

**Bedeutung, Erfassung und Veränderung interpersonalen Problemmuster
in der Psychotherapieforschung –
Eine Untersuchung mit dem Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Simone Salzer
aus Steyr, Österreich

Göttingen 2010

D7

Referent: Prof. Dr. Marcus Hasselhorn

Korreferent: Prof. Dr. Eric Leibing

Tag der mündlichen Prüfung: 28.06.2010

Danksagung

Gerade eine Arbeit zu interpersonalen Aspekten wäre unvollständig ohne ein Dankeschön an all jene Menschen, die zu deren Gelingen beigetragen haben:

Mein Dank gilt den Patientinnen und Patienten, deren Daten die Grundlage meiner Arbeit bilden und so die Dissertation ermöglicht haben.

Ich danke Prof. Dr. M. Hasselhorn für seine Bereitschaft zur Übernahme der Funktion des Referenten sowie für seine wohlwollende Unterstützung dieser Arbeit.

Meinen Kooperationspartnern Prof. Dr. A. L. Pincus vom Department of Psychology der Pennsylvania State University, Prof. Dr. J. Hoyer von der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, Prof. Dr. U. Streeck von der Asklepios Klinik Tiefenbrunn sowie den vier Arbeitsgruppen zur Wirksamkeit Analytischer Langzeittherapien (Frankfurt-Berlin, Göttingen, Heidelberg, München) danke ich für die fruchtbare Zusammenarbeit.

Prof. Dr. E. Leibing und Prof. Dr. F. Leichsenring gilt mein Dank für vielfältige Unterstützung, Förderung und Anregung bei gleichzeitig freundschaftlich-kollegialer Zusammenarbeit. In der Funktion als meine akademischen Lehrer danke ich Eric Leibing insbesondere für die Anregung zum zeitweilig mühsamen, für wissenschaftliche Arbeit aber so wichtigen Blick auf die Details und Falk Leichsenring für die Anregung zum Denken „im Großen“, was zusammen auch eine gute Grundlage dafür bot, Eigenes zu entwickeln.

Meiner früheren Studienkollegin Dr. J. Warwas gilt mein Dank für Gespräche über den Weg des Promovierens, die zumeist von humorvoller Distanz zum akademischen Tagesgeschäft geprägt waren und so zu einer gesunden Arbeitsatmosphäre beitrugen.

Schließlich danke ich K. Hagedorn für Geduld und Nachsicht in Zeiten hoher Arbeitsbelastung und für das Rücken-Freihalten in „land- und forstwirtschaftlicher“ Hinsicht.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	iii
Abbildungsverzeichnis	iv
Einleitung	1
1. Die Bedeutung von Interpersonalität in Klinischer Psychologie und Psychotherapie	5
1.1 Interpersonalität in der Verhaltenstherapie.....	7
1.2 Interpersonalität in Psychoanalyse und psychodynamischer Psychotherapie	8
2. Die empirische Erfassung interpersonaler Probleme	13
2.1 Das interpersonale Circumplex-Modell.....	13
2.2 Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme	15
2.3 Bisherige Untersuchungen mit dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme.....	19
3. Fragestellungen	25
4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben	29
4.1 Studie I: Interpersonal Subtypes within Generalized Anxiety Disorder.....	29
Abstract.....	29
4.1.1 Method.....	33
4.1.2 Results.....	40
4.1.3 Discussion.....	45
4.2 Studie II: Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: a pilot study	50
4.2.1 Method.....	52
4.2.2 Results.....	59
4.2.3 Discussion.....	64

4.3 Studie III: Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonalen Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten.....	67
Summary	67
Zusammenfassung.....	68
4.3.1 Fragestellung	69
4.3.2 Methode.....	72
4.3.3 Ergebnisse	76
4.3.4 Diskussion	86
4.4 Studie IV: Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic psychotherapy	89
4.4.1. Introduction	89
4.4.2. Method	91
4.4.3. Results	96
4.4.4. Discussion	102
5. Zusammenfassende Schlussdiskussion und Ausblick	107
5.1 Empirische Befunde und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand.....	107
5.2 Limitierende Aspekte	114
5.3 Ausblick	116
Zusammenfassung.....	119
Literaturverzeichnis.....	121
Anhang	141

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Beispiel-Items der Circumplex-Skalen des IIP-D	17
Table 4.1.1:	Mean scores (standard deviations) of the circumplex axes and the structural summary scores of the German and the U.S. generalized anxiety disorder samples	41
Table 4.1.2:	Comparison of the cluster centroids (Inventory of Interpersonal Problems Dominance and Nurturance scores) of the four clusters in the U.S. and the German sample	42
Table 4.1.3:	Mean scores (standard deviations) for the structural summary, anxiety, and depression variables in the four generalized anxiety disorders clusters ...	43
Table 4.2.1:	Comparison of interpersonal clusters in GAD patients before treatment	60
Table 4.2.2:	Means (standard deviations) of the IIP parameters before and after treatment	63
Tabelle 4.3.1:	IIP-D Kreisparameter (Standardabweichungen) der Gesamtstichprobe (N=2809) vor und nach der Behandlung	77
Tabelle 4.3.2:	IIP Kreisparameter (Standardabweichungen) der acht IIP-D Cluster vor Therapiebeginn	79
Tabelle 4.3.3:	Anzahl der Patienten sowie deren Geschlecht, Alter und Symptombelastung innerhalb der acht gebildeten IIP-D Cluster (N=2809)	81
Tabelle 4.3.4:	IIP Kreisparameter (Standardabweichungen) der acht IIP-D Cluster nach Therapieende	83
Tabelle 4.3.5:	Effektgrößen der Cluster über die IIP Kreisparameter und den GSI	85
Table 4.4.1:	Sample characteristics	92
Table 4.4.2:	Number of patients with at least one diagnosis in each area of the ICD-10 (N=121)	93
Table 4.4.3:	IIP-D Structural Summary Scores and standard deviations for the four interpersonal subtypes, before and after treatment	100
Table 4.4.4:	Within Group Effect Sizes for the four interpersonal subtypes (baseline to end of treatment)	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	The 1982 Interpersonal Circle von Kiesler (aus Kiesler, 1983)	14
Abbildung 2.2:	Circumplex-Skalen des IIP-D	15
Figure 4.1.1:	Circumplex of interpersonal problems	36
Figure 4.1.2:	Circumplex structural summary	39
Figure 4.1.3:	The four GAD clusters in the interpersonal circumplex space	42
Abbildung 4.3.1:	Lokalisation der acht Cluster im Interpersonalen Raum vor und nach der Behandlung	82
Figure 4.4.1:	Standardized IIP Octant scores for the four clusters before and after treatment	99

*„Der Mensch ist keine Monade –
er wird vielmehr in menschliche Beziehungen hineingeboren,
gewinnt durch soziale Beziehungen hindurch ein Verhältnis zu sich selbst und der Welt
und bleibt bis ins hohe Alter auf solche Beziehungen angewiesen.“*

Altmeyer und Thomä (2006)

Einleitung

Der Mensch, bereits von Philosophen der Antike beschrieben als „zoon politikon“ (Aristoteles) oder „animal sociale“ (Seneca), zeichnet sich u.a. durch seinen Bezug zu anderen Mitmenschen aus. Interpersonalität kann für das Individuum im weitesten als Quelle von Freud und Leid gefasst werden. Der Bezug zu Anderen ist somit eines der zentralen Themen im Leben des Menschen, wird daher immer wieder in der Philosophie behandelt und steht in Literatur und Filmkunst seit jeher im Mittelpunkt. Die akademische Psychologie widmet dem Thema insbesondere im Rahmen der Sozialpsychologie ihre Aufmerksamkeit – man denke z.B. an George Herbert Meads Überlegungen zur konstituierenden Bedeutung Anderer für die Entwicklung des Selbst oder zur kognitiven Repräsentation eines Generalisierten Anderen (Mead, 1934, 1968). Nachbardisziplinen wie Soziologie, Psychoanalyse, Pädagogik und Anthropologie setzen hier in unterschiedlicher Weise ebenfalls Schwerpunkte.

Schwierigkeiten im Kontakt mit Anderen begegnen den meisten Menschen wiederkehrend im Laufe der gesamten Lebensspanne. Der deutsche Komiker Heinz Erhardt griff dies auf in dem Motto: „Solange es Haare gibt, liegen sich die Menschen in denselben.“ Anders als im angeführten Zitat skizziert, geht es bei interpersonalen Problemen aber nicht immer lediglich um eine aktive Auseinandersetzung zwischen „Kontrahenten“, sondern beispielsweise auch um die Schwierigkeit, überhaupt mit Anderen in Kontakt zu kommen oder an Andere gerichtete Wünsche zu benennen. Ein solcher intrapersonaler Fokus hebt die Relevanz der Thematik für den Kontext der Klinischen Psychologie hervor. Zwischenmenschliche Schwierigkeiten werden in

stärkeren Ausprägungen zum Gegenstand psychotherapeutischer Behandlungen, nicht selten sogar sind sie Ursprung eines Leidensdrucks und werden zum Auslöser für den Wunsch nach Veränderung. Interpersonale Probleme sind somit ein wichtiger Schwerpunkt von Psychotherapie.

Bei Wirksamkeitsstudien zu psychotherapeutischen Behandlungen ist es deshalb mittlerweile zur Routine geworden, den Bereich interpersonaler Probleme und deren Veränderung zu evaluieren. Meist geschieht dies anhand des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000), das neben der klinischen Einzelfallanalyse eben auch verwendet wird, um interpersonale Probleme und deren Veränderung in größeren klinischen Stichproben zu untersuchen. Wie bei der Auswertung von Stichprobendaten üblich, werden hierbei Mittelwerte für den Gesamtwert des IIP sowie manchmal für dessen acht Skalen (vgl. Alden, Wiggins & Pincus, 1990) herangezogen. Dies ist problematisch, da sich Patienten nicht nur hinsichtlich der Ausprägung ihrer interpersonalen Problembelastung unterscheiden, sondern auch in der Qualität der berichteten interpersonalen Probleme. Insofern entspricht eine einfache Mittelwertbildung bei Gruppendaten ohne Berücksichtigung der Qualität der jeweils dominierenden interpersonalen Probleme der Patienten nicht der Kreisstruktur der IIP-Daten, denen ein Kreismodell – der Interpersonale Circumplex (Leary, 1957) – zugrunde liegt. Es kann daher auch davon ausgegangen werden, dass beim bislang üblichen Einsatz des IIP bei Stichprobenauswertungen wichtige Informationen zur Qualität und Veränderung interpersonaler Probleme verloren gehen. Eine differenziertere Auswertung des IIP könnte deshalb für Gruppendaten Befunde zu interpersonalen Problemen generieren, die über mehr klinische Relevanz verfügen.

Zusammenhänge zwischen der Qualität interpersonaler Probleme und dem allgemeinen Therapie-Outcome (z.B. Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002;

Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993), der therapeutischen Allianz (z.B. Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009; Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe & Monsen, 2009) und dem Bindungsstil von Patienten (z.B. Haggerty, Hilsenroth & Vala-Stewart, 2009) konnten bereits belegt werden. Insofern handelt es sich bei der Qualität interpersonalen Probleme um einen wichtigen Bereich in der Psychotherapieforschung, was dessen differenzierte Evaluierung notwendig erscheinen lässt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit den selbst wahrgenommenen interpersonalen Problemen und deren Veränderungen bei Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen klinischen Kontexten der ambulanten und stationären Psychotherapie. Zur Anwendung kommt hierbei die deutsche Version des IIP (IIP-D; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000), welches anhand spezieller Auswertungsverfahren für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy & Hilsenroth, 2009) ausgewertet wird. Untersucht wird, ob sich in diagnostisch homogenen und heterogenen Patientenstichproben Subtypen interpersonalen Problemmuster finden lassen und wie sich diese unterscheiden. Im nächsten Schritt wird geprüft, ob sich vermutete interpersonale Subtypen hinsichtlich ihrer Veränderung der interpersonalen Probleme durch psychotherapeutische Behandlung unterscheiden und ob sich für interpersonale Subtypen auch Unterschiede im Bereich anderer Outcome-Variablen finden lassen. Solche Befunde wären ein empirischer Beleg für die Notwendigkeit einer differenzierteren als der bisher üblichen Auswertung des IIP. Darüber hinaus würden sie die Bedeutsamkeit einer interpersonalen Diagnostik jenseits der klassifikatorischen Diagnosesysteme von ICD (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) und DSM (Sass, Wittchen & Zaudig, 2000) unterstreichen.

1. Die Bedeutung von Interpersonalität in Klinischer Psychologie und Psychotherapie

Die Bandbreite der Bedeutung von Interpersonalität für das Individuum wird anhand der Befunde zur sozialen Unterstützung bzw. zu sozialen Belastungen als Forschungsgegenstand der Sozialpsychologie und der Gesundheitspsychologie besonders deutlich. Es zeigt sich, dass soziale Unterstützung mit erhöhtem Wohlbefinden sowie seelischer und körperlicher Gesundheit einher geht (z.B. Walen & Lachman, 2000). Andererseits können soziale Kontakte aber auch zum Belastungsfaktor werden. Belastungen der Beziehungen zu Nahestehenden gehen stark mit gesundheitlichen Problemen einher (vgl. Walen & Lachman, 2000). Die Frage nach der Kausalität der Zusammenhänge ist aufgrund der hierfür notwendigen Longitudinalstudien bislang unzureichend untersucht, anzunehmen ist aber eine wechselseitige Beeinflussung von seelischer und körperlicher Gesundheit und der Qualität bestehender zwischenmenschlicher Beziehungen. Entsprechend wird in den klinischen Konzepten von Salutogenese (vs. Pathogenese) und Resilienz (vs. Vulnerabilität) den Beziehungen zu Anderen auch eine wichtige Bedeutung im Sinne eines Protektionsfaktors beigemessen.

Bei verschiedenen psychischen und psychosomatischen Störungsbildern werden von der Mehrzahl der betroffenen Patienten auch Schwierigkeiten und Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen berichtet. Bei der Störungsgruppe der Persönlichkeitsstörungen ist sogar per definitionem festgelegt, dass sich deren Symptome gerade in der „... Art des Umganges mit anderen Menschen und der Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.“ (vgl. diagnostische Kriterien für den Bereich F60 der ICD-10; Dilling & Freyberger, 2001, S. 218) manifestieren. Dementsprechend lassen sich Persönlichkeitsstörungen eben als „... komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens ...“ verstehen (Fiedler, 1994, S. 107).

Dass interpersonale Aspekte in der Gruppentherapie sowie in paar- und familientherapeutischen Settings eine zentrale Rolle spielen, ist unmittelbar eingängig, geht es hier doch gerade um das Verstehen und die Verbesserung etablierter Beziehungs- und Interaktionsmuster. Allgemein wurden in der Klinischen Psychologie Bedeutung und Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen für das Individuum aber eher wenig theoretisch konzeptualisiert. Innerhalb der unterschiedlichen psychologischen Fachgebiete werden Überlegungen zur seelischen Entwicklung des Menschen im Grundlagenfach der Entwicklungspsychologie geleistet. Der interpersonale Stil eines Menschen wird aus einer interaktionell orientierten Perspektive eher im Kontext der Persönlichkeitspsychologie erforscht, zumeist geschieht dies unter Rückgriff auf Instrumente, die auf dem interpersonalen Circumplex-Modell basieren. Da dieses für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung ist, wird es in späteren Abschnitten noch genauer dargestellt. Der Fokus der Klinischen Psychologie hingegen liegt auf Krankheitsmodellen zu psychischen Störungen, die nach dem früheren behavioristischen Schwerpunkt seit der sogenannten Kognitiven Wende der 1960er Jahre um kognitive Modelle ergänzt sind. Auch hier spielen Überlegungen zur Interpersonalität eine untergeordnete Rolle. Anders verhält es sich auch im verhaltenstherapeutischen Kontext im Hinblick auf psychotherapeutische Interventionen und die Behandlungsplanung. In psychoanalytischen Theorien findet der Bezug zu Anderen seit längerem eine besondere Aufmerksamkeit. Im Folgenden wird nun näher auf die Bedeutung der Interpersonalität für die Psychotherapie eingegangen. Diese wird innerhalb der Verhaltenstherapie sowie in der Tradition von Psychoanalyse und psychodynamischer Psychotherapie beschrieben.

1.1 Interpersonalität in der Verhaltenstherapie

Im verhaltenstherapeutischen Kontext wurden Aspekte der Interpersonalität am umfangreichsten von Grawe (1998) berücksichtigt. Er kommt zu der programmatischen Einschätzung: „Psychotherapie ist ihrer ganzen Natur nach ein interaktionelles Geschehen.“ (Grawe, 1992, S. 241). Folgerichtig betont er, dass „... der Therapeut immer ein Bewusstsein dafür haben sollte, was sich gerade zwischen ihm und dem Patienten abspielt.“ (Grawe, 1998, S. 129) und fokussiert damit eben auf die therapeutische Beziehung. Nach Grawe (1998) kann die Therapiebeziehung zum einen unter der Problemperspektive betrachtet werden, hier wird auf den diagnostischen Wert des interpersonalen Geschehens abgehoben. Zum anderen betont er deren Nutzen für die Ressourcenperspektive, bei der die therapeutische Beziehung zur positiven Ressource für den Patienten wird. Eine gute Therapiebeziehung verwirklichte demnach das Prinzip der Ressourcenaktivierung und werde damit zur zentralen Einflussgröße hinsichtlich des Behandlungsergebnisses (vgl. Orlinsky & Howard, 1986). Daher sei ein wichtiges Ziel in der psychotherapeutischen Behandlung, eine gute Therapiebeziehung zu etablieren. Grawe verwendet hier den Begriff der komplementären Beziehungsgestaltung, die darauf abzielt, eine dem interpersonalen Stil eines Patienten und seinen Motivorientierungen angepasste therapeutische Interaktion zu realisieren (Grawe, 1992). Hierbei wird auf die Plananalyse (vgl. Caspar, 1989) zurückgegriffen, um die wichtigsten interaktionellen Pläne eines Patienten zu identifizieren. Nach Grawe ist eine gute Therapiebeziehung dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut dem Patienten möglichst oft Wahrnehmungen im Sinne seiner wichtigsten Beziehungsziele ermöglicht (Grawe, 1992, S. 223).

Innerhalb der Verhaltenstherapie wird bis heute von verschiedenen Autoren bemängelt, dass die therapeutische Beziehung lange nicht ausreichend berücksichtigt

worden sei. Wie hier kurz dargestellt, findet diesbezüglich eine kontinuierliche Weiterentwicklung statt (vgl. Znoj, 2005).

1.2 Interpersonalität in Psychoanalyse und psychodynamischer Psychotherapie

Psychoanalytische Modelle zu psychischer Entwicklung, Krankheitsentstehung und Überlegungen zur Behandlungstechnik sind durch eine Vielzahl unterschiedlicher Strömungen geprägt. In unterschiedlichem Ausmaß wird in psychoanalytischen Entwicklungstheorien und Krankheitsmodellen der Bedeutung Anderer und den Beziehungen zu diesen ein wichtiger Stellenwert beigemessen. Blickt man zurück auf Sigmund Freuds Versuche, das menschliche Seelenleben zu beschreiben und zu verstehen, so waren diese zwar geprägt von einem überwiegend intrapersonalen Fokus. So beschrieb er seinem Strukturmodell in etwas mechanistisch anmutender Weise den „psychischen Apparat“ und erklärte die libidinöse Besetzung Anderer anhand seiner Triebtheorie (Freud, 1915). Den Bezug des Individuums zu Anderen begründete Freud biologisch, verwies dabei auf das Angewiesensein des für lange Zeit nicht allein lebensfähigen Säuglings und verortete hier „... das Bedürfnis, geliebt zu werden, das den Menschen nicht mehr verlassen wird.“ (Freud, 1926, S. 186 f.). Dass die Beziehungen zu Anderen konstituierenden Wert für die seelische Entwicklung des Individuums haben, wurde von Freud fast beiläufig konstatiert. So schrieb er beispielsweise, dass „... der Charakter des Ichs einen Niederschlag der aufgegebenen Objektbesetzungen ist, die Geschichte dieser Objektwahlen enthält“ (Freud, 1923, S. 257). – In der Sozialpsychologie fand die Betonung der konstituierenden Bedeutung Anderer für das Individuum etwa zur selben Zeit ebenfalls ihren Niederschlag, besonders einflussreich sind hier die Überlegungen von George Herbert Mead (1934) und Kurt Lewins Feldtheorie (Lewin, 1936, 1963). Auch diese Ansätze waren befruchtend für die späteren

Überlegungen Sullivans (1953) zur Bedeutung von Interpersonalität im klinischen Kontext, auf die zu späterem Zeitpunkt noch genauer eingegangen wird. –

Weitere Theoriestränge, die der Bedeutung von Interpersonalität für die psychische Entwicklung, die Krankheitsentstehung sowie bei Überlegungen zur Behandlungstechnik innerhalb der Psychoanalyse zunehmend mehr Rechnung trugen, sind die Objektbeziehungstheorien und hierbei insbesondere die Autoren der sogenannten Independent Group (Balint, Fairbairn, Winnicott u.a.; für einen Überblick siehe Tyson & Tyson, 2009) sowie in begrenzterem Umfang auch die Selbstpsychologie (Kohut, 1976). Zwei weitere wichtige Ansätze aus dem Umfeld der Psychoanalyse, die wesentlich zum Verständnis der Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen beitragen, sind die Bindungstheorie (Bowlby, 1969, 1988) und die Säuglingsforschung (vgl. Dornes, 1993, 1997; Stern, 1985), die als ergänzend und teilweise bestätigend für psychoanalytische Überlegungen angesehen werden können (siehe z.B. Fonagy, 2006).

Da die bereits erwähnte Interpersonale Theorie Harry Stack Sullivans (1953) in der vorliegenden Arbeit einen wichtigen theoretischen Bezugspunkt darstellt, wird auf diese nun detaillierter eingegangen.

