr oder weniger bewusstes Ziel sei es, seine pathogenen Überzeugungen, die ihn in seiner bisherigen Entwicklung hemmten, in der Behandlung zu thematisieren bzw. in Szene zu setzen. Motiviert sei der Patient durch die Hoffnung, angestrebte Ziele verfolgen zu können, wenn seine pathogenen Überzeugungen widerlegt werden.

Anhand aufwändig gestalteter *Offline*-Forschung konnte die 1972 von Joseph Weiss und Harald Sampson gegründete *Mount Zion Psychotherapy Research Group*, heute *San Francisco Psychotherapy Research Group* (SFPRG), empirisch an Einzelfällen bestätigen, dass die Widerlegung pathogener Überzeugungen mit positiven Effekten für den Patienten einhergeht. Unabhängig von der psychischen Störung des Patienten oder der Behandlungstechnik des

Therapeuten halten die Vertreter der CMT das Identifizieren und Widerlegen pathogener Überzeugungen für den entscheidenden Faktor eines erfolgreichen Therapieverlaufs, auch wenn der Therapeut mit der *Control-Mastery*-Theorie nicht vertraut ist und sich in seiner Technik deswegen nicht bewusst auf die Widerlegung pathogener Überzeugungen bezieht. Innerhalb der *Control-Mastery*-Theorie wird dem Konstrukt pathogener Überzeugungen Allgemeingültigkeit zugeschrieben. Diese Einschätzung basiert auf der Annahme, dass dem therapeutischen Prozess trotz aller Individualität jeder einzelnen Behandlung eine „*innere Gesetzmäßigkeit innewohnt*" (Silberschatz 2005b, 190, eigene Übersetzung) und die theoretisch abgeleiteten und am Einzelfall bestätigten Konzepte daher allgemein gültig sind.

In einem ersten theoretischen Teil der vorliegenden Untersuchung wird in Kapitel 2 zunächst die *Control-Mastery*-Theorie und ihr Konzept pathogener Überzeugungen ausführlich dargestellt. Die CMT geht davon aus, dass in der Kindheit erworbene pathogene Überzeugungen in maladaptiven Beziehungsmustern resultieren und psychische Störungen hervorrufen. Die inhaltliche Bedeutung dessen, was in der *Control-Mastery*-Theorie als pathogene Überzeugungen bezeichnet wird, hat unter verschiedenen Namen auch in anderen psychoanalytisch orientierten Theorien bereits eine längere Tradition. Die Untersuchung pathogener Überzeugungen ist daher nicht nur für die *Control-Mastery*-Theorie bedeutsam, sondern darüber hinaus für all jene Theorien, die den in der Kindheit erworbenen inneren Einstellungen und daraus resultierenden maladaptiven Beziehungsmustern einen zentralen Stellenwert zuweisen. In Kapitel 3 werden psychoanalytisch orientierte Theorien sowie Operationalisierungskonzepte maladaptiver interpersoneller Beziehungsmuster vorgestellt, denen die Auffassung zu Grunde liegt, dass dysfunktionale Einstellungen mit resultierenden maladaptiven Beziehungsmustern durch frühe Erfahrungen entstehen und für psychische Störungen verantwortlich sein können.

Die gruppenstatistische Überprüfung der postulierten Allgemeingültigkeit des CMT-Konstrukts pathogener Überzeugungen wird im empirischen Teil vorliegender Untersuchung in den Kapiteln 4 - 6 dargestellt. In Kapitel 7 werden die gefundenen Ergebnisse diskutiert. Für die gruppenstatistische Untersuchung wurde ein in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen erstellter Fragenkatalog eingesetzt (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht, siehe Anhang) mit dessen Hilfe an einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten durch Selbsteinschätzung die

Ausprägung belastender Überzeugungen erhoben worden ist und überprüft wurde, ob sich die einzelnen Überzeugungen inhaltlichen Kategorien zuordnen lassen. Da das CMT-Konstrukt pathogener Überzeugungen nicht allgemeingültig bewiesen ist, kann nicht von vornherein angenommen werden, dass die in vorliegender Untersuchung erhobenen belastenden Überzeugungen relevant sind für die psychische Befindlichkeit. Erst recht darf nicht von pathogenen Überzeugungen gesprochen werden, da dies eine Kausalität der untersuchten Überzeugungen für psychische Störungen implizieren würde, die nicht a priori erwiesen ist. Statt von pathogenen Überzeugungen ist daher hier von belastenden inneren Einstellungen als Untersuchungsgegenstand die Rede. Der eigens erstellte Fragenkatalog (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht, siehe Anhang) wird entsprechend als Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0) bezeichnet. Es sind die bewussten oder vorbewussten Anteile belastender innerer Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten erhoben worden, die prinzipiell bei jedem Menschen auftreten können, nach klinischer Erfahrung und den theoretischen Annahmen der *Control-Mastery*-Theorie zufolge aber bei Patienten mit psychischen Störungen gehäuft auftreten.

Mit Hilfe der bereits umfassend validierten Erhebungsinstrumente SCL-90-R (*Symptom Check List*, deutsche Version Franke 1995) und IIP-C (Kurzform des Inventars Interpersonaler Probleme, Horowitz et al. 1994) ist untersucht worden, in welchem Zusammenhang die erfassten belastenden inneren Einstellungen zur psychischen Symptombelastung und zu interpersonalen Problemen stehen. Die psychische Symptombelastung und die interpersonalen Probleme stellen die Korrelate dar, mittels derer die psychische Befindlichkeit beschrieben wird, die in vorliegender Untersuchung betrachtet werden soll. Weiter ist untersucht werden, ob bzw. falls ja, in welcher Weise sich die belastenden inneren Einstellungen zum Ende der Behandlung in ihrer Ausprägung verändern. Die Untersuchung dieser Zusammenhänge auf gruppenstatistischer Ebene soll beitragen zur Klärung der Frage, ob sich die Schlussfolgerung der CMT-Einzelfall-Forschung bestätigt, dass belastende innere Einstellungen relevant sind für die psychische Befindlichkeit. Zudem ist von Interesse, ob es bestimmte Inhalte belastender innerer Einstellungen gibt, die in besonderem Maße mit der psychischen Befindlichkeit zusammenhängen. Wie Sammet et. al. (2007b) in ihrer gruppenstatistischen Pilotstudie feststellen, liegen systematische Kenntnisse hierzu bisher nicht vor.

Wenn sich auf gruppenstatistischer Ebene bestätigt, dass bestimmte belastende innere

Einstellungen mit psychischer Symptombelastung sowie interpersonalen Problemen signifikant korrelieren, würde dies ergänzend zu den vorliegenden Ergebnissen der CMT-Einzelfall-Forschung das CMT-Konzept der pathogenen Überzeugungen unterstützen und dafür sprechen, dass bestimmte belastende innere Einstellungen sowohl für die Diagnoseerhebung als auch für die Therapieplanung hilfreich sein könnten. Es würde sich dann als sinnvoll erweisen, ein Erhebungsinstrument zu entwickeln, das allgemeingültige pathogene Überzeugungen identifizieren und in ihrer Ausprägung einschätzen könnte. Die hier vorliegende Untersuchung versteht sich als Teil der Vorarbeit zur Entwicklung eines solchen Instruments.

2. Die *Control-Mastery*-Theorie (CMT)

2.1. Einführung

„*The theory is both Freudian and new*." (Weiss 1986a, 4).
Die *Control-Mastery*-Theorie ist 1952 von dem amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker Joseph Weiss als eine Theorie des psychoanalytischen Prozesses begründet worden. Weiss' Hauptinteresse galt der Entstehung psychischer Störungen sowie der für den Patienten hilfreichen Gestaltung des therapeutischen Prozesses. Die CMT basiert auf den Überlegungen Sigmund Freuds, insbesondere aus dessen Spätwerk, in dem Freud ab 1923 eine Ich-Psychologie entwickelt hat. Weiss bezieht sich auf ein Konzept des Unbewussten, das Freud nicht umfassend ausgearbeitet (Weiss 1986a), in Grundzügen aber in seiner letzten wichtigen theoretischen Abhandlung *Abriß der Psychoanalyse* (1939) skizziert und in früheren Arbeiten, v.a. *Das Ich und das Es* (1923) und *Hemmung, Symptom und Angst* (1926), bereits vorbereitet hat.

Der zentralen Annahme der CMT zufolge führen in der Kindheit erlebte Traumata zur Ausbildung von pathogenen Überzeugungen, die psychische Störungen verursachen können. Die CMT postuliert, dass Menschen im Allgemeinen und insbesondere Patienten im Rahmen einer Therapie motiviert seien, ihre pathogenen Überzeugungen sowie die daraus resultierenden Schwierigkeiten zu überwinden und zu diesem Ziel einen unbewussten Plan verfolgen.

Der Kontroll-Begriff der CMT (*Control*) basiert auf der Vorstellung, dass der Mensch zu einem gewissen Grad unbewusst Kontrolle über sein Verhalten ausüben könne. Er tue dies, indem er das Ausmaß seiner Abwehr an die realen Gegebenheiten anpasse, um sich vor Gefahr zu schützen. *Mastery* (meistern) bezieht sich auf die Annahme, dass jeder Mensch den Wunsch habe, seine Probleme zu bewältigen, und daher zur Auseinandersetzung mit den ihn unbewusst belastenden Themen in der Lage sei. Hierfür lockere er die Abwehr verdrängter Inhalte, wenn die Rahmenbedingungen ihm ein ausreichendes Gefühl von Sicherheit vermitteln.

1964 hat Joseph Weiss gemeinsam mit dem Psychiater Harald Sampson ein wissenschaftliches Projekt initiiert, um den Therapieprozess zu untersuchen und die theoretischen Konzepte der CMT an Einzelfällen zu überprüfen. 1972 mündete das Forschungsprojekt in die Gründung der *Mount Zion Psychotherapy Research Group*, der heutigen *San Francisco Psychotherapy*

Research Group (SFPRG), deren Studien von der Annahme ausgingen, dass der Therapieprozess einer inneren Gesetzmäßigkeit folge; „(...) *therapeutic processes - although case-specific, subtle, and always dependent on subjective experiences within and between the participants - are ordinarily understandable and lawful*." (Sampson 1995, zitiert nach Silberschatz 2005b, 190). Diese Annahme führte zu einer Fülle empirischer Einzelfallstudien und einigen wenigen gruppenstatistischen Untersuchungen, die die Bedeutung pathogener Überzeugungen und auch die Frage untersuchen wollten, wie Psychotherapie funktioniert, d.h. wie vormals verdrängte psychische Inhalte in der Therapie bewusst und erfolgreich bearbeitet werden (Weiss et al. 1986).

Das zentrale CMT-Konzept der pathogenen Überzeugungen weist Parallelen zu dem früh erworbenen „Schema" der kognitiven Therapie (Beck 1976) auf. Zudem wird der therapeutischen Beziehung innerhalb der CMT entscheidende Bedeutung beigemessen, so dass nach Silberschatz die CMT heute auch als „*integrated cognitive-psychodynamic-relational theory*" (Silberschatz 2005c, 219) bezeichnet werden könne. Da die CMT ihre Wurzeln aber im Denken Freuds verortet und dem dynamischen Unbewussten den entscheidenden Einfluss auf Erleben und Verhalten zuschreibt, wird die CMT im Folgenden in ihrem psychodynamischen Kontext dargestellt.

Die CMT ist im deutschsprachigen Raum bisher nur wenig rezipiert worden (Albani et al. 1999, 2006, 2008, Sammet 2004, Sammet et al. 2006, 2007a, 2007b, Mertens 2005, Thomä und Kächele 2006a, 2006b, Jaeggi und Riegels 2008). Die im Folgenden zitierte Referenzliteratur zur *Control-Mastery*-Theorie ist ausschließlich englischsprachig.

2.2. Pathogene Überzeugungen

2.2.1. Pathogene Überzeugungen als Ursache psychischer Störungen

Da innerhalb der *Control-Mastery*-Theorie pathogene Überzeugungen als Ursache psychischer Störungen gelten und ihre Identifikation das therapeutische Vorgehen maßgeblich bestimmt, sollen sie hier ausführlich dargestellt werden.

Die Vertreter der CMT nehmen an, dass der Mensch sich aufgrund eines angeborenen Sicherheitsbedürfnisses sein Leben lang um Anpassung an seine Umwelt bemüht. Hierzu

versucht er, die Beziehungen zwischen sich und seiner Umwelt zu verstehen, um verlässliche Überzeugungen über sich und nahestehenden Personen zu entwickeln. Nach Weiss gehöre das Bedürfnis nach Anpassung zu den stärksten Motivationen des Menschen (Weiss 1990b, 1993a). Zunächst führten eigene klinische Beobachtungen Weiss zu dieser Annahme. Später wurde er durch die Arbeiten von Joseph Sandler bestärkt, der bereits 1960 postulierte, dass das Verhalten des Kindes nicht nur durch das Lustprinzip bestimmt werde, wie der frühe Freud annahm, sondern auch durch das Bedürfnis nach Sicherheit (Sandler 1960). In den folgenden Jahren konnte Weiss seine Auffassung zudem auf Daniel Stern (1985) stützen, dessen Säuglingsforschung nahelegte, dass bereits der Säugling ein „*reality tester*" sei (Stern 1985, 11 zitiert nach Weiss 1993a, 27). Stern zufolge seien Säuglinge bereits von Geburt an damit beschäftigt, ihre Umgebung zu begreifen und ihr Verhalten neben ihren Bedürfnissen auch nach den Erfahrungen mit ihrer Umwelt auszurichten. Dies steht im Widerspruch zu der Annahme der klassischen Psychoanalyse, die den Säugling als autistisch-narzisstisches Wesen betrachtet (Freud 1900, 1911)**.** Die Erkenntnisse der Säuglingsforschung führten Thomä und Kächele in der aktuellen Ausgabe ihres Standardwerks zu psychoanalytischer Therapie zu folgender, die *Control-Mastery*-Theorie implizit stützenden Schlussfolgerung: *„Freuds Auffassung, dass das Spannungsabfuhrprinzip, das Lust-Unlust-Prinzip das fundierende Moment der frühen Entwicklungsvorgänge darstellt, ist nicht mehr aufrechtzuerhalten."* (Thomä und Kächele 2006a, 51).

Sterns Ergebnisse zur Säuglingsforschung bestärkten Weiss darin, Anpassungsprozessen, vor allem während der Kindheit, eine vorrangige Bedeutung in der Genese psychischer Störungen beizumessen (Weiss 1986a, 1993a). Aufgrund unterschiedlichster Erfahrungen entwickeln Kinder stabile Überzeugungen über sich und ihre Beziehungen vor allem zu ihren Eltern. Es ist Teil des Anpassungsvorgangs, dass Kinder ihre Überzeugungen nicht ständig ändern, sondern eher geneigt sind, Erfahrungen, die ihren Überzeugungen widersprechen, im Licht ihrer Überzeugungen zu interpretieren.

Like the scientist, the person in everyday life tends to weigh evidence that confirms his beliefs more heavily than evidence that runs counter to them. This is adaptive. Neither the person in everyday life nor the scientist in his research could function if he were to change his basic beliefs with each new experience." (Weiss 1993a, 31).

Die Anpassungsbestrebungen eines Kindes sind besonders stark ausgeprägt, da seine Sicherheit und sein bloßes Überleben von der Beziehung zu seinen Eltern abhängt. Durch Übernahme ihrer

Vorstellungen, Verhaltensweisen und Wünsche versucht das Kind, seine Beziehung zu ihnen sicher zu gestalten und ist rasch geneigt, ein Fehlverhalten der Eltern als richtig anzusehen oder sich selbst dafür verantwortlich zu fühlen (Sampson 1990, 1992, O´Connor 2000).

Traumatische Erfahrungen, seien es einmalige Ereignisse oder andauernd belastende Beziehungen (z.B. Alkoholabhängigkeit des Vaters, Depression der Mutter), erschüttern das Sicherheitsbedürfnis des Kindes und rufen Verunsicherung und Angst hervor. Als Versuch der Anpassung entwickelt das Kind in der Folge oftmals irrationale Überzeugungen über sich, seine Beziehungen und seine Verantwortung für das Erlebte. Ziel der kindlichen Anpassungs-bestrebungen ist es, Gefahr abzuwenden und die traumatisierende Situation aushaltbar werden zu lassen. So entstehen maladaptive innere Einstellungen des Kindes über sich und die Auswirkungen des eigenen Verhaltens. Diese geben dem Kind zwar Sicherheit, hemmen aber, möglicherweise bis in das Erwachsenenalter hinein, die eigene Entfaltung und das Erreichen persönlicher Ziele. Die CMT bezeichnet diese maladaptiven inneren Einstellungen als pathogene Überzeugungen (*pathogenic beliefs*). Sie werden durch reale Erfahrungen gespeist und können als Quelle von Schuldgefühlen, Scham oder Angst psychische Störungen verursachen (Weiss 1971, 1986a, 1993a, Rappoport 1996, Curtis and Silberschatz 2005).

Pathogene Überzeugungen gelten in der CMT als „*the essential element, the sine qua non*“ (Weiss 1986b, 325), das jeglicher Form psychischer Störung zu Grunde liegt. Sie können bewusst sein, werden aber, da sie nur schwer aushaltbar sind, meist verdrängt und wirken dann im Unbewussten. So einengend und schmerzhaft pathogene Überzeugungen sein können, haben sie eine wichtige Funktion: Sie stellen unbewusste Versuche dar, traumatisch Erlebtes zu bewältigen und ermöglichen es, Gefühle von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit zu ertragen (Bush 2005). Beziehungen, die aufgrund belastender Erlebnisse ansonsten gefährdet wären, können mit Hilfe pathogener Überzeugungen aufrechterhalten werden (Rappoport 1996). Dies gelingt oftmals nur um den Preis einer massiven Einschränkung, in der das Streben nach erfüllenden Lebenszielen zugunsten des Erhalts von Sicherheit gehemmt ist (Weiss 1986a, 1993a, Bush and Gassner 1988, Shilkret 2002).

Die Inhalte pathogener Überzeugungen entstammen dem gesamten Spektrum menschlicher Erfahrungen:

- „*Ich muss so unglücklich sein wie meine Mutter, anderenfalls wird sie sich alleine fühlen und mir Vorwürfe machen*.“ oder „*Ich darf nur wenig Selbstbewusstsein haben, so dass mein Vater sich durch mich nicht bedroht fühlt*.“ (eigene Übersetzung von Rappoport 2002,10).
- Ein fünfjähriger Junge, der sich wünschte, dass seine adoptierte zweijährige Schwester wieder zurück ins Heim kommt, damit er seine Eltern für sich allein habe wie vor ihrer Ankunft, machte sich und seine Wünsche verantwortlich für einen Autounfall, bei dem seine Mutter und die Schwester schwer verletzt wurden, auch wenn er bei dem Unfall nicht zugegen war. In der Folge hat er eigene Wünsche als bedrohlich eingeschätzt und deren Umsetzung vermieden (Silberschatz 2005a).

Zusammenfassend: Kinder übernehmen Verantwortung für Erlebtes, auch wenn dies objektiv gesehen nicht gerechtfertigt ist, weil sie damit auf irrationale Weise ihre Hilflosigkeit abwehren und Selbstkompetenz wiederherstellen. Mit der Übernahme der Verantwortung entwickelt das Kind pathogene Überzeugungen, die von Angst oder Selbstvorwürfen begleitet sein und psychische Störungen verursachen können (Weiss 1986a, 1986b, 1993a).

2.2.2. Pathogene Überzeugungen und Schuld

Irrationale Schuld gilt innerhalb der CMT als wichtigste pathologische Folge von Kindheitstraumata und soll daher im Folgenden in ihrer Bedeutung für das CMT-Konzept zur Genese psychischer Störungen dargestellt werden.

In der Vorstellung der CMT entsteht unbewusste interpersonelle Schuld als Folge pathogener Überzeugungen oder ist selbst deren zentraler Inhalt (O´Connor et. al. 1999, O´Connor 2000, Bush 2005). In ihrer Funktion, soziale Bindungen aufrecht zu halten, wird interpersonelle Schuld zunächst als primär adaptiv angesehen.

„*The capacity to feel guilt is an evolved psychological mechanism, an adaptation to group living, serving the purpose of maintaining social ties and holding people together*.“ (O`Connor 2000, 281).

Maladaptiv wird interpersonelle Schuld, wenn sie aus der irrationalen Überzeugung entsteht, anderen durch das Verfolgen eigener Ziele zu schaden oder ihnen gegenüber unloyal zu sein. Bei Kindern, die unter übermächtigen interpersonellen Schuldgefühlen leiden, ist die Gefahr

besonders groß, dass sie in der Entfaltung ihrer Fähigkeiten gehemmt werden. Der CMT zufolge besteht eine enge Beziehung zwischen unbewussten Schuldgefühlen und dem Maß an Verantwortung, das sich jemand für das Wohlergehen ihm nahestehender Personen zuschreibt. Interpersonelle Schuldgefühle stehen überwiegend nicht in Zusammenhang mit realer Schuld wie der Schuld nach einem tatsächlich begangenen Verbrechen. Es geht vielmehr um irrationale Schuldgefühle, die auch in angenehmen und eigentlich erstrebenswerten Lebenssituationen entstehen (Weiss 1986a, O'Connor et al. 1999, O'Connor 2000, O´Connor et al. 2002). „*Control-mastery theory sees guilt as emanation from the child´s feelings and concern for family members.“* (Bush 2005, 46).

Weiss unterscheidet zwei Formen interpersoneller Schuld, *survivor guilt* (Überlebens-Schuld) und *separation guilt* (Trennungs-Schuld) (Weiss 1986a, 1993a). Unter *survivor guilt* versteht Weiss Schuldgefühle, die jemand entwickelt, wenn es ihm besser geht als ihm nahestehenden Personen. Ursprünglich wurde unter *survivor guilt* diejenige Schuld verstanden, die Überlebende des Holocaust gegenüber den in Konzentrationslagern Umgekommenen empfanden (Niederland 1961). Weiss hat dieses Konzept in Anlehnung an Modell (1965, 1971) erweitert. Modell beobachtete, dass in vielen Familien die Auffassung herrsche, die guten Dinge im Leben stünden nur in einem begrenzten Maße zur Verfügung und das Glück des einen Familienmitglieds reduziere automatisch dasjenige aller anderen Familienmitglieder. Entsprechend sieht Weiss die Entstehung von *survivor guilt* nicht nur in Zusammenhang mit dem Tod einer Person, sondern mit dem eigenen Vorankommen oder Glück, das jemanden in eine bessere Situation versetzt als ihm nahestehende Personen. *Survivor guilt* führt dazu, dass auf die Umsetzung eigener Wünsche zugunsten einer übermäßigen Abhängigkeit von Familienangehörigen verzichtet wird.

Separation guilt liegt das Gefühl zu Grunde, kein Recht auf eine von der Herkunftsfamilie getrennte Existenz zu haben. Aus diesem Glauben resultiert die Befürchtung, dass Bestrebungen nach Unabhängigkeit, das Verfolgen eigener Ziele oder die Übernahme eines neuen Lebensstils Zeichen mangelnder Loyalität seien und nahe Bezugspersonen verletzen. Das Kind und später der Erwachsene bestraft sich für persönliche Bestrebungen und verfolgt seine Ziele nicht länger. Vielmehr wird die Nähe zu den Eltern oder anderen Angehörigen gesucht, beispielsweise durch Identifikation mit ihnen und Übernahme ihrer Eigenschaften, wie der sozialen Ängste der Mutter, des impulsiven Verhaltens des Vaters oder der Alkoholsucht beider Eltern.

2.3. Die Hypothese der unbewussten Kontrolle (*higher mental functioning hypothesis*)

2.3.1. Die higher mental functioning hypothesis in der Control-Mastery-Theorie

Die Hypothese der *higher mental functioning hypothesis,* der zufolge auch unbewusste Inhalte höheren Denkleistungen und damit einer gewissen Kontrolle unterliegen, begründet das für die *Control-Mastery*-Theorie spezifische therapeutische Vorgehen, das sich von dem der klassischen Psychoanalyse Freuds maßgeblich unterscheidet und daher im Folgenden vorgestellt werden soll.

Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse sah Weiss die Überzeugungen eines Menschen über die Realität, in der er lebt und sein Bedürfnis nach Sicherheit als bedeutsamer an für seine Entwicklung als dessen Triebwünsche und Phantasien (Weiss 1993a). Weiss ging davon aus, dass das unbewusste Erleben des Menschen nicht ausschließlich dem Lustprinzip unterworfen sei, sondern auch unbewusst eine Einschätzung der Realität und eine Kontrolle verdrängter Inhalte möglich sei. Dies setzt voraus, dass auch im Unbewussten höhere Denkleistungen (higher mental functions) stattfinden und dies postuliert die CMT in ihrer *higher mental functioning hypothesis*:

„(...) *a person unconsciously performs many of the same kinds of functions that are performed consciously: unconsciously thinking, assessing reality, making decisions and carrying out plans. Moreover, a person exerts control over unconscious mental life in accordance with these decisions and plans.*“ (O´Connor and Weiss 1993, 284f).

Die *higher mental functioning hypothesis* steht im Widerspruch zu Freuds bis heute überwiegend rezipierter erster Theorie des Unbewussten, die er in seinem Frühwerk, vor allem in der *Traumdeutung* (1900) und in den Schriften zur Behandlungstechnik von 1911-1915 dargestellt hat. In Freuds frühem Konzept, der *automatic functioning hypothesis*, haben Menschen keinerlei Kontrolle über ihre unbewussten Prozesse, die ausschließlich dem Lustprinzip unterworfen sind. Verdrängtes Material kann erst beeinflusst werden, wenn es bewusst geworden ist. Der Prozess des Bewusstwerdens setzt voraus, dass der Trieb oder die ihn abwehrende Kraft im Rahmen der Analyse eine Deutung erfährt oder aber, dass der Trieb als Folge massiver Frustration die Abwehr durchbrechen kann (Freud 1900, Weiss 1986a). In der *automatic functioning hypothesis* ist das Unbewusste dem an der Realität orientierten Denken nicht zugänglich und kann daher keine Überzeugungen enthalten. Weiss vertrat die gegenteilige Auffassung: „*The unconscious mind does contain pathogenic beliefs.“* (Weiss 1986a, 68).

Auch wenn der von Weiss postulierte Einfluss der Realität auf unbewusste Prozesse in Freuds

frühem Werk noch keine Bedeutung hatte, stellt die *higher mental functioning hypothesis* weder eine eigenständige Neuformulierung durch Weiss dar noch eine Kritik an Freuds Theorie. Vielmehr fand Weiss vielfältige Hinweise für das Alternativkonzept der *higher mental functioning hypothesis* im Spätwerk Freuds, ohne dass diese von Freud umfassend ausgearbeitet worden wären (Weiss 1986a, 1993a, 1993b). Wie Weiss (1986a) darlegt, haben auch andere Psychoanalytiker, wie Heinz Hartmann (1965), Ernst Kris (1975a, 1975b) und David Rapaport (1967a, 1967b) das Alternativkonzept der *higher mental functioning hypothesis* aus Freuds Spätwerk abgeleitet und weiterentwickelt. Die dennoch bestehende Dominanz der *automatic functioning hypothesis* erklärt Weiss (1986a) damit, dass Freud seine Theorie zur Behandlungstechnik bereits sehr früh, 1911 bis 1915, ausarbeitete und diese sich rasch in der Praxis der Psychoanalyse etabliert habe.

Joseph Weiss entwickelte die *higher mental functioning hypothesis* auf der Grundlage von Freuds später Erkenntnis, dass „*hochgewertete seelische Leistungen*“ unbewusst ablaufen können (Freud 1923). Weiss orientierte sich zudem an Freuds zweiter Angsttheorie, der Signal-Theorie der Angst (Freud 1926), die dem CMT-Konzept der pathogenen Überzeugungen zu Grunde liegt. Angst entsteht demzufolge aufgrund einer traumatischen Kindheitserfahrung und wiederholt sich, wenn unbewusst erneute Gefahr vermutet wird. Unbewusste Abwehr-mechanismen verhängen Kontrolle über verdrängtes Material, um Sicherheit zu gewährleisten, solange subjektiv die Gefahr der Wiederholung des Traumas zu befürchten ist. Die Abwehr über verdrängtes Material kann gelockert werden, wenn, z.B. in der Therapie, ein ausreichendes Maß an Sicherheit erlebt wird. Das Wissen um die Möglichkeit der Kontrolle unbewusster Inhalte ist für den an der CMT orientierten Therapieprozess von besonderer Bedeutung (Sampson 1976, 1990, Weiss 1986a, Silberschatz 2005a).

Die die klassische Psychoanalyse bestimmende Sentenz Freuds, der zufolge das Ich „*nicht einmal Herr ist im eigenen Hause“* (Freud 1917, 284), erfährt durch die *higher mental functioning hypothesis* eine Einschränkung. Wenn der Mensch zu einem gewissen Grad Kontrolle über unbewusste Prozesse ausüben kann, ist er seinem Unbewussten nicht vollkommen ausgeliefert. Das Ich hat im eigenen Haus zumindest ein Mitspracherecht.

2.3.2. *Exkurs: Die higher mental functioning hypothesis im Werk von Sigmund Freud*

In *Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse* beschrieb Freud 1912 das Unbewusste als ausschließlich bestimmt durch das Streben nach Lust und Meiden von Unlust (Freud 1912b). Freud ging davon aus, dass im Unbewussten widerstreitende Kräfte wirken, zum einen sexuelle und aggressive Triebe, die sofortige Befriedigung suchen und zum anderen Abwehr- bzw. Verdrängungskräfte, die sich den Trieben widersetzen. Das dynamische Spiel der antagonistischen Kräfte werde durch das Lustprinzip regiert und finde automatisch statt, ohne dass der Mensch dies kontrollieren und seinen Einschätzungen über die Realität anpassen könne. In *Das Unbewußte* wies Freud darauf hin, dass das Unbewusste keine Rücksicht auf die Realität nehme*:*

„*Es gibt in diesem System keine Negation, keinen Zweifel, keine Grade von Sicherheit. (...) Ebensowenig kennen die Ubw-Vorgänge eine Rücksicht auf die Realität. Sie sind dem Lustprinzip unterworfen; (...).*“ (Freud 1915, 285f).

Freud hat die Theorien seines umfangreichen Werkes im Lauf der Jahre mehrfach verworfen, umgeschrieben oder erweitert (Laplanche und Pontalis 1975b, Diamond and Christian 2011). Durch Einführung des Todestriebs in *Jenseits des Lustprinzips* (Freud 1920) und damit des Dualismus von Lebens- und Todestrieb nahm Freud eine Revision seiner Triebtheorie vor (Hock 2000). Ebenso überarbeitete Freud sein erstes topisches Modell (Freud 1900) mit den drei Systemen Unbewusstes, Vorbewusstes und Bewusstes und entwickelte die zweite Topik (Freud 1923), auch als Strukturmodell bezeichnet, mit der er die drei Instanzen Es, Ich und Über-Ich einführte (Laplanche und Pontalis 1975b). In der Folge änderte Freud auch seine Angsttheorie (Compton 1972,1992). In seiner ersten Angsttheorie, die Freud 1895 in der Abhandlung *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen* darlegte und in mehreren Folgetexten (u.a. 1900 in *Die Traumdeutung)* weiter ausarbeitete, galt Angst ihm als Resultat der Verdrängung (Freud 1895). Freud nahm an, dass triebhafte Erregung in psychische Symptome umgewandelt werde. Angst entstehe demnach als Ergebnis der Umsetzung unterdrückter und nicht abgeführter Triebkräfte der Libido (Freud 1909).

1926 revidierte Freud seine erste Angsttheorie und stellte in *Hemmung, Symptom und Angst* (Freud 1926) seine zweite Angsttheorie, die Signaltheorie der Angst, vor: Angst wird nicht mehr als Produkt der Verdrängung angesehen, sondern als ihr Auslöser. Angst signalisiert eine Gefahr, setzt Abwehrmechanismen in Gang und führt zur Symptombildung (Compton 1972, 1992).

Verantwortlich für diesen Wandel war Freuds Beobachtung, dass einige seiner Patienten unbewusste Überzeugungen und Schuldgefühle hatten, die sich nicht als Ergebnis des automatischen, vom Lustprinzip dominierten Spiel der Kräfte erklären ließen. Diese Beobachtung führte dazu, dass Freud in *Das Ich und das Es* (1923) die zweite Topik einführte, in der das Ich nicht mehr ausschließlich dem Bewussten gleichgesetzt wird.

„*Wir haben im Ich selbst etwas gefunden, was auch unbewußt ist, sich geradeso benimmt, wie das Verdrängte, das heißt starke Wirkungen äußert, ohne selbst bewußt zu werden und zu dessen Bewußtmachung es einer besonderen Arbeit bedarf. (...). Auch ein Teil des Ichs, ein Gott weiß wie wichtiger Teil des Ichs, kann ubw sein, ist sicherlich ubw*." (Freud 1923, 258f).

Das Ich der zweiten Topik repräsentiert die Interessen der Gesamtpersönlichkeit (Laplanche und Pontalis 1975b), ihm werden durch Freud nun auch unbewusste Anteile und damit die Fähigkeit zugeschrieben, Abwehroperationen der Verdrängung durchzuführen. Dies bedeutet, dass Ich-Leistungen unbewusst ablaufen und unbewusst darauf zielen können, die Realität zu überprüfen und Probleme zu lösen. Unbewusste Überzeugungen und Schuldgefühle können das Resultat konkreter Erfahrungen in der Realität sein und stützen die Annahme, dass Kontrolle über unbewusste Prozesse möglich sei. In *Das Ich und das Es* schrieb Freud 1923:

„*Wir lernen in unseren Analysen, daß es Personen gibt, bei denen die Selbstkritik und das Gewissen, also überaus hochgewertete seelische Leistungen, unbewußt sind und als unbewußte die wichtigsten Wirkungen äußern;(...). Die neue Erfahrung aber, die uns nötigt, trotz unserer besseren kritischen Einsicht von einem unbewußten Schuldgefühl zu reden (...) gibt uns neue Rätsel auf, besonders wenn wir allmählich erraten, daß ein solches unbewußtes Schuldgefühl bei einer großen Anzahl von Neurosen eine ökonomisch entscheidende Rolle spielt und der Heilung die stärksten Hindernisse in den Weg legt.*" (Freud 1923, 266f).