Die Interpersonale Theorie Sullivans

Sullivan, der im Rückblick den Neo-Psychoanalytikern zugerechnet wurde, stellte bei klinischen Überlegungen den Aspekt der Interpersonalität konsequent ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Für viele Bereiche von Psychiatrie und Psychotherapie erweist sich seine Interpersonale Theorie (*The Interpersonal Theory of Psychiatry*; Sullivan, 1953) bis heute als besonders anregend und fruchtbar. Für Sullivan stellt sich die Persönlichkeit eines Menschen durch ein überdauerndes Muster seiner interpersonalen Beziehungen dar. Sullivan war offen für Anregungen der Sozialwissenschaften, betonte die Reziprozität interpersonalen Verhaltens und rückte interpersonale Aspekte ins Zentrum ätiologischer

und behandlungstechnischer Überlegungen. Damit setzte er auch einen Kontrapunkt zum damaligen Zeitgeist in der Psychoanalyse, wo der Therapeut als “blank screen“ konzeptualisiert wurde und Interpersonelles in der Behandlung vernachlässigt war. So wurde das Phänomen der Gegenübertragung beispielsweise damals zunächst lediglich als Störung des analytischen Prozesses verstanden. Wie breit der Einfluss Sullivans auf Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychiatrie bis heute ist, wurde jüngst von Conci (2005) detailliert nachgezeichnet.

Viele Annahmen Sullivans und Aspekte seiner Behandlungsempfehlungen erscheinen heute tendenziell als psychotherapeutischer „common ground“. Innerhalb der Psychoanalyse zunächst nicht voll akzeptiert – mit der Kritik, dass seelisches Erleben und psychische Störung hier allzu vereinfacht soziologisierend anhand äußerer Realitäten erklärt sei, das Unbewusste und die Triebdynamik nicht genügend berücksichtigt werde – scheinen die Überlegungen Sullivans bis heute dennoch nichts an Aktualität eingebüßt zu haben. So geht auf Sullivans Interpersonale Theorie beispielsweise die Entwicklung der Interpersonellen Therapie der Depression zurück (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984; Schramm, 1996). Aber auch im psychoanalytischen Kontext erfährt Sullivan in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit. Die gegenwärtig bedeutsame Strömung der interpersonalen oder auch relationalen Psychoanalyse (siehe z.B. Mitchell, 2003), die ihren Ursprung am William Alanson White Institute in New York hat, beruft sich auf Sullivan als einen ihrer wichtigsten Autoren der Vergangenheit und betont in dessen Tradition die Bedeutung der Intersubjektivität für das Individuum. Von manchen Autoren wird der relationalen Psychoanalyse das Potential eingeräumt, als gemeinsame Basis der unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen dienen zu können, um so auch für eine ausgewogenere Berücksichtigung von intrapsychischen und interpersonalen Foci

bei der Behandlung seelischer Erkrankungen zu sorgen (siehe z.B. Altmeyer & Thomä, 2006).

Eine andere gegenwärtige Entwicklung, die (u.a.) der Bedeutung von Interpersonalität im klinischen Kontext Rechnung trägt, ist die Konzipierung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik, in der das Beziehungserleben von Patienten ausreichend berücksichtigt wird. In der aus fünf Achsen bestehenden Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 2009) findet die Relevanz interpersonaler Beziehungen ihren Niederschlag in einer eigenen Achse, der sogenannten Beziehungsachse (Achse II). Diese beruht auf dem interpersonalen Circumplex-Modell (vgl. Abschnitt 2.1), bei dessen Entwicklung ebenfalls auf Sullivans Annahmen aufgebaut wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Interpersonalität in verschiedenen klinischen Konzepten, Theorien zur Krankheitsentstehung, Metapsychologien und behandlungstechnischen Überlegungen ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Entscheidend ist wie bereits erwähnt auch, dass es sich bei Interpersonalität um ein kontextuelles und konstituierendes Charakteristikum psychotherapeutischer Behandlungen handelt: Psychotherapie findet statt mit und zwischen (mindestens) zwei Menschen. Auch aus diesem Grunde muss der inneren und äußeren Beziehungswelt eines Patienten, seinen oder ihren früheren Beziehungserfahrungen und gegenwärtigen Interaktionsangeboten – in der Psychotherapieforschung verschiedentlich abgebildet als Bindungsstil, therapeutische Allianz, interpersonaler Stil, Übertragung, Interaktionsstil, Motivorientierung usw. – besondere Aufmerksamkeit zukommen, da für diese ein bedeutsamer Einfluss auf den therapeutischen Prozess angenommen werden kann. Interpersonale Bezüge spielen somit

im psychotherapeutischen Kontext in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle. Daher gibt es seit längerem unterschiedliche Konzepte und Instrumente, anhand derer Aspekte (zwischen)menschlichen Erlebens und Verhaltens operationalisiert und evaluiert werden können. Insbesondere der klinisch bedeutsame Bereich interpersonaler Probleme wird in der Psychotherapieforschung häufig untersucht (vgl. Abschnitt 2.3), und zwar einerseits als Outcome-Variable, aber auch als Prädiktor der allgemeinen Symptomverbesserung. Die wichtigsten Konzepte werden im Folgenden skizziert oder genauer dargestellt.

2. Die empirische Erfassung interpersonalen Probleme

Zur empirischen Erfassung von interpersonalem Verhalten, interpersonalem Stil und zwischenmenschlicher Interaktion existieren unterschiedliche Ansätze. Auf den interpersonalem Stil und den damit in Zusammenhang stehenden intrapsychischen Prozessen fokussieren beispielsweise psychodynamische Ansätze wie die Erfassung des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (core conflictual relationship theme; Luborsky, 1984) oder die Methode der Plan-Formulierung (plan formulation method; Albani, Volkart, Humbel, Blaser, Geyer & Kächele, 2000; Curtis, Silberschatz, Sampson, Weiss, & Rosenberg, 1988). Daneben haben für die Psychotherapieforschung besonders jene Konzepte eine Bedeutung, die auf dem interpersonalem Circumplex-Modell (vgl. Abschnitt 2.1) beruhen. Als eine der differenziertesten Möglichkeiten zur Erfassung interpersonalen Prozesse gilt hier die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974). Zur empirischen Erfassung interpersonalen Probleme hat sich seit einigen Jahren gerade auch aufgrund seiner guten klinischen Verwendbarkeit das „Inventory of Interpersonal Problems“ (Horowitz, Rosenberg, Bauer, Ureno & Villasenor, 1988), in der deutschen Fassung „Inventar zur Erfassung Interpersonalen Probleme“ (Horowitz et al., 2000), etabliert (vgl. Abschnitt 2.2 und 2.3). Auch dieses basiert auf dem interpersonalem Circumplex-Modell, das daher im Folgenden zunächst beschrieben wird.

2.1 Das interpersonale Circumplex-Modell

Das Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens (Leary, 1957) baut auf der Interpersonalen Theorie Sullivans (1953) auf. Leary ging davon aus, dass sich interpersonales Verhalten in einem Kreismodell mit den zwei Dimensionen Kontrolle (Dominanz versus Unterwerfung) sowie Zuneigung (Liebe versus Hass) beschreiben ließe. Das interpersonale Circumplex-Modell wurde von verschiedenen Autoren

weiterentwickelt (vgl. Wiggins, 1985) und schließlich von Kiesler (1983) als „The 1982 Interpersonal Circle“ überarbeitet dargestellt (siehe Abb. 2.1).

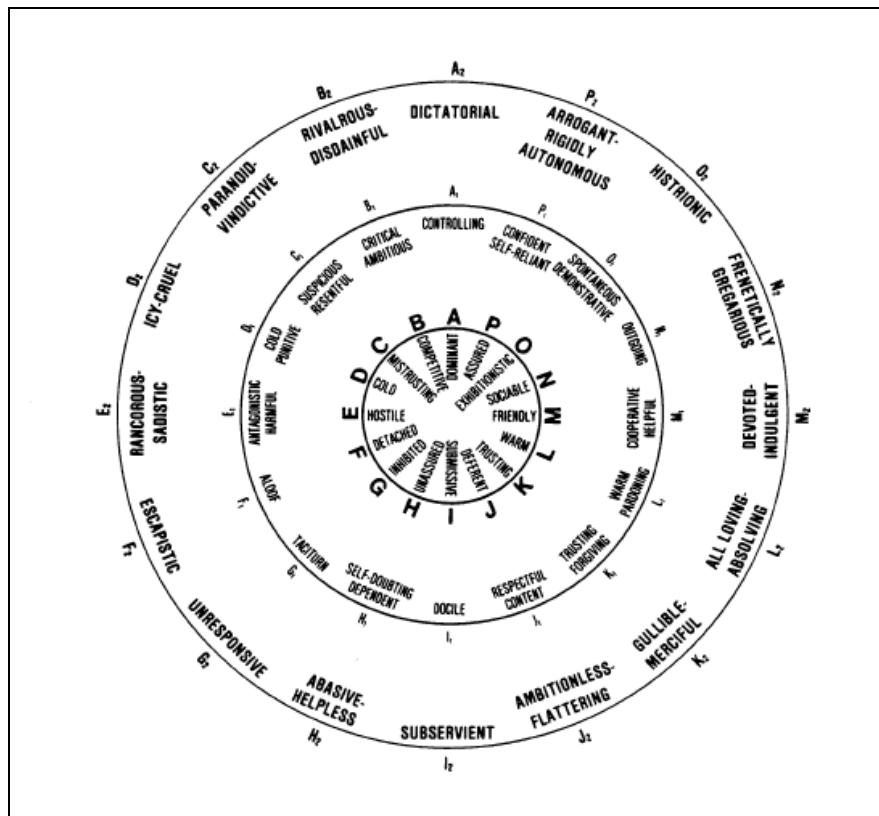


Abbildung 2.1. The 1982 Interpersonal Circle von Kiesler (aus Kiesler, 1983)

Im interpersonalen Circumplex-Modell kann das Verhalten einer Person durch die Betonung unterschiedlicher Segmente (Qualität des interpersonalen Verhaltens) sowie durch dessen Ausprägung (eher moderat im inneren Bereich des Kreises bis extrem im äußeren Bereich) beschrieben werden. Wie bereits Sullivan und Leary ging Kiesler (1983) von der wechselseitigen Beeinflussung interpersonalen Verhaltens aus. Für die Dimension Kontrolle nahm er reziproke Prozesse zwischen zwei Individuen an, sodass dominantes Verhalten demnach unterwürfiges auslöse und umgekehrt. Bezüglich der Dimension

Zuneigung ging er davon aus, dass freundliches Verhalten ebenfalls Freundlichkeit im Gegenüber evoziere bzw. feindseliges Verhalten wiederum zu Feindseligkeit führe.

Das auf dem interpersonalen Circumplex-Modell basierende, bereits erwähnte Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 2000) kommt aufgrund seiner weiten Verbreitung und guten klinischen Anwendbarkeit in der vorliegenden Arbeit zum Einsatz und wird daher im nächsten Abschnitt genauer dargestellt.

2.2 Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

Aufbauend auf Sullivan (1953) und Leary (1957) entwickelten Horowitz et al. (1988) das Inventory of Interpersonal Problems (IIP) zur Erfassung selbst wahrgenommener interpersonaler Probleme. Das IIP basiert auf einem Kreismodell (dem Interpersonalen Circumplex IPC) mit den beiden Dimensionen Dominanz und Zuneigung und setzt sich aus acht Skalen zusammen. In Abbildung 2.2 sind die acht Circumplex-Skalen des IIP dargestellt (vgl. Alden, Wiggins & Pincus, 1990).

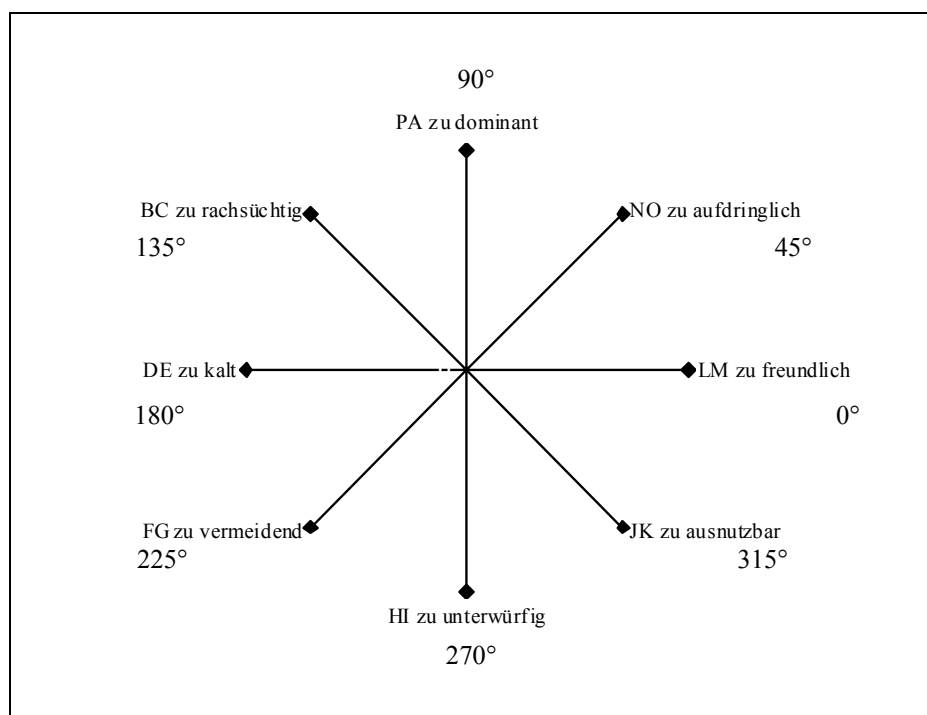


Abbildung 2.2. Circumplex-Skalen des IIP-D

Die Benennung der Skalen (PA, BC usw.) geht zurück auf die von Leary (1957) eingeführten Bezeichnungen und transportiert keinen semantischen Bedeutungsgehalt. Die Oktanten des Kreismodells haben ihren jeweiligen Mittelpunkt bei 0°, 45° usw., dieser entspricht der Lokalisation der jeweiligen Skala im zweidimensionalen interpersonalen Raum. Die Faktorladungen und Interkorrelationen der IIP-Skalen ergeben eine klare Kreisstruktur. Zur empirischen Überprüfung des theoretischen Modells siehe Alden et al. (1990). Für eine genaue Darstellung der Testkonstruktion siehe Horowitz et al. (1988) sowie Horowitz, Strauß und Kordy (2000).

In der ursprünglichen Langform umfasste das IIP 127 Items, diese wurde später auf 64 Items reduziert (IIP-C) und mittlerweile existiert auch eine englischsprachige Kurzfassung mit nur 32 Items (siehe Barkham, Hardy & Startup, 1996). Das IIP liegt seit 1994 als deutsche Version vor (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994), von der bereits eine revidierte Fassung erschien (IIP-D; Horowitz et al., 2000; siehe Anhang). Die Items des IIP-D sind entweder in der Art „Es fällt mir schwer ... zu tun.“ oder als „Ich tue ... zu sehr.“ formuliert und beschreiben interaktionelle Problemsituationen. Die Probanden werden gebeten, auf einer fünfstufigen Likertskala (0=“nicht“ bis 4=“sehr“) anzukreuzen, wie sehr das jeweilige Item für sie zutrifft. In Tabelle 2.1 werden zu jeder der acht Circumplex-Skalen jeweils zwei Beispiel-Items vorgestellt.

Die Auswertung des IIP erlaubt zum einen eine differenzierte Aussage zur Lokalisierung der Probleme einer Person und zeigt zum anderen, wie stark sie sich insgesamt durch Schwierigkeiten im Bereich interpersonaler Beziehungen beeinträchtigt fühlt.

Die Testgütekriterien des IIP sind hinsichtlich der Reliabilität als gut und bezüglich der Validität als sehr gut zu bezeichnen (vgl. Barkham et al., 1994; Horowitz et al., 2000). Darüber hinaus belegen Studien die klinische Bedeutung des IIP (z.B. Davies-

2. Die empirische Erfassung interpersonalen Probleme

Osterkamp & Kriebel, 1993) sowie dessen Veränderungssensitivität (z.B. Huber, Henrich & Klug, 2007).

Es liegen Normwerte sowohl für die amerikanische als auch für die deutsche Version des IIP vor. Die deutschen Normwerte stammen von einer repräsentativen Stichprobe (N=3047) aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauß, 1999).

Tabelle 2.1. Beispiel-Items der Circumplex-Skalen des IIP-D

Circumplex-Skalen	Beispiel-Items
PA: zu autokratisch/dominant	Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	Ich bin gegenüber anderen zu misstrauisch Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen
DE: zu abweisend/kalt	Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen Es fällt mir schwer, mit anderen zurecht zu kommen
FG: zu introvertiert/sozial vermeidend	Ich bin vor anderen Menschen verlegen Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	Es fällt mir schwer, jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll Es fällt mir schwer, selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen
LM: zu fürsorglich/freundlich	Ich bemühe mich sehr, anderen zu gefallen Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen
NO: zu expressiv/aufdringlich	Ich lege viel Wert darauf, beachtet zu werden Es fällt mir schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten

Testauswertung

In der 64-Item Version des IIP werden den acht Circumplex-Skalen jeweils acht Items zugeordnet, aus der Mittelung von Item-Rohwerten ergeben sich die Skalen-Rohwerte. Ein IIP-Gesamtwert (IIP_{ges}) kann anhand von Skalenwerten nach folgender Formel berechnet werden: $IIP_{ges}=(PA+BC+DE+FG+HI+JK+LM+NO)/8$ (vgl. Horowitz et al., 2000).

Von den Testautoren wurde die Verwendung ipsatierter Werte vorgeschlagen, wenn ein Vergleich zwischen Probandengruppen vorgenommen werden soll. Um ipsatierte Skalenwerte zu erhalten, wird vom Skalenwert der Gesamtmittelwert subtrahiert. Mittels der Ipsatierung sollen die individuelle Tendenz zur Äußerung von Beschwerden sowie der generelle Beschwerdedruck relativiert werden, um so eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Patienten zu erzielen. Problematisch daran ist allerdings, bei einem Instrument zur Erhebung des individuellen Beschwerdedrucks genau diesen rechnerisch zu beseitigen.

Ein für Circumplexdaten geeigneteres Vorgehen, auf welches auch in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 4 zurückgegriffen wird, wurde von Gurtman (1994) beschrieben. Bei dieser Auswertungsstrategie wird das Problemmuster einer Person oder Stichprobe über die acht Skalen des IIP in Form einer Cosinus-Funktion erfasst. Die Parameter dieser Funktion sind (a) ihr *Winkel*, (b) ihre *Amplitude* als Maß der interpersonalen Differenziertheit, und (c) ihre *Elevation* als Maß für interpersonalen Distress. Als Koordinaten dienen die Winkel der acht Skalen: $PA=90^\circ$, $BC=135^\circ$ etc. Wie gut die anhand dieser Parameter modellierte Kurve dem eigentlichen Profil entspricht, kann anhand eines R^2 -Wertes erfasst werden. Wie die drei beschriebenen Kreisparameter im klinischen Kontext interpretiert werden können, wurde von Gurtman und Balakrishnan (1998) dargelegt. Der komplexe Zusammenhang der Kreisparameter wurde kürzlich von

Wright, Pincus, Conroy & Hilsenroth, (2009) ausführlich diskutiert. Mit Auswertungsverfahren für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al. 2009) können IIP-Profile berechnet und eine Lokalisation im interpersonalen Raum dargestellt werden. Die wegen Ihrer Komplexität aufgrund der acht Skalen jenseits des Einzelfalls oft schwer beschreibbaren IIP-Ergebnisse können so klarer dargestellt und die Veränderungen durch Psychotherapie besser veranschaulicht werden (siehe Kapitel 4).

2.3 Bisherige Untersuchungen mit dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

Sicherlich auch aufgrund seiner hohen Augenscheinvalidität wird das IIP in verschiedenen Kontexten verwendet. Das Instrument wird mittlerweile standardmäßig zur Veränderungsmessung eingesetzt und findet daher eine breite Anwendung in der Qualitätssicherung, beispielsweise im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung. Die Veränderungssensitivität des IIP wurde von Huber et al. (2007) belegt. In der Psychotherapieforschung werden mit dem IIP interpersonale Probleme häufig als (primäre oder sekundäre) Outcome-Variable erfasst (siehe z.B. Bateman & Fonagy, 2009; Crits-Christoph, Conolly Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop, 2005; Høglend et al., 2008; Leichsenring, Biskup, Kreische & Staats, 2005; Leichsenring, Salzer, Jaeger, Kächele, Kreische, Leweke, Rüger, Winkelbach & Leibing, 2009; Grosse Holthforth, Lutz & Grawe, 2006; Rosenthal, Muran, Pinsky, Hellerstein & Winston, 1999; Vinnars, Thormahlen, Gallop, Noren & Barber, 2009; Vittengl, Clark & Jarrett, 2003). Verschiedene Studien zeigen, dass Psychotherapie bei der Veränderung von anderen Symptomen wirksamer ist als bei der Veränderung interpersonaler Probleme (z.B. Kraft, Percevic, Puschner & Kordy, 2003; Liedke & Geiser, 2001; Leichsenring et al., 2009).

Dies wurde gelegentlich so interpretiert, dass es sich bei interpersonalen Problemen um eher stabile Persönlichkeitsmerkmale handelt (z.B. Vittengl et al., 2003).

Interpersonale Probleme werden auch als Prädiktor-Variable zur Vorhersage des allgemeinen Therapie-Outcomes herangezogen (z.B. Borkovec et al., 2002; Horowitz et al., 1993; Puschner, Kraft & Bauer, 2004; Ruiz, Pincus, Borkovec, Echemendia, Castonguay & Ragusea, 2004). Borkovec et al. (2002) fanden in ihrer Studie zu einer kognitiv-behavioralen Therapie der Generalisierten Angststörung beispielsweise, dass am Ende der Therapie noch bestehende interpersonale Probleme negativ mit der Symptomreduktion in den Follow-up-Untersuchungen korrelieren. Dieser Befund unterstreicht die Relevanz interpersonaler Probleme im Hinblick auf das allgemeine Therapie-Outcome und spricht damit auch für die Notwendigkeit, interpersonale Probleme im jeweiligen Behandlungsfokus zu berücksichtigen. Eine Studie zum Einfluss interpersonaler Probleme von Patient und Therapeut auf das Therapie-Outcome wurde von Dinger, Strack, Leichsenring & Schauenburg (2007) vorgelegt.

Weitere Untersuchungen mit dem IIP versuchen, der Konzeptualisierung des interpersonalen Stils eines Patienten als Moderator- oder Mediatorvariable Rechnung zu tragen. So befassen sich manche Arbeiten mit dem Zusammenhang zwischen interpersonalen Problemen und dem Bindungsstil von Patienten (z.B. Haggerty et al., 2009). Auch der Zusammenhang zwischen interpersonalen Problemen und der therapeutischen Allianz wurde mit dem IIP untersucht (z.B. Dinger et al., 2009; Hersoug et al., 2009; Puschner, Bauer, Horowitz & Kordy, 2005).

Um die Breite des Einsatzspektrums des IIP angemessen darzustellen, sollen weitere Arbeiten zumindest noch kurz skizziert werden. Zu Geschlechtsdifferenzen bei interpersonalen Problemen wurde erst kürzlich eine Arbeit von Gurtman & Lee (2009) vorgelegt. Einige wenige Untersuchungen beschäftigen sich auch mit der Selbst- versus

Fremdeinschätzung interpersonaler Probleme mit dem IIP (Clifton, Turkheimer & Oltmanns, 2005; Eng & Heimberg, 2006; Foltz, Morse & Barber, 1999; Israel, Thomsen, Langeveld & Stormark, 2007). In unterschiedlichen Studien von klinischen und nicht-klinischen Stichproben wurde mittels des IIP der Zusammenhang von interpersonalen Problemen und Persönlichkeitsvariablen erörtert (z.B. Conroy, Elliot & Pincus, 2009; Hopwood, Koonce, & Morey, 2009; Leising, Rehbein & Sporberg, 2007; Pincus et al., 2009; Slaney, Pincus, Uliaszek & Wang, 2006; Wright, Pincus, Conroy & Hilsenroth, 2009). Auch die Bedeutung von interpersonalen Problemen bei Persönlichkeitsstörungen wurde mit dem IIP untersucht (siehe z.B. Leising, Rehbein & Eckardt, 2009; Monsen, Hagtvet, Havik & Eilertsen, 2006; Morse & Pilkonis, 2007; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg & Duggal, 2009).

Insgesamt gibt es eine Vielzahl von Studien, die sich mit interpersonalen Problemen bei bestimmten psychischen und psychosomatischen Störungsbildern beschäftigen, wie z.B. eine Studie zur major depressive disorder (Barrett & Barber, 2007), zur sozialen Phobie (Stangier, Esser, Leber, Risch & Heidenreich, 2006) oder zum Reizdarmsyndrom (Lackner & Gurtman, 2005). Fraglich ist allerdings, ob bei Störungen, deren Kernsymptomatik sich nicht auf interpersonale Schwierigkeiten bezieht (wie dies insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen der Fall ist), von charakteristischen interpersonalen Problemen für ein Störungsbild ausgegangen werden sollte. Stattdessen kann für die meisten psychischen Störungen vermutet werden, dass sich auch innerhalb von Patientengruppen mit homogener ICD-Diagnose unterschiedliche interpersonale Problemmuster finden lassen, die in Zusammenhang stehen mit individuellen Persönlichkeitsmerkmalen, Bindungsstilen, früheren Interaktionserfahrungen (siehe dazu bspw. das Konzept von Stern (1985) zu generalisierten Interaktionsrepräsentanzen) oder individuellen Konfliktverarbeitungsstilen. Diese interpersonale Stile werden anhand der

gängigen klassifikatorischen Diagnosesysteme allerdings nicht erfasst und bleiben daher auch häufig unberücksichtigt. Dies gilt einerseits für die klinische Praxis, wo eine genaue Diagnostik interpersonaler Stile und Probleme jenseits von ICD (Dilling et al., 2008) und DSM (Sass et al., 2000) und deren Einbezug in die Behandlungsplanung nach wie vor überwiegend in psychodynamischen Psychotherapien stattfinden. Eine Ausnahme hierbei stellen kognitiv-behaviorale Behandlungen bei Persönlichkeitsstörungen dar. Im Kontext der empirischen Psychotherapieforschung werden unterschiedliche interpersonale Stile und Problemmuster bislang ebenfalls unzureichend berücksichtigt.

Nur in wenigen empirischen Studien mit dem IIP wurden verschiedene interpersonale Problemmuster bereits beschrieben. Bei Studentinnen mit bulimischen Symptomen identifizierten Hopwood, Clarke, & Perez (2007) vier interpersonale Cluster, die über die Quadranten des interpersonalen Kreismodells verteilt waren. In einer Patientengruppe mit der homogenen ICD-Diagnose der sozialen Phobie fanden Kachin, Newman & Pincus (2001) zwei interpersonale Subtypen mit einem freundlich-submissiven und einem feindselig-dominanten Cluster. Eine von Kasoff und Pincus (2002) untersuchte Stichprobe von N=47 Patienten mit Generalisierter Angststörung war insgesamt im rechten unteren Quadranten des Kreismodells (freundlich-submissiv) lokalisiert. Dennoch ermittelten die Autoren vier interpersonale Subtypen, die sie als "Intrusive Cluster", "Cold Cluster", "Nonassertive Cluster" und "Exploitable Cluster" benannten. Diese interpersonalen Subtypen wiesen keinen Zusammenhang mit komorbiden Erkrankungen oder dem Geschlecht der Patienten auf. Von Kasoff und Pincus (2002) gibt es erste Belege, dass sich diese Subtypen auch hinsichtlich der Veränderung interpersonaler Probleme durch die psychotherapeutische Behandlung unterscheiden. Dies ist in Übereinstimmung mit den früheren Befunden von Horowitz et

al. (1993), denen zufolge einige interpersonale Probleme leichter veränderbar scheinen als andere.

Zusammengefasst zeigen die hier dargestellten Untersuchungen das breite Einsatzspektrum des IIP und insbesondere dessen Bedeutung für die Psychotherapieforschung. Interpersonale Probleme werden dort sowohl als Outcome-Variable, als auch als Prädiktor, Moderator oder Mediator konzeptualisiert und untersucht. Für das Vorhandensein und die Bedeutung von verschiedenen interpersonalen Problemmustern innerhalb homogener Diagnosegruppen existieren erste empirische Belege. Eine differenzierte Evaluation interpersonaler Probleme beziehungsweise eine differenziertere Auswertung von IIP-Daten scheint daher generell naheliegend, sinnvoll und notwendig. Was hierbei angesichts des gegenwärtigen Forschungs- und Anwendungsstandes von besonderer Bedeutung ist, wird im folgenden Kapitel präzisiert.

3. Fragestellungen

Interpersonale Probleme haben bei psychischen Störungen eine große Bedeutung. Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt wurde, hat sich das IIP als Instrument zur Erfassung interpersonaler Probleme etabliert. Interessiert man sich nicht lediglich für eine globale Ausprägung interpersonaler Probleme (diese wird durch den Gesamtmittelwert des IIP erfasst), sondern auch für die vorherrschenden interpersonalen Schwerpunktthemen, die durch die Ausprägungen auf den acht Skalen des IIP dargestellt werden können, so sind zwei wichtige Einschränkungen zu nennen. Zum einen existieren bei der Interpretation von IIP-Daten selbst für die Einzelfalldarstellung gelegentlich Schwierigkeiten, da das Instrument mit seinen acht Skalen eine hohe Komplexität aufweist. Zum anderen findet bei der Auswertung von Gruppendaten durch eine Mittelwertsbildung für die Skalen eine starke Vereinfachung statt, indem sich in größeren Stichproben zumeist ein Dominieren freundlich-submissiver Probleme finden lässt. Die individuellen Schwerpunktthemen der Patienten werden so aber nicht adäquat abgebildet, da freundlich-submissive Probleme zwar eben generell sehr häufig sind, jedoch nicht für alle Patienten im Vordergrund stehen. Nachfolgend finden sich bei Gruppenauswertungen dann auch für die Veränderung der interpersonalen Schwerpunktthemen kaum Befunde mit klinischer Relevanz.

Wie den genannten Einschränkungen methodisch begegnet werden kann, stellt einen zentralen Aspekt für die weitere Erforschung interpersonaler Probleme dar und ist somit für die Psychotherapieforschung von hoher Bedeutung. In dieser Arbeit soll daher eine Alternative zur bislang am meisten verbreiteten Auswertung des IIP (ein Gesamtmittelwert sowie acht Mittelwerte für die Skalen) vorgestellt und untersucht werden. Ziel dabei ist es, die Komplexität der IIP-Daten zu reduzieren und gleichzeitig eine differenziertere Darstellung interpersonaler Probleme auch bei Gruppendaten zu

leisten. Beides soll anhand einer Auswertungsstrategie für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994) und letzteres zusätzlich durch die Identifizierung von interpersonalen Subtypen realisiert werden. Um dem Einsatz des IIP sowohl im Bereich der Psychotherapieforschung, als auch in der Qualitätssicherung Rechnung zu tragen, soll die alternative Auswertung des IIP in verschiedenen klinischen Stichproben näher untersucht werden.

Hierbei interessiert zunächst, ob sich in einer Stichprobe von Patienten mit homogener ICD-Diagnose Subtypen interpersonaler Problemmuster identifizieren lassen und wie sich diese durch eine psychotherapeutische Behandlung verändern. Diese Fragen werden in zwei Studien anhand von Patienten mit Generalisierter Angststörung untersucht, da sich für diese Angsterkrankung interpersonale Probleme als besonders bedeutsam erwiesen haben (vgl. Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Borkovec et al., 2002, Crits-Christoph, 2002; Eng & Heimberg, 2006). Die Patienten dieser Stichproben wurden im Rahmen von zwei randomisierten, kontrollierten Studien zu ambulanter Kurzzeitpsychotherapie behandelt (siehe Abschnitt 4.1 und 4.2).

Anschließend soll untersucht werden, ob die Auswertung des IIP basierend auf interpersonalen Subtypen auch in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe der stationären psychotherapeutischen Routineversorgung sinnvoll ist, wie sich deren Problemmuster durch Psychotherapie verändern und ob sich ein Zusammenhang zwischen interpersonalen Subtypen und dem allgemeinen Therapie-Outcome finden lässt. Diese Punkte sollen in einer weiteren Studie anhand einer großen Stichprobe stationär behandelter Patienten erörtert werden, deren interpersonale Probleme üblicherweise zur kliniksinternen Qualitätssicherung evaluiert werden (siehe Abschnitt 4.3).

In einer letzten Studie schließlich soll überprüft werden, ob die Auswertung von IIP-Daten nach Subtypen interpersonaler Problemmuster in einer naturalistischen

3. Fragestellungen

Psychotherapiestudie zusätzliche, insbesondere klinisch relevante Informationen liefert. Hierfür wird eine Stichprobe von Patienten herangezogen, die im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit Analytischer Langzeittherapie behandelt wurden (siehe Abschnitt 4.4).

Im folgenden Kapitel 4 werden diese Fragestellungen im empirischen Teil dieser Arbeit aufgegriffen. Anschließend werden im Kapitel 5 die gefundenen Ergebnisse zusammengefasst und abschließend integriert diskutiert.

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

4.1 Studie I: Interpersonal Subtypes within Generalized Anxiety Disorder¹

Abstract. In this study, we addressed the heterogeneity in interpersonal problems across patients with generalized anxiety disorder (GAD). We assessed interpersonal problems by the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) in a sample of 78 GAD patients. We used IIP-C profiles describing interpersonal characteristics of the total GAD sample as well as clustered GAD interpersonal subtypes. Although the overall sample was located in the friendly-submissive quadrant of the circumplex model, this was true only for the Exploitable Cluster, which includes more than 50% of the patients. Importantly, clusters of GAD patients with other locations reporting predominantly Cold, Nonassertive or Intrusive interpersonal problems were also identified. The four clusters did not differ in terms of gender, comorbid disorders, or the severity of depression or anxiety. Thus, the assessment of interpersonal problems provides additional diagnostic information covering the heterogeneity of GAD patients. This information could be used for differential indication and individual case formulation in GAD.

Generalized anxiety disorder (GAD) is a common disorder with high 12-month prevalence (3.1%; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005) and high lifetime prevalence (5.1%; Wittchen, Zhao, Kessler & Eaton, 1994). The incidence is twice as high among women (Wittchen et al., 1994). The disorder is associated with a severe psychosocial impairment, is typically chronic in course and is often associated with comorbid mental disorders such as depressive disorders and other anxiety disorders (Wittchen & Hoyer,

¹ Dieser Abschnitt basiert auf einer Publikation im *Journal of Personality Assessment* (Salzer, Pincus, Hoyer, Kreische, Leichsenring, & Leibing, 2008).

2001). GAD is characterised by excessive and chronic worrying referring to different areas of everyday life, which is experienced as uncontrollable by the patients (Hoyer, Becker & Roth, 2001). In addition, patients with GAD suffer from complaints such as irritability, restlessness, muscle tension, difficulty concentrating, sleep difficulties, feeling keyed up and easy fatigability (Marten, Brown, Barlow, Borkovec, Shear & Lydiard, 1993).

Interpersonal relationships are particular causes of concern and anxiety for GAD patients (Roemer, Molina & Borkovec, 1997). Stein and Heimberg (2004) showed that patients with GAD reported in particular to be not content with interpersonal relationships in their families. Clinical observation (e.g., Wells & Butler, 1997) shows that the assurance seeking behavior exhibited by GAD patients typically include efforts to control or observe their partners or family members. Interpersonal behavior and interpersonal problems have therefore been included into models explaining the etiology and maintainance of GAD (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002, Crits-Christoph, 2002; Eng & Heimberg, 2006).

Earlier research (e.g. Eng & Heimberg, 2006) has shown that GAD patients score higher than controls on a wide variety of interpersonal problems assessed by the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000), and report greater overall interpersonal distress. Of equal importance, it could be seen that a variety of interpersonal problems that still existed after cognitive-behavioral treatment exhibited negative correlations with symptom reduction at follow-up assessments (Borkovec et al., 2002). Thus, the authors suggested that extending the focus of cognitive behavioral therapy from an intrapersonal to an interpersonal focus could improve the treatment.

The IIP-C provides a valid method for assessing interpersonal dysfunction in clinical samples corresponding to the circumplex model of interpersonal behavior. The

interpersonal problems circumplex is a two-dimensional circular model of interpersonal dysfunction arising from the major interpersonal dimensions of personality (Horowitz, 1996; Kiesler, 1996; Pincus & Gurtman, 2006). The vertical axis represents problems with Dominance (or more broadly, Agency) and ranges from being too controlling (Domineering, [PA]; 90°) to being too nonassertive (HI; 270°). The horizontal axis represents problems with Nurturance (or more broadly, communion) and ranges from sacrificing one's own needs in favour of others' needs too much (Overly Nurturant [LM]; 0°) to lacking care for others and feeling interpersonally detached (Cold [DE]; 180°). Divided into eight octants, each spanning 45°, interpersonal problem octants between the poles (NO = Intrusive, BC = Vindictive, FG = Socially Avoidant, JK = Exploitable) represent blends of dominant and nurturant interpersonal problems (Wiggins, 2003).

Current research on interpersonal problems in GAD suggests there is not a one-to-one correspondence between GAD and forms of interpersonal dysfunction. This suggests that an appropriate model of the relationship between interpersonal personality characteristics and GAD is pathoplasticity (e.g., Klein, Wonderlich, & Shea, 1993; Widiger, Verhuel, & van den Brink, 1999). A pathoplastic relationship between personality and psychopathology exists when each bidirectionally influences the expression of other in non-etiological ways. Important is the proposition that personality (interpersonal style) impacts the appearance, presentation, course, and treatment of GAD. A small number of studies have demonstrated interpersonal pathoplasticity in homogenous diagnostic groups using the IIP-C. Slaney, Pincus, Uliazek and Wang (2006) identified a hostile and a friendly-submissive cluster of individuals with pathological perfectionism. Kachin, Newman and Pincus (2001) identified friendly-submissive and hostile-dominant clusters of patients with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed. [DSM-IV]; American Psychiatric Association, 1994) social phobia.

Hopwood, Clarke, and Perez (2007) identified four clusters of women high in bulimic features spanning all quadrants of the IIP-C. Importantly, clusters that have been found in these studies have not differed in level of symptom severity or comorbid diagnoses.

Kasoff and Pincus (2002) used the same approach to examine pathoplasticity of interpersonal problems in patients with GAD. Although the total sample of 47 patients with GAD was located in the friendly-submissive quadrant of the circumplex model, cluster analyses identified four interpersonal subtypes of GAD that they labelled as Intrusive (n=13), Cold (n=10), Nonassertive (n=9) and Exploitable (n=15). These clusters did not show correlations with comorbid disorders, and there were no differences with regard to the style of attachment. End-state functioning immediately after cognitive-behavioral treatment indicated that the Nonassertive and Exploitable GAD patients exhibited better adjustment than the Cold and Intrusive GAD patients. At 6-month follow-up, the functioning of Nonassertive and Exploitable GAD patients continued to improve, whereas the functioning of Cold and Intrusive GAD patients declined. Kasoff and Pincus (2002) interpreted these results as evidence for their assumption that interpersonal differences are not driven by comorbid pathology or attachment style and saw their pathoplasticity hypothesis confirmed. Thus, interpersonal subtypes seem to provide additional information that is not included in symptom measures. These subtypes may not only be useful for differential indication and individual case formulation but could also explain differences in therapy outcome. For example, Kasoff and Pincus (2002) suggested that submissive GAD clusters had a better therapy outcome than more dominant GAD clusters due to their personality compatibility with the patient—therapist role relationships in cognitive-behavior therapy (cf. Borkovec et al., 2002; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993; for divergent results see also Puschner, Kraft & Bauer, 2004).

Pincus et al. (2005) replicated the results of Kasoff and Pincus (2002) pertaining to interpersonal problems, diagnostic comorbidity, and attachment in a second independent sample of 83 GAD patients but did not report treatment response data. In this article, comparison data reported for the U.S. sample is limited to Kasoff and Pincus's (2002) initial sample.

To validate and extend these findings, it is necessary to test if this interpersonal pathoplasticity can be identified in a larger sample of patients with GAD and if the four subtypes of interpersonal problems found can be replicated elsewhere. For this reason, in this study, we addressed interpersonal problems in patients with GAD using the German version of the IIP-C (Horowitz, Strauß & Kordy, 2000). Our first goal was to evaluate the level and structure of interpersonal problems in patients with GAD. Consistent with the studies of Kasoff and Pincus (2002) and Pincus et al. (2005), we hypothesized that meaningful interpersonal subtypes can be found in this sample of GAD patients. Consistent with the pathoplasticity hypothesis, we expected these clusters to differ on interpersonal problems but exhibit no differences in gender, symptom severity, or comorbid disorders. Furthermore, we drew a comparison with the U.S. sample by Kasoff and Pincus (2002).

4.1.1 Method

Sample

In this study, we refer to a sample of 78 GAD patients who participated in two randomized controlled treatment studies carried out in the Department of Psychosomatics and Psychotherapy of the University of Goettingen and the Department of Clinical Psychology of the University of Dresden. The patients were recruited by referrals of psychotherapists and physicians in private practices as well as by advertisements and

information about the study in diverse media. All patients were diagnosed by structured clinical interviews according to DSM-IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 2000) by experienced interviewers to ascertain primary and comorbid diagnoses. To assure the validity of the clinical diagnoses, all interviewers were supervised.

Only patients between 18 and 65 years for whom GAD was the primary diagnosis were included. Primary diagnosis was defined as that diagnosis associated with the presently most severe impairment. The following exclusion criteria were applied: (a) the presence of any acute, unstable or severe Axis III medical disorder that might interfere with the successful completion of treatment; (b) any current or past history of schizophrenic disorder, bipolar disorder or Cluster "A" Axis II personality disorders; (c) any current or past neurological disorder; (d) criteria of alcohol or substance dependency or abuse, eating disorder, major depression, or borderline personality disorder fulfilled in the last 12 months; and (e) patients with current (additional) psychotherapeutic or psychopharmacological treatments.

Thirty five patients were included from the Goettingen unit and 43 from Dresden. Thus, a sample of N=78 patients with GAD resulted. Sub-samples of Goettingen and Dresden did not differ statistically with regard to age, sex ratio and education. Furthermore, no differences in the symptom severity of GAD and in the pattern of comorbid disorders associated with GAD were found between both subsamples. Thus, the following sample description only refers to the total sample.

Mean age was 43.1 years (SD=12.48); 76% of the sample were women, which is representative for the disorder; and 70.5% of the patients lived in a permanent partnership. As comorbid disorders, other anxiety disorders (44.9 %) and depressive disorders (41%) were most prominent. To control for a possible influence of comorbid disorders, the sample was divided into four diagnostic subgroups: "pure" GAD (n=20); GAD and

comorbid depression (n=26); GAD and comorbid anxiety disorder(s) without depression (n=17); GAD with comorbid anxiety disorder(s) and depression (n=15).

Measures

Symptom measures. Severity of depression was assessed by the Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) German version (Hautzinger, Bailer, Woral & Keller, 1995), a self-report instrument with a 4-point scale ranging from 0 (I do not feel sad) to 3 (I am so sad or unhappy that I can't stand it) including 21 items. Scores ≥ 18 are considered as clinically relevant (Hautzinger et al., 1995). Trait anxiety was assessed by the German version of the State-Trait-Anxiety Inventory (STAI; German version: Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981), a self-report instrument with 20 items and a 4-point scale ranging from 1 (not at all) to 4 (very much so). For a comparison, German normative data for women from 30-59 years are $M=36.85$ ($SD=9.50$). In addition, depression and anxiety were assessed by use of the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD; Hamilton, 1960), an instrument with 21 items and a 3-, 4, or 5-point scale ranging from 0 (absent) to 2 (severe), from 0 (absent) to 3 (delusions of reference or persecution), or from 0 (absent) to 4 (incapacitating); and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1959), which includes 14 items on a 5-point scale ranging from 0 (is none) to 4 (is very severe). For both Hamilton scales, no normative data exist. In the HAMA, scores >13 are considered as clinically relevant (Kobak, Reynolds & Greist, 1993). Both Hamilton scales were rated by three specifically trained, independent and blinded raters. In case of divergent ratings, consensus ratings were used. Cronbach's alphas for all symptom measures in this sample were in the range from .60 to .84.

IIP-C. Interpersonal problems were assessed using the German version of the IIP-C (Horowitz et al., 2000) based on the interpersonal circumplex model (Alden, Wiggins &

Pincus, 1990; see Figure 4.1.1). The IIP-C is a 64-item inventory of distressing interpersonal behaviors the respondent identifies as “hard to do” (i.e., behavioral inhibitions) or “does too much” (i.e., behavioral excesses). Items were derived from verbatim transcripts of patients’ psychotherapy intake interviews. Subsequent analyses identified the current version, which conforms to the interpersonal circumplex, through the covariation among the 8 IIP-C octant scales. Cronbach’s alphas for the octant scales in this study were: PA, Domineering=.75; BC, Vindictive=.77; DE, Cold=.82; FG, Avoidant=.85; HI, Nonassertive=.85; JK, Exploitable=.77; LM, Overly Nurturant=.77; NO, Intrusive=.75. The validity of the IIP-C has been supported in investigations of its relations with various forms of psychopathology (e.g., Kachin, et al., 2001; Pincus & Wiggins, 1990; Soldz, Budman, Demby & Merry, 1993), therapeutic alliance (e.g., Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994), psychotherapy process (e.g., Gurtman, 1996), and psychotherapy outcome (e.g., Borkovec, et al., 2002; Maling, Gurtman & Howard, 1995; Ruiz et al., 2004).