Die Erkenntnis, dass „*hochgewertete seelische Leistungen"* auch unbewusst sein können, hatte Freud durch wiederholte Beschäftigung mit dem Kastrationskomplex gewonnen, den er in derjenigen Entwicklungsphase des Knaben ansiedelt, in der dieser den Geschlechtsunterschied entdeckt (Freud 1909,1923). In dieser Phase des Übergangs von der dyadischen Beziehung zur Triangulierung treffen die unbewussten libidinösen Wünsche des Jungen an die Mutter auf ebenfalls unbewusste Aggressionen dem Vater gegenüber, der als Konkurrent erlebt wird. Gleichzeitig liebt der Junge beide Elternteile und möchte ebenso von beiden geliebt werden, befindet sich also in dem Dilemma, in Rivalität mit dem geliebten Vater zu geraten (Laplanche und Pontalis 1975a). In dieser als Ödipuskonflikt bezeichneten Situation entwickelt der Junge die unbewusste Angst, durch den mächtigen Vater kastriert zu werden, wenn er seinem Begehren nachgibt (Mentzos 1984). Entgegen seiner frühen Ansicht (Freud 1909) ging Freud im späteren Lauf der Jahre davon aus, dass die Kastrationsangst nicht im Wechselspiel von Impuls

und Abwehr entstehe und nicht durch das Streben nach Lustgewinn motiviert sei. Die Kastrationsangst sei vielmehr eine unbewusst von dem Jungen real erlebte Gefahr, vom Vater mit Kastration bestraft zu werden, wenn er sich den familiären Machtverhältnissen nicht fügt und wurde als solche nun von Freud zurückgeführt auf „*hochgewertete seelische Leistungen*“, die er für das Unbewusste bis dahin ausgeschlossen hatte.

Angst ist das Signal, das die Bedrohung durch Kastration und damit die Gefahr ankündigt, die bestehen würde, wenn dem ödipalen Triebwunsch nachgegeben würde. Anders als in seinem frühen Werk glaubte Freud nun, dass eine unbewusst an den Anforderungen der Realität orientierte Regulierung der Abwehr doch möglich und durch das grundlegende Bedürfnis nach Sicherheit motiviert sei. Ob Verdrängtes bewusst werde, sei dann eine unbewusste Entscheidung, die davon abhänge, ob hierfür ausreichend Sicherheit bestehe (Freud 1923, 1926). Vor diesem Hintergrund revidierte Freud seine Angsttheorie: „*Der Einspruch gegen diese Auffassung* (die erste Angsttheorie, d. V.) (...) *war also eine der Folgen der im „Ich und Es“ versuchten Gliederung des seelischen Apparates.*“ (Freud 1926, 193). Das Ich wurde „*die eigentliche Angststätte*“ (Freud 1923, 39). Gleichzeitig sah Freud das Ich nun als den Ort an, an dem sich Bedürfnisse und Motive des Handelns bilden und umgesetzt werden. Die Selbsterhaltung gehörte für Freud zu den wichtigsten Bedürfnissen, denen das Ich verpflichtet ist. Das Ich folge dem Realitätsprinzip und nicht dem Lustprinzip, wenn es sich der Angst als Signal bedient, um einer Bedrohung seiner Integrität entgegenzuwirken. So schrieb Freud 1939 in *Abriß der Psychoanalyse:*

„*Die andere psychische Instanz,(...), das sogenannte Ich, hat sich aus der Rindenschicht des Es entwickelt,(...); seine konstruktive* (Leistung besteht darin, d.V.)*, daß es zwischen Triebanspruch und Befriedigungshandlung die Denktätigkeit einschaltet, die nach Orientierung in der Gegenwart und Verwertung früherer Erfahrungen durch Probehandlungen den Erfolg der beabsichtigten Unternehmungen zu erraten sucht. Das Ich trifft auf diese Weise die Entscheidung, ob der Versuch zur Befriedigung ausgeführt oder verschoben werden soll oder ob der Anspruch des Triebes nicht überhaupt als gefährlich unterdrückt werden muß. Wie das Es ausschließlich auf Lustgewinn ausgeht, so ist das Ich von der Rücksicht auf seine Sicherheit beherrscht.“* (Freud 1939, 94f).

Mit der Annahme, dass Ich-Leistungen auch unbewusst ablaufen können und das Ich „*von der Rücksicht auf seine Sicherheit beherrscht“* sei, hat Freud in seinem Spätwerk die Grundlage für eine Ich-Psychologie entwickelt, deren Implikationen über die bloße Definition des *Ich* hinausgeht. Das Unbewusste kann in diesem Konzept nicht als losgelöst von der Realität und ausschließlich dem Lustprinzip unterworfen betrachtet werden, da in ihm auch Prozesse stattfinden, die sich an der Realität orientieren.

2.3.3. Die Bedeutung der higher mental functioning hypothesis für den therapeutischen Prozess

Die von der CMT vertretene *higher mental functioning hypothesis* und die *automatic functioning hypothesi*s der klassischen Psychoanalyse unterscheiden sich in ihren Vorhersagen darüber, wie der Patient sich in der Therapie verhalten wird und implizieren unterschiedliche Empfehlungen für den Therapieprozess (Weiss 1986a, 1990a, 2005), die im Folgenden dargestellt werden.

Gemäß der *automatic functioning hypothesi*s können weder unbewusste Inhalte noch die sie verdrängenden Abwehrmechanismen kontrolliert werden (Weiss 1986a, 1990a). Nur mittels Deutung durch den Therapeuten kann verdrängtes Material bewusst werden und ist dann einer Kontrolle zugänglich. Ohne Deutung werden verdrängte Impulse nur bewusst, wenn sie in der Therapie durch die neutrale und abstinente Haltung des Therapeuten frustriert werden und dadurch an Intensität gewinnen. Der frustrierte Impuls muss so mächtig werden, dass er sich in heftigem Widerstreit mit den verdrängenden Kräften befindet und die Abwehrmechanismen überwältigt. Erst dann gelangt er in das Bewusstsein. Dieser innere Konflikt führt zu Angst bei dem Patienten, was im Therapieverlauf als Widerstand imponiert. Die *automatic functioning hypothesi*s sieht zwar auch den Fall vor, dass ein Impuls ohne Deutung bewusst werden kann, wenn er maskiert ist und daher von den Verdrängungskräften nicht abgewehrt wird. Tritt der Impuls in einer solchen Kompromissgestalt auf, gelangt er mit nur geringer Macht ins Bewusstsein, der dazugehörige Konflikt ist für den Patienten nicht spürbar. Der maskierte Impuls ruft zwar keine Angst hervor, der Patient kann ihn aber auch nicht in seiner ganzen Bedeutung wahrnehmen und folglich auch nicht sinnvoll bearbeiten.

Der *higher mental functioning hypothesis* (Weiss 1986a, 1990a) zufolge können verdrängte Inhalte auch ohne Deutung in das Bewusstsein gelangen, wenn der Patient sich ausreichend sicher fühlt, die unbewusste Kontrolle über seine Abwehr zu lockern. Dies ist in der Therapie der Fall, wenn der Patient das Gefühl hat, dass das verdrängte Material nicht so bedrohlich ist, wie seine unbewussten Überzeugungen ihn vormals vermuten ließen. Entsprechend gering ausgeprägt sind begleitende Angst und Anspannung, wenn der Patient sich mit dem verdrängten Material beschäftigt. Da der Patient unbewusst entschieden hat, die Kontrolle über die Abwehr zu lockern, gelangen die unbewussten Inhalte nicht maskiert in sein Bewusstsein und er kann sich intensiv mit ihnen auseinandersetzen. Dem Therapeuten gelingt es nach Auffassung der CMT dann, dem Patienten das notwendige Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, wenn er sich als

Alliierter des Patienten versteht, der ihn darin unterstützt, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen und seine angestrebten Ziele zu erreichen (Weiss 1994). Die neutrale und abstinente, Impulse frustrierende Haltung, die der Therapeut vor dem Hintergrund der *automatic functioning hypothesi*s einnehmen soll, gilt innerhalb der CMT nicht als hilfreich.

„*The therapist`s task of helping the patient feel safe takes precedence over other technical ideas, including the idea that the therapist should offer insight by interpretation*." (Weiss 2005, 32).

Nicht Behandlungsvorschriften sollen den Therapeuten vorrangig leiten, sondern das Verständnis für die individuelle Situation des Patienten, das es dem Patienten ermöglicht, ein Gefühl von Sicherheit zu entwickeln (Silberschatz et al. 1989, Silberschatz 2008).

2.4. Der therapeutische Prozess in der *Control-Mastery*-Theorie

2.4.1. Das Plankonzept

Die CMT geht davon aus, dass der Patient motiviert sei, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen und bereits mit einem unbewussten Plan in die Therapie komme (Curtis and Silberschatz 1986, Silberschatz et al. 1986, Rosbrow 1993, Weiss 1993a, 1994, 1998, Rappoport 1997, Bloomberg-Fretter 2005). Wie die *higher mental functioning hypothesis* ist auch das Plankonzept der CMT angelehnt an Freuds späte Skizze des Unbewussten, der zufolge es einen unbewussten Wunsch nach Beherrschung traumatischer Erlebnisse gibt. Freud postulierte dies aufgrund seiner Beobachtung, dass Patienten in ihren Träumen traumatische Erfahrungen wiederholten. Dies war mit seiner früheren Annahme, dass der Traum nur der Wunscherfüllung diene (Freud 1900), nicht zu erklären. Das Wiedererleben des Traumas konnte für den Träumer nicht lustvoll sein. In *Jenseits des Lustprinzips* (1920) erweiterte Freud seine Theorie dahingehend, dass unbewusste Prozesse, so auch der Traum, nicht ausschließlich dem Lustprinzip unterworfen seien, sondern auch der Verarbeitung des Traumas dienten.

"*Wenn die Träume der Unfallsneurotiker die Kranken so regelmäßig in die Situation des Unfalles zurückführen, so dienen sie damit allerdings nicht der Wunscherfüllung, deren halluzinatorische Herbeiführung ihnen unter der Herrschaft des Lustprinzips zur Funktion geworden ist. (...). Diese Träume suchen die Reizbewältigung unter Angstentwicklung nachzuholen, deren Unterlassung die Ursache der traumatischen Neurosen geworden ist.*" (Freud 1920, 32).

Die CMT nimmt an, dass ähnlich dem Träumer bei Freud, der belastende Erfahrungen im Traum verarbeiten will, der Patient die unbewusste Absicht verfolge, seine Schwierigkeiten zu

meistern. Dabei hilft dem Patienten sein unbewusster Plan, der als flexible und in weiten Teilen unbewusste Strategie zu verstehen ist, den Therapeuten dazu zu bewegen, gemeinsam mit ihm an der Überwindung seiner Probleme zu arbeiten (Rappoport 1997, Weiss 1998). Wenn eine Patientin sich in der Therapie als dumm bezeichnet und als unfähig, ein Studium in einer fernen Stadt zu absolvieren, weil ihre Mutter sie so beschreibt, die Patientin sich gleichzeitig aber auf intelligente und kompetente Weise artikuliert, so widerlegt sie die von der Mutter übernommene Überzeugung und führt den Therapeuten zu ihrem unbewussten Plan, sich von der Mutter zu emanzipieren (Bugas and Silberschatz 2000).

Dem CMT-Konzept zufolge nehme der Patient eine eher aktive und selbstbestimmte Rolle im Therapieprozess ein und zeige dann die größten Fortschritte, wenn der Therapeut den Plan des Patienten unterstützt (Pro-Plan-Intervention). „*The therapist does not choose the goals of treatment nor the issues to be adressed.“* (Rappoport 2002, 13). Behindert der Therapeut den unbewussten Plan des Patienten, weil er z.B. einen anderen Fokus verfolgt (Anti-Plan-Intervention), wird innerhalb der CMT ein wenig oder gar nicht erfolgreicher Behandlungsverlauf erwartet, der bei dem Patienten Unruhe und Angst hervorrufen könne (Curtis and Silberschatz 1986). Es wird daher empfohlen dass nicht nur der Therapeut den Patienten anleitet. Auch der Therapeut sollte bereit sein, sich von dem Patenten „*coachen*“ zu lassen (Bugas and Silberschatz 2000), um dessen Plan zu verstehen und zu unterstützen.

2.4.2. *Die Tests des Patienten*

Das Testen des Therapeuten durch den Patienten gehört der CMT zufolge zu den häufigen Patienten-Strategien. „*All patients want their therapist to protect them from doing something that would cause them to become overwhelmed with guilt.“* (Bush 2005, 60).

Tests werden innerhalb der CMT nicht als Widerstand gegen verdrängtes Material angesehen, sondern als teils bewusste, teils unbewusste adaptive Leistung des Patienten, mit der dieser die Bearbeitung verdrängter Inhalte in der Therapie vorbereitet (Weiss 1986a, Foreman 1996). Der Patient lockert seine Abwehrmechanismen nicht, solange er unbewusst annimmt, dass die abgewehrten Inhalte eine Bedrohung darstellen. Die Therapie stellt für den Patienten ein riskantes Unterfangen dar, da er Gefahr läuft, retraumatisiert zu werden. Erst wenn der Patient sich in der Beziehung zu seinem Therapeuten sicher fühlt, wird er seine Abwehr lockern. Mit

Hilfe der Tests, in denen traumatische Erfahrungen wiederholt werden, überprüft der Patient, ob die Beziehung zu dem Therapeuten seinen Plan unterstützt. Gleichzeitig bieten die Tests dem Patienten wie dem Therapeuten die Möglichkeit, zu betrachten, welcher Art die traumatische Erfahrung war, die der Patient bisher nicht bewältigen konnte. Die CMT unterscheidet zwei Formen von Tests: *Transference*-Tests (Übertragungs-Tests) und *passive-into-active*-Tests (Rollenumkehr-Tests) (Weiss et al. 1986,Weiss 1993a, Foreman 1996).

2.4.2.1. Transference-Tests

Den *transference*-Tests liegt der psychoanalytische Begriff der Übertragung zu Grunde:
„ (...) *eine ganze Reihe früherer psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung zur Person des Arztes wieder lebendig. Es gibt solche Übertragungen, die sich im Inhalt von ihrem Vorbilde in gar nichts bis auf die Ersetzung unterscheiden.*“ (Freud 1905, 279).

Bei *transference*-Tests wiederholt der Patient sein Verhalten aus der Kindheit, von dem er glaubt, dass es bei seinen Eltern die ihn traumatisierende Reaktion hervorgerufen habe. Unbewusst hofft er, dass der Therapeut - anders als seine Eltern - nicht dergestalt reagiert, dass er erneut traumatisiert wird (Weiss 1986, 1993a). Die Übertragung im Rahmen der *transference*-Tests wird nicht als bloße Wiederholung oder als Widerstand gegen die Therapie interpretiert. Der CMT zufolge stellt sie den unbewussten Versuch des Patienten dar, bisherige Erfahrungen einer Überprüfung zu unterziehen.

Rappoport (1997) unterteilt die *transference*-Tests in *compliance*- und *non-compliance*-Tests. Bei *compliance*-Tests verhält der Patient sich entsprechend der von ihm vermuteten Wünsche des Therapeuten, um negative Konsequenzen wie Tadel oder Ablehnung zu vermeiden. In der Überzeugung des Patienten würde ein Verhalten, das nicht auf die Bedürfnisse seines Gegenübers eingeht, unweigerlich eine für ihn bedrohliche Reaktion hervorrufen. Wenn der Therapeut allerdings zu verstehen gibt, dass er ein solch „folgsames“ Verhalten gar nicht erwartet, wird der Patient vermutlich erleichtert sein und kann das *compliance*-Verhalten allmählich unterlassen. *Compliance*-Tests finden häufig zu Beginn einer Therapie statt, da sie für den Patienten die sicherste Form des Testens darstellen. In *non-compliance*-Tests wird der Patient gerade das, was er als gut und hilfreich für den Therapeuten ansieht, nicht tun und dabei

beobachten, ob der Therapeut sich durch eine solche Unterlassung verärgert oder enttäuscht zeigt. Ist dies nicht der Fall, gewinnt der Patient an Sicherheit. *Non-compliance*-Tests finden meist erst im späteren Verlauf der Therapie statt, wenn der Patient Vertrauen zu dem Therapeuten gefasst hat.

*2.4.2.2. Passive-into-active-T*ests

Bei *passive-into-active*-Tests verhält sich der Patient dem Therapeuten gegenüber so bedrohlich wie früher seine Eltern ihm gegenüber, so dass der Therapeut sich in der Situation wiederfindet, die der Patient in seiner Kindheit als traumatisierend erlebt hat (Foreman 1996). Der Patient hofft, dass der Therapeut in der Lage ist, sich gegen dieses Verhalten zu schützen. Innerhalb der CMT besteht die Annahme, dass dieser Test den Patienten entlastet, wenn der Therapeut mit der Situation souverän umgeht, ohne in ähnliche Not zu geraten wie der Patient als Kind. Er kann dann von dem Therapeuten lernen, wie eine solche Situation zu meistern ist und seine pathogenen Überzeugungen widerlegen. Für den Therapeuten kann dies über eine längere Phase hinweg bedeuten, dass er sich in der Arbeit mit dem Patienten schlecht behandelt und ohnmächtig fühlt. Es wird dem Therapeuten leichter fallen, die ihm zugewiesene Rolle anzunehmen und den Patienten dennoch zu unterstützen, wenn er dessen Verhalten als *passive-into-active*-Test einschätzt und versteht, dass dieses Verhalten von dem unbewussten Wunsch des Patienten nach einem gesunden Umgang mit seinen früheren Erfahrungen und der Widerlegung seiner bisherigen Überzeugungen bestimmt ist.

Die *passive-into-active*-Tests sind für den Patienten riskanter als die *transference*-Tests. Der Patient weiß aus eigener Erfahrung, wie schmerzhaft es ist, einem solchen Verhalten ausgesetzt zu sein und muss die Befürchtung haben, dass er den Therapeuten möglicherweise so sehr verletzt, dass dieser sich von der gemeinsamen Arbeit zurückziehen könnte. Viele Patienten führen daher nur die *transference*-Tests durch. Es sind vor allem stark mit ihren Eltern identifizierte Patienten, die den Weg des *passive-into-active*-Tests gehen, da dies das einzige ihnen zur Verfügung stehende Verhaltensmuster ist (Rappoport 1997).

2.4.3. Die Planformulierungs-Methode (PFM)

Der Plan des Patienten für seine Therapie wird mit der Planformulierungs-Methode (PFM) erarbeitet (Rosenberg et al. 1986, Curtis et al. 1988, Sampson 1992, Curtis et al. 1994, Curtis

and Silberschatz 2005). Die PFM wird zu Beginn der Behandlung erstellt und liefert eine auf den einzelnen Patienten fokussierte Falldarstellung (Bloomberg-Fretter 2005). Die PFM wurde zur Überprüfung der CMT entwickelt. Sie ist ein Forschungsinstrument der empirischen Fremdbeobachtung interpersoneller Beziehungsmuster (Barber and Crits-Cristoph 1993, Schauenburg und Cierpka 1994) und stellt eines von verschiedenen Operationalisierungs-konzepten psychoanalytisch orientierter Einzelfalluntersuchungen dar, von denen weitere in Kapitel 3 vorgestellt werden.

Bei Anwendung der PFM erstellen mehrere klinisch erfahrene Beurteiler in einem aufwändigen mehrschrittigen Verfahren den Plan des Patienten anhand von Transkripten des Erstgesprächs und/oder der ersten Sitzungen der Therapie. Die PFM ist eine Weiterentwicklung der *plan diagnosis method* (Caston 1986) und enthält in ihrer aktuellen Form (Sammet 2004, Curtis and Silberschatz 2005, Albani et al. 2006) fünf Elemente aus dem Lebensbereich des Patienten:

1. *Trauma:* Es werden die Erfahrungen notiert, die dazu führten, dass der Patient pathogene Überzeugungen entwickelt hat. Es kann sich um ein einmaliges traumatisierendes Ereignis handeln oder um andauernde belastende Lebensumstände.
2. *Hindernis:* Hier werden pathogene Überzeugungen des Patienten und die begleitenden Gefühle notiert. Die Überzeugungen müssen negative Konsequenzen für den Patienten implizieren und ihn daran hindern, persönliche Ziele zu erreichen, da er sie subjektiv mit Gefahr assoziiert.
3. *Ziele:* Dies können angestrebte Veränderungen im Erleben des Patienten, seinem Verhalten und seinen Beziehungen zu anderen sein. Es kann sich auch um konkrete Ziele, z.B. einen Studienabschluss, handeln.
4. *Tests:* Hier werden verschiedene mögliche Tests, d.h. Verhaltensweisen bzw. Strategien des Patienten notiert, mit denen er den Therapeuten auf die Probe stellen könnte (zur Erläuterung des Test-Begriffs der CMT siehe Kapitel 2.4.2.).
5. *Einsichten*: Hierbei handelt es sich um Erkenntnisse und Erfahrungen, die dem Patienten helfen könnten, seine Ziele in der Therapie zu erreichen. Einsichten beziehen sich auf den Inhalt pathogener Überzeugungen, auf deren Ursachen und Entstehung sowie auf die Konsequenzen, die sie für den Patienten haben.

Die PFM erlaubt, die Interventionen des Therapeuten auf ihre Plan-Kompatibilität hin zu

überprüfen, d.h. auf das Ausmaß, in dem sie mit dem Plan des Patienten übereinstimmen (Fretter et al. 1994). Ob eine Intervention des Therapeuten den Patienten in seiner Entwicklung fördert oder ob sie ihn eher behindert, lässt sich auf der *plan compatibility scale* ausreichend verlässlich einschätzen (Bush 1986).

2.5. Forschung in der *Control-Mastery*-Theorie

Die Forschung innerhalb der psychoanalytisch orientierten *Control-Mastery*-Theorie zeichnet sich seit den siebziger Jahren durch einen konsequent empirischen Ansatz aus. Im Rahmen der Junktim-Forschung, der klassischen psychoanalytischen Untersuchungsmethode anhand individueller Fallgeschichten, sind Hypothesen abgeleitet und von Mitgliedern der späteren SFPRG in einer Vielzahl an Einzelfallstudien empirisch überprüft worden (Sampson et al. 1976, Weiss et al. 1986, Weiss 1993b, Silberschatz 2005b). Albani et al. zufolge leistet die CMT damit „*einen wichtigen Beitrag zu den neueren Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlungstheorie und der von ihr angeregten Forschung*." (Albani et al. 2006, 242). Auch im deutschsprachigen Raum gibt es mittlerweile einige empirische Einzelfalluntersuchungen auf Grundlage der CMT (Volkart 1995, Volkart und Heri 1998, Albani et al. 2006, Sammet et al. 2006, 2007a). Die empirische CMT-Forschung wird von Einzelfallstudien dominiert, dennoch gibt es zu Schuld als zentralem Inhalt pathogener Überzeugungen auch einige wenige gruppenstatistische Untersuchungen.

2.5.1. Junktim-Forschung

Wie in den Anfängen der Psychoanalyse durch Freud initiiert, gibt es auch innerhalb der CMT eine lebhafte Junktim-Forschung, deren Erkenntnisse fruchtbar sind für die Entwicklung ihrer Konzepte. Klinische Beobachtungen im Rahmen einzelner Falldarstellungen bildeten die Basis einer Feldforschung, die Joseph Weiss zur Ausarbeitung der CMT und Formulierung daraus abgeleiteter Hypothesen führte (Weiss et al. 1986).

Zu Beginn der Junktim-Forschung, die die CMT begründen sollte, stand Joseph Weiss´ Publikation *Crying at the happy ending* (Weiss 1952), die zunächst von der Alltagsbeobachtung ausging, dass einige Kinobesucher erst am glücklichen Ende eines Films weinen und nicht während der eigentlich traurigen Momente zuvor. Weiss erklärte dies damit, dass die

Kinobesucher während der traurigen Momente befürchten, von Traurigkeit überwältigt zu werden und das Weinen daher unterdrücken. Wenn der Film gut ausgegangen ist, erscheint es weniger bedrohlich, die Verdrängung aufzuheben und sich das Gefühl der Traurigkeit zu erlauben. Ausgehend von dieser Beobachtung fand Weiss ein ähnliches Verhalten auch bei Patienten, die sich in der Therapie dann fortschrittlich mit vormals verdrängtem Material auseinandersetzten, wenn sie sich ausreichend sicher fühlten.

Die Beobachtung, dass pathogene Überzeugungen häufig dann widerlegt werden und dies zu einem erfolgreichen Therapieausgang führt, wenn der Patient sich sicher fühlt und die Therapie entsprechend seines Plans gestaltet wird, ist in vielen individuellen Fallberichten (Curtis and Silberschatz 1986, Silberschatz and Curtis 1986, Bugas and Silberschatz 2000, Silberschatz 2008) und für unterschiedliche psychische Störungen wie Zwangsstörungen (Sampson et al. 1976), Anorexia nervosa (Friedman 1985), Depression (Silberschatz et al. 1986, Fretter 1995, Chase 1998, Pole and Bloomberg-Fretter 2006, Pole et al. 2002, 2008), Agoraphobie (Shilkret 2002, Gassner 2004) und posttraumatische Belastungsstörungen (Pole and Bloomberg-Fretter 2006) beschrieben worden.

2.5.2. Empirische Einzelfallstudien

Es gehört zu den Vorgaben der empirischen CMT-Einzelfall-Forschung, dass die mit der Untersuchung befassten Wissenschaftler nicht gleichzeitig Behandler des jeweiligen Patienten sind. Die aufwändigen empirischen Studien werden anhand abgeschlossener Therapien durchgeführt, bei denen Therapeut und Patient mit der CMT nicht vertraut sind, um eine Beeinflussung durch bestehende Annahmen des Therapeuten oder des Patienten auszuschließen. Die Untersuchungen werden auf der Grundlage öffentlich zugänglicher Verbatim-Transkripte oder Audio-Aufnahmen der Therapiesitzungen durchgeführt, damit die Ergebnisse nachvollziehbar sind (Sampson 1986). Es werden verschiedene Parameter zur Einschätzung des Patientenverhaltens untersucht wie zum Beispiel der *experiencing*-Wert (Klein et al. 1986) oder der *boldness*-Wert (Caston 1986), deren Ausprägung durch voneinander unabhängige, klinisch erfahrene Beurteiler quantitativ eingeschätzt wird (Weiss et al 1986).

Anhand empirischer Einzelfallstudien ist innerhalb der CMT-Forschung untersucht worden, unter welchen Bedingungen vormals verdrängte psychische Inhalte im Rahmen einer

Psychotherapie bewusst und von dem Patienten erfolgreich bearbeitet werden. Weiss` Ausgangspunkt für empirische Studien waren Beobachtungen therapeutischer Ereignisse, die durch einen Fortschritt des Patienten gekennzeichnet waren und die systematische Untersuchung dessen, was unmittelbar *vor* diesem erkennbaren Fortschritt in der Behandlung geschehen war.

Im Rahmen der empirischen Einzelfallstudien wurde die *higher mental functioning hypothesis* mit der *automatic functioning hypothesis* verglichen, indem besondere Ereignisse einer Therapie daraufhin untersucht wurden, welche der beiden Hypothesen diese besser erkläre (Bush and Gassner 1986, Caston et. al. 1986). In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls untersucht, unter welchen Bedingungen und mittels welcher Art von Intervention durch den Therapeuten vormals verdrängte Inhalte in der Therapie bewusst und von dem Patienten bearbeitet werden können (Sampson et al. 1972, Horowitz et al. 1975, 1978, Curtis et al 1986, Pole et al. 2002). Anhand von Einzelfallstudien auf Grundlage der PFM konnte gezeigt werden, dass Patienten auf eine „Plan-kompatible“ Therapiegestaltung mit deutlichem Therapiefortschritt reagieren. Die Ausprägung der Plan-Kompatibilität korreliert positiv mit dem Therapieerfolg des Patienten, d.h. der Patient macht umso größere Fortschritte in der Therapie, je häufiger und je ausgeprägter die Therapeuten-Interventionen von unabhängigen Beurteilern als Pro-Plan-Interventionen eingeschätzt werden (Caston et al. 1986, Rosenberg et al. 1986, Jones et al. 1993, O´Connor et al. 1994, Norville et al. 1996, Foreman et al. 2000).

Einige der für die CMT richtungsweisenden empirischen Einzelfallstudien werden im Folgenden vorgestellt:

Gassner et al. (1982) haben die *higher mental functioning hypothesis* und die *automatic functioning hypothesi*s in einer empirischen Einzelfallstudie miteinander verglichen, indem sie anhand der Transkripte der ersten 100 Stunden einer psychoanalytischen Therapie (Mrs. C.) untersuchten, wie die Patientin sich fühlte, wenn ihr vormals verdrängte Inhalte ohne vorhergehende Deutung des Therapeuten zu Bewusstsein kamen. Aus den Therapie-Sitzungen 41-100 wurden zunächst Inhalte identifiziert, die die Patientin in den ersten 40 Sitzungen nicht erwähnt hatte. Erfahrene Psychoanalytiker wurden gebeten, aus diesen Inhalten diejenigen herauszusuchen, die ihrer klinischen Erfahrung nach in den ersten 40 Sitzungen verdrängt gewesen seien. Die Inhalte, die mit großer Übereinstimmung der Beurteiler als vormals

verdrängt eingeschätzt worden waren, sind in einem nächsten Schritt anhand der Verbatim-Transkripte der Behandlung daraufhin überprüft worden, ob der Therapeut im Vorfeld eine Deutung zu diesen jeweiligen Inhalten gemacht hatte. Bis auf eine Ausnahme ging dieser Beurteilung zufolge keinem der als vormals verdrängt eingeschätzten Inhalte eine Deutung voraus. Die Beurteiler sollten dann unabhängig voneinander anhand etablierter Angst-Erhebungsinstrumente und anhand ihrer eigenen klinischen Erfahrung einschätzen, wie ängstlich die Patientin war, als ihr das verdrängte Material bewusst wurde.

Es zeigte sich, dass das Bewusstwerden verdrängter Inhalte ohne vorhergehende Deutung nicht mit einem Anstieg von Angst einherging. Gleichzeitig erreichte die Patientin in den Sequenzen bewusst gewordener Inhalte einen höheren *experiencing*-Wert als in anderen Sprachsequenzen. Der *experiencing*-Wert erhebt die Qualität der Erfahrung des Patienten, sich in seiner verbalen Kommunikation authentisch widerzuspiegeln, d.h sich sein Erleben in einer für seine Therapie konstruktiven Weise selbst verständlich zu machen, und gilt als hilfreich zur Einschätzung des Therapieerfolgs (Klein et al. 1986). Mit seiner Hilfe kann beurteilt werden, wie sehr ein Patient sich mit seinen verändernden Gefühlen und Einstellungen beschäftigt und seine gewonnenen Erkenntnisse für sich nutzt. Das Ergebnis der Studie von Gassner et al. (1982) lässt darauf schließen, dass die Patientin in den Phasen der Therapie, in denen Verdrängtes bewusst wurde, nicht abwehrend war, sondern sich mit den vormals verdrängten Inhalten in einer für sie fortschrittlichen Weise beschäftigen konnte.

Silberschatz (1986) untersuchte anhand der psychoanalytischen Behandlung von Mrs. C. den Zusammenhang zwischen einerseits dem Ausmaß, in dem der Therapeut durch seine Intervention den Test (siehe Kapitel 2.4.2., Seite 21f) der Patientin bestand und andererseits dem sofortigen Fortschritt der Patientin in der Therapie. Das Ausmaß, mit dem der Therapeut den Test bestand und dadurch die pathogenen Überzeugungen der Patientin widerlegte, wurde durch eine Gruppe unabhängiger Beurteiler auf einer sieben-stufigen Likert-Skala eingeschätzt. Es ließen sich durchgängig signifikant positive Korrelationen zwischen dem Ausmaß, in dem der Therapeut den Test bestand und dem Ausmaß des sofortigen Therapiefortschritts der Patientin feststellen. Der Therapiefortschritt der Patientin wurde unmittelbar vor und nach dem Test mit Hilfe des *experiencing*-Werts, des *boldness*-Werts (Caston 1986) und des *relaxation*-Werts (Silberschatz 1986) beurteilt.

Der *boldness*-Wert ist 1986 von Caston im Rahmen der von ihn konzipierten *plan diagnosis method* entwickelt worden und schätzt das Ausmaß ein, in dem ein Patient sich in der Lage sieht, sich mit „nicht-trivialem“ Material auseinanderzusetzen, d.h. schmerzhafte Themen „kühn“ in Angriff nimmt. Je ausgeprägter der *boldness*-Wert, umso größer die Bereitschaft des Patienten, sich mit für ihn wichtigen Fragen zu konfrontieren. Anhand des *relaxation*-Werts kann abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß der Patient sich frei und entspannt fühlt. Bei geringer Ausprägung ist der Patient angespannt und defensiv, seine Schilderungen sind gebremst und enthalten nur wenige Assoziationen. Je höher die Ausprägung des *relaxation*-Werts, desto besser ist der Patient in der Lage, sich spontan zu äußern, frei zu assoziieren und eher spielerisch mit diesen Assoziationen umzugehen.

Die von Silberschatz (1986) anhand der Langzeit-Psychoanalyse von Mrs. C. untersuchten Zusammenhänge sind von Silberschatz und Curtis (1993) mit gleicher Methodik bei zwei Kurzzeittherapien (16 Sitzungen) überprüft worden. Es zeigten sich bei beiden Patienten signifikant positive Korrelationen zwischen dem Ausmaß, in dem der Therapeut den Test bestand und dem Ausmaß des *experiencing*-Werts; nur bei einem von beiden Patienten zeigten sich diese Korrelationen auch für den *boldness*- und den *relaxation*-Wert.