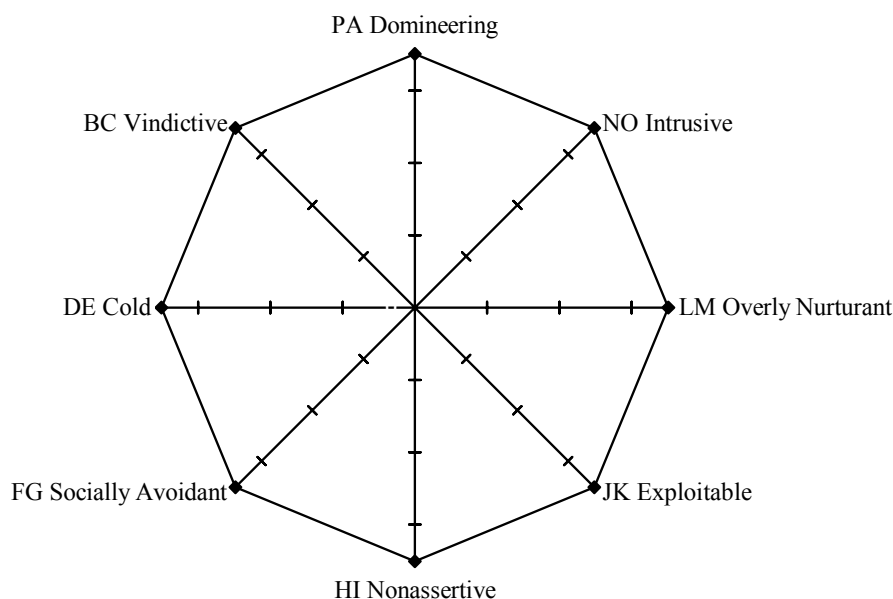


Figure 4.1.1. Circumplex of interpersonal problems

Statistical Methods

Structural Summary Method for Circumplex Data

The level and structure of interpersonal problems in patients with GAD was examined by the structural summary method for circumplex data. This circumplex analytic approach involves creating a structural summary of the IIP-C profile by modelling the pattern of octant scores to a cosine-curve function. Accordingly, the profile is “decomposed” into two parts: a structured component (cosine function), reflecting the prototype for a circumplex, and a deviation component. As shown in Figure 4.1.2, the parameters of this curve are its (a) angular displacement, or the peak-shift of the curve, from 0°; (b) amplitude, or peak value; and (c) elevation, or mean level. The coordinates in the analysis are the polar angles of the octant scales, as shown in the earlier Figure 4.1.1; for example, PA at 90°, BC at 135°, and so forth. The goodness of fit of the modelled curve to the actual scores can be also calculated by an R^2 value, which essentially indicates the degree to which the profile conforms to circumplex expectations. Gurtman and Balakrishnan (1998) provided a detailed description of the structural summary as well as procedures for solving for the various parameters.

Gurtman and Balakrishnan (1998) also offered interpretive guidelines that relate each of these summary features to clinical hypotheses. The angular displacement of the curve indicates the person’s interpersonal “central tendency,” signifying the individual’s “typology” (Leary, 1957) or predominant interpersonal “theme” (Kiesler, 1996). For example, based on the circumplex of Figure 4.1.1, an angle of 135° suggests the central interpersonal qualities of distrust, exploitativeness, and vindictiveness (broadly, hostile dominance); 180° suggests lack of warmth and interpersonal distance, and so on. Amplitude is a measure of interpersonal flexibility versus rigidity. It is viewed as a measure of the profile’s “structured patterning,” or degree of differentiation, indicating

the extent then to which the predominant trend “stands out.” An amplitude value of 0 indicates a flat (i.e., undifferentiated) profile; high amplitude indicates a profile with a clear interpersonal peak (and trough). Thus, high amplitude is evidence of an extreme or unwavering interpersonal style with inflexible adaptations to different interpersonal situations (Gurtman, 1994, 1996). Elevation, or the mean level of the curve, is an index of global level of interpersonal distress that an individual reports across all types of interpersonal problems (Gurtman, 1994) with high values indicating high overall distress or maladjustment.

In this study, we followed guidelines for interpreting structural summaries of group-level data (Slaney et al., 2006). To the extent that a group’s profile exhibits nontrivial amplitude (i.e., is differentiated) and conforms well to circumplex expectations (i.e., $R^2 \geq .70$), the group may be distinctively characterized by the prototypical interpersonal problem pattern indicated by the profile’s angular displacement and the level of distress associated with that interpersonal problem pattern as indexed by the profile’s elevation. This approach has been used successfully to identify distinct interpersonal profiles among groups of individuals exhibiting pathological perfectionism (Slaney et al., 2006), those diagnosed with DSM-IV social phobia (Kachin, et al., 2001), those diagnosed with DSM-IV generalized anxiety disorder (Kasoff & Pincus, 2002), and women high in bulimic features (Hopwood et al, 2007). The method has also been used to evaluate the consistency of multiple judges’ interpersonal assessments of target individuals (Ansell & Pincus, 2004).

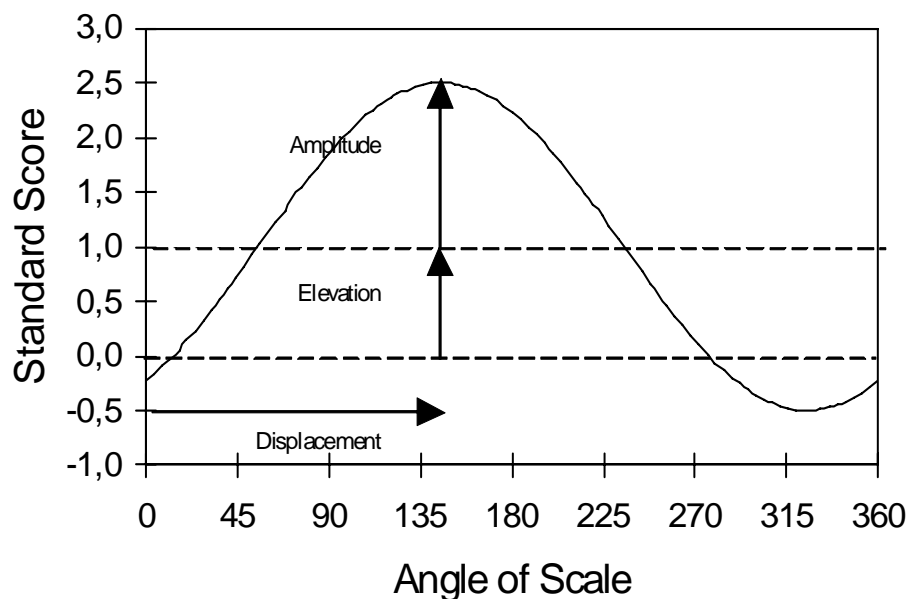


Figure 4.1.2. Circumplex structural summary. From “Interpersonal perceptions and the Five-Factor Model of personality: An examination using the structural summary method for circumplex data”, by E.B. Ansell & A.L. Pincus, 2004, *Multivariate Behavioral Research*, 39, pp. 177. Reprinted with permission from Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Cluster Analyses and Cluster Comparison

To examine whether the remarkableness of the four interpersonal subtypes found by Kasoff and Pincus (2002) can be confirmed, we conducted cluster analyses. The goal of a cluster analysis is to build homogenous subsamples or groups of persons out of a heterogeneous total sample. The clusters were constructed on the basis of the two IIP-circumplex axes Dominance and Nurturance as a criterion for similarity–unsimilarity. The mean values for the two dimensions were computed by z-standardized raw scores according to Gurtman (1994). To allow for a comparison with the study by Kasoff and Pincus (2002), we used their four cluster centroids to assign each of the German patients to one of these four clusters (nearest centroid sorting procedure). This classification was

made by searching for the smallest distance between the patients' scores on the two IIP-circumplex axes Dominance and Nurturance and the specified centroids by partitional cluster analysis. The interpersonal distinctiveness of the clusters was appraised by comparing their resulting structural summary parameters with those of the overall sample.

We compared identified patient clusters on IIP-C Dominance and Nurturance scores, IIP subscales, and severity of anxious and depressive symptoms by conducting one-way analyses of variance. Furthermore, we calculated chi-square tests to examine the influence of gender and comorbidities on the built clusters.

4.1.2 Results

Sample Description: Symptoms of Anxiety and Depression

With regard to trait anxiety, the STAI mean score of the sample was $M=55.22$ ($SD=8.57$). In the observer rated measures, the patients yielded a HAMA mean score of $M=23.77$ ($SD=6.64$). These scores are comparable to the results of another German GAD sample reported by Linden, Bär, Zubrägel, Ahrens, and Schlattmann (2002). With regard to depression, the GAD patients yielded a BDI mean score of $M=16.13$ ($SD=8.19$), which can be interpreted as moderate depressive symptoms, and a HAMD mean score of $M=14.77$ ($SD=6.20$). These results are similar to those found by Borkovec et al. (2002) for their sample of GAD patients.

IIP Structural Summary Scores

In Table 4.1.1, the mean scores on the circumplex dimensions and the structural summary scores of the samples of Goettingen/Dresden and Pennsylvania (Kasoff & Pincus, 2002) are presented. Although there were no differences between the German and the U.S. GAD samples with regard to their location in the interpersonal space and their

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

amplitudes, there was a significant difference with regard to elevation (two-tailed t-test: $t(94)=-2.83, p<.05$) with a small effect of $d=.28$ (Cohen, 1988).

Table 4.1.1. Mean scores (standard deviations) of the circumplex axes and the structural summary scores of the German and the U.S. generalized anxiety disorder samples

IIP	German Sample ^a	U.S. Sample ^b
Circumplex axes		
Dominance	-0.41 (0.55)	-0.23
Nurturance	0.25 (0.61)	0.14
Elevation	0.35 (0.78)	0.62
Amplitude	0.83 (0.45)	0.84
Angle	301.37°	301.90°
R ²	0.93	0.69

Note. ^a N=76; ^b N=47; data from Kasoff & Pincus, 2002

Results of Cluster Analysis

Clusters were built by assigning the German GAD patients to the cluster centroids of the four clusters Intrusive, Cold, Nonassertive, and Exploitable found by Kasoff and Pincus (2002). In Table 4.1.2, the cluster centroids (scores of the two circumplex axes Dominance and Nurturance) of the four clusters in the U.S. and the German sample are given. To control the cluster solution found by Kasoff and Pincus (2002), we conducted agglomerative hierarchical cluster analyses, but no more convincing cluster solution was found.

4. Subtypen interpersonalen Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

Table 4.1.2. Comparison of the cluster centroids (Inventory of Interpersonal Problems Dominance and Nurturance scores) of the four clusters in the U.S. and the German sample

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4	
	Intrusive		Exploitable		Cold		Nonassertive	
Sample	U.S.	G.	U.S.	G.	U.S.	G.	U.S.	G.
Dominance	0.47	0.35	-0.46	-0.59	0.12	-0.12	-1.18	-1.18
Nurturance	0.58	0.52	0.50	0.58	-0.48	-0.41	-0.44	-0.35

Note. U.S.=U.S. sample of generalized anxiety disorder (GAD) patients

(Kasoff & Pincus, 2002); G.=German sample of GAD patients

Figure 4.1.3 shows the location of the four German clusters in interpersonal circumplex.

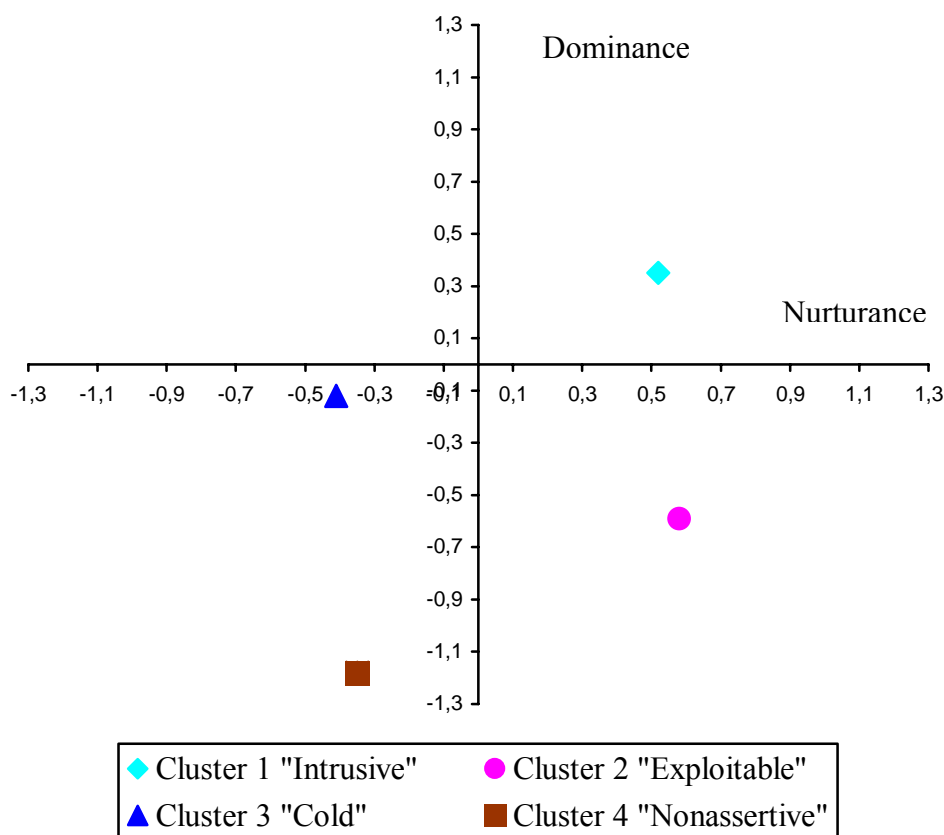


Figure 4.1.3. The four GAD clusters in the interpersonal circumplex space

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

The IIP-C profiles of the four found clusters are presented by their structural summary scores given in Table 4.1.3. Consistent with the idea of clustering, the four built clusters differed significantly on the eight IIP-C octant subscales, with F values from 3.65 to 9.73 (p's from $p < .05$ to $p < .001$)².

Table 4.1.3. Mean scores (standard deviations) for the structural summary, anxiety, and depression variables in the four generalized anxiety disorders clusters

IIP-C	Cluster 1 ^a	Cluster 2 ^b	Cluster 3 ^c	Cluster 4 ^d	F	sign.
	Intrusive	Exploitable	Cold	Nonassertive		
Dominance	0.35 (0.24)	-0.59 (0.40)	-0.12 (0.34)	-1.18 (0.22)	37.39	***
Nurturance	0.52 (0.38)	0.58 (0.43)	-0.41 (0.34)	-0.35 (0.56)	29.26	***
Elevation	0.19 (0.73)	0.32 (0.70)	0.32 (0.98)	0.80 (0.74)	1.07	ns
Amplitude	0.73 (0.21)	0.89 (0.50)	0.55 (0.31)	1.33 (0.21)	7.27	***
Angle	33.94°	314.51°	196.31°	253.48°		
R ²	0.65	0.93	0.93	0.96		
BDI	14.91 (6.14)	15.21 (7.52)	18.59 (9.86)	17.25 (10.57)	0.79	ns
STAI-T	54.64 (6.48)	54.21 (8.29)	55.82 (10.76)	59.00 (7.11)	0.74	ns
HAMA	22.91 (5.65)	24.13 (6.56)	24.56 (6.93)	22.13 (8.73)	0.33	ns
HAMD	12.82 (5.56)	14.36 (6.18)	16.56 (5.85)	15.88 (7.75)	0.95	ns

Note. N = 76. IIP-C = Inventory of Interpersonal Problems; sign. = significance; * $p < .001$; ns = not significant; BDI = Beck Depression Inventory; STAI-T = State-Trait-Anxiety Inventory, Trait-anxiety; HAMA = Hamilton Anxiety Rating Scale; HAMD = Hamilton Depression Rating Scale
F from one-way analyses of variance. Bonferroni corrected comparison are Dominance: 4 < 2 < 3 < 1; Nurturance: 1 = 2 > 3 = 4; Amplitude: 1 < 4, 2 < 4, 3 < 4, 2 > 3
^a n=11 (14.5%). ^b n=40 (52.6%). ^c n=17 (22.4%). ^d n=8 (10.5%).

² We do not present all subscale data to shorten the Results section, but in the Discussion section, we mention the characteristic subscales for the four clusters.

As shown in Table 4.1.3, the four clusters differed significantly on the two circumplex axes and their amplitudes. Bonferroni-corrected comparisons showed that all clusters differed significantly on the Dominance axis, whereas on the Nurturance axis, the Intrusive and the Exploitable cluster differed significantly from the Cold and Nonassertive cluster (Table 4.1.3). Regarding amplitude, the Nonassertive cluster with its high amplitude of 1.33 (SD=0.21) differed significantly from all other clusters (Table 4.1.3). Furthermore, the amplitudes of the Exploitable and the Cold cluster were significantly different (Table 4.1.3). So the four clusters varied significantly regarding their location in interpersonal space. Furthermore, some significant differences regarding their interpersonal rigidity could also be found.

It is noteworthy that over 50% of the patients were assigned to the Exploitable cluster, which suggests that this interpersonal subtype seems to be most meaningful in a German GAD sample. (For comparison, the patients of the U.S. sample showed the following distribution to the clusters: Intrusive=27.7%, Exploitable=21.3%, Cold=19.1%, Nonassertive=31.9%). Contrary to the results of Kasoff and Pincus (2002), one of the four clusters in the German sample exhibited a decreased R^2 score relative to the total GAD sample (Cluster 1 Intrusive: $R^2=0.65$). This suggests that although differing in levels of Dominance and Nurturance, from a circumplex perspective, it was no more interpersonally distinct than the total GAD sample.

Concordant with our hypothesis and earlier results, there were no significant differences with regard to the distribution of gender, $\chi^2(3, N=76)=2.80, p>.40$ or comorbid disorders by the four diagnostic subgroups, $\chi^2(9)=5.21, p>.80$. Furthermore, there were no significant differences concerning the extent of anxiety or depression between the four clusters (Table 4.1.3). Thus, cluster assignment is not driven by differential symptom severity or comorbid psychopathology.

4.1.3 Discussion

This study contributes to describing the interpersonal characteristics of GAD and confirms some previous findings (Kasoff and Pincus, 2002; Pincus, et al., 2005). Comparing the IIP-C structural summary scores of the German sample of GAD patients with the sample by Kasoff and Pincus (2002), it was shown that both total samples are located in the friendly submissive quadrant of the IIP-circumplex space (angle of displacement: German sample = 301.37°; U.S. sample = 301.90°; see Table 4.1.1). In both samples, the magnitude of interpersonal rigidity is similar (amplitude: German sample = 0.83; U.S. sample = 0.84). With regard to elevation, there is a significant difference: the patients from Pennsylvania reported more interpersonal distress (elevation: German sample = 0.35; U.S. sample = 0.62) with a small effect.

It is of note that the R^2 of the German sample ($R^2=0.93$) was much higher than the R^2 of the U.S. sample ($R^2=0.69$; Table 4.1.1), which means that the German sample's group profile was more prototypical of the interpersonal theme of exploitability than the U.S. sample. However, although the German sample can be considered interpersonally distinct, the similar or higher resulting R^2 scores for three of the four clusters (see Table 4.1.3) and moderate to high amplitudes for all clusters show that searching for interpersonal subtypes still provides additional patient information. The high R^2 of the total sample could be the result of the prominence of cluster 2 "Exploitable" ($n=40$) in the German sample, which represents more than 50% of the total sample studied here, whereas patients of the U.S. sample were more equally distributed to their four clusters. This Exploitable pattern of interpersonal problems seems to be particularly relevant for patients with GAD at least in the German sample. However, this result is also consistent with the results of Crits-Christoph, Conolly Gibbons, Narducci and Schamberger (2005)

who showed that patients suffering from GAD reported the most interpersonal problems on the subscale JK, Exploitable.

Although the clusters Exploitable, Cold, and Nonassertive seemed also meaningful in our sample of GAD patients, the interpersonal prototypicality of our Intrusive cluster was not comparable to those found by Kasoff and Pincus (2002). Accordingly, this cluster seems to be less meaningful in this German sample of GAD patients. Nevertheless, it is important to say that a more reasonable and compelling cluster solution was not found by hierarchical clustering (e.g., three- or five-cluster solutions). At this point the boundaries of inductive procedures like cluster analyses become apparent.

As was shown in Table 4.1.3, the patients of the four clusters significantly differed on the circumplex dimensions Dominance and Nurturance as well with regard to interpersonal rigidity. These results confirm the relevance of our cluster solution, so it can be assumed that searching for interpersonal subtypes in GAD makes sense. Importantly, the differences in interpersonal rigidity give a first advice that the different subtypes are related to varying impairment. Consistent with the expectations of pathoplasticity, there were no significant differences in the severity of symptoms over the four clusters (Table 4.1.3). The assignment of the clusters was also independent of the patients' gender and of comorbid disorders. Thus, the variation in interpersonal dysfunction expressed by GAD patients is not due to differences in symptom severity or comorbid diagnoses. Therefore, we suggest that subtypes of interpersonal problems provide important additional diagnostic information beyond the information provided by classificatory diagnoses and measures of symptoms.

Despite some differences between the German and the U.S. sample, it is important to mention the similarity between the two GAD samples regarding the structure of their interpersonal problems and the four interpersonal subtypes. This is also interesting

because patients' age or gender was not matched over the two samples, but these variables are quite relevant with regard to interpersonal problems (Horowitz et al., 2000). Altogether, the results of this study confirm the remarkableness of friendly submissive interpersonal problems in patients with GAD and support the assumption of interpersonal pathoplasticity in GAD pointed out by Kasoff and Pincus (2002) and Pincus et al. (2005).

Characteristics of the Clusters

Although the Cluster 1 Intrusive of the German sample is less prototypical than that of the U.S. sample, some of these patients showed that a subgroup of GAD patients seemed to have difficulties accepting distance between them and their interpersonal partners. These patients showed a high level on the subscale NO, Intrusive. Their problems of being alone possibly indicate impaired object constancy (Hartmann, 1952). The idea of object constancy points out the importance of the ability to incorporate others' representations in mind and therefore experience continuity. This ability can be regarded as a person's precondition for accepting distance to relevant others. Thus, impaired object constancy may correspond with the typical interpersonal behavior of patients with GAD (e.g. frequent calling or asking if everything is alright again and again). The large Cluster 2 Exploitable contains patients with high scores on the subscales HI, Nonassertive; JK, Exploitable; and LM, Overly Nurturant. These patients sacrifice their own needs in favour of others' needs, and they experience themselves as submissive in contact with other people. In patients suffering from GAD this interpersonal pattern seems to be highly relevant. Nevertheless, patients with GAD may considerably differ on the Nurturance dimension as was shown in Table 4.1.3 and Figure 4.1.3. For the patients from Cluster 3 Cold, high scores on the subscales DE, Cold and FG, Socially Avoidant are characteristic and this could be explained by attachment theory. Gallo, Smith and Ruiz (2003) linked results of styles of attachment with results on the IIP. Gallo et al. found that greater

attachment insecurity characterized by high scores on the Anxiety or Avoidance scales results in a location in the cold-submissive quadrant of the circumplex space. For this reason, it can be assumed that the location of GAD patients on the Nurturance dimension of the IIP is also influenced by their style of attachment. This location may be influenced by experiences of violent or sexual abuse, which at least some patients of the German GAD sample reported (see also Crits-Christoph, Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Fichter & Rudick, 1995). Interpersonal experiences of this kind may cause a rather cold and avoidant interpersonal behavior. The high extent of interpersonal distress and interpersonal rigidity of Cluster 4 Nonassertive point to the fact this interpersonal pattern complies with the most severe impairment. These patients have distinctive problems with being assertive at least in the presence of other people.

Some Clinical Implications

The results of interpersonal subtypes within a homogenous diagnostic group point to the specific diagnostic value of the IIP. This seems to be of particular relevance, as interpersonal attributes of the patient play an important role in establishing the therapeutic relationship (Gurtman, 1996, 2004; Muran, et al., 1994). According to Kiesler's (1983, 1996) considerations of complementarity of reciprocal interpersonal behaviors, an association between the interpersonal problems of the patients and the interaction established in the therapeutic relationship can be assumed.

Starting from different patterns of interpersonal problems, considerations for setting differential foci in the therapeutic process can be derived. For some patients of Cluster 1 Intrusive and for the patients of Cluster 2 Exploitable, it will be necessary that interpersonal boundaries are set in the therapeutic relationship. In GAD patients of Cluster 3 Cold, the approach to interpersonal closeness and to relating to others will be important,

whereas for patients of Cluster 4 Nonassertive, it will be important to develop and integrate assertive tendencies into their interpersonal behavior.

Beyond these potential therapeutic implications, perspectives of analysing interpersonal problems are of major importance for psychotherapy research. Searching for interpersonal subtypes could be regarded as a useful compromise between evaluating the IIP profile for each single person and detecting only one IIP profile for a total sample. It seems highly probable that subgroups as described in this research may benefit in a differential way from treatments and thus moderate treatment effects. Differential treatment response as a function of problematic interpersonal style has been demonstrated in both general patient populations (e.g., Horowitz, et al., 1993; Maling, et al., 1995) as well as in GAD patients (e.g., Kasoff & Pincus, 2002).

One limitation of this study concerns the lack of validation data for the utility of subtype classifications. Although these subtypes provide additional diagnostic information, at this time, our findings do not allow statements about their relevance for predicting therapy outcome and therapeutic alliance. Accordingly, the practical relevance of the pathoplasticity hypothesis for GAD, which goes beyond appearance and presentation of the disorder, still needs to be clarified. Therefore, it is of relevance to investigate the influence of interpersonal subtypes on treatment outcome in the further evaluation of our psychotherapy study after termination.

Altogether, further studies investigating the clinical specificity of the interpersonal circumplex that we found for GAD seem of major interest. Knowing more about interpersonal subgroups should help understand the maintenance of a disorder, improve matching between therapist and patient and lead to more sophisticated analyses in treatment studies. Thus, such an implementation would exploit the full potential of the IIP as a diagnostic instrument in psychotherapy research.

4.2 Studie II: Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: a pilot study³

Abstract. Interpersonal problems are highly relevant to the treatment of generalized anxiety disorder (GAD) patients. Previous studies using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 2000) identified several interpersonal subtypes in GAD patients (Kasoff & Pincus, 2002; Salzer et al., 2008). In this study, we wanted to replicate earlier findings of interpersonal subtypes in GAD. We investigated whether these interpersonal subtypes are characterized by different types of interpersonal problems and different levels of interpersonal distress, and we further examined whether they differed with regard to improvement of interpersonal problems after short-term treatment. This study is based on results from a randomized controlled trial that investigated short-term treatments in GAD outpatients (Leichsenring et al., 2009). For secondary analysis, interpersonal subtypes were identified by cluster analysis and IIP profiles were calculated for both the total sample (N=52) and the interpersonal subtypes using the Structural Summary Method for Circumplex Data (Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy, & Hilsenroth, 2009).

This study confirmed previous results demonstrating the existence of interpersonal subtypes in GAD. Four interpersonal subtypes were identified: Overly Nurturant, Intrusive, Socially Avoidant and Nonassertive. Short-term treatment significantly improved interpersonal problems ($d=0.46$) within the total GAD sample. Interestingly, the effect sizes of the four clusters differed considerably ($d=0.19-1.24$) and the clusters displayed different changes in the two circumplex axes Dominance and Nurturance. Our study indicates that change of interpersonal problems needs to be specifically analyzed, even within homogenous diagnostic groups.

³ Dieser Abschnitt basiert auf einer zur Veröffentlichung angenommenen Publikation in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* (Salzer, Pincus, Winkelbach, Leichsenring, & Leibing, in press).

Interpersonal problems play an important role in the pathology of generalized anxiety disorder (GAD) (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Crits-Christoph, 2002; Eng & Heimberg, 2006). Interpersonal relationships are a particular source of worry, concern and anxiety for patients with GAD (Roemer, Molina, & Borkovec, 1997). Stein and Heimberg (2004) showed that patients with GAD are usually dissatisfied with the interpersonal relationships in their families. In addition, GAD patients typically score higher than controls on a wide variety of interpersonal problems (Eng & Heimberg, 2006) assessed by the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000).

Borkovec et al. (2002), Crits-Christoph et al., (2005) and Kasoff and Pincus (2002) all found that clinical improvements in interpersonal problems were dependent on the predominant interpersonal theme of the GAD patient. Several studies using the IIP-C have demonstrated the existence of interpersonal subtypes in GAD patients and identified four prototypical interpersonal clusters that display predominantly exploitable, nonassertive, cold or intrusive types of interpersonal problems (Kasoff & Pincus, 2002; Salzer, Pincus, Hoyer, Kreische, Leichsenring, & Leibing, 2008). These clusters, or subtypes, of patients reported distinct patterns of interpersonal problems but exhibited no significant differences in symptom severity or mental comorbidity. Thus, interpersonal subtypes may provide information that is clinically useful but is not currently included in diagnosis. These subtypes may not only be useful for understanding individual cases but could also explain general changes in interpersonal problems.

Because interpersonal problems are highly relevant to GAD treatment, the goal of this pilot study was to identify interpersonal problems and examine their improvement in GAD patients. Although interpersonal problems are often used as moderating or mediating variables to predict treatment outcome, we focused only on interpersonal

subtypes and their improvement of interpersonal problems. In particular, we wanted to (a) replicate earlier findings that identified interpersonal subtypes in GAD patients, (b) understand how the specific patterns of interpersonal problems differ in these interpersonal subtypes and (c) investigate whether these interpersonal subtypes exhibit different levels of improvement after short-term psychodynamic psychotherapy or cognitive-behavioral treatment.

4.2.1 Method

Participants and Procedure

This study used a sample of 52 GAD outpatients who were treated in a randomized controlled trial⁴ that compared short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with cognitive-behavioral treatment (CBT). The results of the primary study have already been published (Leichsenring et al., 2009). The study was performed in the Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at the University of Goettingen between May 2001 and June 2007 and was approved by the ethics committee of the Medical Faculty of Georg-August-University in Goettingen. The patients were either referred by psychotherapists and physicians in private practices or recruited by advertisements and descriptions of the study presented in mass media. After providing informed consent, the patients were randomly allocated into one of the two treatment groups.

All patients were diagnosed using Structured Clinical Interviews (SCID I, II; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) with DSM-IV criteria (Sass, Wittchen & Zaudig, 2000). All interviews were performed by experienced psychologists with master's degrees in clinical psychology and training in SCID. Diagnoses were made based on the

⁴ The study was partially supported by grants from the Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG; LE 1250/1-1 / 1-2).

consensus of at least two experienced clinical psychologists. A total of 231 patients were screened. Fifty-seven patients fulfilled the inclusion criteria and did not meet any of the exclusion criteria.

The following inclusion criteria were applied: age between 18 and 65 years and a primary diagnosis of GAD. A primary diagnosis of GAD was defined as the most severe level of mental disorder according to the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993; Margraf, Schneider & Ehlers, 1991). The following exclusion criteria were applied: (1) any acute, unstable, or severe Axis III medical disorder that might interfere with the successful completion of treatment; (2) any current or previous diagnosis of a schizophrenic disorder, a bipolar disorder, or a Cluster A or B Axis II disorder; (3) any current or previous neurological disorder; (4) alcohol or substance abuse, an eating disorder, or major depression in the previous 12 months; (5) current psychotherapeutic or psychopharmacological treatment.

Five patients did not complete their treatment: one patient dropped out because of problems in the therapeutic relationship and four patients moved to other cities (two in each treatment group). Therefore, this study included the 52 patients who finished their psychotherapy as expected.

The mean age of these patients was 43.46 years (SD=12.36 years). In total, 80.8% of the sample was women, and 82.7% of the patients were in a permanent relationship. Sixteen patients (30.8%) were only diagnosed with GAD and thirty-six patients (69.2%) were diagnosed with GAD in addition to one or more comorbid disorders. Other anxiety disorders (32.7%) and minor depressive disorders/dysthymia (25%) were the most prominent comorbid disorders. Some patients exhibited comorbid adjustment disorders (19.2%), obsessive-compulsive disorders (11.5%) and somatoform disorders (5.8%). None of the patients was diagnosed with an axis II personality disorder.

Treatments

Both CBT and STPP included up to 30 (50-minute) sessions that were performed according to treatment manuals. The CBT manual (Leibing, Winkelbach & Leichsenring, 2003) combines different techniques as they are used by Borkovec and Ruscio (2001) and Brown, O'Leary and Barlow (1993). The STPP protocol was based on Luborsky's (1984) supportive-expressive therapy, which was specifically adapted for GAD treatment by Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Fichter & Rudick (1995). For this study, the GAD treatment manual of Crits-Christoph et al. (1995) was adapted for a 30-session treatment (Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2005). The consistent use of treatment manuals by each group of therapists was ensured by repeated group supervision. This supervision was performed on a monthly basis by supervisors who were highly experienced in CBT or STPP and were highly familiar with the relevant treatment manual. The supervisors read and discussed the manual with each group of therapists and reviewed audiotaped cases and special treatment situations.

For each type of treatment, one audiotaped session was randomly selected and rated by nine independent raters who were provided with extensive information about the two treatment manuals. Each of the sessions was rated by three to eight of these raters, who were unaware which treatment was being applied. The raters correctly identified 26 (89.7%) of the 29 CBT sessions as the form of therapy described in the CBT manual and correctly identified 24 (85.7%) of the 28 STPP sessions as the form of therapy described in the STPP manual (overall rate of correct identification=87.7%). The kappa value for agreement above the level of chance was 0.76 (Cohen, 1960), which indicates excellent agreement above chance level (Shrout, Spitzer & Fleiss, 1987). These results suggest that the treatments were performed in accordance with their respective manuals.

The patients who completed CBT received a mean of 28.8 sessions (SD=3.4), and the patients who completed STPP received a mean of 29.1 session (SD=3.1).

Therapists

Treatments were performed by nine licensed psychotherapists who work in private practice and regularly employ either CBT or STPP. Three of the nine psychotherapists were women. At the beginning of the study, the mean age of the therapists was 47.9 years (range=41-53 years) and their average clinical experience was 18.7 years (range=12-30 years) for the CBT therapists and 16.3 years (range=4-26 years) for the STPP therapists. All therapists were specifically trained in the use of the appropriate treatment manual by the developers of the German versions of the manuals.

Assessment and Measures

Data were assessed at baseline (Pre-) and at the end of treatment (Post-). Interpersonal problems were assessed using the 64-item, German version of the *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz et al., 2000), which is widely used in psychotherapy research. In accordance with the Interpersonal Circumplex Model (Alden, Wiggins & Pincus, 1990), the IIP consists of eight subscales or octants (PA–Domineering, BC–Vindictive, DE–Cold, FG–Socially Avoidant, HI–Nonassertive, JK–Exploitable, LM–Overly Nurturant, NO–Intrusive). These subscales can be divided into two orthogonal dimensions: Dominance and Nurturance. The IIP is an inventory of distressing interpersonal behaviors that the respondent identifies as “difficult to do” (i.e., behavioral inhibitions) or “does too much” (i.e., behavioral excesses). Each subscale on the IIP includes eight items describing potentially difficult interpersonal situations that are rated by the patients on a five-point Likert scale. The Cronbach’s alpha for the total IIP was .93. The Cronbach’s alphas for the octant scales in the current study were PA—Domineering (.72), BC—Vindictive (.65), DE—Cold (.80), FG—Avoidant (.83), HI—Nonassertive

(.89), JK—Exploitable (.69), LM—Overly-Nurturant (.76), and NO—Intrusive (.68). The validity and reliability of the IIP have been demonstrated in several studies based on data from a representative sample of the German population (Horowitz et al., 2000).

Anxiety was assessed using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Hamilton, 1959). The Cronbach's alpha for the HAMA was .68. The HAMA was rated by three specifically trained and independent raters who were unaware of the treatment condition. In the case of divergent ratings, the raters discussed the findings until a consensus was reached.

Statistical Methods

Because both treatments produced comparable results in treating interpersonal problems (see Leichsenring et al., 2009), we decided to pool the data from both conditions. A one-way ANOVA showed no significant difference between the two treatment groups for the IIP at baseline ($F(1,50)=.15$, $p=.70$). A repeated-measures ANOVA using baseline and post-assessment scores showed a significant main effect (Time: $F(1,50)=25.85$, $p<.001$) but no significant interaction effect (Time x Treatment: $F(1,50)=.12$, $p=.73$). These results indicate that CBT and STPP did not produce different effects in the total GAD sample. Furthermore, an analysis of clinical significance (see Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999) showed no differences in the IIPs of the two treatment conditions. To calculate the Reliable Change Index, Cronbach's alpha was used to measure reliability (see also Schauenburg and Strack, 1999). In each treatment condition, five patients only achieved reliable change while eight patients achieved clinically significant change. Therefore, it seemed reasonable to pool the data from both treatment conditions.

To investigate interpersonal problems, the Structural Summary Method for Circumplex Data (Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy, & Hilsenroth, 2009) was

applied, and structural summaries were calculated for IIP Pre- and Post-data. The circumplex analytic approach creates a structural summary of the IIP-C profile by modeling the pattern of octant scores to a cosine-curve function. The parameters of this curve are (a) its angular displacement (or the peak shift of the curve) from 0°, (b) its amplitude based on the degree of difference, and (c) its elevation or mean level. The polar angles of the octant scales (e.g., PA at 90°, BC at 135°, etc.) are the coordinates used for analysis. The goodness-of-fit of the modeled curve to the actual scores can be also calculated with an R^2 value, indicating the degree to which the profile conforms to circumplex expectations. For more details on circumplex analysis, see Salzer et al. (2008) and Wright et al. (2009).

Gurtman and Balakrishnan (1998) offer interpretive guidelines that relate each feature of the summary to clinical hypotheses:

- The Angle of the curve indicates the individual's interpersonal "central tendency" and represents the individual's "typology" (Leary, 1957) or predominant interpersonal "theme" (Kiesler, 1996).
- The Amplitude measures the profile's "structured patterning" or degree of differentiation, indicating the extent to which the predominant trend "stands out." An amplitude of 0 indicates a flat (i.e., undifferentiated) profile; a high amplitude indicates a profile with a clear interpersonal peak (and trough). A high amplitude can indicate an extreme or unwavering interpersonal style that does not adapt to different interpersonal situations (Gurtman, 1994).
- The Elevation, or the mean height of the curve, is an index of the individual's global level of interpersonal distress across all types of interpersonal problems (Gurtman, 1994; Tracey, Rounds & Gurtman, 1996). Here, high values indicate high overall distress or maladjustment.

The interpersonal subtypes were identified using cluster analyses. The goal of a cluster analysis is to build homogenous subsamples or groups of similar individuals from a larger, heterogeneous sample. The clusters were constructed using the two IIP-circumplex axes for Dominance and Nurturance as the criteria for similarity/dissimilarity. The mean values of the two dimensions were computed using z-standardized octant scores, as described by Gurtman (1994). We conducted several hierarchical cluster analyses while minimizing the number of clusters. The results represent the most reasonable cluster formations based on agglomerative cluster analysis with squared Euclidean distances and the average linkage between groups. The identified interpersonal clusters were compared in terms of IIP Elevation and Amplitude, the circumplex axes Dominance and Nurturance, and the pre-treatment severity of anxious symptoms (HAMA). These analyses were conducted using one-way ANOVAs, and chi-square tests were calculated to examine the influence of gender and comorbidities on the constructed clusters.

To test whether the IIP scores of the patients significantly improved after treatment, two-tailed, paired *t*-tests were calculated. The alpha was set to 0.0125 (0.05/4) to protect against type I error inflation. Related effect sizes (Cohen, 1988) were used to compare differences in the improvement of interpersonal problems (Elevation), differences in structured patterning (Amplitude), and changes in the location of interpersonal space (Dominance, Nurturance) between the clusters. The intra-group effect sizes were measured by calculating the difference between the pre-treatment mean and the post-treatment mean and dividing it by the pre-standard deviation.

4.2.2 Results

When taking into account the total GAD sample (N=52), the mean scores of the two IIP-circumplex axes showed that, on average, the sample fell into the friendly-submissive quadrant of the Interpersonal Circumplex at the beginning of treatment (Angle=309°). The following structural summary scores (standard deviations) were obtained: Dominance=-0.41 (0.53), Nurturance=0.33 (0.61), Elevation =0.64 (0.69), and Amplitude=0.85 (0.46). After treatment, the following scores were obtained: Dominance=-0.27 (0.57), Nurturance=0.37 (0.61), Elevation =0.32 (0.75), and Amplitude=0.82 (0.46). In the total sample, only the reduction of interpersonal distress was significant ($t(51)=5.11$, $p<.001$) with a medium effect ($d=0.46$). Furthermore, a small effect was found for the Dominance axis ($t(51)=-2.09$, $p=.04$, $d=.26$). However, changes in Amplitude ($t(51)=0.42$, $p=.68$, $d=0.07$) and changes in the Nurturance axis ($t(51)=-0.63$, $p=.53$, $d=-.07$) both showed extremely small effects.

Characteristics of interpersonal subtypes

To identify patterns of interpersonal problems, or interpersonal subtypes, in GAD patients, we conducted several hierarchical cluster analyses. An agglomerative cluster analysis using squared Euclidean distances and the average linkage between groups produced the most convincing four-cluster solution. Three- or five-cluster solutions were not as robust, as previously confirmed by Kasoff and Pincus (2002) and Salzer et al. (2008). Based on their respective octants, the four interpersonal subtypes were labeled “Modestly Nurturant” (n=21; 40.4%), “Nonassertive” (n=15; 28.8%), “Socially Avoidant” (n=6; 11.5%), and “Overly Nurturant” (n=10; 19.2%). The pre-treatment IIP parameters of the four clusters are presented in Table 4.2.1. The one-way ANOVAs showed significant differences between the two IIP-circumplex axes and Amplitude (see Table 4.2.1.), a result that further supports the four-cluster solution.

Table 4.2.1. Comparison of interpersonal clusters in GAD patients before treatment

<i>IIP</i> (N=52)	<i>Elevation</i>	<i>Dominance</i>	<i>Nurturance</i>	<i>Amplitude</i>
Cluster 1 “Modestly Nurturant” (n=21)	0.62 (0.81)	0.02 (0.31)	0.20 (0.28)	0.41 (0.20)
Cluster 2 “Nonassertive“ (n=15)	0.65 (0.79)	-1.00 (0.32)	0.38 (0.35)	1.11 (0.33)
Cluster 3 “Socially Avoidant“ (n=6)	0.63 (0.47)	-0.52 (0.39)	-0.77 (0.32)	0.97 (0.37)
Cluster 4 “Overly Nurturant“ (n=10)	0.69 (0.33)	-0.40 (0.36)	1.20 (0.18)	1.31 (0.17)
F	0.24	27.7*	59.88*	35.24*

Note. F from one-way ANOVAs, * $p < .001$; Bonferroni-corrected post hoc comparisons:

Amplitude: 2>1, 3>1, 4>1; Dominance: 1>2, 1>3, 1>4; 3>2, 4>2; Nurturance:
1>3, 4>1, 2>3, 4>2, 4>3; $p < .05$)

While Cluster 1, “Modestly Nurturant”, is located directly on the Nurturance Axis (Angle=6°), the average results of Clusters 2 and 4 fall in the friendly-submissive quadrant of the circumplex space (“Nonassertive”: Angle=291°; “Overly Nurturant”: Angle=342°). The average results of Cluster 3, “Socially Avoidant”, fall in the cold-submissive quadrant (Angle=214°).

For three of the clusters (2, 3, 4), the pre-treatment R^2 -scores were high ($R^2 = .90-.97$), indicating that the allocated patients were well represented by their structural summary scores and that the respective patterns were highly prototypical. This could not be found for Cluster 1 ($R^2 = .26$). A closer look at the data showed that, in addition to patients whose predominant problems were LM “Overly Nurturant” and NO “Intrusive”, this cluster included some relatively unafflicted patients who reported a moderate level of

interpersonal distress that is comparable to that of the normal population. In accordance with earlier results (Salzer et al., 2008), the four clusters showed no difference in the magnitude of symptomatic distress. A one-way ANOVA of the HAMA scores showed no significant differences among the four clusters prior to treatment ($F(3,48)=0.30$). Furthermore, no differences were found among the four clusters with regard to age ($F(3,48)=1.65$), gender ($\chi^2(3)=6.04$), or the distribution of comorbid diagnoses ($\chi^2(15)=8.42$). The interpersonal subtypes thus provide additional clinical information beyond that provided by classification diagnoses and the measurement of anxious symptoms.