Silberschatz et al. (1986) haben anhand der Verbatim-Transkripte dreier psychodynamisch orientierter Kurzzeittherapien (16 Sitzungen) überprüft, ob Pro-Plan-Interventionen zu sofortigem Fortschritt in der gleichen Sitzung führen. Hierzu wurden die Aussagen der Patienten vor und nach Interventionen des Therapeuten anhand des durch unabhängige Beurteiler eingeschätzten *experiencing*-Wertes betrachtet. Je größer das Ausmaß der Plan-Kompatibilität einer Intervention, umso stärker ausgeprägt waren bei allen drei Patienten die sich in den *experiencing*-Werten widerspiegelnden positiven Veränderungen, also die Fähigkeit der Patienten, sich auf konstruktive Weise mit ihrem Erleben und ihren Gefühlen auseinander-zusetzen. In jeder der drei Behandlungen wurden zudem alle Interventionen des Therapeuten herausgesucht und dann diejenigen identifiziert, die eine Deutung beinhalten. Nach der Typologie von Malan (Malan 1976) wurden die Deutungsinterventionen in einem nächsten Schritt in Übertragungsdeutung und Nicht-Übertragungsdeutung klassifiziert. Als Übertragungs-deutungen gelten diejenigen Deutungen, die die Übertragungsbeziehung, d.h. die Gefühle des Patienten seinem Therapeuten gegenüber, betreffen. Die Übertragungsdeutungen gelten innerhalb der klassischen Psychoanalyse als die wirkmächtigsten Interventionen. Es zeigte sich,

dass die Plan-Kompatibilität einer Therapeuten-Intervention einen größeren Einfluss auf den Fortschritt des Patienten hat als die Typologie seiner Intervention. Die Übertragungsdeutung zeigte keinen günstigeren therapeutischen Effekt als die Nicht-Übertragungsdeutung.

Fretter et al. (1994) fanden anhand von Einzelfall-Untersuchungen an drei psychodynamisch orientierten Kuzzeittherapien, dass die Einsicht der Patienten und die Ausprägung ihrer *referential activity* (Bucci 1988) umso größer waren, je ausgeprägter die Plan-Kompatibilität der Therapeuten-Interventionen war. Sowohl die Einsicht des Patienten als auch seine *referential activity* gelten als Indikatoren für einen Therapiefortschritt. Die *referential activity* ist ein aus der kognitiven Psychologie abgeleitetes linguistisches Maß, das die Aktivität des Systems der referentiellen Verbindungen zwischen verbalen und non-verbalen (emotionalen und imaginativen) Repräsentationen in der Sprache misst. Eine Aktivierung des referentiellen Prozesses soll die Verknüpfung von Sprache und non-verbalen Repräsentationen erhöhen, was bedeutet, dass Worte, die in der Therapie fallen, in höherem Ausmaß die emotionalen und imaginativen Schemata des Patienten erreichen und so eher strukturelle Veränderungen herbeiführen.

2.5.3. Gruppenstatistische Untersuchungen

Gruppenstatistische Untersuchungen im Rahmen der CMT-Forschung begrenzen sich bisher fast ausnahmslos auf die operationalisierte Erhebung irrationaler Schuldgefühle als zentralem Inhalt pathogener Überzeugungen.

Mitglieder der SFPRG haben 1997 einen inhaltlich auf der CMT basierenden Fragebogen, den *Interpersonal Guilt Questionnaire* (IGQ) entwickelt, der verschiedene Formen der interpersonellen Schuld erheben und in ihrer Ausprägung messen soll (O'Connor et al. 1997). Der IQG in seiner endgültigen Form enthält 67 Items, die vier Skalen bilden: *Survivor guilt*, *separation guilt*, *omnipotent responsibility guilt* (allmächtige Verantwortungsschuld) und *self-hate guilt* (Selbsthass-Schuld). Die Skala *omnipotent responsibility guilt* erhebt Schuldgefühle, die aus einem irrationalen Verantwortungsgefühl anderen gegenüber resultieren. Diese finden sich nach Auffassung der Autoren besonders häufig bei Menschen, die an *survivor guilt* oder *separation guilt* leiden. Die Skala zu s*elf-hate guilt* ist eingeführt worden, obwohl sie interpersonelle Schuldgefühle nicht direkt erfragt. Die Autoren sehen *self-hate guilt* als einen

Versuch, sich strafenden, ablehnenden oder verletzenden Eltern anzupassen, indem das negative Bild der Eltern in das eigene Selbstbild aufgenommen wird. Auf diese Weise soll die belastete Bindung an die Eltern aufrechterhalten werden, so dass im Sinne der CMT auch hier von interpersoneller Schuld gesprochen werden kann.

Mehrere gruppenstatistische Studien mit dem IQG konnten signifikante Korrelationen zwischen seinen vier Schuld-Skalen und psychopathologischen Befunden wie Depressivität, pessimistischer Ausdrucksweise, automatischen negativen Gedanken, mangelndem Selbstwertgefühl (O'Connor et al. 1997, O'Connor et al. 1999) und Angst sowie unterwürfigem Verhalten (O'Connor et al. 2000, O'Connor et al. 2002) nachweisen. Vergleichende Untersuchungen zwischen Suchtkranken und Gesunden anhand des IQG zeigten, dass die Patienten in allen vier Schuld-Skalen höhere Werte aufwiesen als Gesunde (O'Connor et al. 1997). Zudem fand sich, dass insbesondere *survivor guilt* in hohem Maße mit Scham in Zusammenhang steht (O'Connor et al. 1997), was für das CMT-Konzept zur Genese psychischer Störungen bedeutsam ist, da die Forschung das Gefühl der Scham zunehmend als wichtigen Faktor für das Entstehen psychischer Symptomatik entdeckt hat (Mills 2005).

Im deutschsprachigen Raum haben Albani et al. (2002) eine Kurzform des IGQ, den Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS) entwickelt, der mittels 21 Items interpersonelle Schuldgefühle zu den drei Skalen „Überlebens-Schuldgefühl“, „Trennungs-Schuldgefühl“ und „Schuldgefühl aus Verantwortung“ erfragt. In einer vergleichenden Studie mit Gesunden und Psychotherapiepatienten zum Zusammenhang zwischen interpersoneller Schuld und sozialer Unsicherheit waren die interpersonellen Schuldgefühle umso stärker ausgeprägt, je größer die soziale Unsicherheit und je geringer ausgeprägt die Fähigkeit, Forderungen zu stellen. Zudem wiesen die Patienten in allen drei Skalen ein höheres Ausmaß an Schuldgefühlen auf als die Bevölkerungsstichprobe. Albani et al. folgerten, dass mit dem FIS *„maladaptive Aspekte von Schuldgefühlen bzw. übertriebene/irrationale Schuldgefühle erfaßt werden.“* (Albani et al. 2002, 195).

Zur Erweiterung der Inhalte pathogener Überzeugungen über das zentrale CMT-Thema der Schuld hinaus haben Sammet et al. (2007b) in einer gruppenstatistischen Pilotstudie mittels der eigens entwickelten Liste innerer Überzeugungen (LiÜ) die Zusammenhänge von thematisch unterschiedlichen belastenden Überzeugungen mit psychischen Symptomen und interpersonalen

Problemen untersucht. Sie fanden durchgängig positive Korrelationen, was die Relevanz bestimmter belastender innerer Einstellungen für psychische Befindlichkeit unterstützt. Zudem zeigte sich im Vergleich bei stationären Psychotherapiepatienten eine signifikant höhere Ausprägung belastender Überzeugungen als bei einer Stichprobe von Gesunden (siehe auch Kapitel 4.1. und 4.2., Seite 43-47).

3. Maladaptive Beziehungsmuster im Kontext psychoanalytisch orientierter Theorien

3.1. Maladaptive Beziehungsmuster

Pathogene Überzeugungen mit den daraus resultierenden maladaptiven, in der Kindheit entwickelten Beziehungsmustern gelten innerhalb der *Control-Mastery*-Theorie als zentral für die Entstehung psychischer Störungen. Die Auffassung, dass interpersonelle Beziehungsmuster durch frühe Erfahrungen entstehen und für psychische Störungen verantwortlich sein können, weist eine längere historische Entwicklung auf und hat auch in psychoanalytisch orientierten Theorien außerhalb der CMT einen hohen Stellenwert. Großen Einfluss hatten hier vor allem die Bindungstheorie und die interpersonale Theorie (Albani et al. 2008), die - ähnlich der CMT - postulieren, dass frühe Beziehungserfahrungen die Persönlichkeit prägen und im negativen Fall die Ausbildung psychischer Störungen begünstigen. Im Gegensatz zum Triebkonflikt-Modell der klassischen psychoanalytischen Krankheitslehre kommt hier ein Beziehungskonflikt-Modell zum Tragen, in dem widerstreitende Kräfte interpersonell, d.h. innerhalb einer Beziehung zu finden sind und „*konflikthafte Beziehungsregulierung*“ zur Ausbildung von Symptomen führt (Mertens 2005, 104f).

Die bereits in den vierziger Jahren von dem britischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) begründete Bindungstheorie vertritt mit ihrem Konstrukt der inneren Arbeitsmodelle eine dem CMT-Konzept pathogener Überzeugungen ähnliche Vorstellung. Bowlby ging davon aus, dass sich die Qualität der frühen Erfahrungen eines Säuglings und Kleinkinds mit seinen Bezugspersonen in mentalen Repräsentanzen, den sogenannten inneren Arbeitsmodellen, widerspiegeln, die das Bindungsverhaltens des Kindes bestimmen und auch im Erwachsenenalter Einfluss ausüben. Wie die pathogenen Überzeugungen in der CMT sind auch die inneren Arbeitsmodelle das Ergebnis einer Anpassungsleistung und überwiegend unbewusst.

Der amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker H.S. Sullivan (1892-1949) hat einen interpersonalen Erklärungsansatz für psychische Symptome erarbeitet, auf dessen Grundlage die späteren Circumplex-Modelle zwischenmenschlichen Verhaltens entwickelt wurden. Der von der CMT vertretene Zusammenhang früher traumatisierender interpersoneller Erfahrungen und daraus resultierender psychischer Störungen sowie die Annahme, dass maladaptive Beziehungsmuster aufgrund eines angeborenen Sicherheitsbedürfnisses des Kindes beibehalten

werden, sind bei Sullivan bereits 1953 formuliert worden .

Aufgrund inhaltlicher Parallelen zu den pathogenen Überzeugungen der CMT werden die Konzepte der Bindungstheorie wie auch der interpersonalen Theorie zu repetitiven maladaptiven Beziehungsmustern hier vorgestellt. Da in vorliegender Studie die *Control-Mastery*-Theorie als psychoanalytisch orientierte Theorie im Fokus steht, soll an dieser Stelle ausschließlich der Zusammenhang des CMT-Konzepts pathogener Überzeugungen zu anderen psychoanalytisch orientierten Theorien dargestellt werden. Maladaptive Beziehungsmuster sind auch im Kontext kognitionspsychologischer Ansätze (Beck 1976, Caspar 2007) betrachtet worden, die aber aufgrund der psychoanalytisch orientierten Schwerpunktsetzung dieser Arbeit hier nicht vorgestellt werden.

3.1.1. Bindungstheorie

Die Bindungstheorie und ihr Konzept der inneren Arbeitsmodelle (*inner working models*) gehen zurück auf Bowlbys Untersuchungen über den Einfluss der Trennung von Mutter und Kind auf die kindliche Entwicklung (Bowlby 1975, 1976). Die Fähigkeit, Bindung aufzubauen ist Bowlby zufolge ein universelles, das Überleben sicherndes menschliches Bedürfnis und zugleich ein grundlegendes Merkmal gesunder Persönlichkeitsentwicklung und psychischer Gesundheit überhaupt (Bowlby 2002).

Aus Bowlbys klinischen Beobachtungen und seiner Arbeit mit Heimkindern entstand ein Entwicklungsmodell, das in einer sicheren Bindung des Kindes zu seiner primären Bezugsperson von Geburt an die Voraussetzung sieht, dass das Kind seine Umwelt erkunden kann und ihren Anforderungen gewachsen ist. Unter inneren Arbeitsmodellen versteht die Bindungstheorie die Repräsentanzen genau dieser frühen Bindungserfahrungen. Die frühen Interaktionen zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson spiegeln sich in affektiven und kognitiven Organisationsstrukturen des Kindes wider, die das Ergebnis einer mehr oder weniger gelungenen Anpassung an Ereignisse und Erfahrungen mit seiner Bezugsperson sind (Bowlby 1975, Bretherton and Munholland 1999, Grossmann K E 2002).

Die Bindungstheorie postuliert, dass jeder Mensch mit einem als Bindungsverhalten bezeichneten Verhaltenssystem ausgestattet ist. Bei der Geburt verfügt das Kind bereits über ein Repertoire an Handlungen, mit denen es die Nähe zu einer Bezugsperson herstellen und aufrechterhalten kann. In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass es einen

Einfluss früher Beziehungserfahrungen und damit der inneren Arbeitsmodelle auf zukünftiges Erleben und Handeln gibt (Grossmann K E and Grossmann K 1991, Thompson 1999, Becker-Stoll 2002, Buchheim 2002, Grossmann K 2002). Ähnlich den pathogenen Überzeugungen der CMT existieren Bowlby zufolge *„die Arbeitsmodelle z.T. außerhalb des Bewusstseins und neigen, obwohl nicht unveränderbar, zu deutlicher Stabilität."* (Bowlby 1976 zitiert nach Buchheim 2002, 216)

Entscheidend für die Qualität des entstandenen inneren Arbeitsmodells ist das von Mary D.S. Ainsworth beschriebene Konzept der Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Säuglings (Ainsworth and Bell 1974, Ainsworth 1977). Die prompte und angemessene Reaktion auf den Säugling sowie die Annahme des Säuglings in seiner individuellen Eigenart sind hier bedeutsam.

Ainsworth et al. (1978) entwickelten eine Labor-Beobachtungsmethode, die „Fremde Situation", zur Untersuchung des Bindungs- und Explorationsverhaltens von 12-18 Monate alten Kindern. In der „Fremden Situation" kommt es in einer dem Kind nicht vertrauten Umgebung zur Trennung und Wiedervereinigung von Mutter und Kind und einer zwischenzeitlichen Interaktion des Kindes mit einem fremden Erwachsenen. Ainsworth und ihre Mitarbeiter identifizierten bei den beobachteten Kindern drei verschiedene Reaktionen. Je nachdem, wie einfühlsam und verlässlich auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes eingegangen wurde, entwickelte das Kind nach Ainsworth et al. (1978) positive oder negative innere Arbeitsmodelle, aus denen drei unterschiedliche Formen der Bindungsorganisation resultieren, die als sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent klassifiziert werden. Im Rahmen weiterer Studien wurde als vierte Form die desorganisierte Bindungsorganisation entdeckt (Main and Solomon 1986).

3.1.2. Interpersonale Theorie

Die interpersonale Theorie geht auf das posthum veröffentlichte Werk *The interpersonal theory of psychiatry* von Harry S. Sullivan (1953) zurück, der die Entwicklung der Persönlichkeit neben biologischen Faktoren entscheidend durch interpersonale Beziehungen beeinflusst sah, insbesondere durch Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Persönlichkeit sei das Ergebnis relativ stabiler Muster sich wiederholender Beziehungsgestaltung. Wie in der CMT wird dem Bedürfnis nach Sicherheit auch in der interpersonalen Theorie zentrale Bedeutung zugewiesen.

Aus Sicherheitserwägungen würden Beziehungen nach immer gleichen Mustern gestaltet, selbst wenn dies als belastend erlebt werde, da ein verändertes interpersonales Verhalten Angst hervorrufe (Sullivan 1953). Maladaptive verinnerlichte Beziehungsmuster gelten als Ursache psychischer Störungen und sind daher im Rahmen interpersonal orientierter Psychotherapie primärer Ansatzpunkt für Diagnostik und Therapie.

Vor dem Hintergrund von Sullivans Theorie entwickelte Leary (1957) den *Interpersonal Circle* (IPC), ein Circumplex-Modell, in dem Persönlichkeitseigenschaften des interpersonalen Verhaltens kreisförmig auf einer Ebene entlang zweier Achsen angeordnet sind. Mit dem IPC griff Leary Sullivans Vorstellung auf, psychiatrische Diagnosen nicht auf Grundlage der klinischen Symptome des Patienten, sondern anhand seines interpersonalen Verhaltens zu erstellen. Leary war der erste, der eine explizite Verbindung herstellte zwischen medizinisch-diagnostischer Nomenklatur und interpersonalen Zuschreibungen (Benjamin 1993).

Der IPC dient der Beschreibung von Persönlichkeit und besteht aus acht kreisförmig angeordneten Hauptsegmenten, in 16 Segmente unterteilt, die jeweils einer Kategorie von interpersonalen Verhaltensmustern (beispielsweise rebellisch-misstrauisch oder gehorsam-abhängig) entsprechen. Die Eigenschaften sind der Liste universeller menschlicher Bedürfnisse des amerikanischen Psychologen Henry A. Murray (1938) entnommen.

Die interpersonale Theorie vertritt unter Bezugnahme auf das Circumplex-Modell zwei Grundannahmen:
1. Interpersonales Verhalten kann auf die zwei basalen Bedürfnisse nach Kontrolle und nach Zuneigung zurückgeführt werden (Kiesler 1996). Wenn zwei Personen in Interaktion treten, orientiert sich ihre Beziehungsgestaltung an der Frage, wie sehr sie ihr Gegenüber kontrollieren oder sich unterwürfig verhalten und welches Ausmaß an Freundlichkeit oder Feindseligkeit sie zeigen. Interpersonales Verhalten lässt sich daher an einem Circumplex-Modell in einem zwei-dimensionalen Raum beschreiben. Die horizontale Achse repräsentiert die Dimension der Zuneigung (Affiliations-Achse), die zwischen den Polen Freundlichkeit und Feindseligkeit verläuft. Die vertikale Achse stellt die Dimension der Kontrolle (Interdependenz-Achse) dar und erstreckt sich von submissivem bis zu dominantem Verhalten.

2. Zwischenmenschliche Prozesse folgen dem Prinzip der Komplementarität, die das Ausmaß

bezeichnet, in dem Interaktionspartner sich aufeinander beziehen. Sullivan zufolge beeinflussen zwei miteinander agierende Personen ihr Verhalten gegenseitig, so dass es nur aus der Perspektive des Beziehungssystems verstanden werden könne (Sullivan 1953, Carson 1969, Kiesler 1983). Die Reaktion einer Person auf das Verhalten einer anderen Person sei nicht zufällig, sondern spezifisch, d.h. das Ausgangsverhalten bedinge die folgende Reaktion. Die Interaktion sei daher zu einem gewissen Grad vorhersehbar. Die Komplementarität kann aber auch zur Verfestigung psychischer Störungen führen, was Studien zur interpersonalen Theorie beispielsweise für die Depression umfassend zeigen konnten (Horowitz and Vitkus 1986, Schauenburg et al. 1995).

Die circumplexe Struktur interpersonalen Verhaltens ist im Rahmen einer Vielzahl von Studien empirisch bestätigt worden (Wiggins 1979, Conte and Plutchik 1981, Wiggins and Broughton 1991, Horowitz et al. 1993, Brähler et al. 1999).

3.2. *Operationalisierung interpersoneller Beziehungsmuster*

„*Psychische Krankheiten sind Beziehungskrankheiten.*“ (Schauenburg 2000). Die Annahme, dass ungünstige repetitive Beziehungsmuster an der Entstehung psychischer Störungen ursächlich beteiligt sind, hat dazu geführt, diese operationalisiert zu erheben, um sie im therapeutischen Prozess zu bearbeiten. Innerhalb der CMT ist zu diesem Zweck die Planformulierungs-Methode entwickelt worden (siehe Kapitel 2.4.2., Seite 21f).

Die systematische und operationalisierte Erfassung maladaptiver Interaktionsmuster hat ungefähr seit 1980 Eingang in die Prozessforschung gefunden und ist von klinischer wie wissenschaftsfundierender Bedeutung (Kächele 1992, 2006). Während nach Kächele (1992) in der ersten Phase der psychoanalytischen Psychotherapieforschung (beginnend 1930 bis ungefähr 1970) untersucht wurde, ob Psychotherapie überhaupt etwas nützt und in der zweiten Phase (ca. 1960 - 1980) „ *fokussiert* (wurde) *auf den Zusammenhang zwischen Verlauf und Ergebnis*“ (Kächele 1992, 265), werden in der seit etwa 1980 begonnenen dritten Phase die komplexen prozessualen Vorgänge einer Behandlung untersucht. Diese dritte Phase der Psychotherapieforschung ist durch systematisierte und formalisierte Erhebungen einzelner prozessualer Aspekte charakterisiert und wendet sich verstärkt der empirischen Erforschung des Einzelfalles zu. Die Untersuchung zentraler Beziehungsmuster des Patienten gehört zu den

wichtigen Feldern dieser Forschungsphase (Kächele 2006). Verschiedene Methoden wurden entwickelt, um repetitive maladaptive Interaktionsmuster eines Patienten zu identifizieren und im Behandlungsverlauf zu beobachten (Schauenburg und Cierpka 1994, Albani et al. 2008). Neben der bereits dargestellten Planformulierungs-Methode der CMT sollen hier beispielhaft das Zyklisch-Maladaptive Muster (Strupp and Binder 1984), die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas (Luborsky 1977) und die FRAMES-Methode (Siegel et al. 2002) vorgestellt werden. Wie die PFM stellen sie ebenfalls Fremdbeurteilungs-Methoden der empirischen Einzelfalluntersuchung dar, mit deren Hilfe repetitive maladaptive Interaktionsmuster in einem psychodynamischen Kontext systematisch und operationalisiert erfasst werden.

3.2.1. Zyklisch-maladaptive Muster

Vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie (Sullivan 1953) haben Strupp und Binder (1984, deutsche Version 1993) ein Konzept für psychoanalytisch orientierte Kurzpsychotherapien (*time limited dynamic psychotherapy*, TLDP) entwickelt. Sie vertreten die Auffassung, dass sich die innere Haltung bezüglich der eigenen Person im Kontext interpersoneller Erfahrungen bildet und belastende zwischenmenschliche Beziehungen eine Quelle psychischer Störungen darstellen. Im Zentrum der TLDP steht das Modell des dynamischen Fokus, der „*ein zwischenmenschliches Transaktionsmuster erfassen* (soll)*, das lebensgeschichtlich bedeutsam ist und darüber hinaus gegenwärtig Schwierigkeiten verursacht*.“ (Strupp und Binder 1993,110).

Die gegenwärtige Beziehungsgestaltung steht im Vordergrund des therapeutischen Prozesses. Vergangene lebensgeschichtliche Ereignisse dienen vor allem dazu, das Verständnis für die aktuelle Situation des Patienten zu vertiefen. Der dynamische Fokus soll die Struktur einer Erzählung aufweisen, die die repetitiven Beziehungsmuster des Patienten und deren Sinn nachvollziehbar werden lässt. Strupp und Binder haben aus ihren Überlegungen zum dynamischen Fokus das operationalisierte Konstrukt des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters (*cyclic maladaptive pattern*, CMP) abgeleitet (Strupp und Binder 1993, Tress et al. 1996). Das CMP, mittels Fremdbeurteilung erhoben, stellt eine starre, sich wiederholende und selbst aufrechterhaltende Struktur interpersoneller Beziehungsgestaltung dar, die im Laufe des Lebens erlernt wurde und die Interaktion mit anderen erschwert. Analog zum dynamischen Fokus der TLDP wirft das CMP fokusartig ein Licht auf die bisherigen Beziehungen einer Person und stellt die konsistente Erzählung eines ihr schadenden

zwischenmenschlichen Handlungsschemas dar.

Als Mindestanforderung soll nach Strupp und Binder (1993) ein CMP vier Handlungskategorien enthalten, die sequentiell wie auch wechselseitig die erzählende Beschreibung eines interpersonellen Beziehungsmusters darstellen: 1. die Erwartungen des Patienten an andere (intrapsychische Kategorie), 2. das Verhalten des Patienten anderen gegenüber (interpersonelle Kategorie), 3. das Verhalten anderer dem Patienten gegenüber (interpersonelle Kategorie), 4. das Introjekt, d.h. die Frage, wie der Patient mit seiner eigenen Person umgeht (intrapsychische Kategorie) (Tress et al. 1996).

Tress et al. (1996, 2003) haben das CMP-Modell um die frühen Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen erweitert, da sie in diesen Beziehungen den Ausgangspunkt psychischer Störungen sehen. In einem psychodynamischen Kontext postulieren sie, dass ein inneres Modell früher Beziehungserfahrungen das CMP über Vorgänge der Internalisierung, der Identifikation und der Introjektion konstituiert und aufrechterhält. Die Internalisierung führt zu einer fortwirkenden inneren Präsenz wichtiger Bezugspersonen, so dass deren Forderungen, Wünsche und Kritik den Patienten weiterhin beeinflussen. Die Identifikation bedingt, dass der Patient sich entsprechend seiner frühen Erfahrungen so wie seine frühen Bezugspersonen verhält. Über den Modus der Introjektion behandelt der Patient sich in der Weise, in der er als Kind von seinen primären Bezugspersonen behandelt worden ist.

3.2.2. Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT)

Die Methode des *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) wurde im Rahmen des *Penn-Psychotherapy Project* von dem Psychotherapieforscher Lester Luborsky entwickelt (Luborsky 1977) und gehört zu den gut untersuchten und daher mittlerweile etablierten und häufig verwendeten Verfahren operationalisierter psychodynamischer Diagnostik (Hau 2008). Das Fremdbeurteilungs-Verfahren dient der Erfassung spezifischer internalisierter Beziehungs-muster, die im alltäglichen Leben und in der Beziehung zum Therapeuten auftreten (Luborsky et al. 1994, Luborsky and Crits-Cristoph 1998). Im deutschsprachigen Raum hat die Ulmer Schule das Verfahren als Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) eingeführt (Luborsky und Kächele 1988, Albani et al. 1994, 2008).

Nach Luborsky dient die ZKBT-Methode der Erfassung inhaltlicher Aspekte der psychoanalytischen Übertragung (Luborsky and Crits-Cristoph 1998, Luborsky and Barrett 2007), der die Annahme zu Grunde liegt, dass frühe Beziehungserfahrungen einen bedeutsamen Einfluss auf das Erleben späterer Beziehungen ausüben und unbewusst in der therapeutischen Beziehung wiederholt werden (Freud 1912a). Ein Vergleich der Eigenschaften, die Freud der Übertragung zuschrieb, mit empirischen Ergebnissen der ZBKT-Analyse bei Patienten ergab signifikante Übereinstimmungen, die Luborsky et al. (1992,1994) zu der Schlussfolgerung veranlassten, die ZBKT-Methode sei ein geeignetes empirisches Maß des Freudschen Übertragungskonzepts.

Um das ZKBT des Patienten zu erhalten, werden anhand von Therapietranskripten aus den Erzählungen des Patienten über seine Beziehungserfahrungen mindestens zehn Beziehungs-episoden identifiziert. Aus diesen bestimmen klinisch erfahrene Begutachter jeweils 1. den Wunsch des Patienten in Bezug auf die Person, über die er spricht (R), 2. die Reaktion des Objekts, d.h. dieser Person (RO) und 3. die darauffolgende Reaktion des Subjekts, d.h. des Patienten (RS). Bei Einführung der ZBKT-Methode sollten die Beurteiler für die Kategorien dieser drei Komponenten in eigenen Worten möglichst maßgeschneiderte (*tailor-made*) Formulierungen finden (Luborsky 1977). Da deren Komplexität die Vergleichbarkeit verschiedener Fälle verhinderte, wurden im weiteren Verlauf Standardkategorien entwickelt (Luborsky and Crits-Cristoph 1998).

Der aus allen untersuchten Beziehungsepisoden ermittelte häufigste Wunsch des Patienten sowie die häufigste Reaktion des Objekts und des Patienten bilden zusammengefasst das ZBKT des Patienten, das nach Auffassung von Luborsky und Crits-Cristoph (1998) zeitlich stabil ist und das Erleben und die Gestaltung interpersoneller Erfahrungen nachhaltig beeinflusst. Verschiedene Studien zeigten, dass das ZBKT von Patienten, deren Therapie wenig erfolgreich verlief, sich kaum bis gar nicht veränderte, während das ZBKT von Patienten mit erfolgreichem Therapieverlauf eine signifikante Veränderung von negativem zu positivem Inhalt aufwies (Luborsky et al. 1992, Luborsky and Crits-Cristoph 1998). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es sinnvoll ist, das ZBKT im therapeutischen Prozess zu identifizieren, zu bearbeiten und zur Beurteilung des Therapieverlaufs heranzuziehen (Albani et al. 2008).

3.2.3. Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures (FRAMES)

Die FRAMES-Methode ist ein psychoanalytisch orientiertes Verfahren zur Abbildung und Einschätzung der psychischen Symptomatik, des therapeutischen Prozesses und des Behandlungsergebnisses (Dahl and Teller 1994). Anhand von Transkripten therapeutischer Sitzungen werden die Patientenerzählungen auf ihre emotionalen intrapsychischen und interpersonellen Erfahrungen hin untersucht, um daraus überdauernde maladaptive, emotionale Muster, die FRAMES (*Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures*) abzuleiten.

Die FRAMES-Struktur eines Patienten ist durch drei Eigenschaften charakterisiert (Siegel et al. 2002): 1. Sie stellt eine Sequenz emotional besetzter Ereignisse dar. 2. Die Sequenz der Ereignisse ist strukturiert und ergibt sich aus der Erzählung des Patienten, nicht aus der Interpretation des Therapeuten. 3. Sie beruht auf dem Gedanken der Wiederholung und der Stabilität, d.h. sie findet sich in verschiedenen Situationen und in der Beziehung zu unterschiedlichen Personen.

Die Veränderung einer identifizierten FRAMES-Struktur eines Patienten während der Therapie erlaubt Aussagen über den Behandlungsverlauf. Die Identifikation von FRAMES basiert auf dem psychoanalytischen Prinzip der freien Assoziation. Es wird eine Objekt-Karte angelegt, in der alle Objekte (üblicherweise Personen) aufgelistet werden, von denen der Patient erzählt. Diese Objekt-Karte teilt den Erzählstrang entsprechend der vorkommenden Objekte in verschiedene Segmente, die unterschiedliche Geschichten erzählen und getrennt voneinander untersucht werden können. Die identifizierten Erzählsegmente werden von unabhängigen, klinisch erfahrenen Gutachtern auf Emotionen (*emotion-expressions*) hin analysiert.

Bei den *emotion-expressions* handelt es sich um die kleinste Einheit eines Satzes, die eine Emotion zum Ausdruck bringt. Die in Verbindung mit den Personen der Objekt-Karte gefundenen Emotionen werden nach einem Manual zur Klassifizierung von Gefühlen (Dahl et al. 1992) codiert. Die acht Kategorien des Manuals wurden abgeleitet von Hartvig Dahls Feedback-Theorie der Emotionen, die Emotionen in zwei Grundklassen einteilt: 1. Wünsche über Objekte und 2. Überzeugungen darüber, was aus diesen Wünschen wird (Dahl and Stengel 1978, Dahl 1991,1995). Gemeinsam bilden beide Emotionsklassen ein Feedback-System, das Auskunft über grundlegende Motive und Resultate menschlichen Handelns gibt.

Nach abgeschlossener Codierung führen die Gutachter die codierten Emotions-Sequenzen in die Reihenfolge, in der sie in der Erzählung des Patienten aufgetaucht sind. Sequenzen von

Emotions-Codes, die sich mit verschiedenen Personen oder mit der gleichen Person in verschiedenen Erzählungen (zu einer anderen Zeit oder an einem anderen Ort) wiederholen, stellen eine FRAMES-Struktur dar.

Wie bei der PFM oder den Methoden des CMP und des ZBKT ist das Ziel der FRAMES-Methode die Identifikation sich wiederholender maladaptiver Strukturen des Patienten und damit eines zentralen Musters seiner psychischen Störung. Durch Vergleich der FRAMES-Struktur zu Beginn und am Ende der Behandlung kann eine Aussage über das Therapieergebnis getroffen werden. Anhand der Veränderung der verschiedenen Momente einer FRAMES-Struktur kann auf der Ebene des Mikroprozesses beurteilt werden, wie und in welchem Ausmaß es im Laufe der Therapie zu Veränderungen gekommen ist (Teller and Dahl 1986, Dahl and Teller 1994).

4. Fragestellung

4.1. Stand der Forschung

Es gehört zu den zentralen Annahmen der *Control-Mastery*-Theorie, dass pathogene Überzeugungen psychische Störungen verursachen (Weiss 1993a). Die Vertreter der CMT postulieren, dass der Verlauf des therapeutischen Prozesses trotz aller Subjektivität Gesetzmäßigkeiten folge und weisen den aus ihrem Konzept pathogener Überzeugungen resultierenden Empfehlungen für den Therapieprozess Allgemeingültigkeit zu (Silberschatz 2005b).

Die SFPRG hat bisher in zahlreichen Einzelfalluntersuchungen bestätigt, dass die Widerlegung von anhand der Planformulierungs-Methode identifizierten pathogenen Überzeugungen im therapeutischen Prozess hilfreich für den Patienten ist (Gassner et al. 1982, Silberschatz et al. 1986, O'Connor and Weiss 1993, Weiss 1993b, Fretter 1995, Norville et al. 1996, Foreman et al. 2000, Pole et al. 2002, Shilkret 2002, Pole and Bloomberg-Fretter 2006, siehe auch Kapitel 2.5.2., Seite 26-30). Es konnte anhand verschiedener Parameter wie der *referential activity* oder dem *experiencing-,* dem *boldness*- und dem *relaxation*-Wert gezeigt werden, dass die Widerlegung individueller pathogener Überzeugungen mit positiven Effekten für den Patienten einhergeht. Auch eine Zunahme an Einsicht des Patienten am Ende der Therapie fand sich in Zusammenhang mit der Widerlegung seiner pathogener Überzeugungen (O´Connor et al. 1994). In der Einzelfalluntersuchung von Sammet et al. (2006), in der die Ausprägung der pathogenen Überzeugungen eines Patienten über den Therapieverlauf (24 Sitzungen) bestimmt und deren Korrelation mit Einsicht überprüft wurde, hat sich die theoretisch erwartete negative Korrelation der Ausprägung pathogener Überzeugungen mit Einsicht nicht bestätigt.