Improvement of interpersonal problems within interpersonal subtypes

Table 4.2.2 presents the IIP Elevation, the IIP-circumplex axes, and the Amplitude scores of the four clusters before and after treatment; the corresponding results from paired *t*-tests and the effect sizes are also provided. There was no significant difference in the number of treatment sessions received by patients in the four clusters ($F(3,48)=0.45$, $p=.72$). The clusters “Modestly Nurturant”, “Nonassertive”, and “Overly Nurturant” showed a large reduction in interpersonal distress, but the “Socially Avoidant” cluster exhibited only a small effect ($d=0.34$). The “Modestly Nurturant” cluster also showed a relatively small effect ($d=.19$), whereas patients in the “Nonassertive” ($d=0.52$) and the “Overly Nurturant” clusters ($d=1.24$) showed medium to large effects. Because of the small subsample sizes, effect sizes were used rather than tests of statistical significance. On the IIP axes, changes in Dominance generally reflect reductions in nonassertive problems (i.e., therapy helped reduce the patient’s submissive problems). Changes in Nurturance scores were generally in the adaptive direction for all interpersonal subtypes. Patients in the “Overly Nurturant” cluster exhibited a small increase in Dominance ($d=0.33$) and a large decrease in Nurturance ($d=0.83$). Patients in the “Socially Avoidant”

cluster exhibited a large increase in Dominance ($d=1.18$) and a large increase in Nurturance ($d=1.0$). Patients in the “Nonassertive” cluster, who already had average scores for Nurturance, only exhibited a large increase in Dominance ($d=0.91$). The Amplitude scores also decreased in three of the four clusters, suggesting that these patients displayed more variable behavior at the end of treatment (see Table 4.2.2).

4. Subtypen interpersonalen Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

Table 4.2.2. Means (standard deviations) of the IIP parameters before and after treatment

		<i>Pre-</i>	<i>Post-</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Cluster 1 “Modestly Nurturant” (n=21)	Elevation	0.62 (0.81)	0.35 (0.89)	3.12	0.01	0.19
	<i>Dominance</i>	0.02 (0.31)	-0.02 (0.58)	0.40	0.69	0.13
	Nurturance	0.20 (0.28)	0.27 (0.50)	-0.62	0.54	-0.25
	<i>Amplitude</i>	0.41 (0.20)	0.63 (0.49)	-2.00	0.06	-1.1
Cluster 2 “Nonassertive” (n=15)	Elevation	0.65 (0.79)	0.24 (0.71)	2.96	0.01	0.52
	<i>Dominance</i>	-1.00 (0.32)	-0.71 (0.51)	-2.13	0.05	0.91
	Nurturance	0.38 (0.35)	0.39 (0.48)	-0.13	0.90	-0.03
	<i>Amplitude</i>	1.11 (0.33)	0.98 (0.40)	1.35	0.20	0.39
Cluster 3 “Socially Avoidant” (n=6)	Elevation	0.63 (0.47)	0.47 (0.97)	0.62	0.56	0.34
	<i>Dominance</i>	-0.52 (0.39)	-0.06 (0.34)	-2.67	0.04	1.18
	Nurturance	-0.77 (0.32)	-0.45 (0.34)	-2.18	0.08	1.0
	<i>Amplitude</i>	0.97 (0.37)	0.60 (0.24)	2.33	0.07	1.0
Cluster 4 “Overly Nurturant” (n=10)	Elevation	0.69 (0.33)	0.28 (0.42)	3.70	0.01	1.24
	<i>Dominance</i>	-0.40 (0.36)	-0.28 (0.35)	-1.43	0.19	0.33
	Nurturance	1.20 (0.18)	1.05 (0.37)	1.17	0.27	0.83
	<i>Amplitude</i>	1.31 (0.17)	1.14 (0.34)	1.41	0.19	1.0

Note. *t* from one-tailed, paired *t*-tests; df's from 5 to 20

4.2.3 Discussion

In this study, we examined interpersonal subtypes and changes in the level of interpersonal problems in 52 outpatients with GAD. The study is based on secondary analyses of data from a randomized controlled trial comparing two forms of short-term psychotherapy (Leichsenring et al., 2009). In accordance with earlier findings (Kasoff & Pincus, 2002; Salzer et al., 2008), our study demonstrated the existence of interpersonal subtypes in GAD. Prior to treatment, patients with the four identified interpersonal subtypes had different types of interpersonal problems and different structured patterning. Although the average IIP-axes scores of the total sample were located in the friendly-submissive quadrant of the interpersonal circumplex, this distribution was displayed by only two of the four interpersonal subtypes. The other two clusters predominantly reported social-avoidance problems and problems stemming from over-nurturance and intrusiveness.

By the end of treatment, the interpersonal subtypes showed different levels of improvement in interpersonal distress. This result suggests that, at least in short-term treatments, improvements in interpersonal distress are related to the predominant interpersonal subtype. This finding is in accordance with previous results showing relatively minor improvements in patients with predominantly cold interpersonal problems during short-term psychotherapy (Borkovec et al., 2002; Horowitz et al., 1993; Crits-Christoph et al., 2005). Although the patients with predominantly social avoidance problems experienced only small changes in interpersonal distress, it is important to mention that they also showed large changes in the circumplex axes. After treatment, these patients no longer described themselves as submissive and reported feeling less emotionally cold. It seems as if these patients experienced a dramatic change in their interpersonal style. This improvement is consistent with their small Amplitude score,

which indicated a quite flat IIP profile after treatment. In contrast, the patients with predominantly overly nurturant and nonassertive problems still experienced these interpersonal problems at the end of treatment. Overall, our study indicates that the results of treatment reflect both changes in the patient's interpersonal distress and changes in the patient's self-perceived interpersonal type.

The findings of the present study have clinical implications, emphasizing the need for a careful diagnostic evaluation of interpersonal problems. Such an evaluation allows interventions to be tailored to the patient's specific interpersonal pattern, even in patients who are diagnosed with "only" an axis I disorder. This approach is especially in accordance with psychodynamically oriented treatments like the STPP used in our study.

As demonstrated by changes in the two circumplex axes, the interpersonal subtypes showed different levels of improvement, indicating that the evaluation of interpersonal subtypes can uncover clinically relevant changes. Because patients start from different locations in the Interpersonal Circumplex, their improvement in specific interpersonal problems during psychotherapy should differ (e.g., submissive patients may become more dominant or cold patients may become more friendly and social). Thus, any study that measures only the mean IIP value of the total sample neglects these differences and loses highly relevant data. The shortcomings of this approach are demonstrated by the larger effect sizes of the IIP parameters at the subtype-level relative to the total sample. Taken together, our results indicate the general need of identifying the patient's specific interpersonal problems, even in a homogenous diagnostic group; this strategy expands current research into psychotherapeutic outcomes based on symptom-focused diagnoses. This generalized approach seems optimal because interpersonal concerns are highly relevant for most psychotherapy patients regardless of their specific disorders.

Our study had several limitations. We did not formally assess the reliability of SCID diagnoses and HAMA ratings. Additionally, the data from both treatment conditions were pooled although the treatments were substantially different, calling into question the internal validity of our findings. In STPP, interpersonal concerns were viewed through the Core Conflictual Relationship Theme (Luborsky, 1984). However, as interpersonal concerns play an important role in GAD patients' anxiety (Roemer et al., 1997), the CBT treatment also focused on interpersonal themes. Thus, interpersonal concerns were prominent in both treatment conditions.

Because our patients were carefully selected based on the reported inclusion and exclusion criteria in the context of a randomized controlled trial, it is unclear whether our findings are representative of GAD patients in general. Furthermore, we do not expect the interpersonal subtypes found in this study to be specific to GAD patients. In light of previous studies identifying interpersonal subtypes (e.g., in patients with social phobia; Kachin, Newman & Pincus, 2001), it is likely that interpersonal subtypes can be found in homogenous samples of different diagnostic axis I disorders.

Furthermore, although the cluster analysis used in this study was beneficial, the results of cluster analysis can be somewhat subjective when used in exploratory research. The identified clusters should thus not be interpreted as absolutely distinct types but rather as aggregates of patients with similar interpersonal problems.

Because the small subsample sizes of the clusters were the most important limitation of this pilot study, the improvements within interpersonal subtypes did not always reach statistical significance and thus can only be considered preliminary findings. Our evaluation of interpersonal problems once again stresses the general need for larger patient samples in psychotherapy research to improve the significance of findings.

4.3 Studie III: Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonalen Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten⁵

The relationship between interpersonal subtypes and the modification of interpersonal problems in psychotherapy inpatients

Summary

Objectives: Interpersonal problems are typically assessed with the Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 2000). Although patients show different interpersonal profiles, these have to date not been considered in outcome evaluation. We examined whether interpersonal subtypes can be found in inpatients, and whether they differ in the modification of interpersonal problems. Furthermore, we examined the impact of subtypes regarding overall outcome.

Methods: The Structural Summary Method for Circumplex Data was used to examine the interpersonal problems of N=2809 inpatients from the Asklepios Clinic Tiefenbrunn. Subtypes of interpersonal problems were determined by the centroid method of cluster analysis and were compared with regard to treatment effects.

Results: Patients were distributed in the Interpersonal Circumplex and were assigned to eight IIP subtypes, which differed in improvement with regard to interpersonal problems and overall outcome.

Conclusions: According to the circumplex structure of IIP data, for group level evaluation it is necessary to generate interpersonal subtypes so that clinically relevant results can be demonstrated.

⁵ Dieser Abschnitt basiert auf einer Publikation in der *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Salzer, Streeck, Jaeger, Masuhr, Warwas, Leichenring, & Leibing, 2010).

Zusammenfassung

Fragestellung: Interpersonale Probleme werden meist anhand des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz et al., 2000) erfasst. Obwohl Patienten unterschiedliche interpersonale Problemmuster aufweisen, werden diese bei Therapiestudien bislang nicht berücksichtigt. Diese Arbeit prüft, ob sich bei stationären Psychotherapiepatienten Subtypen interpersonaler Problemmuster finden lassen, ob sich diese Subtypen hinsichtlich der Veränderung interpersonaler Probleme unterscheiden und ob diese einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben.

Methode: Mittels Auswertungsstrategien für Circumplex-Daten wurden die interpersonalen Probleme von N=2809 stationär behandelten Patienten der Asklepios Klinik Tiefenbrunn untersucht. Subtypen interpersonaler Problemmuster wurden anhand einer Clusterzentrenanalyse bestimmt und miteinander verglichen.

Ergebnisse: Die über den gesamten Interpersonalen Raum verteilten Patienten lassen sich acht interpersonalen Subtypen zuordnen. Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Prä-Post-Veränderungen sowohl bezüglich interpersonaler Probleme als auch der psychischen Gesamtbelastung.

Diskussion: Bei Gruppenauswertungen für IIP-Daten ist aufgrund deren Kreisstruktur die Bildung von interpersonalen Subtypen notwendig, um so klinisch relevante Ergebnisse darzustellen.

Key words: Inventory of Interpersonal Problems, Inpatient Psychotherapy, Subtypes of Interpersonal Problems, Cluster Analyses, Change

4.3.1 Fragestellung

Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen werden von Psychotherapie-Patienten häufig unter deutlichem Leidensdruck berichtet. In Psychotherapiestudien ist es daher mittlerweile zur Routine geworden, interpersonale Probleme zu erfassen, meist anhand des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). Dabei werden interpersonale Probleme bislang entweder als Prädiktor-Variable oder als Outcome-Variable untersucht (Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002; Crits-Christoph, Conolly Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop, 2005; Grosse Holthforth, Lutz & Grawe, 2006; Gude & Hoffart, 2008; Huber, Henrich & Klug, 2007; Puschner, Kraft & Bauer, 2004; Rosenthal, Muran, Pinsky, Hellerstein & Winston, 1999; Ruiz, Pincus, Borkovec, Echemendia, Castonguay & Ragusea, 2004; Vittengl, Clark & Jarrett, 2003). Verschiedene Studien zeigen, dass Psychotherapie bei der Veränderung von anderen Symptomen wirksamer ist als bei der Veränderung interpersonaler Probleme (z.B. Kraft, Percevic, Puschner & Kordy, 2003; Liedke & Geiser, 2001; Leichsenring, Salzer, Jaeger, Kächele, Kreische, Leweke, Rüger, Winkelbach & Leibing, 2009). Diese Diskrepanz wird häufig so interpretiert, dass es sich bei interpersonalen Problemen um eher stabile Persönlichkeitsmerkmale handele (z.B. Vittengl et al., 2003). Angesichts der hohen Relevanz interpersonaler Probleme bei psychischen Störungen sind diese aber immer noch unzureichend untersucht, dies gilt insbesondere für deren Veränderung durch Psychotherapie.

Das IIP beruht auf einem zweidimensionalen Kreismodell mit den Achsen Dominanz und Zuneigung, durch die der Interpersonale Raum (Interpersonal Circumplex; vgl. Alden, Wiggins & Pincus, 1990) definiert wird. In der klinischen Praxis zeigt sich bei der Mehrzahl der Patienten zwar einerseits das Überwiegen freundlich-submissiver Probleme, was auch mit einer „Verschiebung“ der IIP-Normstichprobe in Richtung des

freundlich-submissiven Quadranten korrespondiert. Andererseits wissen Kliniker, dass sich Patienten hinsichtlich ihrer interpersonalen Schwierigkeiten auch innerhalb homogener ICD-10-Diagnosegruppen deutlich unterscheiden (zum Konzept der *Pathoplastizität* siehe auch Salzer, Pincus, Hoyer, Kreische, Leichsenring & Leibing, 2008). Diese Unterschiede werden beispielsweise in psychodynamischen Therapien anhand der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung berücksichtigt, auch wenn hier – folgt man dem Konzept des Unbewussten – sicherlich mehr als nur die selbst wahrgenommenen interpersonalen Schwierigkeiten der Patienten einfließen.

In Patientengruppen mit homogenen ICD-Diagnosen konnten bereits Subtypen interpersonaler Problemmuster gefunden werden (Kachin, Newman, & Pincus, 2001; Kasoff & Pincus, 2002; Salzer et al., 2008), die sich auch hinsichtlich der Veränderung interpersonaler Probleme im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung unterscheiden (Kasoff & Pincus, 2002; Salzer, Pincus, Winkelbach, Leichsenring & Leibing, in Vorbereitung). Bereits Horowitz et al. (1993) berichteten, dass einige interpersonale Probleme leichter veränderbar scheinen als andere, und auch, dass diese unterschiedlich häufig in der Psychotherapie thematisiert werden. Die Befunde zu interpersonalen Subtypen weisen darauf hin, dass bei der Erfassung der Veränderung interpersonaler Probleme anhand von IIP Gesamtstichproben-Mittelwerten wichtige Informationen verloren gehen. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass im Bereich interpersonaler Probleme oftmals nur kleine bis mittlere Effekte gefunden werden.

Anhand von Subtypen interpersonaler Problemmuster wird nicht nur das globale Ausmaß sowie die Reduktion von berichteten interpersonalen Problemen erfasst, sondern auch deren Qualität (d.h. die Lage im Interpersonalen Raum) berücksichtigt. Wir gehen davon aus, dass auf der Ebene von Gruppenauswertungen die Bildung von Substichproben notwendig ist, um die Heterogenität von Patienten hinsichtlich ihrer

interpersonalen Probleme adäquat zu erfassen und so auch die Kreisstruktur der IIP-Daten zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollte man hierdurch zu aussagekräftigeren Daten zur Veränderung interpersonaler Probleme in Therapiestudien gelangen. Für homogene Diagnosegruppen konnten wir am Beispiel der Generalisierten Angststörung die Bedeutung interpersonaler Subtypen bereits zeigen (Salzer et al., 2008; Salzer et al., in Vorbereitung).

Mit speziellen Auswertungsverfahren für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy & Hilsenroth, 2009) – im Manual des IIP lediglich in einer Fußnote erwähnt – können verschiedene Parameter zur Beschreibung von IIP-Profilen berechnet werden. Die wegen Ihrer Komplexität aufgrund der acht Skalen jenseits des Einzelfalls oft schwer beschreibbaren IIP-Ergebnisse können anhand der Lokalisation im Interpersonalen Raum klarer dargestellt und die Veränderungen durch Psychotherapie besser veranschaulicht werden. Darüber hinaus ermöglicht eine solche Auswertung auch die Bildung von interpersonalen Subtypen.

In dieser Arbeit soll geprüft werden, ob die Auswertung zu den Veränderungen interpersonaler Probleme anhand interpersonaler Subtypen bei einer diagnostisch heterogenen Stichprobe stationär behandelten Psychotherapie-Patienten zusätzliche Informationen liefert. Hierbei interessiert insbesondere, ob sich die Subtypen in der Veränderung ihrer interpersonalen Probleme quantitativ und qualitativ unterscheiden. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob Patienten mit verschiedenen interpersonalen Problemmustern auch bei der allgemeinen Symptombelastung unterschiedlich von der Therapie profitieren.

4.3.2 Methode

Stichprobe

In die vorliegende Arbeit wurden die Daten von den Patienten einbezogen, die in der Asklepios Klinik Tiefenbrunn im Zeitraum von Februar 2001 bis Dezember 2008 stationär behandelt wurden. Das Behandlungskonzept der Asklepios Klinik Tiefenbrunn ist psychodynamisch ausgerichtet; innerhalb der Behandlungsorganisation nehmen die psychoanalytisch-interaktionelle Einzel- und Gruppentherapie (Heigl-Evers & Heigl, 1983; Streeck, 2006; 2007) einen zentralen Platz ein. Die Behandlung orientiert sich dabei an den beschriebenen Prinzipien der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (z.B. Heigl-Evers & Ott, 2003; Streeck, 2002; 2006; 2009). Die Patienten erhalten in der Regel 2 Termine á 30 Minuten Einzeltherapie und 3 Termine á 60 bis 90 Minuten Gruppentherapie pro Woche.

Als Selektionskriterien für diese Studie wurden eine Mindestbehandlungsdauer von sechs Wochen sowie das Vorliegen vollständiger IIP-Daten zugrunde gelegt. N=2809 Datensätze konnten ausgewertet werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer dieser Patienten betrug 92.51 Tage (SD=32.46, Range: 43-251) bei einem Durchschnittsalter von 34.94 Jahren (SD=11.25). 63.9% der Patienten waren weiblich und 43.7% lebten in fester Partnerschaft. 7.9% befanden sich noch in der Ausbildung, 17.9% hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss und ohne Berufsabschluss waren 20.6%.

Diagnostik

Die Diagnosen der Patienten wurden nach den Forschungskriterien der ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2001) auf der Basis einer Anamnese sowie einer Zweitsicht durch einen erfahrenen Oberarzt gestellt. Im Rahmen des in der Klinik Tiefenbrunn eingesetzten Dokumentationssystems können bis zu fünf psychische und bis zu fünf somatische ICD-10-Diagnosen vergeben werden.

Die Anzahl der vergebenen Diagnosen psychischer Störungen betrug im Mittel 3.19 (SD=1.42), es handelt sich also um eine deutlich multimorbide Stichprobe. Innerhalb der Stichprobe wurden aus den Bereichen F1 bis F6 der ICD-10 am häufigsten Diagnosen aus dem Bereich F4 vergeben (n=4020). Es folgten Störungen aus dem Bereich F3 (n=2052), sowie F6 (n=1876). Weniger häufig vertreten waren die Bereiche F5 (n=612), F1 (n=505) sowie F2 (n=177).

Instrumente

Zur Erfassung der interpersonalen Probleme wurde die deutsche Kurzform des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) eingesetzt (Horowitz et al., 2000). Das IIP beruht auf einem Kreismodell (dem interpersonalen Circumplex) mit den beiden Achsen Dominanz und Zuneigung und setzt sich aus acht Skalen zusammen. Diesen Skalen (PA-zu dominant, BC-zu konkurrierend, DE-zu kalt, FG-zu sozial vermeidend, HI-zu unterwürfig, JK-zu ausnutzbar, LM-zu freundlich, NO-zu aufdringlich) sind jeweils acht Items zugeordnet. Die Items beschreiben interaktionelle Problemsituationen und werden von den Patienten auf einer fünfstufigen Likertskala (0=„nicht“ bis 4=„sehr“) eingeschätzt. Es liegen deutsche Normwerte vor. Die Reliabilität und die Validität des IIP-D sind als gut bzw. sehr gut zu bezeichnen.

Zur Erfassung der durchschnittlichen psychischen Belastung wurde bei den untersuchten Patienten der Gesamt-Symptombelastungswert (GSI) der Symptom Checklist (SCL-90-R) herangezogen, welcher den Mittelwert aus allen 90 beantworteten Items darstellt.

Statistik

Die Prä-Post Veränderungen der Gesamtstichprobe wurden für die IIP- und GSI-Mittelwerte anhand zweiseitiger t-Tests für Messwiederholungen mit den zugehörigen Effektgrößen nach Cohen (1988) berechnet.

IIP Kreisparameter

Die IIP-Daten wurden mittels der *Structural Summary Method for Circumplex Data* (Gurtman, 1994) für die Zeitpunkte vor und nach der Behandlung ausgewertet. Bei dieser Auswertungsstrategie wird das Problemmuster über die acht Skalen des IIP in Form einer Cosinus-Funktion erfasst. Die Parameter dieser Funktion – in der englischsprachigen Literatur benannt als *Structural Summary Scores* – sind (a) ihr *Winkel*, (b) ihre *Amplitude* als Maß der interpersonalen Differenziertheit, und (c) ihre *Elevation* als Maß für interpersonalen Distress. Als Koordinaten dienen die Winkel der acht Skalen: PA=90°, BC=135° etc. Wie gut die anhand der Parameter modellierte Kurve dem eigentlichen Profil entspricht, kann anhand eines R²-Wertes erfasst werden. Nachfolgend werden die Structural Summary Scores als Kreisparameter benannt. Zur Berechnung der Kreisparameter siehe Gurtman (1994); deren komplexer Zusammenhang wurde kürzlich von Wright et al. (2009) ausführlich diskutiert. Wie die drei beschriebenen Kreisparameter im klinischen Kontext interpretiert werden können, wurde von Gurtman und Balakrishnan (1998) dargelegt.