In einer gruppenstatistischen Pilotstudie haben Sammet et al. (2007b) mittels eines eigens entwickelten Erhebungsinstruments, der 23 Items umfassenden Liste innerer Überzeugungen (LiÜ), die Zusammenhänge von thematisch unterschiedlichen belastenden inneren Überzeugungen mit psychischen Symptomen sowie mit interpersonalen Problemen untersucht. Auf der Basis faktorenanalytischer Ergebnisse enthielt die LiÜ sechs Skalen folgenden Inhalts: 1. Selbstzweifel, 2. Zweifel an anderen, 3. Ärgerexpression, 4. Angst vor engen Beziehungen, 5. Schuld bei Erfolg, 6. Verantwortung gegenüber anderen. Sammet et al. (2007b) fanden durchgängig signifikant positive Korrelationen, was die Relevanz belastender innerer

Überzeugungen für psychische Symptome sowie für interpersonale Probleme unterstützt. Zudem zeigten im Vergleich stationäre Psychotherapiepatienten signifikant höhere Ausprägungen dysfunktionaler Überzeugungen als Probanden der Normalbevölkerung. Entgegen der theoretischen Annahme sank der Gesamtwert der erhobenen Überzeugungen bei den stationären Psychotherapiepatienten zum Ende der Therapie trotz signifikanter Symptomreduktion nicht. Bei den drei LiÜ-Skalen Ärgerexpression, Angst vor engen Beziehungen und Schuld bei Erfolg fand sich ebenfalls keine Abnahme der Ausprägung am Ende der Behandlung. Dagegen zeigten die drei LiÜ-Skalen Selbstzweifel, Zweifel an anderen und Verantwortung gegenüber anderen eine signifikante Abnahme der Ausprägung zum Ende der Behandlung, allerdings mit nur geringer Effektstärke.

Ansonsten sind gruppenstatistische Untersuchungen zu den Zusammenhängen von belastenden Überzeugungen bisher deutlich seltener als Einzelfalluntersuchungen und nur anhand des *Interpersonal Guilt Questionnaire* (IGQ, O'Connor et al. 1997) durchgeführt worden. Sie blieben damit begrenzt auf belastende innere Einstellungen des von der CMT besonders hervorgehobenen Inhalts „Schuld“. In mehreren gruppenstatistischen Untersuchungen konnten signifikante Korrelationen zwischen den IGQ-Skalen und psychopathologischen Befunden wie depressiver Verstimmung, pessimistischer Ausdrucksweise, automatischen negativen Gedanken, mangelndem Selbstwertgefühl (O'Connor et al. 1997, O'Connor et al. 1999) und unterwürfigem Verhalten (O'Connor et al. 2000) nachgewiesen werden. Albani et al. (2002) haben eine deutsche Kurzform des IGQ, den Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS), entwickelt und fanden in einer vergleichenden Studie mit Gesunden und Psychotherapiepatienten signifikant positive Korrelationen zwischen interpersoneller Schuld und sozialer Unsicherheit sowie signifikant negative Korrelationen zwischen interpersoneller Schuld und der Fähigkeit, Forderungen zu stellen.

Zusammenfassend: In zahlreichen CMT-Einzelfallstudien konnte nachgewiesen werden, dass die Widerlegung von anhand der PFM individuell identifizierten pathogenen Überzeugungen mit positiven Effekten für den Patienten einhergeht. Die wenigen bisher durchgeführten gruppenstatistischen Untersuchungen zeigten, dass bestimmte dysfunktionale innere Einstellungen bei Patienten mit psychischen Störungen signifikant stärker ausgeprägt sind als bei gesunden Probanden und dass die Ausprägung dieser inneren Einstellungen in einem signifikant positiven Zusammenhang zu psychopathologischen Befunden steht. Dies kann als

Hinweis für die Pathogenität bestimmter belastender innerer Einstellungen angesehen werden. Es liegen gegenwärtig keine umfassenden Kenntnisse darüber vor, welche Inhalte belastender innerer Einstellungen in besonderem Maße in Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit stehen. Zudem ist die Frage offen, ob bestimmte belastende innere Einstellungen, falls sie mit der Symptombelastung positiv korrelieren, therapeutischer Behandlung zugänglich sind, d.h. sich in ihrer Ausprägung in ähnlicher Weise ändern wie die Symptombelastung.

4.2. Ableitung der Fragestellung

Da auf gruppenstatistischer Ebene kein sicherer Beweis dafür vorliegt, dass bestimmte belastende innere Einstellungen tatsächlich pathogen sind, d.h. psychische Störungen verursachen, wird in vorliegender gruppenstatistischer Studie zunächst nur von belastenden inneren Einstellungen gesprochen. Anhand einer Stichprobe von 70 stationären Psychotherapiepatienten soll überprüft werden, ob und falls ja, in welcher Weise belastende innere Einstellungen mit der psychischen Befindlichkeit zusammenhängen. Die psychische Befindlichkeit wird mittels der psychischen Symptombelastung sowie der interpersonalen Probleme erfragt. Weiter soll untersucht werden, ob sich bei vorhandener Symptomreduktion belastende innere Einstellungen im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung ebenfalls ändern. Die Untersuchung dieser Frage soll beitragen zur Klärung, ob belastende innere Einstellungen psychotherapeutischer Behandlung zugänglich sind. Zur Untersuchung des dargestellten Fragenkomplexes ist ein Instrument zur Einschätzung der Ausprägung belastender innerer Einstellungen entwickelt worden (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht). Dieses Erhebungsinstrument wurde den Patienten der untersuchten Stichprobe unter dem Namen „Fragebogen zu inneren Einstellungen“ zur Selbsteinschätzung vorgelegt (siehe Anhang), in vorliegender Untersuchung wird es dagegen als „Liste innerer Einstellungen“ (LiE_Vers.0) bezeichnet.

Der Zusammenhang der erhobenen inneren Einstellungen mit der psychischen Symptombelastung ist anhand der *Symptom Check List* (SCL-90-R, dt. Version Franke 1995) untersucht worden. Die SCL-90-R ist ein Standardinstrument zur Erfassung der psychischen Symptombelastung, das sich zur symptomorientierten Beurteilung des Therapieverlaufs etabliert hat (Fydrich et al. 1996, Schauenburg und Strack 1998, siehe auch Kapitel 5.3.1., Seite 53f). Die SCL-90-R gibt mit ihrem globalen Kennwert GSI *(Global Severity Index)* Auskunft über die

grundsätzliche psychische Belastung eines Patienten. In den GSI-Wert gehen die Antworten aus allen erfragten Items zu neun verschiedenen Skalen psychischer Symptome, auch der Ängstlichkeit und Depressivität, ein. Da Ängstlichkeit und Depressivität bei der Klientel nicht-spezialisierter Psychotherapiestationen nach klinischer Erfahrung häufig auftreten, sind die Zusammenhänge belastender innerer Einstellungen zusätzlich zum globalen Kennwert GSI auch zu den SCL-90-R-Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ untersucht worden.

Schwierige interpersonale Verhaltensmuster können zu psychischen Störungen führen (Horowitz 1979). Es ist daher entschieden worden, die erhobenen inneren Einstellungen zusätzlich zu der Symptombelastung auch auf ihren Zusammenhang zu interpersonalen Problemen hin zu untersuchen (Schauenburg et al. 2000, siehe auch Kapitel 5.3.2., Seite 54-56). Als Erhebungsinstrument hierzu ist das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C, Horowitz et al. 1994) gewählt worden, das Probleme im Umgang mit anderen Menschen mittels Selbsteinschätzung erhebt. Dem IIP-C liegt das Circumplex-Modell zu Grunde, in dem Persönlichkeitseigenschaften, die die Interaktion bestimmen, kreisförmig angeordnet sind. Interpersonales Verhalten lässt sich in diesem Circumplex-Modell entlang der zwei senkrecht zueinander stehenden Achsen mit den Achsenwerten DOM (Dominanz versus Unterwürfigkeit) und LOV (Feindseligkeit versus Freundlichkeit) beschreiben. Da die Ausprägung in den beiden Achsenwerten DOM und LOV charakteristisch ist für das interpersonale Verhalten einer Person, ist entschieden worden, die Zusammenhänge der erhobenen inneren Einstellungen zusätzlich zu dem Gesamtwert interpersonaler Probleme (IIP-C_ges) auch zu den beiden Achsenwerten DOM und LOV zu untersuchen.

Die vorliegende Untersuchung ist konzeptuell eng an die gruppenstatistische Pilotstudie von Sammet et al. (2007b) angelehnt (siehe Kapitel 2.5.3., Seite 31f und Kapitel 4.1., Seite 43f). Wie in der Studie von Sammet et al. (2007b) haben auch die hier erhobenen inneren Einstellungen nicht nur interpersonelle Schuld, sondern zusätzlich auch beziehungsgestaltende Aspekte zum Inhalt. Allerdings wurden die Items belastender innerer Einstellungen für vorliegende Untersuchung überwiegend nicht in gleicher Weise formuliert (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht, siehe Anhang) wie bei Sammet et al. (2007b). Bei Sammet et al. (2007b) erheben alle Items eine Befürchtung mit der zugehörigen Bedingung („*Ich befürchte, dass meine Gefühle verletzt werden, wenn ich eine enge Beziehung eingehe*.“). In vorliegender Untersuchung dagegen sind innerhalb aller 28 Items, die innere

Einstellungen zur Beziehungsgestaltung erheben, ein verhaltenssteuernder Gedanke mit einer zugehörigen subjektiven Kausalattribution über eine „Weil-Verknüpfung“ verbunden (*„Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich damit rechne, zurückgewiesen zu werden“*.). Der subjektiven Kausalattribution liegen Befürchtungen zwar implizit zu Grunde, diese werden aber nicht in jedem Item explizit als solche benannt. Anders als in der Pilotstudie von Sammet et al. (2007b) ist ein Vergleich der Ausprägung dysfunktionaler innerer Einstellungen bei Gesunden und bei Psychiatrie- bzw. Psychotherapiepatienten hier nicht durchgeführt worden, da vorliegende Untersuchung auf nur eine Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten begrenzt ist.

4.3. Hypothesen

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 4.2. dargelegten Fragestellung sind in vorliegender Studie folgende Hypothesen formuliert und anhand der erhobenen Daten überprüft worden:

4.3.1. Hypothese 1: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung

Das Ausmaß belastender innerer Einstellungen steht in Zusammenhang mit der psychischen Symptombelastung. Je ausgeprägter die belastenden inneren Einstellungen, desto stärker ausgeprägt ist die psychische Symptombelastung. Dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl für die Gesamt-Symptombelastung als auch für die Symptome Ängstlichkeit und Depressivität.

4.3.2. Hypothese 2: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen

Das Ausmaß belastender innerer Einstellungen steht in Zusammenhang mit interpersonalen Problemen. Je ausgeprägter die belastenden inneren Einstellungen, desto stärker ausgeprägt sind die interpersonalen Probleme. Dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl für die Gesamtheit interpersonaler Probleme als auch für die beiden Achsenwerte DOM (Dominanz versus Unterwürfigkeit) und LOV (Freundlichkeit versus Feindseligkeit).

4.3.3. Hypothese 3: Abnahme innerer Einstellungen im Behandlungsverlauf

Belastende innere Einstellungen sind therapeutischer Behandlung zugänglich und nehmen bei Abnahme der psychischen Gesamt-Symptombelastung zum Ende der Behandlung in ihrer Ausprägung ebenfalls ab.

5. Material und Methodik

5.1. Studiendesign-Übersicht

In vorliegender Studie wurde an einer Klientel stationärer Psychotherapiepatienten (N=70) der Zusammenhang von belastenden inneren Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten mit der psychischen Befindlichkeit untersucht. Die Ausprägung der inneren Einstellungen wurde mittels eines eigens entwickelten Fragebogens (Liste innerer Einstellungen, LiE_Vers.0) durch Selbsteinschätzung der Patienten erhoben.

Zur Erfassung der psychischen Befindlichkeit sind den Patienten zu Beginn und am Ende ihrer stationären Therapie zwei bereits umfassend validierte Selbsteinschätzungsinstrumente vorgelegt worden: Die *Symptom Check List* (SCL-90-R; deutsche Version Franke 1995) zur Erhebung der Symptombelastung und das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C, Horowitz et al. 1994) zur Erhebung interpersonaler Probleme. Zusätzlich erhielten die Patienten zu Beginn der Behandlung einen Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Basisdaten.

5.2. Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe umfasst 70 Patienten, die innerhalb eines Zeitraums von 15 Monaten in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen nach einem psychodynamisch orientierten, multimodalen Konzept aus Einzel- und Gruppentherapie sowie Gestaltungs- und Bewegungstherapie stationär behandelt worden sind. Einschlusskriterium war die stationäre Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen in dem vorgegebenen Zeitraum. Ein Ausschlusskriterium lag für stationär behandelte Patienten nicht vor.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Patienten der Stichprobe lag bei 8,2 Wochen. Die Behandlungsdauer variierte insgesamt zwischen 1 und 18 Wochen. Da elf Patienten der Stichprobe die Behandlung vorzeitig abbrachen oder in eine andere Klinik verlegt werden mussten, konnten bei ihnen nur zu Beginn, nicht aber am Ende der Behandlung Daten erhoben werden.

Bei der Geschlechterverteilung überwog der Anteil der Frauen deutlich mit 77 % (54), der Anteil der Männer lag bei 23% (16). Es entspricht der typischen Geschlechterverteilung bei stationären psychotherapeutischen Behandlungen, dass - wie in vorliegender Stichprobe - der Anteil weiblicher Patienten überwiegt (Rudolf 1991).

Das mittlere Alter der Patientenstichprobe lag bei 33,8 Jahren mit einer Standardabweichung von 11,2 (Mindestalter 18 Jahre ohne nach oben festgelegte Altersgrenze). Die jüngste Patientin war zu Beginn der stationären Therapie 18 Jahre, die älteste Patientin 69 Jahre alt.

Tabelle 5.1 zeigt die soziodemographischen Daten der untersuchten Patientenstichprobe.

Patienten (N=70)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Geschlecht		
Weiblich	54	77
Männlich	16	23
Familienstand		
Ledig	37	53
Verheiratet/in fester Partnerschaft	20	29
Geschieden	8	11
Getrennt lebend	5	7
Schulabschluss		
Noch in der Schule	5	7
Sonderschule	0	0
Hauptschule	16	23
Realschule	27	39
Abitur	22	31

Tabelle 5.1 *Soziodemographische Daten (N=70)*

Berufsabschluss	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Noch in Ausbildung	21	30
Lehre	29	42
Meister	1	1
Universität/Fachhochschule	10	14
Ohne Abschluss	4	6
Sonstiger Abschluss	5	7

Berufstätigkeit		
Arbeiter/-in	2	3
Facharbeiter/-in	3	4
Einfache/ mittlere Angestellte oder Beamte	21	30
Höhere Angestellte oder Beamte	4	6
Selbstständige	2	3
Auszubildende oder Umschüler/-in	9	13
Schüler/-in oder Student/-in	12	17
Hausfrau/-mann	6	9
Rentner/-in	3	4
Ohne Beruf/ arbeitslos	7	10
Sonstige Berufstätigkeit	1	1

Tabelle 5.1-Fortsetzung *Soziodemographische Daten (N=70)*

Tabelle 5.2 zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen der Patienten der untersuchten Stichprobe nach ICD-10 (Dilling und Schulte-Markwort 1999). Mit einem hohen Anteil an Patienten mit affektiven Störungen und ohne Patienten mit Suchterkrankungen oder mit Schizophrenie bzw. schizotypen und wahnhaften Störungen entspricht diese Verteilung dem Diagnosespektrum, das auf Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie ohne Spezialisierung häufig zu finden ist (Schauenburg et al. 2007).

Hauptdiagnose nach ICD-10	**Absolute Häufigkeit**	**Relative Häufigkeit (%)**	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
	Frauen und Männer (N=70)	**Frauen und Männer**	Frauen (N=56)	Frauen	Männer (N=14)	Männer
Affektive Störung (F31.1, F31.3, F33.1, F34.1)	**36**	**52**	30	53	6	43
Ess-Störung (F50.0, F50.2, F50.3, F50.4)	**12**	**17**	9	16	3	21
Persönlichkeitsstörung (F60.1, F60.3, F60.4, F60.7, 60.8)	**10**	**15**	6	11	4	29
Angststörung (F40.0, F41.0, F41.1)	**4**	**6**	3	5	1	7
Somatoforme Störung (F45.4, F45.3)	**4**	**6**	4	7	0	**-**
Zwangsstörung (F42.2)	**1**	**1**	1	2	0	**-**
Dissoziative Störung (F44.5)	**1**	**1**	1	2	0	**-**
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	**1**	**1**	1	2	0	**-**
Psychische Störung im Wochenbett (F53.0)	**1**	**1**	1	2	0	**-**

Tabelle 5.2 *Verteilung der psychischen Störungen gemäß Hauptdiagnose nach ICD-10*

5.3. Datenerhebung

Im Rahmen der Datenerhebung sind ausschließlich Selbsteinschätzungsinstrumente eingesetzt worden. Die psychische Befindlichkeit ist anhand der Symptombelastung und der interpersonalen Probleme erhoben worden. Zur Erhebung der Symptombelastung und Beurteilung des Therapieerfolgs wurde den 70 Patienten der Stichprobe zu Beginn der Therapie die *Symptom Check List* (SCL-90-R) in der deutschen Version (Franke 1995) zum Ausfüllen vorgelegt. Um interpersonale Probleme zu erfragen, füllten die gleichen Patienten zu Behandlungsbeginn das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C, deutsche Version) von Horowitz et al. (1994) aus. Da nur 59 der 70 Patienten bis zum Behandlungsende in der Klinik geblieben sind (siehe Kapitel 5.2.),

haben nur diese 59 Patienten die SCL-90-R und das IIP-C zum Behandlungsende ein zweites Mal ausgefüllt.

Die belastenden inneren Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten sind mit einem eigens in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen entwickelten Fragebogen (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht) erhoben worden. Er wurde den Patienten der untersuchten Stichprobe unter dem Namen „Fragebogen zu inneren Einstellungen“ zur Selbsteinschätzung vorgelegt (siehe Anhang), in vorliegender Untersuchung wird er dagegen als „Liste innerer Einstellungen“ (LiE_Vers.0) bezeichnet. Die LiE_Vers.0 wurde den 70 Patienten der Stichprobe zu Beginn der Behandlung vorgelegt. Von den 59 bis zum Behandlungsende in der Klinik verbliebenen Patienten haben 45 die LiE_Vers.0 ein zweites Mal ausgefüllt. Da Patienten gelegentlich sehr kurzfristig entlassen worden sind, konnte nicht immer gewährleistet werden, dass die Patienten alle erforderlichen Fragebögen vor Entlassung zum Ausfüllen erhielten bzw. auch tatsächlich ausfüllten. Fünf der 59 Patienten wurde die LiE_Vers.0 aus organisatorischen Gründen zum Behandlungsende nicht erneut vorgelegt, neun weitere Patienten haben die ihnen vorgelegte LiE_Vers.0 nicht ausgefüllt. Insgesamt haben 45 Patienten die LiE_Vers.0 zu Beginn und am Ende der Behandlung ausgefüllt, so dass 45 komplette Datensätze vorliegen. Eine Übersicht liefert Tabelle 5.3.

Erhobene Kriterien	**Erhebungsinstrument**	**Anzahl teilnehmender Patienten zu Beginn der Behandlung**	**Anzahl teilnehmender Patienten zum Abschluss der Behandlung**
Symptombelastung	*Symptom Check List* (SCL-90-R; deutsche Version, Franke 1995)	**70**	**59**
Interpersonale Probleme	Inventar Interpersonaler Probleme, Kurzfassung (IIP-C; deutsche Version, Horowitz et al. 1994)	**70**	**59**
Belastende innere Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten	Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0; Sammet und Andreas, unveröffentlicht)	**70**	**45**

Tabelle 5.3 *Eingesetzte Selbsteinschätzungsinstrumente und Anzahl teilnehmender Patienten*

5.3.1. Erhebung der Symptombelastung

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen belastenden inneren Einstellungen und der Symptombelastung und zur Überprüfung des Therapieerfolgs ist die *Symptom Check List* (SCL-90-R) von Derogatis (1977) in der deutschen Version (Franke 1995) herangezogen worden. Die SCL-90-R erfasst die subjektive Beeinträchtigung des Patienten durch 90 definierte, überwiegend psychische, aber auch körperliche Symptome in den letzten sieben Tagen vor der Befragung. Die SCL-90-R stellt ein Instrument der Selbsteinschätzung dar, das „*die diagnostische Lücke zwischen zeitlich extrem variabler Empfindlichkeit und zeitlich überdauernder Persönlichkeitsstruktur*“ (Franke 1995, 5) füllt. Sie ermöglicht eine mehrdimensionale Auswertung und kann während einer Behandlung mehrmals wiederholt werden, so dass sie sich auch zur Verlaufskontrolle eignet. Die SCL-90-R wird daher zur symptomorientierten Überprüfung von Therapien empfohlen (Fydrich et al. 1996) und hat sich international rasch zur Evaluierung des Therapieausgangs etabliert (Schauenburg und Strack 1998). Auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (0 = *überhaupt nich*t bis 4 = *sehr stark*) soll der Patient angeben, wie sehr er in den vergangenen sieben Tagen unter den 90 vorgegebenen psychischen und körperlichen Symptomen gelitten hat.

Derogatis (1977) hat die 90 in der SCL-90-R erfragten Symptome auf der Grundlage einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychiatriepatienten faktorenanalytisch zu neun Skalen zusammengefasst (siehe Tabelle 5.4).

Anhand der 90 Items können verschiedene globale Kennwerte ermittelt werden, die das Antwortverhalten des Patienten über alle 90 erfragten Symptome beschreiben, wie beispielsweise der GSI (*Global Severity Index*), der dem Mittelwert über alle 90 Symptome entspricht und die psychische Gesamt-Symptombelastung misst. Da in der Psychotherapieforschung der GSI häufig zur Bewertung der Veränderungen der subjektiven Symptombelastung und somit des Therapieerfolgs herangezogen wird (Schauenburg und Strack 1998), ist auch in vorliegender Untersuchung der GSI zu diesem Zweck eingesetzt worden. Zusätzlich ist der Zusammenhang der erhobenen inneren Einstellungen mit den SCL-90-R-Skalen Ängstlichkeit (anx) und Depressivität (dep) untersucht worden, da beide Symptome bei Patienten stationärer Psychotherapie nach klinischer Erfahrung besonders häufig auftreten.

Tabelle 5.4 zeigt die neun Skalen der SCL-90-R.

Skala 1	**Somatisierung**	Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen
Skala 2	**Zwanghaftigkeit**	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit
Skala 3	**Unsicherheit im Sozialkontakt**	Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Skala 4	**Depressivität**	Traurigkeit bis hin zu schwerer Depression
Skala 5	**Ängstlichkeit**	Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
Skala 6	**Aggressivität/ Feindseligkeit**	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Skala 7	**Phobische Angst**	Leichtes Gefühl der Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst
Skala 8	**Paranoides Denken**	Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken
Skala 9	**Psychotizismus**	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden

Tabelle 5.4 *Skalen der SCL-90-R*

5.3.2. Erhebung interpersonaler Probleme

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen belastenden inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen ist die Kurzfassung des Inventars interpersonaler Probleme (IIP-C, Horowitz et al. 1994) herangezogen worden. Ausgehend von der Beobachtung, dass Patienten nicht allein aufgrund von psychischen Symptomen oder Störungen des Selbstbilds eine Psychotherapie beginnen, sondern oftmals wegen Schwierigkeiten in Beziehungen zu anderen, hat Leonard M. Horowitz Ende der siebziger Jahre begonnen, eine Methode zur Erhebung interpersonaler Probleme zu entwickeln (Horowitz 1979). Es sollte ein Selbsteinschätzungsinstrument entstehen, das belastendes Verhalten eines Patienten im Kontakt mit anderen erfasst und verlässlich misst. Horowitz und seine Mitarbeiter identifizierten anhand von Protokollen therapeutischer Sitzungen diejenigen Probleme, die Patienten in Beziehungen zu anderen schilderten. Das Vorhaben resultierte

zunächst in der Veröffentlichung des 127 Items umfassenden *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP, Horowitz et al. 1988). Alden et al. (1990) haben die Items des IIP erneut faktorenanalytisch untersucht. Aus dem ursprünglichen IIP entstand so das *Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales* (IIP-C), eine Kurzfassung mit 64 Items und acht Skalen (Alden et al. 1990, Horowitz et al. 1994, Horowitz et al. 2000), dessen deutsche Version (Horowitz et al. 1994) in vorliegender Studie zum Einsatz gekommen ist.

Das IIP-C basiert auf den Annahmen der interpersonalen Theorie, wie sie zunächst von Sullivan (1953) und später von Leary (1957), Wiggins (1979) und Kiesler (1983) entworfen worden ist. Die interpersonale Theorie geht davon aus, dass interpersonale Schwierigkeiten einer circumplexen Struktur folgen, die von zwei orthogonal verlaufenden, bipolaren Achsen, der Interdependenz-Achse mit den Polen Dominanz versus Unterwürfigkeit (DOM-Achse) sowie der Affiliations-Achse mit den Polen Freundlichkeit versus Feindseligkeit (LOV-Achse), bestimmt wird (siehe Kapitel 3.1.2., Seite 35-37). Die acht Skalen des IIP-C entsprechen den acht Oktanten, die Leary (1957) zur Beschreibung interpersonalen Verhaltens in seinem Circumplex-Modell dargestellt hat. Analog zu Learys Kreismodell sind die Skalen des IIP-C in dem circumplexen, von der DOM- und der LOV-Achse bestimmten Raum angeordnet. Anhand der beiden Achsenwerte DOM und LOV kann daher jeder Person ihr Platz innerhalb der circumplexen Struktur interpersonalen Verhaltens zugewiesen werden (Alden et al. 1990).

Die Bestimmung der beiden Achsenwerte DOM und LOV als der beiden Hauptdimensionen des Circumplex-Modells wird empfohlen, wenn der Zusammenhang des IIP-C mit weiteren Parametern untersucht werden soll (Davies-Osterkamp und Kriebel 1993). Zusätzlich kann ein Gesamtwert gebildet werden, der als Mittelwert über alle acht Skalen das Gesamtausmaß interpersonaler Probleme abbildet und ebenfalls zur Bestimmung der Korrelation interpersonaler Probleme mit anderen Parametern herangezogen wird. In vorliegender Studie sind die Zusammenhänge der erhobenen inneren Einstellungen sowohl zu dem IIP-C-Gesamtwert (IIP_C$_{ges}$) als auch zu den Werten der DOM- und LOV-Achse untersucht worden.

Im IIP-C werden interpersonale Verhaltensweisen erfragt, die dem Patienten entweder schwer fallen oder die er im Übermaß tut. Die Items werden auf einer fünf-stufigen Likert-Skala beantwortet (0 =

überhaupt nicht bis 4 = *sehr*). Die Auswertung erfolgt über die acht, mit den Buchstaben A-P bezeichneten Skalen des interpersonalen Kreismodells, die nach Horowitz et al. (1994) jeweils einen der folgenden interpersonalen Problemkomplexe beschreiben:

Personen mit hohem Wert auf der Skala

- zu autokratisch/dominant (Skala PA) beschreiben sich anderen gegenüber als zu aggressiv und zu kontrollierend und mit großen Schwierigkeiten, sich unterzuordnen.
- zu streitsüchtig/konkurrierend (Skala BC) streiten viel und sinnen häufig nach Rache. Es fällt ihnen schwer, sich um andere zu kümmern oder sich in sie einzufühlen.
- zu abweisend/kalt (Skala DE) beschreiben sich als distanziert. Sie haben Schwierigkeiten, Nähe herzustellen oder Liebe zu empfinden, und sind nach einem Streit eher unversöhnlich.
- zu introvertiert/sozial vermeidend (Skala FG) berichten über Schwierigkeiten, auf andere zuzugehen, Kontakte zu knüpfen und ihre Gefühle zu zeigen.
- zu selbstunsicher/unterwürfig (Skala HI) berichten über Schwierigkeiten, sich zu behaupten, ihre Interessen durchzusetzen und sich anderen gegenüber abzugrenzen.
- zu ausnutzbar/nachgiebig (Skala JK) berichten über Schwierigkeiten, anderen Grenzen zu setzen oder zu zeigen, dass sie wütend sind, und beschreiben sich als leicht zu überreden.
- zu fürsorglich/freundlich (Skala LM) berichten, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse anderen gegenüber vernachlässigen, anderen gefallen wollen und sich zu sehr von den Schwierigkeiten anderer leiten lassen.
- zu expressiv/aufdringlich (Skala NO) berichten, dass sie sich oftmals zu sehr öffnen und viel Wert auf Beachtung durch andere legen. Sie können schlecht allein sein und mischen sich häufig auch ungefragt in die Angelegenheiten anderer ein.

Das Inventar interpersonaler Probleme hat sich mittlerweile durch zahlreiche Studien als valides und verlässliches Erhebungsinstrument erwiesen (Pincus and Wiggins 1990, Horowitz et al. 1993, 1994, 2000; Brähler et al. 1999) und ist in seiner klinischen Bedeutung bestätigt worden (Davies-Osterkamp und Kriebel 1993, Davies-Osterkamp et al. 1996, Puschner et al. 2005).

5.3.3. Erhebung innerer Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten

Zur Erhebung innerer Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten ist eigens ein 38 Items umfassender Fragebogen, die Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0), entwickelt und den Patienten der untersuchten Stichprobe zur Selbsteinschätzung vorgelegt worden.

5.3.3.1. Aufbau der Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0)

Innerhalb der CMT wird interpersonelle Schuld als zentrales Motiv pathogener Überzeugungen angesehen. Fragebögen zur Erfassung pathogener Überzeugungen im Sinne der CMT lagen bisher nur zu Schuld vor (O´Connor et al. 1997, Albani et al. 2002). Zweifelsohne ist Schuld unter psychodynamischen Aspekten zentral für die Genese psychischer Störungen (Freud 1926,1939). Da mögliche pathogene Überzeugungen aber aus der gesamten Bandbreite menschlichen Erlebens erwachsen können und da zudem in der Anamnese von Psychotherapiepatienten die Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle spielt (Horowitz 1979, 2004), ist beim Aufbau eines Fragebogens zu belastenden inneren Einstellungen entschieden worden, zusätzlich zu Schuld-Items auch Items zu beziehungsrelevanten inneren Einstellungen aufzunehmen (Sammet und Andreas, Fragebogen zu inneren Einstellungen, unveröffentlicht, siehe Anhang). Für die Item-Formulierung wurden innere Einstellungen gewählt, die psychodynamischer Einschätzung zufolge als besonders belastend gelten und nach klinischer Erfahrung bei Psychotherapiepatienten häufig vorhanden sind. Bei den erhobenen inneren Einstellungen kann es sich nur um deren vorbewusste oder bewusste Anteile handeln. Unbewusste Anteile innerer Einstellungen, die innerhalb des CMT-Konzepts pathogener Überzeugungen eine bedeutsame Rolle spielen, können mittels Selbsteinschätzung nicht erfragt werden, da sie den Patienten nicht ohne Weiteres zugänglich sind.

Teil A der neu entwickelten Liste innerer Einstellungen enthält zehn Items zu interpersoneller Schuld. Hier wurde nicht auf den 21 Items zählenden FIS (Albani et al. 2002), die deutsche Fassung des IGQ (O`Connor et al. 1997), zurückgegriffen, da aus zeitökonomischen Gründen ein kurzes Erhebungsinstrument zum Einsatz kommen sollte. Die Formulierung der Items folgte der Absicht, die inneren Einstellungen zu Schuld inhaltlich eng an die zwei zentralen Schuldbegriffe der CMT, *survivor guilt* (Überlebensschuld) und *separation guilt* (Trennungsschuld) anzulehnen (siehe Kapitel 2.2.2., Seite 12f). Bei den Items zu Schuld liegt anders als bei den Items zu beziehungsrelevanten

Aspekten kein einheitlicher Aufbau vor. Die Gefühle in Zusammenhang mit interpersoneller Schuld sind bei einigen Items im ersten Teil, bei anderen im zweiten Item-Teil formuliert. Von den zehn Items zu Schuld verknüpfen sechs Items Gefühle, die bei interpersoneller Schuld bestehen, mit einer zugehörigen Bedingung („*Wenn ich kritisch über andere denke, fühle ich mich unwohl.*“). Die restlichen vier Items verbinden Gefühle, die bei interpersoneller Schuld aufkommen, mit einer subjektiven Kausalattribution („*Wenn ich meinen eigenen Weg gehe, fühle ich mich manchmal schuldig, weil ich damit vielleicht andere im Stich lasse*.“).

Psychische Symptombildungen gehen oft mit Schwierigkeiten in der interpersonalen Beziehungsgestaltung einher (Horowitz 1979, Albani et. al 2008), die sich beispielsweise in Angst vor Ablehnung, unzureichender Emotionsexpression oder dem Vermeiden enger Beziehungen äußern können. Für Teil B des neu entwickelten Fragebogens wurden 28 entsprechende Items formuliert. Deren Besonderheit in Abgrenzung zu bereits existierenden Fragebögen zu kognitiven dysfunktionalen Einstellungen (beispielsweise Beck 1976) liegt darin, dass innerhalb des gleichen Items ein verhaltenssteuernder Gedanke über eine „Weil-Verknüpfung“ mit einer dazugehörigen subjektiven Kausalattribution erhoben wird („*Ich verlasse mich auf mich selbst, weil andere es mir nur schwer recht machen können*.“) Hinter dieser Art der Item-Formulierung stand die Beobachtung, dass im Selbsterleben von Psychotherapiepatienten das Beziehungsverhalten bzw. die zugehörigen verhaltenssteuernden Gedanken eine besondere Rolle spielen. Daraus resultierte die Überlegung, dass ein bestimmtes Beziehungsverhalten bzw. ein bestimmter verhaltenssteuernder Gedanke durch verschiedene Konflikte bedingt sein könnte. Die Formulierung der Items innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten stellt eine Operationalisierung dieser Annahme dar. Die mit dem verhaltenssteuernden Gedanken verknüpfte subjektive Kausalattribution kann als bewusster Anteil des zu Grunde liegenden Konflikts angesehen werden.

Die Items zu beziehungsrelevanten inneren Einstellungen beginnen im ersten Item-Teil mit den folgenden sieben verhaltenssteuernden Gedanken:

- Ich vermeide enge Beziehungen, weil (…).
- Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil (…).
- Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil (…).

- Ich verlasse mich auf mich selbst, weil (…).
- Ich kann Bitten anderer schlecht abschlagen, weil (…).
- Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil (…).
- Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten, weil (…).