- Der **Winkel** eines Profils erfasst die zentrale interpersonale Tendenz einer Person oder Gruppe im Sinne einer „Typologie“ (Leary, 1957) oder eines vorherrschenden interpersonalen Themas (Kiesler, 1996).
- Die **Amplitude** zeigt an, wie sehr eine vorherrschende Tendenz im Kreismodell heraussticht. Eine Amplitude von 0 zeigt ein flaches, eher undifferenziertes Profil an. Eine hohe Amplitude beschreibt ein interpersonales Muster mit einer deutlichen Spitze und

daher – in Relation zu den anderen interpersonalen Problemen – einem deutlichen Schwerpunktthema. Hohe Amplitudenwerte werden daher auch als interpersonale Rigidität interpretiert, während niedrige Werte eher für ein flexibleres interpersonales Verhalten sprechen.

- Die **Elevation** ist ein globales Maß für interpersonalen Distress, welcher von einer Person oder einer Gruppe über alle Bereiche des Kreismodells berichtet wird (Gurtman, 1994; Tracey, Rounds, & Gurtman, 1996). Hohe Werte zeigen hier eine große Belastung an.

Interpersonale Subtypen und deren Vergleich

Die interpersonalen Subtypen wurden anhand einer Clusterzentrenanalyse auf der Basis der IIP Achsen Dominanz und Zuneigung bestimmt. Die Mittelwerte für die beiden Dimensionen wurden anhand z-standardisierter Skalenwerte (Gurtman, 1994) berechnet. Das Ziel jeder Clusteranalyse ist es, homogene Subgruppen innerhalb einer heterogenen Stichprobe zu bilden. Für Stichproben mit großen Fallzahlen wird die Durchführung einer Clusterzentrenanalyse empfohlen, bei der die Anzahl der zu bildenden Cluster theoriegeleitet bzw. anhand inhaltlicher Überlegungen vorgegeben wird (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke, 2006, S. 551 ff.). Da den zu untersuchenden Daten das IIP-Kreismodell mit seinen acht Skalen zugrunde liegt, wurden bei der Clusterzentrenanalyse acht Cluster vorgegeben. Die gebildete 8-Clusterlösung wurde anschließend unter anderem durch eine hierarchische agglomerative Clusteranalyse überprüft und von dieser gestützt.

Die Cluster wurden mittels einfaktorieller Varianzanalysen zum Zeitpunkt des Therapiebeginns anhand ihrer IIP-Werte von Elevation, Amplitude, Winkel und der Achsen Dominanz und Zuneigung verglichen. Auch wurde das Ausmaß der allgemeinen Symptombelastung (GSI) und des Patientenalters der Cluster anhand einfaktorieller Varianzanalysen verglichen. Bezüglich ihrer ICD-Diagnosen und ihrer

Geschlechtsverteilung wurden potentielle Unterschiede der Cluster anhand Chi-Quadrat-Tests auf Signifikanz getestet. Der Vergleich der Post-Werte zwischen den Clustern erfolgte für die Kreisparameter sowie für den GSI anhand von Kovarianzanalysen mit den Prä-Werten als Kovariate. Das allgemeine Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=0.05$ festgelegt, für die IIP Kreisparameter erfolgte eine Adjustierung auf $\alpha=0.05/4=0.0125$. Für die Prä-Post-Veränderungen der Cluster wurden darüber hinaus die jeweiligen within-group Effektgrößen nach Cohen (1988) berechnet. Die Berechnungen erfolgten mit SPSS Version 16.0.

4.3.3 Ergebnisse

Darstellung der Gesamtstichprobe

Wie bei einer klinischen Stichprobe zu erwarten, erleben sich die Patienten (N=2809) zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns sowohl im Bereich der interpersonalen Probleme (IIP-D) als auch im Bereich der allgemeinen Symptombelastung (GSI) im Mittel als deutlich belastet. Der Prä-Gesamtwert im IIP-D von 14.05 (SD=4.19) ist vergleichbar mit dem von Wuchner et al. (1993) berichteten Wert für Patienten mit neurotische Störungen (MW=14.3, SD=4.3). Der GSI-Wert von 1.46 (SD=.65) liegt noch höher als der von Wuchner et al. (1993) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen berichtete Wert von 1.37 (SD=.67).

Tabelle 4.3.1 zeigt die IIP Kreisparameter der Gesamtstichprobe vor und nach der Therapie. Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns liegt die Gesamtstichprobe im Mittel deutlich im submissiven Bereich (Dominanz: -0.68; SD=.75), hinsichtlich der Zuneigungsachse (Zuneigung: 0.05; SD=.75) nahe an der Normstichprobe. Dies korrespondiert mit dem Winkel von 274°. Die Elevation, also der interpersonale Distress der Gesamtstichprobe, liegt bei 0.69 (SD=.79). Bei der Amplitude, interpretierbar als

interpersonale Rigidität, erreichen die stationären Patienten einen Wert von 1.13 (SD=.57).

Tabelle 4.3.1. IIP-D Kreisparameter (Standardabweichungen) der Gesamtstichprobe (N=2809) vor und nach der Behandlung

	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	R ²
(N=2809)	Dominanz	Zuneigung	Elevation	Amplitude	Winkel	
Prä	-0.68 (.75)	0.05 (.75)	0.69 (.79)	1.13 (.57)	274°	.89
Post	-0.51 (.68)	0.01 (.66)	0.35 (.89)	0.94 (.53)	271°	.88
t	-16.86*	3.97*	25.28*	20.38*		
d	-.23	.05	.43	.33		

IIP-D: Inventar Interpersonaler Probleme

t: zweiseitiger t-Test für Messwiederholungen mit df=2808; $\alpha=0.0125$; * $p<.001$

d: Effektgröße mit $(MW1-MW2)/SD_{prä}$

Zum Therapieende liegt der Wert im IIP-D bei 12.25 (4.74) und im GSI bei 0.97 (.67). Zweiseitige t-Tests für Messwiederholungen (mit df=2808 für IIP-D bzw. df=2798 für GSI) zeigen signifikante Verbesserungen ($p<.001$) nach Therapieende in beiden Maßen, wobei für das IIP-D ein kleiner bis mittlerer Effekt von $d=.43$ resultiert, im GSI hingegen ein mittlerer bis großer Effekt von $d=.75$ (Cohen, 1988).

Auch zum Zeitpunkt des Therapieendes liegt die Gesamtstichprobe im interpersonalen Circumplex auf der Dominanzachse im submissiven Bereich, auf der Zuneigungsachse im Bereich der Normstichprobe. Die Prä-Post-Veränderungen der beiden Achsen sind zwar statistisch signifikant (siehe Tabelle 4.3.1), die zugehörigen

Effektgrößen sind aber klein (vgl. Cohen, 1988). Für die Elevation ergibt sich eine signifikante Verbesserung mit einem kleinen bis mittleren Effekt von $d=.43$, auch die Amplitude verringert sich statistisch signifikant mit einem kleinen Effekt von $d=.33$. Betrachtet man die Daten auf der Ebene der Gesamtstichprobe, sind die Veränderungen der interpersonalen Probleme der Patienten also eher mäßig. Im Folgenden wird nun die nähere Analyse auf der Ebene von interpersonalen Subtypen dargestellt.

Darstellung und Vergleich der interpersonalen Subtypen

Durch eine Clusterzentrenanalyse (vgl. Abschnitt 2.5) wurden die Patienten acht Clustern im Interpersonalen Raum zugeordnet. Orientiert an den Bezeichnungen der IIP-Oktanten (vgl. Horowitz et al., 2000), wurden die Cluster als Cluster 1 „zu unterwürfig“, Cluster 2 „zu ausnutzbar“, Cluster 3 „zu kalt“, Cluster 4 „leicht zu unterwürfig“, Cluster 5 „zu konkurrierend“, Cluster 6 „zu freundlich“, Cluster 7 „zu aufdringlich“ und Cluster 8 „zu sozial vermeidend“ benannt. Auffallend ist die Ähnlichkeit von Cluster 1 und Cluster 4, die im Mittel beide auf der Skala „zu unterwürfig“ lokalisiert sind, sich aber dennoch hinsichtlich der Ausprägung ihrer interpersonalen Probleme deutlich unterscheiden. Die genaue Beschreibung der acht Cluster anhand ihrer IIP Kreisparameter zeigt Tabelle 4.3.2.

Tabelle 4.3.2. IIP Kreisparameter (Standardabweichungen) der acht IIP-D Cluster vor Therapiebeginn

(N=2809)	IIP-D Dominanz	IIP-D Zuneigung	IIP-D Elevation	IIP-D Amplitude	IIP-D Winkel	R ²
Cluster 1 (N=379) „zu unterwürfig“	-1.71 (.33)	.04 (.33)	1.02 (.52)	1.74 (.34)	271°	.94
Cluster 2 (N=365) „zu ausnutzbar“	-1.27 (.36)	1.04 (.37)	.85 (.59)	1.68 (.39)	309°	.96
Cluster 3 (N=349) „zu kalt“	-.18 (.29)	-.88 (.38)	.54 (.87)	.94 (.38)	192°	.95
Cluster 4 (N=657) „leicht zu unterwürfig“	-.68 (.278)	.05 (.28)	.63 (.80)	.74 (.26)	275°	.91
Cluster 5 (N=93) „zu konkurrierend“	.90 (.43)	-.67 (.48)	.58 (.78)	1.22 (.45)	127°	.98
Cluster 6 (N=315) „zu freundlich“	-.26 (.32)	.98 (.39)	.55 (.78)	1.07 (.38)	345°	.94
Cluster 7 (N=339) „zu aufdringlich“	.28 (.35)	.09 (.32)	.39 (1.02)	.45 (.32)	72°	.77
Cluster 8 (N=312) „zu sozial vermeidend“	-1.21 (.34)	-.87 (.40)	.88 (.62)	1.53 (.38)	234°	.95
<i>F</i> [#]	1798.09*	1440.67*	26.83*	675.58*		

[#]F-Werte einfaktorieller Varianzanalysen (df=7,2807), * p<.001

Bei Behandlungsbeginn unterscheiden sich die acht Cluster signifikant in ihren Kreisparametern. Die signifikanten Unterschiede der Cluster auf den beiden Circumplex-Achsen Dominanz und Zuneigung unterstützen die Bedeutsamkeit der gefundenen Clusterlösung. Die jeweiligen R^2 -Werte der Cluster fallen für sieben der acht Cluster deutlich höher aus als der Wert für die Gesamtstichprobe ($R^2=.89$), woran erkennbar ist, dass die Cluster durch ihre jeweiligen Kreisparameter besser beschrieben werden können, als dies für die Gesamtstichprobe zutrifft. Die berichteten interpersonalen Probleme innerhalb der Cluster sind demnach recht homogen und es kann von einer interpersonalen Prototypikalität der Cluster ausgegangen werden. Dies gilt lediglich nicht für das Cluster 7 „zu aufdringlich“. Das resultierende R^2 von .77 für dieses Cluster, die hohe Streuung von 1.02 bei der Elevation und die individuelle Lage im Interpersonalen Raum dieser Patienten zeigen, dass es sich hierbei um ein eher heterogenes Cluster handelt, welches Patienten einschließt, die im Interpersonalen Raum nahe der Normstichprobe lokalisiert sind.

Die Angaben zur jeweiligen Patientenzahl, der Geschlechtsverteilung, des Alters sowie der jeweiligen generellen Symptombelastung (GSI) für die acht Cluster sind in Tabelle 4.3.3 dargestellt.

Tabelle 4.3.3. Anzahl der Patienten sowie deren Geschlecht, Alter und Symptombelastung innerhalb der acht gebildeten IIP-D Cluster (N=2809)

IIP-D Cluster	N (%)	Frauen (%)	Alter (SD)	GSI (SD)
Cluster 1 „zu unterwürfig“	379 (13.5)	286 (75.5)	35.21 (10.78)	1.69 (0.61)
Cluster 2 „zu ausnutzbar“	365 (13.0)	295 (80.8)	36.80 (11.44)	1.58 (0.61)
Cluster 3 „zu kalt“	349 (12.4)	174 (49.9)	33.75 (10.84)	1.36 (0.65)
Cluster 4 „leicht zu unterwürfig“	657 (23.4)	386 (58.8)	35.17 (11.07)	1.38 (0.65)
Cluster 5 „zu konkurrierend“	93 (3.3)	50 (53.8)	32.39 (11.08)	1.58 (0.66)
Cluster 6 „zu freundlich“	315 (11.2)	225 (71.4)	34.78 (10.93)	1.33 (0.62)
Cluster 7 „zu aufdringlich“	339 (12.1)	193 (56.9)	35.19 (12.38)	1.28 (0.68)
Cluster 8 „zu sozial vermeidend“	312 (11.1)	186 (59.6)	33.94 (11.24)	1.57 (0.67)

GSI: Global Severity Index

Die acht Cluster unterscheiden sich in ihrer jeweiligen Patientenanzahl signifikant ($p < .001$), wobei Cluster 4 die meisten und Cluster 5 die wenigsten Patienten zugeordnet werden. Auch die Geschlechtsverteilung innerhalb der Cluster ist unterschiedlich ($p < .001$), insbesondere Cluster aus dem freundlich-submissiven Quadranten des Circumplex-Modells (Cluster 1, 2, 4, 6) weisen einen besonders hohen Frauenanteil auf. Auch in ihrer Symptombelastung (GSI, $p < .001$) und der Anzahl vergebener ICD-Diagnosen ($p < .001$) lassen sich zwischen den Clustern ebenfalls signifikant Unterschiede finden. In Abbildung 4.3.1. ist die Lokalisation der acht Cluster im Interpersonalen Raum sowohl zu Therapiebeginn als auch zum Therapieende dargestellt.

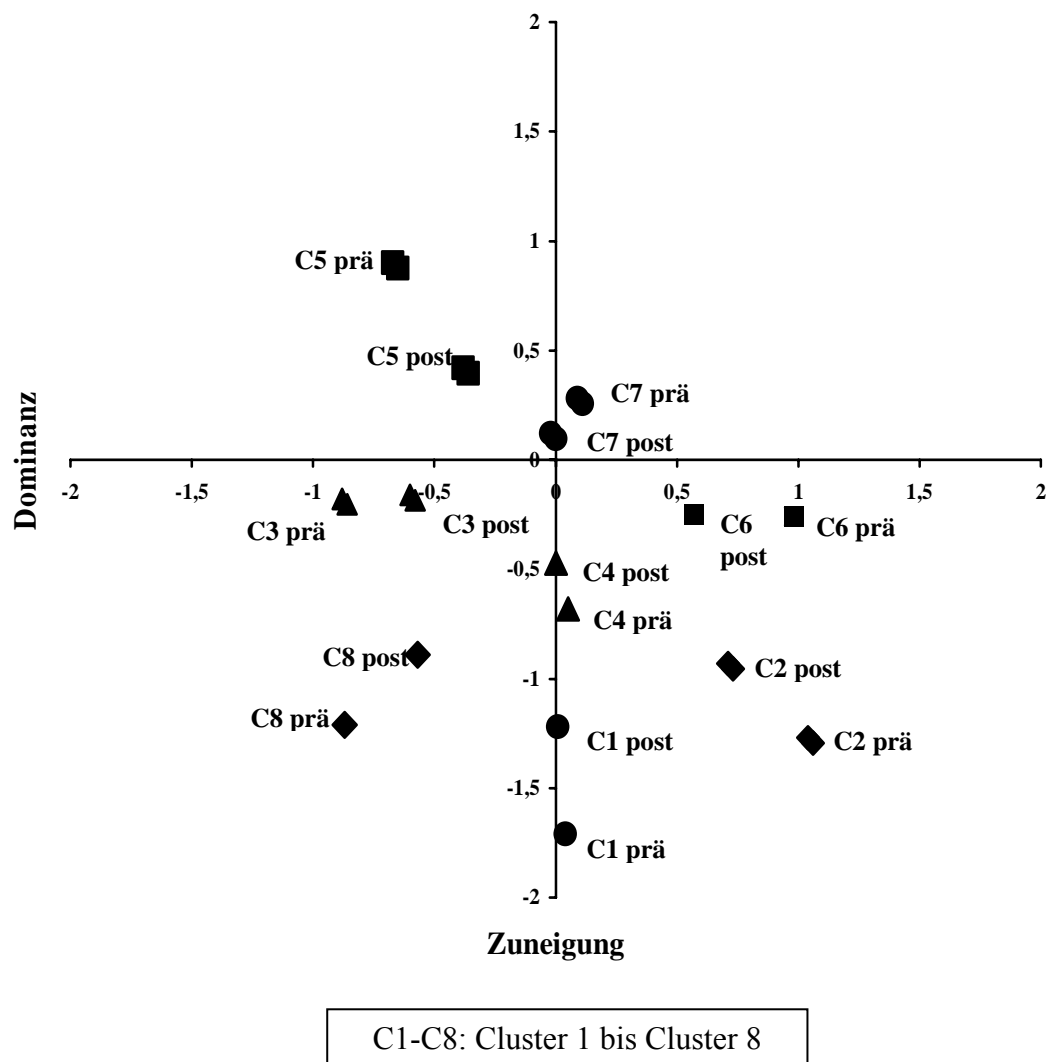


Abbildung 4.3.1. Lokalisation der acht Cluster im Interpersonalen Raum vor und nach der Behandlung⁶

Anhand der graphischen Darstellung ist ersichtlich, dass vier der acht Cluster zum Zeitpunkt des Therapiebeginns im Mittel im freundlich-submissiven Quadranten des Kreismodells lokalisiert sind, und zwar Cluster 1 „zu unterwürfig“, Cluster 2 „zu ausnutzbar“, Cluster 4 „leicht zu unterwürfig“ und Cluster 6 „zu freundlich“. Hingegen liegen Cluster 3 „zu kalt“ sowie Cluster 8 „zu sozial vermeidend“ im Mittel im kalt-submissiven Quadranten, Cluster 5 „zu konkurrierend“ im Mittel im kalt-dominanten

⁶ Das Interpersonale Circumplex-Modell wird hier lediglich anhand der beiden Achsen Dominanz und Zuneigung dargestellt, die Koordinaten (0/0) entsprechen der Normstichprobe.

Quadranten und Cluster 7 „zu aufdringlich“ im freundlich-dominanten Quadranten. Alle Cluster verändern sich nach Therapieende in Richtung der Normstichprobe (Koordinaten 0/0). In Tabelle 4.3.4 sind die IIP Kreisparameter der Cluster zum Zeitpunkt des Therapieendes angegeben.

Tabelle 4.3.4. IIP Kreisparameter (Standardabweichungen) der acht IIP-D Cluster nach Therapieende

(N=2809)	IIP-D Dominanz	IIP-D Zuneigung	IIP-D Elevation	IIP-D Amplitude	IIP-D Winkel	R ²
Cluster 1 (N=379) „zu unterwürfig“	-1.22 (.60)	.01 (.48)	.65 (.80)	1.35 (.50)	270°	.94
Cluster 2 (N=365) „zu ausnutzbar“	-.93 (.53)	.71 (.53)	.43 (.78)	1.27 (.56)	307°	.95
Cluster 3 (N=349) „zu kalt“	-.16 (.49)	-.60 (.51)	.24 (.96)	.83 (.44)	195°	.94
Cluster 4 (N=657) „leicht zu unterwürfig“	-.47 (.47)	.00 (.47)	.32 (.88)	.72 (.38)	270°	.88
Cluster 5 (N=93) „zu konkurrierend“	.42 (.55)	-.38 (.53)	.24 (.95)	.85 (.42)	132°	.94
Cluster 6 (N=315) „zu freundlich“	-.25 (.47)	.57 (.53)	.18 (.87)	.81 (.48)	336°	.94
Cluster 7 (N=339) „zu aufdringlich“	.12 (.45)	-.02 (.46)	.11 (.99)	.56 (.35)	99°	.63
Cluster 8 (N=312) „zu sozial vermeidend“	-.89 (.56)	-.57 (.55)	.57 (.82)	1.22 (.50)	237°	.94

Um die Therapieeffekte der acht Cluster miteinander zu vergleichen, wurden aufgrund der Cluster-Differenzen zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns auch Kovarianzanalysen berechnet, um den Einfluss der jeweiligen Prä-Werte zu kontrollieren. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei der Elevation ($F(7,2800)=1.66, p=.12$) und hinsichtlich der Dominanzachse ($F(7,2800)=2.33, p=.025$). Signifikante Unterschiede zwischen den Clustern nach Therapieende resultierten jedoch für die Zuneigungsachse ($F(7,2800)=3.24, p=.002$)⁷, die Amplitude ($F(7,2800)=6.57, p<.001$)⁸ und den GSI ($F(7,2790)=5.08, p<.001$)⁹.

Die entsprechenden Prä-Post Effektgrößen (Cohen, 1988) der Kreisparameter und des GSI innerhalb der acht Cluster sind in Tabelle 4.3.5 dargestellt. Während die Gesamtstichprobe in den Kreisparametern nur kleine Effekte aufweist, finden sich auf der Clusterebene sowohl kleine und mittlere, als auch große Effekte. Drei interpersonale Subtypen erreichen große Effekte bei der Elevation, also dem interpersonalen Distress (Cluster 1, 2, 8). Große Effekte bei der Veränderung auf der Dominanzachse finden sich für Cluster 1, 2, 4, 5 und 8. Bei der Zuneigungsachse erreichen Cluster 2, 3, 6 und 8 große Effekte. Auch bei der Amplitude, interpretierbar als interpersonale Rigidität, unterscheiden sich die Prä-Post-Veränderungen der Cluster deutlich, große Effekte weisen Cluster 1, 2 und 8 auf. Die Veränderungen im GSI (globaler Gesamtbeschwerdedruck) bewegen sich im Bereich mittlerer bis großer Effekte. Große Effekte finden sich hier für Cluster 1, 2, 5 und 6.