Jeder der sieben verhaltenssteuernden Gedanken ist im zweiten Item-Teil mit unterschiedlichen subjektiven Kausalattributionen verknüpft, so dass jeweils mehrere Items gleichlautend beginnen. Die Items sind zufällig über Teil B des Fragebogens verteilt, um zu verhindern, dass die Patienten bei aufeinanderfolgenden, identisch formulierten verhaltenssteuernden Gedanken im ersten Item-Teil die damit verknüpfte Kausalattribution im zweiten Teil des Items nicht genau zur Kenntnis nehmen und diese Items in immer gleicher Weise beantworten. Das Item 7 aus Teil B „*Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich fürchte, meine Eigenständigkeit zu verlieren und von anderen abhängig zu sein.*“ begründet das Vermeiden enger Beziehungen beispielsweise mit der Befürchtung, die Eigenständigkeit zu verlieren, was als Hinweis auf einen zu Grunde liegenden Autonomiekonflikt angesehen werden kann. Das Item 17 aus Teil B „*Ich vermeide enge Beziehungen, weil dann Seiten von mir offenbar werden, die ich lieber verbergen möchte.“* liefert für das gleiche vermeidende Verhalten dagegen eine Begründung, die einen Schamaspekt beinhaltet und Ausdruck eines Selbstwertkonflikts sein kann.

Die Patienten der untersuchten Stichprobe erhielten die LiE_Vers.0 auf der Station von einem Mitglied des Pflegeteams und füllten sie selbständig aus. Die Anleitung zum Ausfüllen war auf der ersten Seite der LiE_Vers.0 abgedruckt (siehe Anhang Fragebogen zu inneren Einstellungen). Die Patienten wurden aufgefordert, die 38 Items der LiE_ Vers.0 anhand einer sechs-stufigen Likert-Skala (von 1 = *stimmt gar nicht* bis 6 = *stimmt völlig*) einzuschätzen. Somit liegt für die LiE_Vers.0 Objektivität als Maß für die Unabhängigkeit der Fragebogenergebnisse von der Untersuchungsleitung vor, sowohl in Bezug auf die Durchführung als auch auf die Auswertung. Da aus gleichen Auswertungsergebnissen unterschiedlicher Testpersonen die gleichen Schlüsse zur Ausprägung der jeweiligen belastenden inneren Einstellungen gezogen werden, ist die Interpretationsobjektivität der LiE_Vers.0 ebenfalls gegeben (Lienert und Raatz 1998).

5.3.3.2. Faktorenanalyse

Die mittels der LiE_ Vers.0 zu Beginn der Behandlung erhobenen Daten sind einer explorativen Faktorenanalyse in Form der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation unterzogen worden, um die Dimensionalität der erfragten inneren Einstellungen zu überprüfen. Die Faktorenanalyse als Verfahren der multivariaten Statistik dient dazu, die große Zahl erhobener Variablen auf eine kleine Zahl von den Variablen zu Grunde liegenden Strukturen, den Faktoren, zu reduzieren (Bortz 2005). Der Faktor ist mit allen ihm zugehörigen Variablen „*so hoch wie möglich korreliert*“ (Bortz 2005, 514). Die Korrelation einer Variablen mit einem Faktor stellt die Faktorladung dar (Bortz 2005). Die anhand der Items statistisch ermittelten Faktoren werden in der Fragebogenanwendung als Skalen bezeichnet. Die Faktorenanalyse als datenreduzierendes statistisches Verfahren wird eingesetzt, „*um die Information der vielen einzelnen Fragen eines Fragebogens auf im Wesentlichen einige wenige stetige Merkmale, sogenannte Skalen, zurückzuführen.“* (Seelos 1990,195). Für die neu entwickelte LiE_Vers.0 ist anhand der Faktorenanalyse überprüft worden, ob und in welcher Weise deren Items zu Faktoren und damit zu Skalen zusammengefasst werden können.

Da die Items der LiE_Vers.0 zu den Inhalten Schuld und Beziehungsgestaltung formuliert und den Patienten ebenfalls nach diesen Inhalten getrennt in Teil A und B des Fragebogens zur Selbsteinschätzung vorgelegt worden sind, wurden zwei voneinander getrennte Faktorenanalysen durchgeführt.

Es wird empfohlen, dass die Stichprobenzahl N bei einer Faktorenanalyse mindestens der dreifachen Variablen- (d.h. Item-) Zahl entspricht (Backhaus et al. 2000). Dies ist in vorliegender Studie für Teil A des Fragebogens (Schuld) mit 10 Items und einer Stichprobengröße von 70 Patienten der Fall. Für Teil B des Fragebogens (Beziehungsgestaltung) mit 28 Items ist diese Forderung bei einer Stichprobengröße von 70 Patienten nur näherungsweise erfüllt. Entsprechend der Forderung von Backhaus et al. (2000) hätte die Stichprobe mindestens 84 Patienten aufweisen sollen. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind die Ergebnisse mit einer relativ großen Unsicherheit behaftet.

Vor der Durchführung einer Faktorenanalyse ist es angeraten, die Ausgangsdaten einer Stichprobe mittels einer Korrelationsmatrix daraufhin zu überprüfen, ob sie zur Durchführung einer Faktorenanalyse geeignet sind. Kaiser, Meyer und Olkin haben mit dem Kaiser-Meyer-Olkin-Maß (KMO-Maß) hierzu einen geeigneten Parameter entwickelt (Backhaus et al. 2000). Das KMO-Maß kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Nach Kaiser und Rice (1974) sind Korrelationsmatrixen, die KMO-Werte < 0,5 aufweisen, nicht für eine Faktorenanalyse geeignet; wünschenswert seien Werte > 0,8. Die aus vorliegender Stichprobe hervorgegangene Korrelationsmatrix des Teils A (10 Items zu Schuld) weist einen KMO-Wert von 0,851 auf, so dass eine gute Ausgangslage für eine Faktorenanalyse vorliegt. Die Korrelationsmatrix des Teils B (28 Items zu beziehungsrelevanten Aspekten) weist einen KMO-Wert von 0,839 so dass eine Faktorenanalyse auch hier als sinnvoll erachtet wird.

Es wurden zwei Faktorenanalysen jeweils mit Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation durchgeführt. Die Wahl fiel auf die Hauptkomponentenanalyse, da deren Ziel in der möglichst umfassenden Reproduktion der Datenstruktur durch möglichst wenige Faktoren liegt und sie der Frage folgt, wie sich die auf einen Faktor hoch ladenden Variablen durch einen Sammelbegriff (Skala) zusammenfassen lassen (Backhaus et al. 2000).

Folgende Kriterien sind vorab für die zu extrahierenden Faktoren festgelegt worden:

1. Das Kaiser-Guttmann Kriterium: Der Eigenwert der Faktoren muss größer 1 sein.
2. Jeder Faktor soll eine Mindestanzahl von drei Items aufweisen, um eine zu hohe Anzahl an Faktoren (mit möglicherweise nur einem oder zwei Items) zu vermeiden.
3. Das dem Faktor zugrunde liegende Merkmal soll anhand der zugeordneten Items inhaltlich nachvollziehbar sein.

Nach Bortz (2005) soll die Grenze der Faktorladung, unterhalb der Variablen ausgeschlossen werden, bei einer kleinen Stichprobe höher liegen als bei einer großen Stichprobe, die ein Vielfaches der Variablenanzahl beträgt. Häufig wird für Faktorladungen ein Grenzwert von 0,4 festgelegt. Da in vorliegender Studie eine vergleichsweise kleine Stichprobe untersucht wird, wurde vor Durchführung der Faktorenanalysen festgelegt, dass Items ausgeschlossen werden, deren Faktorladung < 0,5 ist. Für die Generalisierbarkeit der extrahierten Faktorenstruktur ist die Höhe der

Faktorenladungen bedeutsam: „*Wenn auf jeden bedeutsamen Faktor mindestens vier Variablen Ladungen größer 0,6 aufweisen, kann die Faktorenstruktur ungeachtet der Stichprobengröße generalisierend interpretiert werden.*“ (Bortz 2005, 523).

Auf der Grundlage der faktorenanalytischen Ergebnisse sind anhand der jeweils zugehörigen Items Durchschnittswerte der Gesamtstichprobe für die einzelnen Skalen zu Schuld (S1-S2) und zu beziehungsrelevanten Aspekten (B1-B4) sowie für den Gesamtwert innerer Einstellungen insgesamt (LiE_ges), den Gesamtwert innerer Einstellungen zu Schuld (S_ges) und den Gesamtwert innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten (B_ges) errechnet worden.

5.4. Statistische Methodik der Datenauswertung

Die Datenauswertung ist mit Hilfe des Statistik-Programmes SPSS Version 16 (Statistic Package for Social Sciences, Inc. 2008) durchgeführt worden. Zur Überprüfung der Dimensionalität der LiE_Vers.0 erfolgte eine explorative Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation (siehe Kapitel 5.3.3.2.). Es wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, um die internen Konsistenzen der auf Grundlage der Faktorenanalyse ermittelten Skalen der LiE_Vers.0 zu bestimmen. Die internen Konsistenzen der Skalen sind anhand des Parameters Cronbachs Alpha ermittelt worden. Cronbachs Alpha bestimmt als Reliabilitäts-Maß die Zuverlässigkeit der ermittelten Skalen und erlaubt die Einschätzung der Genauigkeit, mit der die Skala eines Fragebogenkonstrukts das misst, was sie messen soll (Cronbach 1951). Cronbachs Alpha kann Werte bis 1 annehmen. Als zufriedenstellende interne Konsistenz gelten Werte ab 0,7 (Nunnally 1978). Werte ab 0,8 gelten als gut und Werte ab 0,9 als exzellent.

Die Zusammenhänge der erhobenen inneren Einstellungen mit der Symptombelastung und interpersonalen Problemen sind mittels einer multiplen Regressionsanalyse untersucht worden, die die Bedeutung mehrerer unabhängiger Variablen (Prädiktorvariablen) für eine abhängige Variable (Kriteriumsvariable) untersucht (Bortz 2005). Es wurde die Methode „schrittweise“ gewählt, bei der nur diejenigen Variablen (Prädiktoren) in die Regressionsgleichung aufgenommen werden, die signifikant zur Varianzaufklärung des untersuchten Kriteriums beitragen. Die Korrelation der durch die Regressionsgleichung abgebildeten Modellzusammenfassung mit der Kriteriumsvariablen wird

durch R beschrieben. R^2 zeigt die Höhe der Varianz der Kriteriumsvariablen an, die durch die Modellzusammenfassung aufgeklärt wird. Der standardisierte ß-Koeffizient weist auf die Bedeutsamkeit einer Prädiktorvariablen hin. Je höher der Wert des ß-Koeffizienten, umso bedeutsamer ist die Prädiktorvariable im Hinblick auf das zu untersuchende Kriterium (abhängige Variable).

Die Interkorrelationen der Skalen der LiE-Vers.0 sowie die bivariaten Korrelationen mit der Symptombelastung (GSI, anx, dep) und mit interpersonalen Problemen (IIP_Cges, DOM, LOV) werden anhand des Korrelationskoeffizienten (r) nach Bravais-Pearson beschrieben.

Zur Überprüfung der Frage, ob sich die erhobenen inneren Einstellungen sowie die Gesamt-Symptombelastung im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung verändert haben, sind t-Tests für abhängige (gepaarte) Stichproben durchgeführt worden. Diese Form des Signifikanztests wird eingesetzt, wenn an einer Stichprobe mehrere Messungen, die zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden, verglichen werden sollen (Bortz 2005). In vorliegender Studie handelt es sich um den Vergleich der Messungen zu Beginn und am Ende der Behandlung. Im Rahmen des t-Tests wird ein Modell formuliert, die dazugehörige Teststatistik berechnet und diese dann auf Signifikanz überprüft. Das Signifikanzniveau ist entsprechend allgemeiner Übereinkunft auf 0,05 festgelegt worden. Dies bedeutet, dass die Nullhypothese verworfen wird und ermittelte Unterschiede in den gepaarten Stichproben als statistisch signifikant gelten, wenn der Signifikanzwert p kleiner als 0,05 ist. Für die Veränderung der Gesamt-Symptombelastung im Behandlungsverlauf ist zusätzlich die Effektstärke d berechnet worden. Die Effektstärke gibt an, wie stark ausgeprägt ein beobachteter Effekt ist. Effektstärken werden mit Hilfe der Standardabweichungen als standardisierte Mittelwertsunterschiede zweier abhängiger Stichproben berechnet (Bühner und Ziegler 2009).

6. Ergebnisse

6.1. *Faktorenanalyse der Liste zu inneren Einstellungen (LiE_Vers.0)*

6.1.1. Faktorenanalyse der Items zu Schuld

Die Faktorenanalyse der 10 Items zu Schuld (Teil A der LiE_Vers.0) führte zur Extraktion von zwei Faktoren mit einem Eigenwert größer eins, auf denen jeweils fünf Items laden. Diese beiden Faktoren weisen eine erklärte Gesamtvarianz von 58,27 % auf. Die zehn Items lassen sich den zwei extrahierten Faktoren inhaltlich plausibel zuordnen. Alle zehn Items weisen Faktorladungen größer 0,5 auf. Jeweils vier Items beider extrahierter Faktoren weisen Faktorladungen größer 0,6 auf.

Tabelle 6.1 zeigt Eigenwerte, kumulierte Varianz und alle Faktorladungen der als Ergebnis der Faktorenanalyse extrahierten Faktoren zu Schuld (zehn Items). Die Faktorenanalyse wurde als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Es sind nur Faktorladungen größer 0,5 wiedergegeben (siehe Kapitel 5.3.3.2., Seite 60-62).

	Faktor 1	**Faktor 2**
Eigenwert	4,59	1,24
Kumulierte Varianz (%)	45,92	58,27
Faktorladung		
Es fällt mir schwer, mich zu freuen, wenn ich etwas Wichtiges erreicht habe, weil ich glaube, den Erfolg nicht verdient zu haben. (Item 4)	,817	
Ich spiele meinen beruflichen und privaten Erfolg herunter, weil es mir peinlich ist, anderen überlegen zu sein. (Item 1)	,732	
Wenn ich Erfolg habe, kann ich mich nicht richtig freuen, weil ich immer auch an das Pech der weniger Erfolgreichen denken muss. (Item 2)	,722	
Wenn ich kritisch über andere denke, fühle ich mich unwohl. (Item 5)	,675	
Wenn ich mir kritisierende Gedanken über meine Eltern eingestehe, habe ich ein schlechtes Gewissen. (Item 7)	,591	

Tabelle 6.1 *Ergebnis der Faktorenanalyse der zehn Schuld-Items*

	Faktor 1	Faktor 2
Wenn es anderen schlecht geht, fühle ich mich immer zuständig, ihnen zu helfen, auch wenn es meinen eigenen Interessen zuwiderläuft. (Item 9)		,842
Wenn etwas schief geht, frage ich mich immer, wie ich es hätte verhindern können. (Item 10)		,766
Wenn ich meinen eigenen Weg gehe, fühle ich mich manchmal schuldig, weil ich damit vielleicht andere im Stich lasse. (Item 6)		,678
Ich habe Angst um meine Angehörigen, wenn ich lange von zu Hause fort bin. (Item 8)		,662
Wenn es anderen schlecht geht, kann ich mich nicht glücklich fühlen. (Item 3)		,589

Tabelle 6.1-Fortsetzung *Ergebnis der Faktorenanalyse der zehn Schuld-Items*

Die zwei extrahierten Faktoren lassen sich inhaltlich plausibel zwei unterschiedlichen Schuldaspekten zuordnen:

Auf **Faktor 1** laden fünf Items. Sie beschreiben Gefühle im Zusammenhang mit interpersoneller Schuld, die dadurch bedingt bzw. begründet wird, dass es jemandem besser geht als ihm nahestehenden Personen, weil er beruflich oder privat erfolgreicher ist. Eigener Erfolg wird als peinlich und unverdient erlebt und daher heruntergespielt. Einher kann ein Gefühl der Überlegenheit und der Kritik an den weniger erfolgreichen Personen gehen, das wiederum ein schlechtes Gewissen und damit ein Schuldgefühl hervorruft. Der Faktor umfasst somit belastende innere Einstellungen, die das Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1) beschreiben und greift inhaltlich den CMT-Schuldbegriff *survivor guilt* auf. Beispiel-Item: *„Es fällt mir schwer, mich zu freuen, wenn ich etwas Wichtiges erreicht habe, weil ich glaube, den Erfolg nicht verdient zu haben“*.

Auf **Faktor 2** laden ebenfalls fünf Items. Sie beschreiben Gefühle im Zusammenhang mit interpersoneller Schuld, die bedingt bzw. begründet wird durch die Auffassung, Verantwortung für andere zu tragen und sie unterstützen zu müssen, auch wenn dies eigenen Interessen zuwiderläuft. Sobald es anderen schlecht geht, resultiert daraus das Schuldgefühl, nicht alles Erforderliche unternommen zu haben, um dies zu verhindern und sie im Stich gelassen zu haben.

Der Faktor umfasst somit belastende innere Einstellungen, die das Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2) beschreiben und greift inhaltlich den CMT-Schuldbegriff *separation guilt* auf. Beispiel-Item: *„Wenn es anderen schlecht geht, fühle ich mich immer zuständig, ihnen zu helfen, auch wenn es meinen eigenen Interessen zuwiderläuft."*

6.1.2. Faktorenanalyse der Items zu beziehungsrelevanten Aspekten

Die Faktorenanalyse der ursprünglich 28 Items zu beziehungsrelevanten Aspekten (Teil B der der LiE_Vers.0) führte zunächst zu fünf extrahierten Faktoren mit einem Eigenwert größer eins. Es wurden drei Items ausgeschlossen (Item 11, 13, 27), da ihre Ladungen über verschiedene Faktoren verteilt alle kleiner 0,5 waren. Eine weitere Faktorenanalyse mit Hauptkomponenten-analyse und Varimax-Rotation anhand der verbliebenen 25 Variablen (KMO-Wert 0,842) führte erneut zu einer fünf-faktoriellen Lösung. Es wurden zwei weitere Items ausgeschlossen (Item 18, 19), da sie ausschließlich auf dem fünften extrahierten Faktor eine Faktorladung größer 0,5 aufwiesen und diesem Faktor keine inhaltlich plausible Struktur zu Grunde gelegt werden konnte.

Die Korrelationsmatrix der verbliebenen 23 Items hat einen KMO-Wert von 0,843 und ist somit ebenfalls sehr gut geeignet für eine Faktorenanalyse (Backhaus et al. 2000), die erneut mit Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation durchgeführt worden ist. Als Ergebnis ließen sich nun vier Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 extrahieren. Die erklärte Gesamtvarianz der vier Faktoren beträgt 67,96 %.

Alle 23 Items zeigen Faktorladungen größer 0,5. Drei der vier extrahierten Faktoren weisen mindestens vier Variablen mit einer Faktorladung größer 0,6 auf. Der vierte extrahierte Faktor enthält drei Variablen mit einer Faktorladung größer 0,6. Insgesamt weisen 19 der 23 Items eine Faktorladung größer 0,6 auf. Alle 23 Items lassen sich den vier extrahierten Faktoren inhaltlich plausibel zuordnen.

Tabelle 6.2 zeigt Eigenwerte, kumulierte Varianz und alle Faktorladungen der als Ergebnis der Faktorenanalyse extrahierten Faktoren zur Beziehungsgestaltung (23 Items). Die Faktorenanalyse wurde als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Es sind nur Faktorladungen größer 0,5 wiedergegeben (siehe Kapitel 5.3.3.2., Seite 60-62).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Eigenwert	9,987	2,574	1,679	1,391
Kumulierte Varianz (%)	43,42	54,61	61,91	67,96
Faktorladung				
Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich fürchte, meine Eigenständigkeit zu verlieren und von anderen abhängig zu sein. (Item 7)	**,805**			
Ich vermeide enge Beziehungen, weil dann Seiten von mir offenbar werden, die ich lieber verbergen möchte. (Item 17)	**,775**			
Ich verlasse mich auf mich selbst, weil andere es mir nur schwer recht machen können. (Item 16)	**,726**			
Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich befürchte, dass andere zu hohe Erwartungen an mich haben, die ich nicht erfüllen kann. (Item 20)	**,687**			
Ich vermeide andere um Hilfe zu bitten, weil andere mir bei meinen Problemen gar nicht helfen können. (Item 1)	**,672**			
Ich verlasse mich auf mich selbst, weil ich den anderen mit meinen Anforderungen nicht ausnutzen möchte. (Item 24)	**,663**			
Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich damit rechne, zurückgewiesen zu werden. (Item 3)	**,645**			
Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich meine Wut verbergen will, um Streit zu vermeiden. (Item 23)		**,889**		
Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich mir nicht sicher bin, ob meine Wut berechtigt ist. (Item 8)		**,812**		
Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich befürchte, dass ich andere mit meiner Wut hilflos mache. (Item 14)		**,726**		
Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich Angst habe, andere zu verletzen, wenn sie meinen Zorn spüren. (Item 5)		**,669**		
Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich befürchte, mich lächerlich zu machen, wenn ich meine Meinung aggressiv vertrete. (Item 25)		**,600**		
Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, wenn ich mich nicht ständig um die Beziehung zu ihnen bemühe. (Item 22)		**,559**		

Tabelle 6.2 *Ergebnis der Faktorenanalyse der 23 Items zu beziehungsrelevanten Aspekten*

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich eine unattraktive und uninteressante Person bin. (Item 28)			**,813**	
Ich vermeide andere um Hilfe zu bitten, weil ich fürchte, dass meine Bitte zurückgewiesen wird. (Item 4)			**,752**	
Ich habe Angst abgelehnt zu werden, weil ich das Gefühl habe, der Zuwendung von anderen nicht wert zu sein. (Item 26)			**,745**	
Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, wenn ich Fehler mache. (Item 21)			**,731**	
Ich kann Bitten anderer schlecht abschlagen, weil ich fürchte, dass andere mich dann weniger mögen.			**,565**	
Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten, weil ich ihnen nicht zur Last fallen will. (Item 6)			**,564**	
Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil ich nicht die Verantwortung für meine Entscheidungen tragen mag. (Item 9)				**,784**
Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil ich mich auf meine eigenen Fähigkeiten nicht verlassen kann. (Item 12)				**,764**
Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich manchmal selbstsüchtig bin. (Item 10)				**,660**
Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich selbst zu wenig auf andere eingehe. (Item 15)				**,553**

Tabelle 6.2-Fortsetzung *Ergebnis der Faktorenanalyse der 23 Items zu beziehungsrelevanten Aspekten*

Die vier extrahierten Faktoren lassen sich inhaltlich plausibel vier unterschiedlichen beziehungsrelevanten Aspekten zuordnen:

Auf **Faktor 1** laden sieben Items zu belastenden inneren Einstellungen, die über die verhaltenssteuernden Gedanken des ersten Teils der Items zu einer Skala zusammengefasst werden und Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1) erfassen. Die verhaltenssteuernden Gedanken fokussieren auf das Vermeiden von engen Beziehungen sowie von emotionaler Abhängigkeit und auf das Bestreben nach Eigenständigkeit, was bei vier der sieben Items durch die Formulierung: „*Ich vermeide enge Beziehungen*, (…).“ zum Ausdruck kommt. Es besteht

eine enge inhaltliche Zugehörigkeit zu den zwei verhaltenssteuernden Gedanken der weiteren drei Items dieses Faktors, die das Bestreben nach Eigenständigkeit durch die Aussagen „*Ich verlasse mich auf mich selbst*, (…)." und „*Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten*, (…)." verdeutlichen. Die im zweiten Teil der Items jeweils folgenden, zugehörigen subjektiven Kausalattributionen betreffen dagegen ganz unterschiedliche Aspekte wie Scham („*Ich vermeide enge Beziehungen, weil dann Seiten an mir offenbar werden, die ich lieber verbergen möchte*."), mangelnden Selbstwert („*Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich damit rechne, zurückgewiesen zu werden*.") oder die Furcht des Verlustes von Autonomie (*„Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich fürchte, meine Eigenständigkeit zu verlieren und von anderen abhängig zu sein."*). Weitere subjektive Kausalattributionen betreffen die Sorge, dass andere bei eigenen Problemen nicht helfen können bzw. den eigenen Ansprüchen nicht genügen, durch die eigenen Anforderungen ausgenutzt werden könnten oder enttäuscht werden, da ihre Erwartungen nicht erfüllt werden.

Faktor 2 umfasst sechs Items zu belastenden inneren Einstellungen, die in gleicher Weise wie Faktor 1 über die verhaltenssteuernden Gedanken im ersten Item-Teil zu einer Skala zusammengefasst werden und Angst vor Expression von Wut (B2) erfassen. Bei fünf der sechs Items ist der verhaltenssteuernde Gedanke gleichlautend und verdeutlicht die Sorge um die angemessene Regulation der eigenen aggressiven Affekte: „*Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin,* (…).". Wie bei Faktor 1 betreffen die im zweiten Teil der Items jeweils folgenden subjektiven Kausalattributionen ganz unterschiedliche Aspekte wie mangelnden Selbstwert (*„Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich nicht sicher bin, ob meine Wut berechtigt ist.*"), Machtphantasien (*„Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich befürchte, dass ich andere mit meiner Wut hilflos mache.*") oder Schuldgefühle (*„Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich Angst habe, andere zu verletzten, wenn sie meinen Zorn spüren.*"). Der verhaltenssteuernde Gedanke des sechsten Items von Faktor 2 betrifft die Angst vor Ablehnung durch andere, die entsprechend der zugehörigen subjektiven Kausalattribution dann befürchtet wird, wenn man sich „*nicht ständig um die Beziehungen zu ihnen bemüht*." Auch hier wird implizit Angst vor der Expression von Wut erfasst. Wenn man anderen nicht entgegenkommt, sondern die Beziehungen möglicherweise durch eigene Wutexpression belastet, muss Ablehnung durch andere befürchtet werden, so dass von der Expression eigener aggressiver Affekte vermutlich eher abgesehen wird.

Auf Faktor 3 laden sechs Items zu belastenden inneren Einstellungen, die anders als Faktor 1 und Faktor 2 nicht über den verhaltenssteuernden Gedanken des ersten Item-Teils, sondern über die subjektiven Kausalattributionen im zweiten Teil der Items zu einer Skala zusammengefasst werden und Selbstwertzweifel (B3) erfassen. Die subjektiven Kausalattributionen aller sechs Items betreffen das von Selbstwertzweifeln geprägte Selbsterleben der eigenen Person, die als wenig attraktiv, uninteressant und der Zuwendung von anderen nicht wert eingeschätzt wird. Beziehungen zu anderen werden unter dem Aspekt der eigenen Unzulänglichkeiten oder begangener Fehler betrachtet. Zudem besteht die Sorge, als Last empfunden zu werden. Die subjektiven Kausalattributionen sind mit unterschiedlichen verhaltenssteuernden Gedanken des ersten Teils der Items verknüpft, wie beispielsweise der Angst, von anderen abgelehnt zu werden (*„Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich eine unattraktive und uninteressante Person bin.*“), dem Vermeiden, andere um Hilfe zu bitten (*„Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten, weil ich Ihnen nicht zur Last fallen will.“*) oder der Unfähigkeit, Bitten anderer abzuschlagen (*„Ich kann Bitten anderer schlecht abschlagen, weil ich fürchte, dass sie mich dann weniger mögen.*“).

Faktor 4 umfasst vier Items zu belastenden inneren Einstellungen, die wie in Faktor 3 über die subjektiven Kausalattributionen im zweiten Item-Teil zu einer Skala zusammengefasst werden und das Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4) erfassen. Zwei der vier subjektiven Kausalattributionen betreffen das Vermeiden der Übernahme von Verantwortung für sich selbst, was seinen Ausdruck in folgenden Aussagen findet: *„(...), weil ich nicht die Verantwortung für meine Entscheidungen tragen mag.“* und *„(...), weil ich mich auf meine Fähigkeiten nicht verlassen kann.“*. Die zwei weiteren subjektiven Kausalattributionen beziehen sich auf das Vermeiden der Übernahme von Verantwortung für andere: *„(...), weil ich manchmal selbstsüchtig bin*.“ und *„(...), weil ich selbst zu wenig auf andere eingehe*.“. Die subjektiven Kausalattributionen sind mit zwei unterschiedlichen verhaltenssteuernden Gedanken des ersten Teils der Items verknüpft, zum einen der Angst von anderen abgelehnt zu werden (*„Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich manchmal zu selbstsüchtig bin.“)* und zum anderen der Haltung, sich manchmal auf andere zu verlassen (*„Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil ich nicht die Verantwortung für meine Entscheidungen tragen mag.“).*

Zusammenfassend werden von den vier Faktoren mit Items zu beziehungsrelevanten belastenden inneren Einstellungen jeweils zwei Faktoren über die verhaltenssteuernden Gedanken im ersten Item-Teil und zwei Faktoren über die subjektiven Kausalattributionen im zweiten Teil der Items zu einer Skala zusammengefasst.

6.1.3. Interne Konsistenzen der Skalen der LiE_Vers.0

Anhand des Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha sind für die Gesamtwerte sowie für die sechs Skalen innerer Einstellungen zu Schuld und zu beziehungsrelevanten Aspekten die internen Konsistenzen ermittelt worden. Sie liegen zwischen 0,784 und 0,933 (siehe Tabelle 6.3).

Faktor	**Skala (Schuld)**	**Anzahl der Items**	**Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha)**
1	S1: Schuldgefühl bei eigenem Erfolg	5	0,799
2	S2: Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein	5	0,806
Faktor	**Skala (Beziehungsgestaltung)**		
1	B1: Angst vor Nähe oder Abhängigkeit	7	0,805
2	B2: Angst vor Expression von Wut	6	0,908
3	B3: Selbstwertzweifel	6	0,888
4	B4: Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere	4	0,784
Gesamtwert			
S_ges	Gesamtwert innerer Einstellungen zu Schuld	10	0,859
B_ges	Gesamtwert innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten	23	0,933

Tabelle 6.3 *Skalen der LiE_Vers.0 und Gesamtwerte innerer Einstellungen zu Schuld und beziehungsrelevanten Aspekten mit Itemanzahl und Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha*

6.2. Zu Hypothese 1: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung

Die **Hypothese 1** postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung selbst eingeschätzter belastender innerer Einstellungen zu Schuld und beziehungsrelevanten Aspekten und der Symptombelastung.

6.2.1. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Gesamt-Symptombelastung (GSI)

Der Zusammenhang zwischen den erhobenen belastenden inneren Einstellungen und der Gesamt-Symptombelastung (GSI) ist anhand einer multiplen Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit dem GSI als abhängiger Variablen (Kriterium) und den ermittelten sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Nur die Skalen „Angst vor Expression von Wut“ (B2) und „Selbstwertzweifel“ (B3) sind in die Regressionsgleichung aufgenommen worden, so dass nur diese beiden Skalen zur Vorhersage des GSI beitragen. Die Regressionsgleichung mit den Skalen „Angst vor Expression von Wut“ (B2) und „Selbstwertzweifel“ (B3) zeigt eine signifikante multiple Korrelation mit der Gesamt-Symptombelastung (R = 0,656) und klärt 43,1% Varianz des GSI auf.

Die Skala „Angst vor Expression von Wut“ als bedeutsamster Prädikator weist einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,449 auf (p = 0,000). Die Skala „Selbstwertzweifel“ weist einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,275 auf (p = 0,027). Je ausgeprägter die Angst vor Wutexpression sowie die Selbstwertzweifel, desto größer ist die Gesamt-Symptombelastung.

Tabelle 6.4 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit dem GSI als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F-Wert	Signifikanz (p-Wert)
1	0,656	0,431	0,413	0,43027	23,819	0,000

Tabelle 6.4 *Modellzusammenfassung für die Gesamt-Symptombelastung als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Angst vor Expression von Wut (B2), Selbstwertzweifel (B3)

Die weiteren vier Skalen zu inneren Einstellungen (B1, B4, S1, S2) tragen nicht signifikant zur Vorhersage der Gesamt-Symptombelastung bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.2.2. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Symptom Ängstlichkeit (anx)

Der Zusammenhang zwischen den belastenden inneren Einstellungen und dem anhand der SCL-90-R erhobenen Symptom Ängstlichkeit (anx) ist ebenfalls mittels einer multiplen Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit „anx" als abhängiger Variablen (Kriterium) und den sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Es ist nur die Skala „Angst vor Expression von Wut" (B2) in die Regressionsgleichung aufgenommen worden, so dass nur diese eine Skala zur Vorhersage der Ängstlichkeit (anx) beiträgt. Die Modellgleichung mit der Skala „Angst vor Expression von Wut" (B2) zeigt eine signifikante Korrelation mit Ängstlichkeit (R = 0,473) und klärt 22,4% der Varianz der Ängstlichkeit auf.

Als einziger Prädiktor des Modells weist die Skala „Angst vor Expression von Wut" einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,473 auf (p = 0,000). Je ausgeprägter die Angst vor eigener Wutexpression, desto größer ist die Ängstlichkeit.

Tabelle 6.5 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit Ängstlichkeit (anx) als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F-Wert	Signifikanz (p-Wert)
1	0,473	0,224	0,211	0,76765	18,421	0,001

Tabelle 6.5 *Modellzusammenfassung für Ängstlichkeit als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Angst vor Expression von Wut (B2)

Die weiteren fünf Skalen zu inneren Einstellungen (B1, B3, B4, S1, S2) tragen nicht signifikant zur Vorhersage der Ängstlichkeit bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre

Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.2.3. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Symptom Depressivität (dep)

Der Zusammenhang zwischen den belastenden inneren Einstellungen und dem anhand der SCL-90-R erhobenen Symptom Depressivität (dep) ist mittels multipler Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit „dep" als abhängiger Variablen (Kriterium) und den sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Nur die Skalen „Selbstwertzweifel" (B3) und „Angst vor Expression von Wut" (B2) sind in die Regressionsgleichung aufgenommen worden, so dass nur diese beiden Skalen zur Vorhersage der Depressivität (dep) beitragen. Die Modellgleichung mit den Skalen „Selbstwertzweifel" (B3) und „Angst vor Expression von Wut" (B2) zeigt eine signifikante multiple Korrelation mit Depressivität (R = 0,652) und klärt 42,5% der Varianz der Depressivität auf.

Als bedeutsamster Prädiktor weist die Skala „Selbstwertzweifel" einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,430 auf (p = 0,000). Die Skala „Angst vor Expression eigener Wut" weist einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,291 auf (p = 0,020). Je ausgeprägter die Selbstwertzweifel und die Angst vor Wutexpression, desto größer ist die Depressivität.

Tabelle 6.6 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit Depressivität (dep) als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	**R**	**R-Quadrat**	**Korrigiertes R-Quadrat**	**Standardfehler des Schätzers**	**F-Wert**	**Signifikanz (p-Wert)**
1	0,652	0,425	0,407	0,58698	23,287	0,000

Tabelle 6.6 *Modellzusammenfassung für Depressivität als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Selbstwertzweifel (B3), Angst vor Expression von Wut (B2)

Die weiteren vier Skalen zu inneren Einstellungen (B1, B4, S1, S2) tragen nicht signifikant zur Vorhersage der Depressivität bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.2.4. Skalen-Interkorrelation

Da von den sechs Skalen zu inneren Einstellungen in den multiplen Regressionsanalysen nur die zwei Skalen „Angst vor Expression von Wut“ (B2) und „Selbstwertzweifel“ (B3) einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der Symptombelastung (GSI, anx, dep) liefern, ist mit Hilfe der bivariaten Korrelation nach Bravais-Pearson die Interkorrelation aller sechs Skalen berechnet worden, um zu überprüfen, ob die sechs Skalen untereinander korrelieren.

Tabelle 6.7 zeigt die Interkorrelation aller sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen (B1-B4, S1-S2) der LiE_Vers.0 untereinander.

	Angst vor Nähe oder Abhängig-keit (B1)	Angst vor Expression von Wut (B2)	Selbstwert-zweifel (B3)	Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4)	Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1)	Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2)
Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1)	1,00					
Angst vor Expression von Wut (B2)	**,**586**	1,00				
Selbstwert-zweifel (B3)	,538**	,645**	1,00			
Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4)	,333**	,523**	,532**	1,00		
Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1)	,477**	,706**	,746**	,395**	1,00	
Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2)	,410**	,531**	,386**	0,094	,581**	1,00

*Korrelationen sind signifikant auf dem 0,05-Level. **Korrelationen sind signifikant auf dem 0,01-Level.

Tabelle 6.7 *Interkorrelation der Skalen innerer Einstellungen nach Bravais-Pearson (N=70)*

Insgesamt korrelieren die sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen hoch untereinander. Die höchsten Korrelationen zeigen sich bei dem Skalenpaar „Selbstwertzweifel" (B3) und „Schuldgefühl bei eigenem Erfolg" (S1) sowie bei dem Skalen-Paar „Angst vor Expression von Wut" (B2) und „Schuldgefühl bei eigenem Erfolg"(S1). Die hohen Interkorrelationen deuten auf eine ausgeprägte Interdependenz der einzelnen Skalen untereinander hin. Eine Ausnahme bildet das Skalen-Paar „Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere" (B4) und „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2), hier liegt keine signifikante Korrelation vor.

6.2.5. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Symptombelastung als bivariate Korrelation

Betrachtet man die bivariaten Korrelationen der Gesamt-Symptombelastung (GSI) mit den Gesamtwerten belastender innerer Einstellungen, so findet man durchgängig sehr hohe Korrelationen. Der GSI korreliert mit r = 0,668 hoch mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen insgesamt (LiE_ges), mit r = 0,684 hoch mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten (B_ges) und mit r = 0,540 hoch mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen zu Schuld (S_ges).

Betrachtet man im Vergleich zu den multiplen Regressionsanalysen die bivariaten Korrelationen der Gesamt-Symptombelastung (GSI) sowie der Symptome Ängstlichkeit (anx) und Depressivität (dep) mit den sechs Skalen belastender innerer Einstellungen, so finden sich mit einer Ausnahme durchgängig ebenfalls sehr hohe Korrelationen (siehe Tabelle 6.8). Nur zwischen den Skalen „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) und „Depressivität" besteht keine signifikante Korrelation.

Tabelle 6.8 zeigt die Korrelationen der anhand der SCL-90-R erhobenen Gesamt-Symptombelastung, Ängstlichkeit und Depressivität mit den Skalen belastender innerer Einstellungen.

Skalen belastender innerer Einstellungen	GSI	anx	dep
Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1)	,519**	,302*	,457**
Angst vor Expression von Wut (B2)	,651**	,511**	,582**
Selbstwertzweifel (B3)	,583**	,282*	,334**
Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4)	,405**	,203	,306*
Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1)	,543**	,338**	,296*
Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2)	,402**	,329**	,206

*Korrelationen sind signifikant auf dem 0,05-Level. **Korrelationen sind signifikant auf dem 0,01-Level.

Tabelle 6.8 *Bivariate Korrelationen (Bravais-Pearson) der SCL-90-R-Skalen GSI, anx und dep mit den Skalen belastender innerer Einstellungen (N=70)*

Insgesamt bestätigt sich die **Hypothese 1**: Es besteht ein statistisch bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzten belastenden inneren Einstellungen und der Gesamt-Symptombelastung sowie den Symptomen Ängstlichkeit und Depressivität eines Patienten zu Beginn seiner Behandlung. Der Vergleich der Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse mit den Ergebnissen der bivariaten Korrelationsrechnungen zeigt allerdings, dass nicht alle erhobenen Skalen zu inneren Einstellungen in gleichem Maße zur Vorhersage der Symptombelastung erforderlich sind. Für sich alleine betrachtet korrelieren der bivariaten Korrelationsrechnungen zufolge nahezu alle der erhobenen sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen mit der untersuchten Symptombelastung (GSI, anx, dep). Ausnahmen bilden die Skala „Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere“ (B4), die nicht mit Ängstlichkeit (anx) korreliert und die Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein” (S2), die nicht mit Depressivität (dep) korreliert.

Die multiple Regressionsanalyse erlaubt eine differenziertere Betrachtung, der zufolge es ausreichend ist, die Ausprägung der Skalen „Angst vor Expression von Wut” (B2) sowie „Selbstwertzweifel” (B3) zu kennen, um die Ausprägung der Gesamt-Symptombelastung (GSI)

sowie der Depressivität (dep) vorhersagen zu können. Die Vorhersage der Ängstlichkeit ist am besten durch Kenntnis der Skala „Angst vor Expression von Wut" (B2) gewährleistet.

6.3. Zu Hypothese 2: Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen

Die **Hypothese 2** postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung selbst eingeschätzter belastender innerer Einstellungen und interpersonalen Problemen.

6.3.1. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und der Gesamtheit interpersonaler Probleme (IIP-Cges)

Der Zusammenhang zwischen den erhobenen belastenden inneren Einstellungen und der Gesamtheit interpersonaler Probleme (IIP-Cges) ist mittels multipler Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit dem IIP-Cges-Wert als abhängiger Variablen (Kriterium) und den sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Nur die Skalen „Angst vor Expression von Wut" (B2) und „Selbstwertzweifel" (B3) sind in die Regressionsgleichung aufgenommen worden und tragen zur Vorhersage der Gesamtheit interpersonaler Probleme (IIP-Cges) bei. Die Modellgleichung mit den Skalen „Angst vor Expression eigener Wut" (B2) und „Selbstwertzweifel" (B3) zeigt eine signifikante multiple Korrelation zum IIP-Cges (R= 0,835) und klärt 69,7 % der Varianz der Gesamtheit interpersonaler Probleme auf.

Als bedeutsamster Prädiktor weist die Skala „Angst vor Expression von Wut" einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,636 auf (p = 0,000). Die Skala „Selbstwertzweifel" weist einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,275 auf (p = 0,020). Je ausgeprägter die Angst vor Wutexpression sowie die Selbstwertzweifel, desto größer ist die Gesamtheit interpersonaler Probleme.

Tabelle 6.9 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit der Gesamtheit interpersonaler Probleme als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F-Wert	Signifikanz (p-Wert)
1	0,835	0,697	0,687	0,32774	71,312	0,000

Tabelle 6.9 *Modellzusammenfassung für IIP-Cges als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Angst vor Expression von Wut (B2), Selbstwertzweifel (B3)

Die weiteren vier Skalen zu inneren Einstellungen (B1, B4, S1, S2) tragen nicht signifikant zur Vorhersage des IIP-C-Gesamtwertes bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.3.2. Verteilung der Patientenstichprobe entlang der DOM- und LOV-Achse zu Behandlungsbeginn

Vor Überprüfung des Zusammenhangs zwischen belastenden inneren Einstellungen und den Achsenwerten DOM und LOV des Circumplex-Modells ist anhand eines Streudiagramms (siehe Abbildung 6.1) untersucht worden, wo sich die Patientenstichprobe (N=70) zu Beginn der Behandlung im zweidimensionalen interpersonalen Raum zwischen der DOM- und der LOV-Achse (siehe Kapitel 5.3.2., Seite 54-56) verteilt. Das Streudiagramm zeigt, dass sich mit 46 Patienten die überwiegende Mehrheit der Stichprobe im freundlich-submissiven Bereich des interpersonalen Kreises befindet. Es gibt nur sechs Patienten, die sich im dominanten Bereich der DOM-Achse befinden, davon zwei Patienten im dominant-feindseligen Bereich und vier Patienten im dominant-freundlichen Bereich. Ihre Werte auf der DOM-Achse sind von nur geringer Ausprägung. 17 Patienten befinden sich im feindselig-submissiven Bereich des interpersonalen Raums, ihre Werte im feindseligen Teil der LOV-Achse sind ebenfalls von eher geringer Ausprägung. Ein Patient aus dem submissiven Bereich der DOM-Achse befindet sich genau auf der Trennlinie zwischen dem freundlichen und dem feindseligen Teil der LOV-Achse.

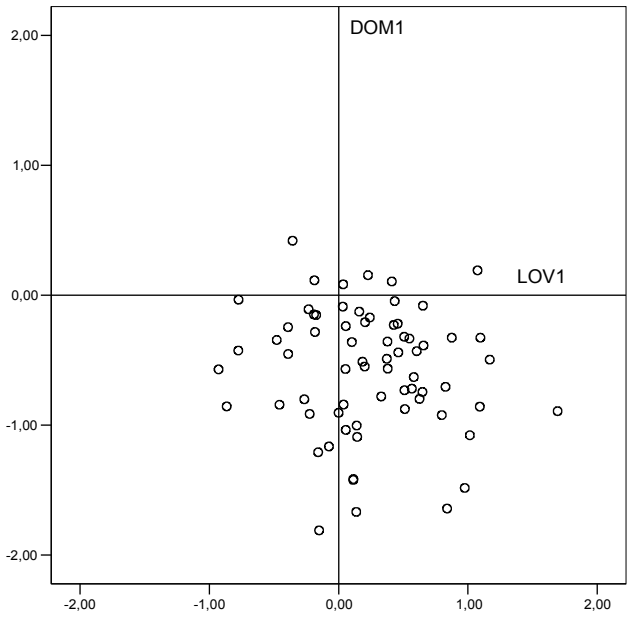

Abbildung 6.1 *Verteilung der Patientenstichprobe im zweidimensionalen interpersonalen Raum entlang der DOM- und LOV-Achse zu Beginn der Behandlung (N=70)*

6.3.3. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Achsenwert DOM des Circumplex-Modells

Der Zusammenhang zwischen den belastenden inneren Einstellungen und dem Achsenwert DOM des Circumplex-Modells ist mittels multipler Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit dem DOM-Wert als abhängiger Variablen (Kriterium) und den sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Es ergab sich ein Modell, in dem nur die Skala „Angst vor eigener Expression von Wut“ (B2) zur Vorhersage des DOM-Werts beiträgt, da sie als einzige Skala in die Regressionsgleichung aufgenommen worden ist. Die Modellgleichung mit der Skala „Angst vor Expression von Wut“ (B2) zeigt eine signifikante Korrelation mit dem DOM-Wert (R= 0,440) und klärt 19,3% der Varianz des DOM-Werts auf. Die Skala „Angst vor Expression von Wut“ weist als einzig bedeutsamer Prädiktor einen standardisierten ß-Koeffizienten von -0,440 auf (p=0,000). Je ausgeprägter die Angst vor Wutexpression, desto geringer ausgeprägt ist der Wert auf der DOM-Achse, d.h. desto weiter befindet sich der Wert auf der DOM-Achse im submissiven Bereich.

Tabelle 6.10 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit dem Achsenwert DOM des Circumplex-Modells als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F-Wert	Signifikanz (p-Wert)
1	0,440	0,193	0,181	0,42654	15,098	0,000

Tabelle 6.10 *Modellzusammenfassung für DOM als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Angst vor Expression von Wut (B2)

Die weiteren fünf Skalen zu inneren Einstellungen (B1,B3,B4,S1,S2) tragen nicht signifikant zur Vorhersage des DOM-Wertes bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.3.4. Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und dem Achsenwert LOV des Circumplex-Modells

Der Zusammenhang zwischen den erhobenen belastenden inneren Einstellungen und dem Achsenwert LOV des Circumplex-Modells ist mittels multipler Regressionsanalyse (Methode: schrittweise) mit dem LOV-Wert als abhängiger Variablen (Kriterium) und den sechs Skalen innerer Einstellungen als unabhängigen Variablen (Prädiktoren) berechnet worden. Nur die Skalen „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) und „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit" (B1) sind in die Regressionsgleichung aufgenommen worden und tragen zur Vorhersage des LOV-Wertes bei. Alle weiteren Skalen zu inneren Einstellungen tragen in diesem Modell nicht signifikant zur Vorhersage des Achsenwertes LOV bei. Die Modellgleichung mit den aufgenommenen Skalen „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) und „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit" (B1) weist eine signifikante multiple Korrelation zum LOV-Wert (R=0,483) auf und klärt 23,3% der Varianz des Achsenwerts LOV auf.

Die Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) weist als bedeutsamster Prädiktor einen standardisierten ß-Koeffizienten von 0,522 auf (p=0,000). Die Skala „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit" (B1) weist einen standardisierten ß-Koeffizienten von -0,280 auf (p=0,025). Je ausgeprägter das Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein, desto ausgepräger der Wert auf der LOV-Achse, d.h. desto weiter befindet sich der Wert auf der LOV-Achse im freundlichen Bereich. Je ausgeprägter die Angst vor Nähe oder Abhängigkeit, desto

weniger ausgeprägt der Wert auf der LOV-Achse, d.h. desto weiter befindet sich der Wert auf der LOV-Achse im feindseligen Bereich.

Tabelle 6.11 zeigt die Modellzusammenfassung der multiplen Regression mit dem Achsenwert LOV des circumplexen Modells als abhängiger Variablen (Kriterium).

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F-Wert	Signifikanz (p-Wert)
1	0,483	0,233	0,209	0,46449	9,439	0,000

Tabelle 6.11 *Modellzusammenfassung für LOV als abhängige Variable (N=70)*

Einflussvariable: (Konstante), Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2), Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1)

Die weiteren vier Skalen zu inneren Einstellungen (B1, B3, B4, S1) tragen nicht signifikant zur Vorhersage des LOV-Wertes bei. Sie sind aus dem Modell ausgeschlossen, da ihre Partialkorrelationen nicht signifikant sind.

6.3.5.Zusammenhang zwischen inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen als bivariate Korrelation

Das Ergebnis der bivariaten Korrelationsrechnung zeigt, dass IIP-Cges mit r = 0,779 hoch positiv mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen insgesamt (LiE_ges), mit r = 0,812 hoch positiv mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten (B_ges) und mit r = 0,618 hoch positiv mit dem Gesamtwert für innere Einstellungen zu Schuld (S_ges) korreliert.

Untersucht man den Zusammenhang zwischen dem IIP-Cges, DOM und LOV und den einzelnen Skalen innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten und zu Schuld, so zeigen sich für den IIP-Cges durchgängig hohe bivariate Korrelationen. Je höher die Gesamtheit interpersonaler Probleme eines Patienten zu Beginn der Behandlung, desto ausgeprägter sind

gleichzeitig seine selbst eingeschätzten inneren Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten und zu Schuld. Für die Achsenwerte DOM und LOV hingegen zeigen sich nicht durchgängig signifikante Korrelationen. Der Achsenwert DOM zeigt keine signifikante Korrelation mit den Skalen „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit" (B1) und „Vermeiden von Verantwortung" (B4). Der Achsenwert LOV zeigt nur mit der Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) eine signifikante Korrelation; mit allen anderen Skalen zu inneren Einstellungen besteht keine signifikante Korrelation.

Tabelle 6.12 zeigt die bivariaten Korrelationen des IIP-Cges und der Achsenwerte DOM und LOV mit den Skalen belastender innerer Einstellungen.

Skalen belastender innerer Einstellungen	**IIP-Cges**	**DOM**	**LOV**
Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1)	,600**	-,128	-,079
Angst vor Expression von Wut (B2)	,803**	-,429**	,203
Selbstwertzweifel (B3)	,663**	-,279*	,056
Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4)	,557**	-,182	-,145
Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1)	,653**	-,426**	,220
Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2)	,435**	-,397**	,406**

*Korrelationen sind signifikant auf dem 0,05-Level. **Korrelationen sind signifikant auf dem 0,01-Level.

Tabelle 6.12 *Korrelationen nach Bravais-Pearson des IIP-Cges und der Achsenwerte DOM und LOV mit den Skalen belastender innerer Einstellungen (N=70)*

Insgesamt bestätigt sich die **Hypothese 2**: Es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen belastenden inneren Einstellungen und interpersonalen Problemen eines Patienten zu Beginn der Behandlung.

Der Vergleich der Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse mit den Ergebnissen der bivariaten Korrelationsrechnungen zeigt, dass nicht alle sechs erhobenen Skalen zu inneren

Einstellungen in gleichem Maße zur Vorhersage der Gesamtheit interpersonaler Probleme beitragen. Für sich alleine betrachtet korreliert zwar jede der erhobenen sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen hoch mit dem IIP-Cges-Wert, wie die bivariaten Korrelationsrechnungen nahelegen. Die multiple Regressionsanalyse erlaubt eine differenziertere Betrachtung, der zufolge nur die Skalen „Angst vor eigener Expression von Wut" (B2) sowie „Selbstwertzweifel" (B3) zur Vorhersage der Gesamtheit interpersonaler Probleme beitragen.

Zur Vorhersage des DOM-Werts, mit dem in der bivariaten Korrelationsrechnung vier Skalen belastender innerer Einstellungen signifikant korrelieren, trägt der multiplen Regressionsanalyse zufolge allein die Skala „Angst vor Expression von Wut" (B2) signifikant bei.

Zur Vorhersage des LOV-Werts, mit dem in der bivariaten Korrelationsrechnung nur die Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) signifikant korreliert, trägt der multiplen Regressionsanalyse zufolge neben der Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" auch die Skala „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit" (B1) bei.

6.4. Zu Hypothese 3: Abnahme innerer Einstellungen im Behandlungsverlauf

Die **Hypothese 3** postuliert, dass bei Abnahme der Gesamt-Symptombelastung am Ende der Behandlung auch die Ausprägung selbst eingeschätzter belastender innerer Einstellungen zum Behandlungsende hin signifikant abnimmt. Diese Hypothese ist mit Hilfe eines t-Tests für gepaarte Stichproben überprüft worden.

Zunächst ist untersucht worden, ob die Gesamt-Symptombelastung (GSI) sich im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung statistisch signifikant verändert hat. Hierzu sind die Mittelwerte des GSI zu Beginn (Mprä) und am Ende der Therapie (Mpost) betrachtet worden (N=59). Am Ende der Behandlung (Mpost 0,7883, SDpost 0,5427) ist der GSI-Mittelwert deutlich geringer ausgeprägt als zu deren Beginn (Mprä 1,3942, SDprä 0,5697). Die Effektstärke der Veränderung liegt bei 1,064 und ist damit als groß zu bezeichnen. In einem nächsten Schritt ist mittels t-Test für gepaarte Stichproben überprüft worden, ob die Gesamt-Symptombelastung sich im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung statistisch signifikant verändert. Es zeigt sich, dass der GSI-Wert zum Ende der Behandlung statistisch signifikant abgenommen hat (t-Wert 8,256, p=0,000).

Zur weiteren Überprüfung der Hypothese 3 sind Mittelwert und Standardabweichung sowohl für die drei Gesamtwerte als auch für die sechs Skalen innerer Einstellungen zu Beginn (M prä/SD prä) und am Ende der Therapie (M post/SD post) betrachtet worden (siehe Tabelle 6.13). Es zeigt sich, dass die Mittelwerte der Gesamtwerte und der Skalen innerer Einstellungen nicht abgenommen haben, sondern unverändert geblieben sind bzw. geringfügig zugenommen haben. Die einzige Ausnahme stellt die Skala "Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein" (S2) dar; ihr Mittelwert nimmt zum Ende der Therapie geringfügig ab.

In einem nächsten Schritt ist mittels t-Test für gepaarte Stichproben überprüft worden, ob innere Einstellungen sich im Verlauf der Behandlung in ihrer Ausprägung statistisch signifikant verändern (siehe Tabelle 6.13). Weder die in den Gesamtwerten noch die in den sechs Skalen zusammengefassten inneren Einstellungen weisen im t-Test für gepaarte Stichproben statistisch signifikante Veränderungen auf. Die p-Werte der Gesamtwerte sowie aller sechs Skalen innerer Einstellungen verfehlen mit Werten von 0,062 - 0,904 deutlich das Signifikanzniveau von 0,05 (siehe Tabelle 6.13).

Somit ist die **Hypothese 3** widerlegt: Obwohl die Gesamt-Symptombelastung im Verlauf der Behandlung signifikant abnimmt, verändert sich die Ausprägung der erhobenen belastenden inneren Einstellungen im Behandlungsverlauf nicht statistisch signifikant. Eine statistisch signifikante Abnahme ist weder bei dem Gesamtwert belastender innerer Einstellungen insgesamt noch bei den Gesamtwerten belastender innerer Einstellungen zu Schuld oder beziehungsrelevanten Aspekten oder den sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen zu finden.

Tabelle 6.13 zeigt für 45 Patienten der Stichprobe Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtwerte und Skalen innerer Einstellungen zu Beginn und am Ende der Therapie sowie die t- und p-Werte als Ergebnis des t-Tests für gepaarte Stichproben.

	Mittelwert 1 (M prä)	Mittelwert 2 (M post)	Standardabweichung 1 (SD prä)	Standardabweichung 2 (SD post)	t-Wert	Signifikanz (p-Wert)
LiE_ges	3,3438	3,4052	1,0281	0,9242	-0,538	0,594
B_ges	3,3184	3,3975	1,1217	0,9963	-0,593	0,556
S_ges	3,3689	3,4127	1,0883	0,9811	-0,384	0,703
Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (B1)	3,2687	3,4014	1,3207	1,1447	-0,882	0,383
Angst vor Expression von Wut (B2)	3,3977	3,4242	1,4699	1,2292	-0,131	0,896
Selbstwertzweifel (B3)	3,6667	3,6389	1,3744	1,2307	0,153	0,879
Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere (B4)	2,8920	2,9091	1,1656	1,0428	-0,121	0,904
Schuldgefühl bei eigenem Erfolg (S1)	2,8456	3,1178	1,2295	1,0819	-1,918	0,062
Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein (S2)	3,8889	3,7022	1,2065	1,0450	1,616	0,113

Tabelle 6.13 *Mittelwerte und Standardabweichungen für Gesamtwerte und Skalen belastender innerer Einstellungen zu Beginn und am Ende der Therapie sowie t- und p-Werte als Ergebnis des t-Tests für gepaarte Stichproben (N=45)*

7. Diskussion

In vorliegender Studie wurde der Zusammenhang zwischen belastenden inneren Einstellungen und psychischer Befindlichkeit betrachtet. Motiviert wurde die Untersuchung durch die Frage, ob sich für die Annahme der *Control-Mastery*-Theorie, der zufolge psychische Störungen durch pathogene Überzeugungen verursacht werden, auf gruppenstatistischer Ebene ein Korrelat finden lässt. Als Voraussetzung hierzu ist in einem ersten Schritt mit der Liste innerer Einstellungen (LiE_Vers.0) ein Fragebogen entwickelt worden, der vor dem Hintergrund des CMT-Konzepts pathogener Überzeugungen belastende innere Einstellungen zu den Inhalten Schuld und Beziehungsgestaltung erfassen soll. An einer Stichprobe von 70 stationären Psychotherapiepatienten ist die Ausprägung der bewussten Anteile belastender innerer Einstellungen erhoben und ihr Zusammenhang zu psychischer Symptombelastung und interpersonalen Problemen sowie ihre Veränderung im Behandlungsverlauf untersucht worden. Die resultierenden Ergebnisse der Faktorenanalyse sowie der im Anschluss untersuchten Zusammenhänge von inneren Einstellungen mit der psychischen Befindlichkeit werden im Folgenden konsekutiv diskutiert.

Diskussion der Faktorenanalysen-Ergebnisse

Als Resultat der zunächst durchgeführten zwei Faktorenanalysen der Items von Teil A bzw. Teil B der Liste innerer Einstellungen sind zwei bzw. vier Faktoren und damit insgesamt sechs Skalen zu belastenden inneren Einstellungen entstanden. Die zwei Skalen „Schuld bei eigenem Erfolg“ (S1) und „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein“ (S2) weisen entsprechend der initial an der CMT orientierten Item-Formulierung eine überzeugende inhaltliche Übereinstimmung mit den CMT-Schuldbegriffen *survivor guilt* (S1) und *separation guilt* (S2) auf. Die internen Konsistenzen können anhand des Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha für die Skala S1 als zufriedenstellend und für die Skala S2 sowie den Gesamtwert innerer Einstellungen zu Schuld (S_ges) als gut eingeschätzt werden. Die vier weiteren Skalen beschreiben innere Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten. Die Skala „Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere“ (B4) weist eine zufriedenstellende Reliabilität auf. Für die Skalen „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit“ (B1) und „Selbstwertzweifel“ (B3) kann die Reliabilität als gut und für die Skala „Angst vor Expression von Wut“ (B2) sowie den Gesamtwert innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten (B_ges) als sehr gut beurteilt werden.

Aufgrund der ermittelten Reliabilitätskoeffizienten kann die interne Zuverlässigkeit der Liste innerer Einstellungen insgesamt als gut eingeschätzt werden. Es fällt allerdings auf, dass die aus

dem Antwortverhalten der untersuchten Patienten resultierende Bildung der vier Skalen zur Beziehungsgestaltung nicht einheitlich einem, sondern zwei verschiedenen Prinzipien folgt (siehe Kapitel 6.1.2., Seite 66-71). Somit lässt das Antwortverhalten der untersuchten Patientenstichprobe keine eindeutige Entscheidung der Frage zu, ob die den vier Skalen zu Grunde liegenden Merkmale und damit die belastenden inneren Einstellungen vorrangig über den verhaltenssteuernden Gedanken oder über die subjektive Kausalattribution erlebt werden. Der klassischen psychoanalytischen Theorie zufolge orientieren sich Diagnostik und therapeutisches Handeln an der systematisierten *„Psycho(patho)logie des Konflikts*“ (Thomä und Kächele 2006a, 10). Der Konflikt bestimmt die psychopathologische Störung und damit auch das maladaptive Verhaltensmuster. Die Formulierung der beziehungsrelevanten Items der Liste innerer Einstellungen stellt im Gegensatz dazu eine Operationalisierung der Annahme dar, dass ein bestimmter verhaltenssteuernder Gedanke durch verschiedene Konflikte bedingt sein könnte. Die mit dem verhaltenssteuernden Gedanken verknüpfte subjektive Kausalattribution im zweiten Teil der Items kann als bewusster Anteil des zu Grunde liegenden Konflikts angesehen werden (siehe Kapitel 5.3.3.1., Seite 57-59).

Die Items der Skalen „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit“ (B1) und „Angst vor Expression von Wut“ (B2) werden über den verhaltenssteuernden Gedanken im ersten Item-Teil zusammengefasst. Hier bestätigt die Empirie die der Item-Formulierung zu Grunde liegende Annahme. In beiden Skalen beeinflusst nicht eine subjektive Kausalattribution als Operationalisierung eines zentralen Konflikts unterschiedliche verhaltenssteuernde Gedanken. Vielmehr bedingen verschiedene Konflikte *einen* verhaltenssteuernden Gedanken. Wenn Patienten der untersuchten Stichprobe den verhaltenssteuernden Gedanken „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit“ oder „Angst vor Expression von Wut“ haben, so geben sie hierfür mehrere Ursachen wie Scham, mangelnden Selbstwert oder Schuldgefühle an.

Die Items der Skalen „Selbstwertzweifel“ (B3) und „Vermeiden von Verantwortung für sich oder andere“ (B4) werden dagegen jeweils einheitlich über eine subjektive Kausalattribution im zweiten Item-Teil zusammengefasst. Die Bildung dieser beiden Skalen bestätigt daher nicht die der Item-Formulierung zu Grunde liegende Annahme, dass ein Verhalten durch *mehrere* Konflikte bedingt sein kann, sondern vielmehr die klassische psychoanalytische Theorie, die die vorrangige Bedeutung eines zu Grunde liegenden Konflikts - hier operationalisiert als subjektive Kausalattribution - hervorhebt. In der Skala „Selbstwertzweifel“ begründen Patienten der untersuchten Stichprobe unterschiedliche verhaltenssteuernde Gedanken, wie die Angst vor Ablehnung, das Unvermögen, die Bitten anderer abzuschlagen oder das Vermeiden, andere um

Hilfe zu bitten, mit subjektiven Kausalattributionen, die alle von Selbstwertzweifeln bestimmt sind und daher als Operationalisierung eines Selbstwertkonflikts angesehen werden können.

Das Antwortverhalten der Psychotherapiepatienten ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass sie ihre verhaltenssteuernden Gedanken und damit ihr Erleben von Beziehungen als ähnlich bedeutsam für ihre Schwierigkeiten einschätzen wie die zugehörigen subjektiven Kausalattributionen, die als Operationalisierung der bewussten und den Patienten zugänglichen Anteile der zu Grunde liegenden Konflikte zu verstehen sind. In diesem Fall würde das Antwortverhalten die gegenwärtig in psychoanalytisch orientierten Theorien zusehends an Bedeutung gewinnende Haltung widerspiegeln, neben dem innerseelischen Konflikt auch das interpersonale Beziehungsverhalten in das Zentrum von Diagnostik und Therapie zu stellen. In den Anfängen der Psychoanalyse wurden psychische Störungen überwiegend allein auf innerseelische Konflikte zurückgeführt. Mittlerweile wird dagegen in der Psychoanalyse auch die „*zwischenmenschliche Natur der pathogenen Bedingungen*“ hervorgehoben (Thomä und Kächele 2006a, 13). Es wird die Ansicht vertreten, dass man „*die Reichweite der Theorie ebenso wie die ihr zugeordnete Behandlungstechnik* (einengt)“, wenn man „*Konflikte und ihre Rolle bei der Entstehung von (...) Erkrankungen einseitig als innerseelische - anstatt auch als zwischenmenschliche - Prozesse“* versteht. (Thomä und Kächele 2006a, 11). Menschen verinnerlichen ihre „*Beziehungsschicksale*“ und verwenden sie zum Aufbau ihrer psychischen Struktur (Altmeyer und Thomä 2006, 8). Diesem Gedanken trägt beispielsweise die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Rechnung, die neben den Konflikten (OPD-Achse III) auch das Beziehungsgeschehen, insbesondere die maladaptiven Beziehungsmuster (OPD-Achse II), als therapierelevanten diagnostischen Aspekt eingeführt hat (Arbeitskreis OPD 2006).

Denkbar ist allerdings auch, dass es sich bei der Bildung der Skalen innerer Einstellungen zu beziehungsrelevanten Aspekten um methodische Artefakte handelt, die aus der zweiteiligen Item-Formulierung resultieren. Aufgrund der Länge der Items ist deren Inhalt vielleicht nicht sofort klar verständlich. Das Antwortverhalten kann daher auf Missverständnissen beruhen. Zudem enthalten die Items zwei miteinander verknüpfte Aussagen, so dass nicht nachvollziehbar ist, welcher der beiden Aussagen die Patienten der untersuchten Stichprobe tatsächlich zugestimmt haben. Sinnvoll wäre daher, die zweiteiligen Items in jeweils zwei Items aufzuteilen, getrennt nach verhaltenssteuernden Gedanken und subjektiven Kausalattributionen. Nach einer erneuten Faktorenanalyse könnte anhand der nun resultierenden Skalenbildung überprüft werden, ob die verhaltenssteuernden Gedanken und zugehörigen subjektiven Kausalattributionen unabhängig

voneinander in getrennten Skalen zusammengefasst oder gemeinsam in Skalen gebündelt werden.

Diskussion der Zusammenhänge innerer Einstellungen mit psychischer Befindlichkeit

Die empirisch gefundenen Zusammenhänge legen nahe, dass die erhobenen inneren Einstellungen bedeutsam sind für die psychische Befindlichkeit, die anhand der Symptombelastung und der interpersonalen Probleme erfasst worden ist. In der Einzelbetrachtung aller sechs Skalen der Liste innerer Einstellungen finden sich jeweils bedeutsame Zusammenhänge mit der Gesamt-Symptombelastung und der Gesamtheit interpersonaler Probleme. Je ausgeprägter die erfragten inneren Einstellungen sind, desto größer ist auch die Gesamt-Symptombelastung und die Gesamtheit interpersonaler Probleme. Die von der *Control-Mastery*-Theorie postulierte Kausalität belastender innerer Einstellungen, der sogenannten pathogenen Überzeugungen, für psychische Störungen kann anhand dieser empirisch nachgewiesenen Korrelationen zwar nicht begründet werden, da die gefundenen Korrelationen nur das gemeinsame Auftreten von inneren Einstellungen und Symptomen bzw. interpersonalen Problemen darstellen und keinesfalls als Aussage über Ursache und Wirkung interpretiert werden dürfen. In Anbetracht der in zahlreichen empirischen CMT-Einzelfallstudien nachgewiesenen positiven Effekte bei Widerlegung pathogener Überzeugungen (Silberschatz et al. 1986, Jones et al. 1993, Norville et al. 1996, Foreman et al. 2000) können die hier gruppenstatistisch gewonnenen Resultate aber als zusätzliche Unterstützung des CMT-Konzepts pathogener Überzeugungen gewertet werden. In diesem Sinne ist es gerechtfertigt, die in vorliegender Studie erhobenen inneren Einstellungen wenn auch nicht als pathogene, so doch als belastende Überzeugungen zu bezeichnen, die bei steigender Ausprägung mit gleichfalls steigender psychischer Symptomatik bzw. zunehmenden interpersonalen Problemen einhergehen.

Allerdings hat das Modell der multiplen Regressionsanalyse mit schrittweiser Methode ergeben, dass bei zusammenhängender Betrachtung aller sechs Skalen der Liste innerer Einstellungen nur die Skala „Angst vor Expression von Wut“ (B2) als bedeutsamster Prädiktor sowie die Skala „Selbstwertzweifel“ (B3) zur Vorhersage der Gesamt-Symptombelastung sowie der Gesamtheit interpersonaler Probleme beitragen. Dies gilt in gleicher Weise für die Vorhersage der Symptomatik „Depressivität“, während für „Ängstlichkeit“ allein die Skala „Angst vor Expression von Wut“ bedeutsam ist. Somit legen die gewonnenen Ergebnisse nahe, dass es ausreichend wäre, Patienten einen Fragebogen mit inneren Einstellungen der zwei Skalen „Angst vor Expression von Wut“ und „Selbstwertzweifel“ zur Selbsteinschätzung vorzulegen, um die psychische Befindlichkeit

vorherzusagen.

Vor dem Hintergrund der hohen Skalen-Interkorrelationen aller sechs Skalen der Liste innerer Einstellungen untereinander sowie insbesondere der beiden zur Vorhersage relevanten Skalen mit den jeweils weiteren fünf Skalen (siehe Kapitel 6.2.4., Seite 75), erlaubt dieses Ergebnis allerdings nicht den Schluss, dass ausschließlich die zwei Skalen „Angst vor Expression von Wut“ (B2) und „Selbstwertzweifel“ (B3) bedeutsam sind für die psychische Symptombelastung sowie die interpersonalen Probleme. Wenn trotz hoher Skalen-Interkorrelation allein die Skalen zu Angst vor Wutexpression und zu Selbstwertzweifeln als Kriterium bestehen bleiben, könnte dies damit erklärt werden, dass mittels dieser beiden Skalen etwas jeweils Eigenständiges und Wirkmächtiges erhoben wird, dem die untersuchten Patienten innerhalb eines komplexen Gefüges belastender innerer Einstellungen besondere Bedeutung beimessen. Es ist denkbar und entspricht auch klinischer Erfahrung, dass die verbliebenen vier Skalen der Liste innerer Einstellungen Teil dieses komplexen Gefüges sind, wie im Folgenden skizziert werden soll:

Hinter der in der Selbsteinschätzung zunächst dominierenden Angst vor Wutexpression sind bei Patienten mit psychischen Störungen klinischer Erfahrung zufolge häufig Schuldgefühle zu eruieren. Wer sich seinen Angehörigen gegenüber wegen eigenen Erfolgs oder mangelnder Übernahme von Verantwortung schuldig fühlt (Skalen S1 bzw. S2: Schuldgefühl bei eigenem Erfolg bzw. Schuld, für andere nicht ausreichend da zu sein), ist oft wütend über seine Angehörigen und deren Erwartungshaltung, hat aber gleichzeitig Angst, diese Wut zum Ausdruck zu bringen. Die Patienten der hier untersuchten Stichprobe könnten die nach klinischer Erfahrung häufig bei Psychotherapiepatienten auftretende Haltung vertreten, es stehe ihnen gar nicht zu, ihre Wut zu äußern, weil sie sich dadurch zusätzlich schuldig machen würden. Mit derartigen Schuldgefühlen gehen oftmals die in der untersuchten Patientenstichprobe ebenfalls dominierenden Selbstwertzweifel einher, nicht gut oder fähig genug gewesen zu sein und sich deswegen schuldig gemacht zu haben. Da aufgrund der Schuldgefühle das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erschüttert ist, wird die Übernahme von Verantwortung vermieden (Skala B4), was letztlich die Angst vor Wutexpression und die Selbstwertzweifel weiter verstärkt.

Neben Schuldgefühlen und dem Vermeiden von Verantwortung könnte sich hinter der Angst vor Wutexpression sowie hinter Selbstwertzweifeln auch die Angst vor Nähe oder Abhängigkeit (Skala B1) verbergen. Das Äußern von Wut wird unterdrückt, denn es würde unweigerlich zur Aufnahme einer Beziehung führen, da man sich mit der Person, der man seine Wut mitteilt, auseinandersetzen

muss. Wenn die Expression der eigenen Wut vermieden wird, ist es nicht erforderlich, Verantwortung für die eigene „wütende“ Haltung und das daraus resultierende Handeln zu übernehmen. Dies kann in einem Ohnmachtsgefühl resultieren, das wiederum Selbstwertzweifel hervorruft oder verstärkt. Selbstwertzweifel ihrerseits verhindern es, Beziehungen aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten und eine eigenständige, dem Gegenüber vielleicht missfallende Position zu beziehen.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund klinischer Erfahrung und der vorliegend hohen Skalen-Interkorrelation vermuten, dass Angst vor Wutexpression und Selbstwertzweifel nicht isoliert bestehen. Das vorliegende Ergebnis könnte die dahingehende Interpretation erlauben, dass die hier untersuchten Patienten in unterschiedlichem Ausmaß alle sechs erhobenen belastenden inneren Einstellungen entwickelt haben. Diese bilden ein sich gegenseitig bedingendes, komplexes Gefüge, in dem Angst vor Wutexpression und Selbstwertzweifel von den Patienten in der Selbsteinschätzung am stärksten gewichtet werden bzw. ihnen am ehesten zugänglich sind.

Da etwa die Hälfte der Patienten der untersuchten Stichprobe eine affektive Störung (Hauptdiagnose nach ICD-10) aufweisen (52 % der Patienten, siehe Tabelle 5.2), ist das vorliegende Ergebnis einerseits nicht überraschend. Gerade bei Patienten mit affektiven Störungen stehen Selbstwertzweifel im Zentrum des psychopathologischen Befunds und werden begleitet von sozial angepasstem Verhalten, das gegen andere gerichtete Impulse und Affekte nicht zulässt. Eigene Wut wird unterdrückt, da die Angst, die Wut zum Ausdruck zu bringen und mit den resultierenden Folgen umzugehen, groß ist. Nach OPD ließe sich dies zusammenfassend beschreiben als Selbstwertkonflikt mit einem passiven Modus der Bewältigung, d.h. einer Bewältigungsstrategie des Rückzugs (Arbeitskreis OPD 2006). Die ergänzend gefundenen Zusammenhänge der sechs Skalen innerer Einstellungen mit den Werten auf der Interdependenz- und der Affiliations-Achse des Inventars interpersonaler Probleme unterstützen den Eindruck, dass das hier untersuchte Patientenkollektiv überwiegend freundlich-submissiv ist: Zur Vorhersage der Ausprägung des Dominanz-Achsenwerts ist ebenfalls allein die Skala „Angst vor Expression von Wut“ bedeutsam. Je ausgeprägter die Angst vor eigener Wutexpression ist, desto geringer ist der Wert auf der Interdependenz-Achse, d.h. desto submissiver ist das interpersonale Verhalten. Durch unterwürfiges Verhalten werden Auseinandersetzungen vermieden, Wut wird nicht geäußert. Zur Vorhersage des Werts auf der Affiliations-Achse sind nur die Skalen „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein“ (S2) sowie „Angst vor Nähe oder Abhängigkeit“ (B1) bedeutsam. Je ausgeprägter das Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein und je geringer die Angst vor Nähe oder

Abhängigkeit, desto größer ist der Wert auf der Affiliations-Achse, d.h desto freundlicher ist das interpersonale Verhalten. Das Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein führt möglicherweise zu einem besonders freundlichen Verhalten, um dieses Schuldgefühl zu vermeiden bzw. nicht zusätzlich zu verstärken. Wenn die Angst vor Nähe oder Abhängigkeit gering ausgeprägt ist, könnte vermutet werden, dass im Umkehrschluss eher der Wunsch nach Nähe oder Abhängigkeit besteht und das interpersonale Verhalten daher entsprechend freundlich ist, um diesem Wunsch nahe zu kommen.

Die höchsten Zusammenhänge weisen die Skalen „Angst vor Expression von Wut“ (B2) und „Selbstwertzweifel“ (B3) jeweils mit der Skala „Schuld bei Erfolg“ (S1) auf, ihre jeweiligen korrelativen Zusammenhänge mit der Skala „Schuldgefühl, für andere nicht ausreichend da zu sein“ (S2) sind ebenfalls sehr hoch. Dies legt nahe, dass Schuld zwar - wie von der *Control-Mastery*-Theorie postuliert - einen wichtigen Problembereich belastender Überzeugungen darstellt, in vorliegend untersuchter Patientenstichprobe allerdings nicht den bedeutsamsten. Während die *Control-Mastery*-Theorie die theoretische Annahme vertritt, dass Schuld in der Hierarchie belastender Überzeugungen am schwersten wiegt (Weiss 1986a, 1993a), stellen sich in vorliegender Untersuchung Angst vor Wutexpression sowie Selbstwertzweifel als die in der Selbsteinschätzung bedeutsamsten inneren Einstellungen dar.

Es stellt sich die Frage, ob es innerhalb der hier erhobenen sechs Problembereiche innerer Einstellungen eine Hierarchisierung gibt, ob also innere Einstellungen zu bestimmten Problembereichen von den Patienten selbst belastender erlebt werden als andere und diese daher in besonderem Maße zur psychischen Befindlichkeit beitragen. Die vorliegenden Ergebnisse legen diese Vermutung zumindest nahe, da sie für die Gesamtheit der untersuchten Patienten, zu denen beispielsweise auch Patienten mit Ess-, Persönlichkeits- oder Angststörungen als Hauptdiagnose nach ICD-10 gehören (38 % der Patienten, siehe Tabelle 5.2), den belastenden inneren Einstellungen zu Angst vor Wutexpression sowie zu Selbstwertzweifeln die größte Bedeutung zuweisen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Sammet et al. (2007b) in ihrer gruppenstatistischen Pilotstudie ebenfalls Selbst(wert)zweifel als bedeutsamste Überzeugung zur Vorhersage sowohl der Gesamt-Symptombelastung (GSI) sowie der Gesamtheit interpersonaler Probleme gefunden haben. Wenn auch in der Studie von Sammet et al. (2007b) die Items zu belastenden inneren Einstellungen in anderer Weise formuliert sind als in vorliegender Untersuchung (siehe Kapitel 4.2., Seite 45-47), könnte dies zumindest ein Hinweis dafür sein, dass Selbstwertzweifeln innerhalb belastender innerer Einstellungen eine besondere Bedeutung

zukommt. So wie es in psychoanalytisch orientierten Theorien bereits als anerkannt gilt, dass der Regulierung des Selbstwerts vorrangige Bedeutung vor anderen Konflikten beigemessen wird (Jaeggi et al. 2003), könnte es auch innerhalb der belastenden inneren Einstellungen eine Hierarchie der Bedeutsamkeit zur Vorhersage der psychischen Befindlichkeit geben, innerhalb der die Selbstwertthematik möglicherweise eine zentrale Rolle spielt.

Es wäre daher empfehlenswert, die hier erhobenen inneren Einstellungen für verschiedene Patientenstichproben, getrennt nach Hauptdiagnosen, auf ihren Zusammenhang mit psychischer Symptomatik sowie interpersonalen Problemen hin zu untersuchen, um zu klären, ob es störungsspezifische belastende innere Einstellungen gibt oder ob unabhängig von der Diagnose bestimmte belastende innere Einstellungen in besonderem Maße mit psychischer Symptomatik bzw. interpersonalen Problemen zusammenhängen, ob es also tatsächlich Anhalt für eine inhaltliche Hierarchie selbst eingeschätzter innerer Einstellungen gibt. Die in vorliegender Studie untersuchte Patientenstichprobe war zu klein, um die belastenden inneren Einstellungen getrennt nach Diagnosen zu untersuchen.

Diskussion der Ausprägung innerer Einstellungen im Behandlungsverlauf

Die mittels der Liste innerer Einstellungen erhobenen belastenden inneren Einstellungen haben sich in ihrer Ausprägung im Behandlungsverlauf nicht signifikant verändert. Obwohl die Gesamt-Symptombelastung am Ende der Behandlung signifikant abgenommen hat, sind die belastenden inneren Einstellungen statistisch betrachtet unverändert geblieben und zur Vorhersage des Therapieausgangs daher nicht geeignet. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass die belastenden inneren Einstellungen mit psychischer Symptomatik nicht identisch sind. Sie hängen zusammen, stellen aber offensichtlich jeweils eigenständige Konstrukte mit unterschiedlichen Entwicklungen im Behandlungsverlauf dar.

Die Abnahme der Gesamt-Symptombelastung kann unabhängig von den belastenden inneren Einstellungen durch eine Fülle an Faktoren bedingt sein, deren Identifikation bereits seit Jahren Gegenstand psychotherapeutischer Forschung ist. Innerhalb des Spektrums möglicher therapeutischer Wirkfaktoren konnte die positive Bedeutung der Qualität der therapeutischen Beziehung vielfach empirisch belegt werden (Muran and Barber 2010). Auch die *Control-Mastery*-Therapie schätzt die therapeutische Beziehung als zentrales Element der Behandlung ein und fordert für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf, dass der Therapeut sich als Alliierter des Patienten

versteht, der den Patienten darin unterstützt, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen und seine angestrebten Ziele zu erreichen (Bugas and Silberschatz 2000, Silberschatz 2008).

Wenn belastende innere Einstellungen trotz signifikanter Symptomreduktion in ihrer Ausprägung unverändert bleiben oder gar ansteigen, ist dies möglicherweise mit einer Sensibilisierung der Patienten für ihre inneren Einstellungen zu erklären. Ziel einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie ist es, dass Patienten ein besseres Verständnis von sich entwickeln (Staats 2010). Die verbesserte Wahrnehmung maladaptiver Überzeugungen könnte Teil dessen sein, was Patienten im Rahmen einer erfolgreichen Therapie an Verständnis über sich gewinnen. Möglicherweise nehmen Patienten ihre belastenden inneren Einstellungen aufgrund einer verbesserten Introspektion im Therapieverlauf deutlicher wahr und gewichten deren Bedeutung für ihre bestehenden Probleme stärker. Es wäre daher denkbar, dass Patienten die inneren Einstellungen aufgrund erhöhter Sensibilisierung auch am Ende der Behandlung mit unveränderter oder sogar gestiegener Ausprägung im Fragebogen angeben.

Eine weitere Erklärung für die vorliegenden Ergebnisse bietet die Annahme, dass belastende innere Einstellungen eher stabile und zeitlich überdauernde Persönlichkeitsmerkmale darstellen, die ihre Ausprägung auch bei Symptomreduktion am Ende einer Behandlung nicht verändern. Der *Control-Mastery*-Theorie zufolge entstehen belastende bzw. pathogene Überzeugungen in der Kindheit und sind ursprünglich adaptiv und Sicherheit gewährend. Sie begleiten das Kind bis in das Erwachsenenalter hinein und gelten als sehr beständig: Alltägliche Erfahrungen, die den pathogenen Überzeugungen widersprechen, werden von den Betroffenen eher umgedeutet als dass sie ihre Überzeugungen selbst in Frage stellen. Zudem können pathogene Überzeugungen zwar bewusst sein, sind aber oftmals unbewusst und am Verhalten leichter abzulesen als verbal artikulierbar. In diesem Sinne weist das Konzept pathogener Überzeugungen durchaus Parallelen zum „*impliziten Wissen*“ (Polanyi 1985) auf. Wie aus der Hirnforschung bekannt ist, kann sich ein solcher impliziter Wissensbestand hirnstrukturell erst durch vielfach wiederholte, neue Erfahrungen allmählich langsam verändern (Wöller und Kruse 2010). Wenn in vorliegender Studie mittels der belastenden inneren Einstellungen etwas den pathogenen Überzeugungen inhaltlich Ähnliches erhoben wurde, wofür die gefundenen Ergebnisse sprechen, dann ist möglicherweise die Zeitspanne einer stationären Therapie für eine Ausprägungsänderung dieser inneren Einstellungen nicht ausreichend. Zukünftige Studien könnten klären, ob eine Abnahme belastender innerer Einstellungen nachgewiesen werden kann, wenn Therapien, anders als in vorliegender Untersuchung, auf die Identifikation und Widerlegung innerer Einstellungen fokussieren. Ergänzend wäre es sinnvoll, in

Katamnesestudien zu überprüfen, ob Ausprägungsänderungen belastender innerer Einstellungen sich erst mit Verzögerung nach Abschluss der Behandlung einstellen.

Limitationen vorliegender Untersuchung

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung sowie ihre Interpretation unterliegen mehreren zu berücksichtigenden Limitationen:

Die untersuchte Stichprobe umfasst ausschließlich Patienten der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen. Es wurden weder Patienten psychotherapeutischer oder psychiatrischer Abteilungen anderer Kliniken untersucht noch Menschen ohne behandlungsbedürftige psychische Störungen. Aufgrund dieser Selektivität der untersuchten Stichprobe wie auch der zudem nur geringen Stichprobengröße ist dies eine Pilotstudie, deren Gültigkeit an einer weiteren Stichprobe mit ausreichender Größe überprüft werden muss.

Die Faktorenanalyse der Items der Liste innerer Einstellungen und damit die Bildung der Skalen wurde aus Praktikabilitätsgründen an der gleichen Patientenstichprobe vorgenommen wie die externe Validierung bzw. Überprüfung der formulierten Hypothesen. Zur Bestätigung der hier gewonnenen Ergebnisse wäre daher eine Replikationsstudie unter Beibehaltung des Studiendesigns zu empfehlen, in deren Rahmen die Faktorenanalyse an einer anderen Stichprobe durchgeführt wird als die nachfolgende externe Validierung.

Auch Auswahl und Inhalt der in der Liste innerer Einstellungen aufgeführten Items schränken die Aussagefähigkeit der gewonnenen Resultate ein, da eine vollständige Inhaltsvalidität für die Liste innerer Einstellungen nicht vorliegt. Inhaltsvalidität liegt vor, wenn das zu erhebende Konstrukt „*in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfasst ist*“ (Bortz und Döring 2006, 200). Hierzu muss die Gesamtheit des zu untersuchenden Konstrukts abschließend definiert werden, was meist durch „*ein Rating von Experten als Konsens von Kundigen*“ erfolgt (Lienert und Raatz 1998, 11). Die in vorliegender Untersuchung erhobenen belastenden inneren Einstellungen zu Schuld sollten inhaltlich an die CMT-Schuldbegriffe *survivor guilt* und *separation guilt* angelehnt sein. Dies wurde erreicht, so dass Inhaltsvalidität vorliegt. In Teil B der Liste innerer Einstellungen hätten belastende innere Einstellungen zusätzlich auch zu weiteren Problembereichen der Beziehungsgestaltung formuliert werden können, wie beispielsweise zu Konkurrenz, Neid, Wunsch nach Nähe oder

Versorgung oder Zweifel an anderen. Zudem ließen sich über die Inhalte Schuld und Beziehungsgestaltung hinaus belastende Überzeugungen auch zu anderen Lebensbereichen erheben, wie beispielweise zum Selbsterleben, zur Geschlechtsidentität oder zur Lebensgestaltung und Umsetzung eigener Ziele. Somit ist die Inhaltsvalidität der Liste innerer Einstellungen zu dem Inhalt Beziehungsgestaltung sowie zu dem gesamten Spektrum möglicher belastender innerer Einstellungen nicht gegeben. Die Liste innerer Einstellungen könnte aber als Ausgangsbasis dienen, um zukünftig in einem „*Rating von Experten*“ einen Konsens über diejenigen inhaltlichen Bereiche zu suchen, die in ihrer Gesamtheit geeignet sind, die Vielfalt belastender innerer Einstellungen repräsentativ und umfassend abzubilden. Es wäre zu empfehlen, die Items vor dem Hintergrund einer benennbaren Theorie oder eines Konstrukts wie beispielsweise der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) zu formulieren. Auf der Grundlage einer Übereinkunft zu einer Gesamtheit belastender innerer Einstellungen könnte dann eine neue Version der Liste innerer Einstellungen entwickelt werden, die im Rahmen der Diagnostik und Therapieplanung eingesetzt werden kann.

Als weitere Einschränkung ist das gruppenstatistische Design vorliegender Studie anzusehen. Es erlaubt zwar, ergänzende Erkenntnisse zu theoriegeleiteten psychoanalytischen Konzepten zu gewinnen und hat in vorliegender Studie zu Ergebnissen geführt, die das CMT-Konzept der pathogenen Überzeugungen zusätzlich unterstützen. Dennoch ist mit einem Informationsverlust zu rechnen, wenn die Ebene des Individuums nicht berücksichtigt wird. Trotz des gruppenstatistischen Befunds fehlender Ausprägungsänderung der belastenden inneren Einstellungen im Behandlungsverlauf ist nicht auszuschließen, dass deren Ausprägung bei einzelnen Patienten doch abgenommen hat. In vorliegender gruppenstatistischer Untersuchung sind die anhand des neu entwickelten Fragebogens erhobenen belastenden inneren Einstellungen allgemein formuliert worden. Es ist denkbar, dass sich eine Abnahme der Ausprägung belastender innerer Einstellungen vor allem dann zeigt, wenn sie entsprechend der Anamnese des Patienten und seiner Schilderungen fallspezifisch verfasst werden, wenn sie also beispielsweise in Zusammenhang mit der schwierigen Beziehung zu einem Elternteil oder dem konkreten negativen Selbstbild des Patienten formuliert werden. Falls sich in empirischen Einzelfalluntersuchungen mit Hilfe der Planformulierungs-Methode eine signifikante Abnahme bestimmter belastender innerer Einstellungen nachweisen ließe, würde dies entgegen des hier gruppenstatistisch gefundenen Ergebnisses dafür sprechen, dass belastende innere Einstellungen nicht nur für die Diagnostik und Therapieplanung, sondern in der Einzelfallbetrachtung auch zur Überprüfung des Therapieerfolgs herangezogen werden könnten.

Die Durchführung von Einzelfalluntersuchungen anhand der Planformulierungs-Methode würde es zudem ermöglichen, auch unbewusste Anteile belastender innerer Einstellungen zu erfassen, während die vorliegende Studie auf die Erhebung ihrer (vor-)bewussten Anteile beschränkt ist. Unbewusste Anteile belastender innerer Einstellungen, denen innerhalb der *Control-Mastery*-Theorie eine zentrale Geltung zugewiesen wird, entziehen sich der Selbsteinschätzung und sind damit gruppenstatistischen Untersuchungen nicht zugänglich. Um auch unbewusste Anteile belastender innerer Einstellungen in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu berücksichtigen, ist daher die Durchführung komplexer empirischer Einzelfallstudien unter Einbeziehung von Fremdbeurteilung durch erfahrene, in die Therapie nicht involvierte Psychoanalytiker notwendig und ein Vergleich dieser Befunde mit den durch Selbsteinschätzung der Patienten gewonnenen Befunde sinnvoll.

Die Ergebnisse vorliegender Studie sowie die Grenzen ihrer Interpretierbarkeit unterstützen die innerhalb psychoanalytisch orientierter Therapien zunehmend vertretene Haltung, dass gruppenstatistische Forschungsansätze zur orientierenden Unterstützung oder Widerlegung konkreter Hypothesen hilfreich sein können, dass aber auf die empirischen Einzelfallstudien, die „*zeitgemäße Version der Junktimbehauptung*“ (Thomä und Kächele 2006b, 9), nicht verzichtet werden sollte.

8. Zusammenfassung und Ausblick

In vorliegender gruppenstatistischer Untersuchung hat sich bestätigt, dass die erhobenen belastenden inneren Einstellungen bedeutsam sind für die psychische Befindlichkeit, die anhand der Symptombelastung und der interpersonalen Probleme erfasst wurde. Nicht bestätigt hat sich die Annahme, dass bei Abnahme der Symptombelastung am Ende der Behandlung die Ausprägung der inneren Einstellungen ebenfalls abnimmt. Die Ausprägung der inneren Einstellungen blieb zum Ende der Therapie nahezu unverändert. Aufgrund der nur geringen Größe der untersuchten Stichprobe sowie weiterer methodischer Einschränkungen sollten die gewonnenen Ergebnisse im Rahmen einer weiteren Untersuchung erneut überprüft werden.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass es zur Untersuchung einer psychoanalytisch orientierten Theorie wie der *Control-Mastery*-Theorie sinnvoll ist, dem in dem DGPT-Positionspapier aus dem Jahr 2006 vorgeschlagenen Weg des Methodenpluralismus zu folgen (Leuzinger-Bohleber and Bruns 2006). Für sein theoriegeleitet entwickeltes Konzept pathogener Überzeugungen fand Joseph Weiss zunächst Hinweise in einzelnen Kasuistiken. Die daraufhin von der *San Francisco Psychotherapy Research Group* anhand zahlreich durchgeführter Einzelfalluntersuchungen empirisch bestätigte Annahme, dass es belastende Überzeugungen gibt, die bei Patienten mit psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle spielen, hat durch vorliegende gruppenstatistische Untersuchung zusätzliche Unterstützung gefunden. Es ist die Schlussfolgerung erlaubt, dass es sowohl für die Diagnostik als auch für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bieten würde, die (vor-) bewussten Anteile belastender innerer Einstellungen anhand eines allgemeingültigen Erhebungsinstruments mittels Selbsteinschätzung zu erfragen, da sie mit psychischer Symptomatik und interpersonalen Problemen zusammenhängen, aber nicht identisch sind. Zur Ausarbeitung eines solchen Erhebungsinstruments kann die in vorliegender Untersuchung eingesetzte Liste innerer Einstellungen als Ausgangsbasis dienen und im Rahmen zukünftiger gruppenstatistischer Untersuchungen an verschiedenen größeren Stichproben von Patienten und Personen ohne psychische Störungen weiterentwickelt werden. Zur Verlaufsbeobachtung belastender innerer Einstellungen im therapeutischen Prozess und zur Erfassung ihrer unbewussten Anteile ist die zusätzliche Durchführung empirischer Einzelfall-untersuchungen erforderlich.

9. Literaturverzeichnis

Ainsworth M D S, Bell S M: Mother-infant interaction and the development of competence; in: *The Growth of Competence;* Connolly K J, Bruner J (Eds.), Academic Press*,* London 1974, 131-164

Ainsworth M D S: Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens: Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys; in: *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt;* hrsg v. Grossmann K E, Kindler-Verlag, München 1977, 96-107

Ainsworth M D S, Blehar M C, Waters E, Wall S: *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Erlbaum, Hillsdale 1978

Albani C, Pokorny D, Dahlbender R W, Kächele H (1994): Vom Zentralen Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des „Zentralen Beziehungskonflikt-Themas“. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 44, 89-98

Albani C, Blaser G, Geyer M, Kächele H (1999): Die „Control Mastery-Theorie“. Eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. *Forum Psychoanal*, 15, 224-236

Albani C, Blaser G, Körner A, Geyer M, Volkart R, O'Connor L, Berry J W, Brähler E (2002): Der Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS). *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52, 189-197

Albani C, Reto V, Humbel J, Blaser G, Geyer M, Kächele H: Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur „Control Mastery Theorie“ von Joseph Weiss; in: *Psychoanalytische Therapie, Band III: Forschung;* hrsg. v. Thomä H, Kächele H, Springer Verlag, Berlin 2006, 242-253

Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008

Alden L E, Wiggins J S, Pincus A L (1990): Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J Pers Assess*, 55, 521-536

Altmeyer M, Thomä H: Psychoanalyse und Intersubjektivität; in: *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*; hrsg. v. Altmeyer M, Thomä H, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2006

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber-Verlag, Bern 2006

Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R: *Multivariate Analysemethoden.* Springer Verlag, Berlin 2000

Barber J P, Crits-Cristoph C (1993): Advances in measures of psychodynamic formulations. *J Consult Clin Psychol,* 61(4), 574-585

Beck A T: *Cognitive therapy and emotional disorders.* International Universities Press, New York 1976

Becker-Stoll F: Bindung und Psychopathologie im Jugendalter; in: *Klinische Bindungsforschung;* hrsg. v. Strauß B, Buchheim A, Kächele H; Schattauer Verlag, Stuttgart 2002, 196-213

Benjamin L S: *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personal Disorders.* Guilford Press, New York 1993

Bloomberg-Fretter P: Clinical use of the plan formulation method in long-term Psychotherapy; in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherap*y; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005, 93-109

Borkovec T D, Castonguay L G (1998): What is the scientific meaning of empirically supported therapy ?. *J Consult Clin Psychol,*66(1),136-142

Bortz J: *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2005

Bortz J, Döring N: *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006

Bowlby J: *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung.* Kindler Verlag, München 1975

Bowlby J: *Trennung*. *Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind.* Kindler Verlag, München 1976

Bowlby J: Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz; in: *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung;* hrsg. v. Spangler G, Zimmermann P, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002, 17-26

Brähler E, Horowitz L M, Kordy H, Schuhmacher J, Strauß B (1999): Zur Validierung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 49, 422-431

Bretherton I, Munholland K: Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited; in: *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications;* Cassidy J, Shaver P R (Eds.), Guilford Press, New York 1999, 89-114

Bucci W: Linguistic evidence for emotional structures: Manuals and Methods; in: *Psychoanalytic process research strategies;* Dahl H, Thomä H, Kächele H (Eds.), Springer Verlag, New York 1988, 29-49

Bucci W: Process research; in: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychoanalysis;* Person E S, Cooper A M, Gabbard G O (Eds.), American Psychiatric Publishing, Arlington 2005, 317-333

Buchheim A: Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter; in: *Klinische Bindungs-forschung;* hrsg. v. Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Schattauer Verlag, Stuttgart 2002, 214-230

Bühner M, Ziegler M: *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Pearson Studium, München 2009

Bugas J, Silberschatz G (2000): How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy*, 37(1), 64-70

Bush M: Plan compability scale; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research*; Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 392-393

Bush M: The Role of unconscious Guilt in Psychopathology and in Psychotherapy; in: *Transformative Relationship;* Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005, 43-66

Bush M, Gassner S: The immediate effect of the analyst´s termination interventions on the patient´s resistance to termination; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 299-320

Bush M, Gassner S (1988): A description and clinical research application of the Control-Mastery Theory. *Clin Soc Work J*, 16(3), 231 - 242

Carson R C: *Interaction concepts of personality*. Aldine, Chicago 1969

Caspar F: Plan analysis; in: *Handbook of Psychotherapy Case Formulation; Eells T (Ed.),* Guilford Press, New York 2007, 251-289

Caston J: Manual on how to diagnose the plan; in: *Research on the psychoanalytic process;* Weiss J, Sampson H, Caston J and Silberschatz G (Eds.), Mount Zion Hospital and Medical Center, San Francisco 1977, 15-21

Caston J: The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 241-255

Caston J, Goldman R K, McClure M M: The immediate effects of psychoanalytic interventions; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 277-298

Chase A: The development of pathogenic beliefs that result in chronic depressive disorders: A Control-Mastery Formulation, 1998.
Zugriff am 15.11.2011 unter: http://sfprg.org/control_mastery/home.htm

Compton A (1972): A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I: The development of Freud's theory of anxiety. *J Am Psychoanal Assoc*, 20, 3-44

Compton A (1992): The psychoanalytic view of phobias. I: Freud theories of phobia and anxiety. *Psychoanal Q,* 61, 206-229

Conte H R, Plutchik R (1981): A circumplex model for interpersonal personality traits. *J Pers Soc Psychol*, 40, 701-711

Cronbach L J (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334

Curtis J T, Silberschatz G (1986): Clinical Implications of Research on Brief Dynamic Psychotherapy. I. Formulating the Patient`s Problems and Goals. *Psychoanal Psychol,* 3(1), 13-25

Curtis J T, Silberschatz G: The Assessment of Pathogenic Beliefs; in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005, 69-91

Curtis J T, Silberschatz G: The Plan Formulation Method; in: *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*; Eells T (Ed.), Guilford Press, New York 2007, 198-220

Curtis J, Ransohoff P, Sampson F, Brumer S, Bronstein A: Expressing warded-off contents in behavior; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 187-205

Curtis J T, Silberschatz G, Sampson H, Weiss J, Rosenberg S E (1988): Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy,* 25, 256-265

Curtis J T, Silberschatz G, Sampson H,Weiss J (1994): The Plan Formulation Method. *Psychother Res*, 4, 197-207

Dahl H: The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment; in: *Emotions, psychotherapy and change;* Safran J, Greenberg L (Eds.), Guilford Press, New York 1991, 130-165

Dahl H: An information feedback theory of emotions and defenses; in: *Ego Defenses: Theory and measurement;* Conte H, Plutchik R (Eds.), Wiley, New York 1995, 98-119

Dahl H, Stengel B (1978): A classification of emotion words: A modification and partial test of de Rivera's decision theory of emotions. *Psychoanal Contemp Thought***,** 1, 269-312

Dahl H,Teller V (1994): The Characteristics, Identifications and Applications of Frames. *Psychother Res*, 4, 253-276

Dahl H, Holtzer M, Berry J: *How to classify emotions for psychotherapy research.* University of Ulm Press, Ulm 1992

Davies-Osterkamp S, Kriebel R (1993): Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Gruppenpsychother Gruppendyn,* 29, 295-307

Davies-Osterkamp S, Strauss B, Schmitz N (1996): Interpersonal Problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychother Res*, 6, 164-176

Derogatis L R (1977): *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version.* University Press of Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore 1977

Diamond M J, Christian C: *The Second Century of Psychoanalysis: Evolving Perspectives on therapeutic action.* Karnac Books, London 2011

Dilling H, Schulte-Markwort E: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10.* Hans Huber Verlag, Bern 1999

Fonagy P: Grasping the nettle: Or Why Psychoanalysis Research is such an Irritant. Paper presented at the Annual Research Lecture of The British Psychoanalytical Society on 1st March, 2000. Zugriff am 15.09.2009 unter http://www.psychoanalysis.org.uk/fonagy1.html

Foreman S (1996): The Significance of Turning Passive into Active in Control Mastery Theory. *J Psychother Pract Res*, 5, 106-121

Foreman S, Gibbins J, Grienenberger J, Berry J W (2000): Developing methods to study child psychotherapy using new scales of therapeutic alliance and progressiveness. *Psychother Res*, 10, 450-461

Franke G: *Die Symptom-Check-Liste von Derogatis. Deutsche Version. Manual.* Beltz Test GmbH, Göttingen 1995

Fretter P B (1995): A Control-Mastery Case Formulation of a Successful Treatment of Major Depression. *In Session-Psychoth*, 1(2), 3-17

Fretter P B, Bucci W, Broitmann J, Silberschatz G, Curtis JT (1994): How the patient`s plan relates to the concept of transference. *Psychother Res,* 4(1), 58-72

Freud S (1895)[1]: *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose" abzutrennen*. GW Bd. I, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 315-342

Freud S (1900): *Die Traumdeutung*. GW Bd. II-III, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972

Freud S (1905): *Bruchstück einer Hysterieanalyse*. GW Bd. V, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 161-286

Freud S (1909): *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. GW Bd. VII, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 241-377

Freud S (1911): *Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens.* GW Bd. VIII, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972 , 230-238

Freud S (1912a): *Zur Dynamik der Übertragung*. GW Bd.VIII, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 363-374

Freud S (1912b): *Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse.* GW Bd.VIII, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 430-439

Freud S (1915): *Das Unbewußte*. GW Bd. X, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 264-303

Freud S (1917): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.* Fischer Taschenbuchenverlag, Frankfurt a. Main 1969

Freud S (1920): *Jenseits des Lustprinzips*. GW Bd. XIII, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1972, 3-69

Freud S (1923): *Das Ich und das Es.* Fischer Taschenbuchenverlag, Frankfurt a. Main 1992

Freud S (1926): *Hemmung, Symptom und Angst*. GW Bd. XIV, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main, 111-205

Freud S (1927): *Die Frage der Laienanalyse.* GW Bd. XIV, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main, 207-296

Freud S (1939): *Abriß der Psychoanalyse*. Fischer Taschenbuchenverlag, Frankfurt a. Main 1994

Friedman M (1985): Survivor guilt in the pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Psychiatry,* 48, 25-29

1 Im Text vorliegender Untersuchung werden die Werke Freuds nach dem Jahr aufgeführt, in dem Freud sie verfasst hat und nicht nach dem Erscheinungsjahr des Bandes, auf den verwiesen bzw. aus dem zitiert wird. Im Literaturverzeichnis dagegen hat jedes angeführte Werk Freuds zwei Jahresangaben: Erstens das Jahr, in dem Freud das Werk verfasst hat und zweitens das Jahr, in dem der in vorliegender Untersuchung herangezogene Band veröffentlicht worden ist.

Fydrich T, Laireiter AR, Saile H, Engberding M (1996): Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Z Klin Psychol,* 25(2), 161-168

Gassner S (2004): The role of traumatic experience in panic disorder and agoraphobia. *Psychoanal Psychol*, 21(22), 222-243

Gassner S, Sampson H, Weiss J, Brummer S (1982): The Emergence of Warded-Off Contents. *Psychoanal Contemp Thought*, 5, 55-75

Grawe K (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal,* 1, 4-11

Green A (2000): What kind of research for psychoanalysis?; in: *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots for a controversy: André Green & Daniel Stern;* Sandler J, Sandler A M, Davies R (Eds.), Karnac Books, London 2000, 21-26

Grossmann K: Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters; in: *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung;* hrsg. v. Spangler G, Zimmermann P, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002, 191-202

Grossmann K E: Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation; in: *Bindungstheorie in der Psychotherapie*; hrsg. v. Endres M, Hauser S; Ernst Reinhardt Verlag, München 2002, 38-53

Grossmann K E, Grossmann K: Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective; in: *Attachment Across the Life Cycle;* Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (Eds.), Tavistock/Routeledge, London 1991, 93-114

Grünbaum A: *The foundations of psychoanalysis*, University of California Press, Berkley 1986

Hartmann H: *Essays on Ego Psychology*. International Universities Press, New York 1965

Hau S: *Unsichtbares sichtbar machen. Forschungsprobleme in der Psychoanalyse.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008

Hock U: *Das Unbewußte Denken. Wiederholung und Todestrieb.* Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. Main 2000

Horowitz L M (1979): On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol,* 47(1)*,* 5-15

Horowitz L M: *Interpersonal foundation of psychopathology.* American Psychological Association, Washington DC 2004

Horowitz L M, Vitkus J (1986): The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clin Psychol Rev,* 6, 443-469

Horowitz L M, Sampson H, Siegelman E Y, Wolfson A, Weiss J (1975): On the identification of warded-off mental contents: An empirical an methodological contribution. *J Abnorm Psychol*, 84(5), 545-558

Horowitz L M, Sampson H, Siegelman E Y, Weiss J, Goodfriend S (1978): Case Study. Cohesive and dispersal behaviors: Two classes of concomitant change in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol,* 46, 556-564

Horowitz L M, Rosenberg S E, Baer B A, Ureno G, Villasenor V S (1988): Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *J Consult Clin Psychol,* 56(6), 885-892

Horowitz L M, Rosenberg S E, Bartholomew K (1993): Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief psychotherapy. *J Consult Clin Psychol,* 61(4), 549-560

Horowitz L M, Strauss B, Kordy H: *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual.* Beltz Test GmbH, Weinheim 1994

Horowitz L M, Alden L E, Wiggins J S, Pincus A L: *Inventory of Interpersonal Problems manual.* Psychological Corporation, Odessa 2000

Jaeggi E, Gödde G, Hegener W, Möller H: *Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen*. Klett- Cotta Verlag, Stuttgart 2003

Jaeggi E, Riegels V: *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Therapie*; Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2008

Jones E, Ghannam J, Nigg J T (1993): A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol,* 61,381-394

Kächele H (1992): Psychoanalytische Psychotherapieforschung. *Psychoanalyse***,** 46, 259-285

Kächele H: Descriptive Process Research; in: Hau S, Leuzinger-Bohleber M. *Position paper on psychoanalytic therapy of the DGPT*, 2006, 88-94.
Zugriff am 18.04.2011 unter http://www.dgpt.de/news/wissenschaft.html

Kächele H, Schachter J, Thomä H: From Psychoanalytical Narrative to Empirical Single Case Research. Routeledge, New York 2009

Kaiser H F, Rice J (1974): Little Jiffy, Mark IV. *Educ Psychol Meas*, 34, 111-117

Kiesler D J (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A Taxonomy for Complementarity in Human Transaction. *Psychol Rev*, 90(3), 185-214

Kiesler D J: *Contemporary Interpersonal Theory Research. Personality, Psychopathology and Psychotherapy.* Wiley, New York 1996

Klein M H, Mathieu-Coughlan P, Kiesler D J: The experiencing scale; in: *The psychotherapeutic process: A research handbook;* Greenberg L S, Pinsof W M (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 21-72

Kris E: Problems in clinical research; in: *The selected papers of Ernst Kris;* Newman L M (Ed.), Yale University Press, New Haven 1975a, 24-30

Kris E: Ego psychology and interpretation in psychoanalytic psychotherapy; in: *The selected papers of Ernst Kris;* Newman L M (Ed.), Yale University Press, New Haven 1975b, 237-251

Kriz J (2004): Methodologische Aspekte von "Wissenschaftlichkeit" in der Psychotherapie-forschung. *Psychother Soz*, 6(1), 6-31

Laplanche J, Pontalis J B: *Das Vokabular der Psychoanalyse. Erster Band;* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1975a

Laplanche J, Pontalis J B: *Das Vokabular der Psychoanalyse. Zweiter Band;* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1975b

Leary T: *Interpersonal diagnosis of personality*. The Ronald Press, New York 1957

Leuzinger-Bohleber M, Bruns G: Preface to the Position paper on psychoanalytic therapy of the DGPT; in: *Position paper on psychoanalytic therapy of the DGPT;* hrsg. v. Hau S, Leuzinger-Bohleber M, 2006, 13-25. Zugriff am 18.04.2011 unter: http://www.dgpt.de/news/wissenschaft.html

Lienert G , Raatz U : *Testaufbau und Testanalyse*. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1998

List E: *Psychoanalyse: Geschichte, Theorie, Anwendungen.* fakultas:wuv Universitätsverlag, Wien 2009

Luborsky L: Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme; in: *Communicative structures and psychic structures;* Freedman N, Grand S (Eds.), Plenum Press, New York 1977, 367-395

Luborsky L, Kächele H (Hrsg.): *Der Zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch.* PSZ-Verlag, Ulm 1988

Luborsky L, Crits-Cristoph P (Eds.): *Understanding Transference. The CCRT method* (2nd ed.). American Psychological Association,Washington DC 1998

Luborsky L, Barrett M S: The Core Conflictual Relationship Theme. A Basic case formulation method; in: *Handbook of Psychotherapy Case Formulation;* Eells T (Ed.), Guilford Press, New York 2007, 105 -135

Luborsky L, Barber J P, Diguer L (1992): The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit. *Psychother Res,* 2(4), 277-290

Luborsky L, Popp C, Luborsky E, Mark D (1994): The Core Conflictual Relationship Theme. *Psychother Res,* 4, 172-183

Main M, Solomon J: Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior; in: *Affective development in infancy;* Brazelton TB, Yogman M (Eds.), Ablex publishing, Norwood 1986, 95-124

Malan D H: *Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication.* Plenum Press, New York 1976

Mentzos S: *Neurotische Konfliktverarbeitung.* Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. Main 1984

Mertens W: *Psychoanalyse: Geschichte und Methoden*. C.H. Beck Verlag, München 2004

Mertens W: *Psychoanalyse: Grundlagen, Behandlungstechnik und Anwendung.* Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2005

Mills R S L (2005): Taking stock of the developmental literature on shame. *Dev Rev*, 25, 26-63

Modell A H (1965): On having the right to a life: An aspect on the superego`s development. *Int J Psychoanal,* 46, 323-331

Modell A H (1971): The origins of certain forms of pre-oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects. *Int J Psychoanal,* 52, 337-346

Moser U (1991): Vom Umgang mit Labyrinthen. Praxis und Forschung in der Psychoanalyse - eine Bilanz. *Psyche-Z Psychoanal*, 45, 315-335

Muran J C, Barber J P (Eds.): *The Therapeutic Alliance: an evidence-based guide to practice.* Guilford Press, New York 2010

Murray H A: *Explorations in personality*. Oxford University Press, New York 1938

Niederland W G (1961): The problem of the survivor. *J Hillside Hospital,* 10, 233-247

Norville R, Sampson H, Weiss J (1996): Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. *Psychother Res*, 6, 16-29

Nunnally J C: *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New York 1978

O´Connor L E: Pathogenic belief and guilt in human evolution: Implications for psychotherapy; in: *Genes on the couch;* Gilbert P, Bailey K G (Eds.), Brunner-Routeledge, East Sussex 2000, 276-303

O´Connor L E, Weiss J (1993): Individual Psychotherapy for Addicted Clients: An Application of Control-Mastery Theory. *J Psychoactive Drugs*, 25(4), 283-291

O´Connor L E, Edelstein S, Berry J W, Weiss J (1994): Changes in the patient`s level of insight in brief psychotherapy: Two pilot studies. *Psychotherapy,* 31, 533-544

O´Connor L E, Weiss J, Berry J W, Bush M, Sampson H (1997): Interpersonal Guilt: The Development of a New Measure. *J Clin Psychol,* 53(1), 73-89

O´Connor L E , Berry J W, Weiss J (1999): Interpersonal guilt, shame and psychological problems. *J Soc Clin Psychol*, 18(2), 181-203

O`Connor L E, Berry J W, Weiss J (2000): Survivor guilt, submissive behavior and evolutionary theory: The down-side of winning in social comparison. *Br J Med Psychol*, 73, 519-530

O`Connor L E, Berry J W, Weiss, J, Gilbert G (2002): Guilt, fear, submission and empathy in depression. *J Affect Disord*, 71, 19-27

Perron R: Reflections on psychoanalytic research problems: a french-speaking view; in: *An open door review of outcome studies in psychoanalysis;* Fonagy P, Kächele H, Kräuse R (Eds.), International Psychoanalytical Association, London 2002, 3-9

Pincus A L, Wiggins J S (1990): Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *J Personal Disord*, 4, 342-352

Polanyi M: *Implizites Wissen.* Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1985

Pole N, Bloomberg-Fretter P (2006): Using Control Mastery Therapy to Treat Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Case Stud*, 5(1), 53-70

Pole N, Ablon J S, O'Connor LE, Weiss J (2002): Ideal Control Mastery Theory technique correlates with a change in a single case. *Psychotherapy,* 39, 88-96

Pole N, Ablon J S, O'Connor LE (2008): Using psychodynamic, cognitive behavioral and control mastery prototypes: A new look at an old paradigm for long-term single research case. *J Couns Psychol*, 55(2), 221- 232

Popper K: *Objektive Erkenntnis.* Hoffmann und Campe, Hamburg 1984

Poscheschnik G: *Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse*. Psychosozial-Verlag, Gießen 2005

Puschner B, Bauer S, Horowitz LM, Kordy H (2005): The Relation between Interpersonal Problems and the Helping Alliance. *J Clin Psychol,* 61(4), 415-429

Rapaport D: The autonomy of the ego; in: *The collected papers of David Rapaport*; Gill M M (Ed.), Basic Books, New York 1967a, 357-367

Rapaport D: The theory of ego autonomy; in: *The collected papers of David Rapaport;* Gill M M (Ed.), Basic Books, New York 1967b, 722-744

Rappoport A (1996): Freeing Oneself From Pathogenic Adaptations: A Contribution to Control-Mastery Theory. *Psychother Bull,* 31(4), 27-33

Rappoport A (1997): The patient`s search for safety: The organizing principle in psychotherapy. *Psychotherapy*, 34, 250-262

Rappoport A (2002): How Psychotherapy Works: The Concepts of Control-Mastery Theory. *Bull Am Acad Clin Psychol,* 8(2), 10-14

Ricœur P: *Die Interpretation. Ein Versuch über Freud*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1974

Rosbrow T (1993): Significance of the unconscious plan for psychoanalytic theory. *Psychoanal Psychol*, 10(4), 515-532

Rosenberg S E, Silberschatz G, Curtis J T, Sampson, H, Weiss J (1986): A Method for Establishing Reliability of Statements From Psychodynamic Case Formulation. *Am J Psychiatry*, 143(11), 1454 -1456

Rudolf G: *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Springer Verlag, Berlin 1991

Sammet I: Die Planformulierungsmethode; in: *Interviews und Ratingverfahren in der Psychotherapie;* hrsg. v. Strauß B, Schumacher J, Hogrefe Verlag, Göttingen 2004, 309-314

Sammet I, Rabung S, Leichsenring F (2006): Bedeutung und Entwicklung von Einsicht während des psychotherapeutischen Prozesses. Eine quantitative Einzelfallstudie auf Grundlage der Control-Mastery-Theorie. *Psychotherapeut*, 51, 197-205

Sammet I, Brockmann J, Schauenburg H (2007a): Therapeutische Intervention bei Suizidalität. Eine empirisch fundierte Einzelfalldarstellung auf Grundlage der Control-Mastery-Theorie. *Forum Psychoanal,* 23(1), 18-32

Sammet I, Leichsenring F, Schauenburg H, Andreas S (2007b): Self-rating of pathogenic beliefs. A pilot study based on the psychodynamic control mastery theory. *Psychother Res*, 17(4), 494-503

Sampson H (1976): A critique of certain traditional concepts in the psychoanalytic theory of therapy. *Bull Menninger Clin*, 40(3), 255-262

Sampson H: Introduction to the research problem; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 141-144

Sampson H (1990): How the patient`s sense of safety and danger influence the analytic process. *Psychoanal Psychol,* 7, 115-124

Sampson H (1992): The Role of „Real“ Experience in Psychopathology and Treatment. *Psychoanal Dial,* 2(4), 509-528

Sampson H, Weiss J, Mlodnosky L, Hause E (1972). Defense Analysis and the Emergence of Warded-Off Mental Contents. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 524-532

Sampson H, Weiss J, Caston J (1976): *Research on the psychoanalytic process*. *The opening conference on psychothery research at the Langley Porter Institute, October 2 1976.*
Zugriff am 15.04.2011 unter http://sfprg.org/control_mastery/home.html

Sandler J (1960): The safety principle. *Int J Psychoanal,* 41, 352-356

Schauenburg H (2000): *Was ist „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik"?*. Zugriff am 28.12.2010 unter http://www.uni-giessen.de/sschneider/lernsystem/subjects/diag/opd.htm

Schauenburg H, Cierpka M (1994): Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. *Psychotherapeut,* 39, 135-145

Schauenburg H, Strack M **(**1998): Die Symptom-Check-Liste-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48, 257-264

Schauenburg H, Pekrun G, Leibing E (1995): Diagnostik interpersonaler Probleme bei depressiven Störungen. *ZKPPP*, 43, 200- 213

Schauenburg H, Sammet I, Kuda M, Strack M (2000): The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res*, 10(2), 133-146

Schauenburg H, Hildenbrand G, Koch U, Mattke D, Neun H, Rüddel H: Klinikführer: Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen. Schattauer Verlag, Stuttgart 2007

Seelos H J: *Wörterbuch der medizinischen Informatik.* Walter de Gruyter Verlag*,* Berlin 1990

Siegel P, Sammons M, Dahl H (2002): FRAMES: The method in action and the assessment of its reliability. *Psychother Res*, 12(1), 59-77

Shilkret C (2002): The role of unconscious pathogenic beliefs in agoraphobia. *Psychotherapy*, 39(4), 368-375

Siegel P, Sammons M, Dahl H (2002): FRAMES: The Method in Action and the Assessment of its Reliability. *Psychother Res,*12, 59-77

Silberschatz G: Testing pathogenic beliefs; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986, 257-266

Silberschatz G: The Control-Mastery Theory, in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005a, 3-23

Silberschatz G: An overview of Research on Control-Mastery Theory; in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005b, 189-218

Silberschatz G: The Control-Mastery Theory. An Integrated Cognitive-Psychodynamic-Relational Theory; in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherap*y; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005c, 219-235

Silberschatz G (2008): How patients work on their plans and test their therapist in psychotherapy. *Smith Coll Stud Soc*, 78(2-3), 275-286

Silberschatz G, Curtis JT(1986):Clinical Implications of Research on Brief Dynamic Psychotherapy. II. How the Therapist Helps or Hinders Therapeutic Progress. *Psychoanal Psychol*, 3(1), 27-27

Silberschatz G, Curtis JT (1993): Measuring the Therapist`s Impact on the Patient`s Therapeutic Progress. *J Consult Clin Psychol*, 61(3), 403-411

Silberschatz G, Fretter P B, Curtis JT (1986): How do interpretations influence the process of psychotherapy ?. *J Consult Clin Psychol,* 54, 646-652

Silberschatz G, Curtis J T, Nathans S (1989): Using the patient`s plan to asses progress in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 40-46

Staats H: Grundlagen der psychodynamischen Therapieverfahren; in: *Psychotherapie in der Psychiatrie*; hrsg. v. Arolt V, Kersting A, Springer Verlag, Berlin 2010, 4-43

Stern D: *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books, New York 1985

Stratkötter A: *Konformität und Eigenständigkeit*. Lit Verlag, Münster 2004

Strupp H H, Binder J L: *Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books, New York 1984

Strupp H H, Binder J L: *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1993

Sullivan H S: *The interpersonal theory of psychiatry.* Norton, New York 1953

Teller V, Dahl H (1986): The microstructure of free-association. *J Am Psychoanal Assoc*, 34, 763-798

Thomä H, Kächele H (Hrsg.): *Psychoanalytische Therapie. Band I: Grundlagen.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006a

Thomä H, Kächele H (Hrsg.): *Psychoanalytische Therapie. Band III: Forschung.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006b

Thompson R A: Early Attachment and Later Development; in: *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications;* Cassidy J, Shaver P R (Eds.), Guilford Press, New York 1999, 265-286

Tress W, Henry W P, Junkert-Tress B, Hildebrand G, Hartkamp N, Scheibe G (1996): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (CMP/SAS), *Psychotherapeut*, 41(4), 215-224

Tress W, Junkert-Tress B, Hartkamp N, Wöller W, Langenbach M (2003): Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 48, 15-22

Volkart R (1995): Patient und Therapeut zwischen Skylla und Charybdis! Die Interpretation eines Transkriptes mit dem Psychotherapie-Prozeß-Modell von Joseph Weiss; in: *Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zur Konversation und Metapher, Geste und Plan;* hrsg. v. Buchholz M, Westdeutscher Verlag, Opladen 1995, 127-172

Volkart R, Heri I (1998): Kann man „die Spirale aus Scham, Wut und Schuldgefühlen durch Lachen auflösen?“. *Psychotherapeut***,** 43, 179-191

Weiss J (1952): Crying at the happy ending. *Psychoanal Rev,* 39, 338

Weiss J (1971): The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *Int J Psychoanal*, 52(4), 459-467

Weiss J: Theory and clinical observations; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986a, 3-138

Weiss J: A broader look at theory and research; in: *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research;* Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), Guilford Press, New York 1986b, 323-347

Weiss J (1990a): Unconscious mental functioning. *Sci Am*, 262, 103-106

Weiss J (1990b): The Centrality of Adaptation. *Contemp Psychoanal*, 26(4), 660-676

Weiss J (1992): The role of interpretation. *Psychoanal Inq*, 12(2), 296-313

Weiss J: *How psychotherapy works: Process and Technique.* Guilford Press, New York 1993a

Weiss J (1993b): Empirical studies of the psychoanalytic process. *J Am Psychoanal Assoc,* 41, 7-29

Weiss J (1994): The Analyst`s Task: To Help the Patient Carry Out His Plan. *Contemp Psychoanal*, 30(2), 236-254

Weiss J (1998): Patients´ Unconscious Plans for Solving their Problems. *Psychoanal Dial*, 8(3), 411-428

Weiss J: Safety; in: *Transformative Relationships. The Control-Mastery Theory of Psychotherap*y; Silberschatz G (Ed.), Routeledge, New York 2005, 31-42

Weiss J, Sampson H and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.):*The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research.* Guilford Press, New York 1986

Wiggins J S (1979): A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *J Pers Soc Psychol*, 33, 409-420

Wiggins J S, Broughton R (1991): A geometric taxonomy of personality scales. *Eur J Pers,* 5, 343-365

Wöller W, Kruse J: Die Anfangsphase: Beziehungsaufbau und Problemexposition; in: *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*; hrsg. v. Wöller W, Kruse J, Schattauer Verlag, Stuttgart 2010, 110-153

10. Anhang: Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Fragebogen zu inneren Einstellungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Laufe des Lebens gelangen Menschen aufgrund von Erfahrungen zu bestimmten inneren Einstellungen über sich selbst sowie über ihre Beziehung zu anderen Menschen. Diese Einstellungen beeinflussen Gefühle und Verhalten in unterschiedlichen Situationen erheblich. Nicht alle erweisen sich als günstig für die Erreichung wichtiger persönlicher Ziele.

Im folgenden Fragebogen finden Sie einige dieser Einstellungen, die häufig vorkommen. Für uns ist es aus Forschungsgründen wichtig zu wissen, welche davon für Sie besonders bedeutsam sind. Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen (A und B), die sich auf unterschiedliche Bereiche innerer Einstellungen beziehen.
Bitte kreuzen Sie in beiden Teilen an, in wie weit die einzelnen Aussagen auf Sie zutreffen.

Es danken für Ihre Mitarbeit

Dr. med. Dipl. Psych. I. Sammet
Ärztin der Klinik

Sylke Andreas
Diplom-Psychologin

Teil A

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt völlig
1. Ich spiele meine beruflichen oder privaten Erfolge herunter, weil es mir peinlich ist, anderen überlegen zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wenn ich Erfolg habe, kann ich mich nicht richtig freuen, weil ich immer auch an das Pech der weniger Erfolgreichen denken muß.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt völlig
3. Wenn es anderen schlecht geht, kann ich mich nicht glücklich fühlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es fällt mir schwer mich zu freuen, wenn ich etwas Wichtiges erreicht habe, weil ich glaube, den Erfolg nicht verdient zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wenn ich kritisch über andere denke, fühle ich mich unwohl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wenn ich meine eigenen Wege gehe, fühle ich mich manchmal schuldig, weil ich damit vielleicht andere im Stich lasse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wenn ich mir kritisierende Gedanken über meine Eltern eingestehe, habe ich ein schlechtes Gewissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe Angst um meine Angehörigen, wenn ich zu lange von zu Hause fort bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Wenn es anderen schlecht geht, fühle ich mich immer zuständig, ihnen zu helfen, auch wenn es meinen eigenen Interessen entgegenläuft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Wenn etwas schief geht, frage ich mich immer, wie ich es hätte verhindern können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil B

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt völlig
1. Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten, weil mir andere bei meinen Problemen gar nicht helfen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich kann Bitten anderer zu schwer abschlagen, weil ich fürchte, dass andere mich dann weniger mögen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich damit rechne, zurückgewiesen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich vermeide, andere um Hilfe zu bitten, weil ich fürchte, dass meine Bitte zurückgewiesen wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich Angst habe, andere zu verletzen, wenn sie meinen Zorn spüren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich vermeide andere um Hilfe zu bitten, weil ich ihnen nicht zur Last fallen will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich fürchte meine Eigenständigkeit zu verlieren und von anderen abhängig zu werden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich mir nicht sicher bin, ob meine Wut berechtigt ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil ich nicht die Verantwortung für meine eigenen Entscheidungen tragen mag.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt völlig
10. Ich habe Angst von anderen abgelehnt zu werden, weil ich manchmal zu selbstsüchtig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich verlasse mich meistens auf mich selbst, weil auf andere nicht wirklich Verlass ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich verlasse mich manchmal auf andere, weil ich mich auf meine eigenen Fähigkeiten nicht verlassen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich vermeide andere um Hilfe zu bitten, weil ich dann in ihrer Schuld stehen würde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich befürchte, dass ich andere mit meiner Wut hilflos mache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich habe Angst, von anderen abgelehnt zu werden, weil ich selbst zu wenig auf andere eingehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich verlasse mich meistens auf mich selbst, weil andere es mir nur schwer recht machen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich vermeide enge Beziehungen, weil dann Seiten von mir offenbar werden, die ich lieber verbergen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich habe Angst von anderen abgelehnt zu werden, weil ich zu viele Wünsche an andere richte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich verlasse mich meistens auf mich selbst, weil ich bezweifle, dass andere mir wohlgesonnen sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt überwiegend	stimmt völlig
20. Ich vermeide enge Beziehungen, weil ich befürchte, dass andere zu hohe Erwartungen an mich haben, die ich nicht erfüllen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich habe Angst von anderen ablehnt zu werden, wenn ich Fehler mache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich habe Angst von anderen abgelehnt zu werden, wenn ich mich nicht ständig um die Beziehung zu ihnen bemühe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich meine Wut verbergen will, um Streit zu vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich verlasse mich meistens auf mich selbst, weil ich den anderen mit meinen Anforderungen nicht ausnutzen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Ich kann schlecht damit umgehen, wenn ich wütend bin, weil ich befürchte mich lächerlich zu machen, wenn ich meine Meinung zu aggressiv vertrete.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ich habe Angst abgelehnt zu werden, weil ich das Gefühl habe, der Zuwendung von anderen nicht wert zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich vermeide es andere um Hilfe zu bitten, weil ich meine eigene Unzulänglichkeit offenbaren würde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ich habe Angst von anderen abgelehnt zu werden, weil ich eine unattraktive und uninteressante Person bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SCL-90-R

Anleitung

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtiger Kästchen an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Beispiel

Frage: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten "sehr stark" zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen "sehr stark" an.	☐	☐	☐	☐	☒

ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT.

Wie sehr litten Sie unter. . .?	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nervosität oder innerem Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die ihnen nicht aus dem Kopf gehen?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
6. Allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐
7. Der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gedächtnisschwierigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
11. Dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
12. Herz- und Brustschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	☐	☐	☐	☐	☐
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	☐	☐	☐	☐	☐
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	☐	☐	☐	☐	☐
17. Zittern	☐	☐	☐	☐	☐
18. Dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	☐	☐	☐	☐	☐
19. Schlechtem Appetit	☐	☐	☐	☐	☐
20. Neigung zum Weinen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter. . .?	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
21. Schüchternheit und Unbeholfenheit im umgang mit dem anderen Geschlecht	☐	☐	☐	☐	☐
22. Der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
23. Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	☐	☐	☐	☐	☐
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber sie machtlos waren	☐	☐	☐	☐	☐
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	☐	☐	☐	☐	☐
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	☐	☐	☐	☐	☐
27. Kreuzschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
28. Dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	☐	☐	☐	☐	☐
29. Einsamkeitsgefühlen	☐	☐	☐	☐	☐
30. Schwermut	☐	☐	☐	☐	☐
31. Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	☐	☐	☐	☐	☐
32. Dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	☐	☐	☐	☐	☐
33. Furchtsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	☐	☐	☐	☐	☐
35. Der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	☐	☐	☐	☐	☐
36. Dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	☐	☐	☐	☐	☐
37. Dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	☐	☐	☐	☐	☐
38. Der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird	☐	☐	☐	☐	☐
39. Herzklopfen oder Herzjagen	☐	☐	☐	☐	☐
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	☐	☐	☐	☐	☐
41. Minderwertigkeitgefühlen gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr litten Sie unter. . .?	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	❒	❒	❒	❒	❒
43. Dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	❒	❒	❒	❒	❒
44. Einschlafschwierigkeiten	❒	❒	❒	❒	❒
45. Dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie zun	❒	❒	❒	❒	❒
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	❒	❒	❒	❒	❒
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	❒	❒	❒	❒	❒
48. Schwierigkeiten beim Atmen	❒	❒	❒	❒	❒
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	❒	❒	❒	❒	❒
50. Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	❒	❒	❒	❒	❒
51. Leere im Kopf	❒	❒	❒	❒	❒
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	❒	❒	❒	❒	❒
53. Dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	❒	❒	❒	❒	❒
54. Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	❒	❒	❒	❒	❒
55. Konzentrationsschwierigkeiten	❒	❒	❒	❒	❒
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	❒	❒	❒	❒	❒
57. Dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	❒	❒	❒	❒	❒
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	❒	❒	❒	❒	❒
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	❒	❒	❒	❒	❒
60. Dem Drang, sich zu überessen	❒	❒	❒	❒	❒
61. Einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	❒	❒	❒	❒	❒
62. Dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	❒	❒	❒	❒	❒
63. Dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	❒	❒	❒	❒	❒
64. Frühem Erwachen am Morgen	❒	❒	❒	❒	❒
65. Zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	❒	❒	❒	❒	❒
66. Unruhigem oder gestörten Schlaf	❒	❒	❒	❒	❒

Wie sehr litten Sie unter. . .?	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67. Dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	❒	❒	❒	❒	❒
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	❒	❒	❒	❒	❒
69. Starker Befangenheit im Umgang mit anderen	❒	❒	❒	❒	❒
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	❒	❒	❒	❒	❒
71. Einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	❒	❒	❒	❒	❒
72. Schreck- oder Panikanfällen	❒	❒	❒	❒	❒
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	❒	❒	❒	❒	❒
74. Der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	❒	❒	❒	❒	❒
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	❒	❒	❒	❒	❒
76. Mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	❒	❒	❒	❒	❒
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	❒	❒	❒	❒	❒
78. So starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	❒	❒	❒	❒	❒
79. Dem Gefühl, wertlos zu sein	❒	❒	❒	❒	❒
80. Dem Gefühl, daß Ihnen etwas schlimmes passieren wird	❒	❒	❒	❒	❒
81. Dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	❒	❒	❒	❒	❒
82. Der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	❒	❒	❒	❒	❒
83. Dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	❒	❒	❒	❒	❒
84. Sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	❒	❒	❒	❒	❒
85. Dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	❒	❒	❒	❒	❒
86. Schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	❒	❒	❒	❒	❒
87. Dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	❒	❒	❒	❒	❒
88. Dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	❒	❒	❒	❒	❒
89. Schuldgefühlen	❒	❒	❒	❒	❒
90. Dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	❒	❒	❒	❒	❒

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben!

Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6	Score 7	Score 8	Score 9	Score 10	Score 11	Score 12	
❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒ ❒	❒

IIP-C

Name/Code-Nr. .....

Beruf .....

Geburtsdatum .....

Testdatum .....

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutende Rolle spielt. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel

Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?

Es fällt mir schwer...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
0. mit meinem Angehörigen zurechtzukommen.....	0	1	2	3	4

Teil I.
Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein" zu sagen	0	1	2	3	4
3. mich Gruppen anzuschließen	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle" einzunehmen	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurechtzukommen	0	1	2	3	4
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	0	1	2	3	4
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	0	1	2	3	4
19. wenn nötig, standfest zu sein	0	1	2	3	4
20. ein Gefühl für Liebe für jemanden zu empfinden	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen	0	1	2	3	4

Es fällt mir schwer...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	0	1	2	3	4
23. mich anderen nahe zu fühlen	0	1	2	3	4
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	0	1	2	3	4
25. mich mit jemand anderen zu streiten	0	1	2	3	4
26. alleine zu sein	0	1	2	3	4
27. jemandem ein Geschenk zu machen	0	1	2	3	4
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	0	1	2	3	4
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	0	1	2	3	4
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	0	1	2	3	4
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	0	1	2	3	4
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	0	1	2	3	4
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
34. mich über andere zu ärgern	0	1	2	3	4
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	0	1	2	3	4
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	0	1	2	3	4
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anders in Not ist	0	1	2	3	4
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0	1	2	3	4
39. selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	0	1	2	3	4

Teil II.
Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown	0	1	2	3	4
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen nicht	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen	0	1	2	3	4
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0	1	2	3	4

Danksagung

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Ch. Herrmann-Lingen für die Möglichkeit, meine Dissertation in der von ihm geleiteten Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen durchzuführen.

Sehr herzlich möchte ich mich bei Frau PD Dr. med. Dipl.-Psych. I. Sammet für die Überlassung des Themas sowie vor allem für die konstruktiven Anregungen und die intensive fachliche Betreuung bedanken.

Danken möchte ich auch Frau Dipl.-Psych. Sylke Andreas, heute Professorin für Psychologie an der Universität Klagenfurt, für das sorgfältig durchgeführte Datenmanagement in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen.

Berlin, 11. März 2012 Jeannette Haeri