Bonferroni post-hoc Vergleiche:

⁷ ($\alpha=.0125$): 2>7

⁸ ($\alpha=.0125$): 1>5; 1>6; 2>5; 2>6; 5>8; 6<8

⁹ ($\alpha=.05$): 1<2; 1<5; 1<6; 2>8; 5>8; 6>8

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

Tabelle 4.3.5. Effektgrößen der acht Cluster über die IIP Kreisparameter und den GSI

	IIP-D Elevation	IIP-D Dominanz	IIP-D Zuneigung	IIP-D Amplitude	GSI*
<i>Gesamt (N=2809)</i>	0.43	-0.23	0.05	0.33	.75
Cluster 1 (N=379) „zu unterwürfig“	0.94	-1.52	0.09	1.15	.82
Cluster 2 (N=365) „zu ausnutzbar“	1.07	-0.97	0.86	1.05	.98
Cluster 3 (N=349) „zu kalt“	0.39	-0.10	-0.74	0.29	.69
Cluster 4 (N=657) „leicht zu unterwürfig“	0.65	-0.78	0.18	0.08	.69
Cluster 5 (N=93) „zu konkurrierend“	0.53	1.12	-0.60	0.82	.98
Cluster 6 (N=315) „zu freundlich“	0.49	-0.03	1.05	0.68	.82
Cluster 7 (N=339) „zu aufdringlich“	0.34	0.46	0.34	-0.34	.65
Cluster 8 (N=312) „zu sozial vermeidend“	0.75	-0.94	-0.75	0.82	.64

GSI: Global Severity Index; *N=2799

Alle Effektgrößen mit (MW1-MW2)/SDprä

4.3.4 Diskussion

Im Mittel liegt die gesamte Patientengruppe im freundlich-submissiven Quadranten des IIP-Kreismodells, wobei die Abweichung von der Norm hinsichtlich der Zuneigungsachse als wenig bedeutsam erscheint. Die Patienten verteilen sich in ihrer Lokalisation jedoch im Interpersonalen Raum. Auf der Ebene der Clustermittelwerte sind vier Cluster im freundlich-submissiven Quadranten des Kreismodells lokalisiert, aber auch die übrigen Quadranten sind durch mindestens ein Cluster besetzt. Dies unterstreicht die Bedeutung interpersonaler Subtypen und legt bereits eine nach Subtypen differenzierte Auswertung des Therapie-Outcomes nahe.

Die untersuchte Stichprobe von N=2809 Patienten profitiert bei der globalen psychischen Belastung (GSI) deutlich von der durchgeführten stationären Psychotherapie (großer Effekt, $d=.75$). Bei der Veränderung interpersonaler Probleme findet sich auf der Ebene des IIP-Gesamtmittelwertes jedoch nur ein kleiner bis mittlerer Effekt ($d=.43$). Die Veränderungen der Kreisparameter für die Gesamtstichprobe zeigen neben dem bereits erwähnten Effekt höchstens kleine Effekte. In deutlichem Kontrast hierzu stehen die Veränderungen interpersonaler Probleme auf der Ebene der acht interpersonalen Subtypen.

Zum Behandlungsbeginn finden sich signifikante Unterschiede zwischen den acht Clustern bezüglich der Kreisparameter. Auch zeigt sich, dass die acht interpersonalen Problemmuster unterschiedlich häufig vertreten sind. Dies entspricht dem klinischen Eindruck, dass bestimmte Probleme gehäuft auftreten (z.B. Cluster 4 „leicht zu unterwürfig“), während manche eben seltener sind (z.B. Cluster 5 „zu konkurrierend“). Diese, im jeweiligen Patientenkontakt zumeist wahrnehmbaren individuellen Schwerpunkte, gehen bei der – bisher üblichen – Gruppenauswertung ohne Subtypenbildung verloren.

Betrachtet man die durch die stationäre Therapie erreichten Veränderungen auf Ebene der interpersonalen Subtypen (hier als Cluster operationalisiert), so unterscheiden sich diese deutlich in ihren Prä-Post Effekten (vgl. Tabelle 4.3.5). Unterschiedliche Gruppen von Patienten (interpersonale Subtypen) profitieren also in unterschiedlichem Maße von der durchgeführten Behandlung. Wichtig ist, dass die Richtungen der Veränderungen auf den beiden IIP-Achsen dem aus therapeutischer Sicht Wünschenswerten entsprechen. So nimmt beispielsweise die Ausprägung auf der Dominanzachse für Patienten des Clusters 1 „zu unterwürfig“ zu, während sie für Patienten des Clusters 5 „zu konkurrierend“ abnimmt. Diese psychotherapeutisch intendierten Veränderungen lassen sich also auch jenseits des Einzelfalles empirisch abbilden, wenn eine Auswertung des IIP auf der Ebene interpersonaler Subtypen vorgenommen wird.

Auch bei der Verbesserung der interpersonalen Differenziertheit unterscheiden sich die interpersonalen Subtypen. Denn für die Amplitude finden sich sowohl kleine, als auch mittlere und große Effekte. Eine deutliche Flexibilisierung ihres interpersonalen Verhaltens mit großen Effekten erreichen Cluster 1 „zu unterwürfig“, Cluster 2 „zu ausnutzbar“, Cluster 5 „zu konkurrierend“ und Cluster 8 „zu sozial vermeidend“, also insbesondere jene Patienten, die sich zum Zeitpunkt des Therapiebeginns auch als interpersonal wenig differenziert erlebten.

Auch die globale Gesamtbelastung (GSI) der interpersonalen Subtypen reduziert sich unterschiedlich stark. Wie eine Kovarianzanalyse zeigen konnte, finden sich auch unter Kontrolle der GSI-Prä-Werte signifikante Unterschiede zwischen den Clustern. Somit zeigt sich, dass die interpersonalen Subtypen auch für die Veränderung der psychischen Gesamtbelastung relevant sind. Unklar ist bislang, um welchen Zusammenhang es sich hierbei handelt. Frühere Befunde sprechen generell dafür, dass die

interpersonalen Probleme von Patienten einen negativen Einfluss auf die therapeutische Allianz haben (z.B. Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005; Howard, Turner, Olkin, & Mohr, 2007; Taft, Murphy, Musser, & Remington, 2004), welche wiederum einen bedeutsamen Einfluss auf das Therapie-Outcome hat (Martin, Garske & Davis, 2000). Der Zusammenhang zwischen der Qualität der vorherrschenden interpersonalen Probleme und dem Therapie-Outcome ist bislang aber nicht ausreichend untersucht. Die Auswertung auf der Ebene von interpersonalen Subtypen bietet auch hier neue Möglichkeiten.

Zusammenfassend sprechen die hier vorliegenden Befunde für den Einsatz differenzierterer Auswertungsstrategien bei Circumplex-Daten unter Rückgriff auf die Bildung von Subtypen. Eine solche Auswertung des IIP kann man als Kompromiss zwischen der Auswertung auf Einzelfallebene und der ansonsten gängigen Auswertung auf Stichprobenebene mit nur einem Gesamtmittelwert verstehen. Da dem IIP ein Kreismodell zugrunde liegt, sollte bei Gruppenauswertungen die Kreisstruktur der Daten auch berücksichtigt werden. Dies ist nur durch eine differenziertere Auswertung basierend auf interpersonalen Subtypen möglich. Erst diese Art der Auswertung ermöglicht es auch auf Gruppenebene, das IIP zur Therapiekontrolle einzusetzen und so das volle Potential des IIP zu nutzen. Neben dem Ausmaß der interpersonalen Problembelastung wird so auch die Qualität der interpersonalen Probleme berücksichtigt. Daraus können dann aussagekräftigere Ergebnisse zum bedeutsamen Bereich interpersonalen Probleme mit mehr klinischer Relevanz resultieren.

4.4 Studie IV: Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic psychotherapy¹⁰

Abstract: Interpersonal problems were studied in 121 patients treated with psychoanalytic therapy using the Inventory of Interpersonal Problems. Four characteristic subtypes were identified, which differed in the quality and flexibility of their interpersonal behavior. Independent of the predominant type of interpersonal problems, the psychotherapy treatment led to strong decreases in interpersonal distress and increases in interpersonal differentiation. Psychoanalytic therapy was highly effective for all identified interpersonal subtypes and seems to help patients achieve more satisfactory relationships.

4.4.1. Introduction

Interpersonal relationships are prominent topics in psychoanalytic therapy. This is consistent with the fact that interpersonal problems and dissatisfaction with interpersonal relationships are very common among patients who suffer from mental disorders. In clinical practice, interpersonal problems are typically examined by analysis of transference and countertransference. However, aside from single case analyses and case reports, interpersonal problems and the degree to which they show improvement after psychoanalytic therapy have not been examined empirically in sufficient detail.

Several instruments and methods have been developed to examine different aspects of patients' interpersonal relationships, interactions and concerns, including the structural analysis of social behavior (Benjamin, 1974); the core-conflictual relationship theme (Luborsky, 1984); or the plan formulation method (Curtis, Silberschatz, Sampson,

¹⁰ Dieser Abschnitt basiert auf einer im *Bulletin of the Menninger Clinic* zur Veröffentlichung angenommenen Publikation (Salzer, Leibing, Jakobsen, Rudolf, Brockmann, Eckert, Huber, Klug, Henrich, Grande, Keller, Kreische, Biskup, Staats, Warwas, & Leichsenring, in press).

Weiss, & Rosenberg 1988). In many psychotherapy outcome studies, patients' interpersonal problems are assessed routinely, often via the Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000). The instrument provides a valid method for assessing interpersonal dysfunction in clinical samples. The IIP corresponds to the circumplex model of interpersonal behavior (Leary, 1957) which is based on Sullivan's Interpersonal Theory (1953).

Earlier studies have demonstrated that the IIP is sensitive to change (e.g., Huber, Henrich, & Klug, 2007) and indicate that the IIP is useful as an outcome measure. A self-rating instrument such as the IIP can only detect conscious and ego-dystonic problems. However, an evaluation of interpersonal problems and their changes based on the IIP can provide an important measure of the effectiveness of psychoanalytic therapy with regard to the spectrum of interpersonal changes.

In clinical practice, friendly-submissive interpersonal problems are most common. However, patients differ both in the quality of their interpersonal relationships as well as the amount of interpersonal problems. For psychodynamically oriented clinicians, it is not surprising that, even in patient samples with homogeneous diagnoses according to ICD-10, different interpersonal problem patterns can be found (Kachin, Newman, & Pincus, 2001; Kasoff & Pincus, 2002; Salzer, Pincus, Hoyer, Kreische, Leichsenring, & Leibing, 2008; Salzer, Pincus, Winkelbach, Leichsenring, & Leibing, in press). These interpersonal subtypes also differ with regard to their improvement in interpersonal problems (Kasoff & Pincus, 2002; Salzer et al., in press).

Studies of interpersonal problems and their changes due to psychotherapy generally make use of only the IIP total score, or at best the IIP subscales, even when analyzing group data. However, this approach neglects differences in the pattern of interpersonal problems between patients. Furthermore, this procedure is not in accordance

with the circumplex structure of IIP data. Based on strategies for circumplex data (Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy, & Hilsenroth, 2009), interpersonal subtypes can be identified and more adequately assessed (Salzer et al., 2008; Salzer et al., 2010). Thus, not only the global extent of interpersonal problems, but also their quality can be examined. As a result, more meaningful findings regarding changes of interpersonal problems can be achieved. Furthermore, such an evaluation allows for the demonstration of clinically relevant changes induced by psychodynamic treatments. Using this approach, this study will address the following research questions:

(a) To what extent are depressive and anxious patients who are treated with psychoanalytic therapy characterized by interpersonal problems before treatment, as compared to the general population and other patient samples? (b) How does the extent of the patients' interpersonal problems at the end of therapy and at follow-up compare to the general population? (c) What patterns of interpersonal problems are identifiable in these patients? (d) Do these interpersonal problem patterns change after psychoanalytic therapy? (e) Are there differences in change of interpersonal problems between the identified interpersonal problem patterns?

4.4.2. Method

Patient sample

This study is based on four prior studies that examined the effectiveness of psychoanalytic therapy (Brockmann, Schlüter, & Eckert, 2006; Grande et al., 2006; Huber & Klug, 2005; Leichsenring, Biskup, Kreische, & Staats, 2005). In a previous study, data from these four studies were aggregated, and results for symptom distress and interpersonal problems were reported (Jakobsen et al., 2007). As is often the case, the previous study reported results only for the total IIP (Jakobsen et al., 2007). To be

included in the aggregated data set, patients must have been treated by psychoanalytic therapy for a minimum of 120 sessions (Jakobsen et al., 2007). Data from 121 patients were included and are the basis for the following analyses. The mean age of the sample was 33.92 (7.88) years, and 69.4% of the patients were female (Table 4.4.1). The mean of the Global Severity Index (GSI) of the Symptom Checklist (SCL-90-R; Franke, 1995) before treatment was 1.03 (sd=.48); for comparison, the reference mean score for the German general population is 0.33 (sd=.24) (Franke, 1995).

Table 4.4.1. Sample characteristics

N=121	
Mean age	33.92 (7.88) years
Sex	69.4% female
Global Severity Index (GSI)	1.03 (.48)
Treatment duration	1274.16 (483.70) days
Number of sessions	269.57 (84.91) sessions

Treatment and Therapists

Patients were treated with psychoanalytic therapy. The mean treatment duration was 269.57 (sd=84.91) sessions, or about three and one half years (1274.16 days; sd=483.70). Patients were treated in the classical setting, lying on a couch. Treatments were carried out by licensed and highly experienced psychoanalysts in private practice.

Diagnostic procedure

Diagnoses were made according to the ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1993) and were based on ICD-10 checklists completed by the treating therapists (for

further details regarding methods, see Jakobsen et al., 2007). Of the 121 patients, 93 patients (76.9%) were diagnosed with a depressive disorder, 54 patients (44.6%) with an anxiety disorder and 47 patients (38.8%) with a personality disorder (Table 4.4.2).

Table 4.4.2. Number of patients with at least one diagnosis in each area of the ICD-10 (N=121)

			N
Nr. 1	F3	Depressive disorders	93 (76.9%)
Nr. 2	F40; F41; F42	Phobias, other anxiety disorders or obsessive-compulsive disorders	54 (44.6%)
Nr. 3	F43	Reactions to severe stress and adjustment disorders	9 (7.4%)
Nr. 4	F44; F45; F48	Dissociative and somatoform disorders & Neurasthenia	29 (24%)
Nr. 5	F50	Eating disorders	12 (9.9%)
Nr. 6	F51; F52	Non-organic sleep disorders & sexual dysfunction	14 (11.6%)
Nr. 7	F54	Psychological & behavioral factors in somatic disorders	1 (0.8%)
Nr. 8	F60-F62	Personality disorders	47 (38.8 %)
Nr. 9	F1; F55	Substance dependency or abuse	7 (5.8%)

Note. Multiple diagnoses are possible

Assessment and Measures

Patients were assessed at baseline, treatment termination, and at a follow-up occurring a minimum of 12 months after termination of treatment. Interpersonal problems were assessed using the German 64-item version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-D; Horowitz et al., 2000). The IIP is widely used in psychotherapy research and is based on the interpersonal circumplex model (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990). The interpersonal problems circumplex is a two-dimensional circular model of

interpersonal dysfunction arising from the major interpersonal dimensions of personality (Horowitz, 1996; Kiesler, 1996; Pincus & Gurtman, 2006). The vertical axis represents problems with Dominance (or more broadly, Agency) and ranges from being too controlling (Domineering, [PA]; 90°) to being too nonassertive (Nonassertive, [HI]; 270°). The horizontal axis represents problems with Nurturance (or more broadly, communion) and ranges from sacrificing one's own needs in favour of others' needs too much (Overly Nurturant [LM]; 0°) to lacking care for others and feeling interpersonally detached (Cold [DE]; 180°). Divided into eight octants, each spanning 45°, interpersonal problem octants between the poles (NO = Intrusive, BC = Vindictive, FG = Socially Avoidant, JK = Exploitable) represent blends of dominant and nurturant interpersonal problems.

The IIP-D is a inventory of distressing interpersonal behaviors the respondent identifies as “hard to do” (i.e., behavioral inhibitions) or “does too much” (i.e., behavioral excesses), with eight items comprising each subscale. The items describe interpersonal problem situations and are rated by the patients on five-point Likert scales. The good validity and reliability of the IIP-D have been demonstrated in several studies (Horowitz et al., 2000). Data from a representative reference sample of the German general population exist (Horowitz et al., 2000).

Statistical Methods

For the investigation of interpersonal problems, the Structural Summary Method for Circumplex Data (Gurtman, 1994; Wright, Pincus, Conroy, & Hilsenroth, 2009) was applied, and structural summary scores were calculated for the three assessment points. This circumplex analytical approach involves creating a structural summary of the IIP-C profile by modeling the pattern of octant scores to a cosine-curve function. The parameters of this curve are its (a) angular displacement, or the peak-shift of the curve,

from 0°; (b) amplitude as degree of differentiation; and (c) elevation, or mean level. The coordinates in the analysis are the polar angles of the octant scales, e.g., PA at 90°, BC at 135°, etc. The goodness of fit of the modeled curve to the actual scores can be calculated by an R^2 value, which essentially indicates the degree to which the profile conforms to circumplex expectations.

Gurtman and Balakrishnan (1998) offer interpretive guidelines that relate each of these summary features to clinical hypotheses:

- The **Angular Displacement** of the curve indicates the person's interpersonal "central tendency," signifying the individual's "typology" (Leary, 1957) or predominant interpersonal "theme" (Kiesler, 1996).
- **Amplitude** is a measure of the profile's "structured patterning," or degree of differentiation, indicating the extent to which the predominant trend "stands out." An amplitude value of 0 indicates a flat (i.e., undifferentiated) profile; high amplitude indicates a profile with a clear interpersonal peak (and trough). A high amplitude can indicate an extreme or unwavering interpersonal style that does not adapt to different interpersonal situations (Gurtman, 1994).
- **Elevation**, or the mean level of the curve, is an index of the global level of interpersonal distress that an individual reports across all types of interpersonal problems (Gurtman, 1994; Tracey, Rounds, & Gurtman, 1996), with high values indicating high overall distress or maladjustment.

In this study, interpersonal subtypes were identified by means of cluster analyses. The goal of a cluster analysis is to build homogenous subsamples or groups of persons out of a heterogeneous total sample. The clusters were constructed using the two IIP-circumplex axes, Dominance and Nurturance, as criteria for similarity/dissimilarity. The mean values for the two dimensions were computed by z-standardized octant scores

according to the method described by Gurtman (1994). We conducted several agglomerative hierarchical cluster analyses, following the principle of keeping the numbers of clusters as small as possible (Fraley & Raftery, 1998). In the following, we refer to the most robust cluster solution, which used the Ward method based on squared Euclidean distances. All analyses were conducted using SPSS version 16.0.

As is commonly done, we first calculated the IIP-D total score for the three measurement time points. IIP total scores from baseline, end of treatment and follow-up were compared to the score of the German reference sample by conducting two-tailed t-tests. Here, alpha was set to 0.016 (0.05/3) in order to protect against type I error inflation. The reference sample consisted of a sample of adults from the general population in Germany studied with the IIP. The data were published in the IIP Manual (Horowitz et al., 2000).

Changes on the IIP total for the overall sample and with regard to Structural Summary Scores for the interpersonal clusters were then examined by repeated measures analyses of variance and Bonferroni corrected post-hoc comparisons.

Within-group effect sizes were calculated by dividing the difference between the pre-treatment mean and the post-treatment mean by the pre-treatment standard deviation (Cohen, 1988).

4.4.3. Results

General amount of interpersonal problems before and after treatment: Patients suffering from depressive and anxiety disorders treated with psychoanalytic therapy reported considerable interpersonal problems before treatment. Their IIP total item mean score (IIP=1.78, sd=.43) was significantly higher than the score for the German general population (IIP=1.28, sd=.51; see Horowitz et al., 2000) (two-tailed t-test with $t = 10.63$,

df=3166, $p < .0001$). Further, the score of the sample studied here is comparable to the score of a German sample of psychotherapeutic inpatients ($N=2809$; IIP=1.76, $sd=.52$; Salzer et al., 2010). At the end of therapy, the IIP total item mean score of the patients studied here was IIP=1.19 ($sd=.59$). At follow-up, the patients reached a score of IIP=1.09 ($sd=.58$). There was a statistically significant difference among the three measurement points ($F=113.72$, $df=2$, $p < .001$). Post-hoc analyses showed that the IIP total score decreased statistically significant from baseline to end of treatment and from baseline to follow-up. These improvements correspond to large effect sizes of $d=1.37$ (baseline to end of treatment) and $d=1.60$ (baseline to follow-up). Thus, the effect was not only stable, but the effect size further increased at follow-up. At the end of treatment, the IIP total score for the psychoanalysis-treated patients no longer differed significantly from the German reference sample ($t = -1.88$, $df=3164$, $p=.06$). At follow-up, patients treated with psychoanalytic therapy even reported significantly fewer interpersonal problems than the German general population ($t = -3.60$, $df=3142$, $p=.0003$).

Interpersonal subtypes before therapy: In the next step of our analysis, we examined whether interpersonal subtypes could be identified. By conducting a cluster analysis based on Dominance and Nurturance scores at the beginning of treatment, we found four characteristic interpersonal subtypes. In accordance with the denotations of the IIP octants (see Horowitz et al., 2000), these interpersonal subtypes can be referred to as Cluster 1, “Submissive” ($N=44$); Cluster 2, “Socially Avoidant” ($N=9$); Cluster 3, “Overly Nurturant” ($N=40$); and Cluster 4, “Exploitable” ($N=28$).

Importantly, R^2 values for the clusters were high at the beginning of treatment (.87 to .95), indicating that the four problem patterns are highly prototypical. This means that the patients are well represented by their cluster profile. This can be regarded as further support for the cluster solution we identified. There were no significant differences

between the four clusters with regard to distribution of gender ($\text{Chi}^2 = 3.88$, $\text{df}=3$, $p=.27$). This was also true for age within the four patient groups ($F=.45$; $\text{df}=3,119$; $p=.72$) and for global severity of symptoms measured by the GSI ($F=1.49$; $\text{df}=3,119$; $p=.22$). Thus, differences in interpersonal problem patterns between the four subtypes were not due to age, gender or global severity of other symptoms.

At the beginning of treatment, two of the four interpersonal subtypes were located in the friendly-submissive quadrant of the interpersonal circumplex (Cluster 1, Angle=261°; Cluster 4, Angle=296°), Cluster 2 fell in the cold-submissive quadrant (Angle=204°) and Cluster 3 in the friendly-dominant quadrant (Angle=13°). Patients within the largest subtype, Cluster 1 (N=44), tended to report problems with being too submissive. Before treatment, these patients experienced themselves as providing too much for others. Cluster 3 was also quite large (N=40) and included patients who found themselves to be too friendly and intrusive, which caused problems with keeping distance from family and friends. Members of Cluster 4 (N=28) found themselves to be too exploitable in their relationships with others and submissive in general. It can be assumed that, for these patients, it is hard to clearly differentiate their own needs from those of others. The smallest subgroup, Cluster 2 (N=9), showed—at least in the sample studied here—a rather infrequent pattern of interpersonal problems. These patients were the only ones to exhibit negative scores on the Nurturance axis and thus found themselves to be socially cold and avoidant. These patients had difficulty feeling interpersonal closeness, and they even found themselves to be hostile.

The first graph in Figure 4.4.1 presents the z-standardized IIP octant scores for the four clusters before treatment. Obviously, these four identified interpersonal problem patterns are quite different.

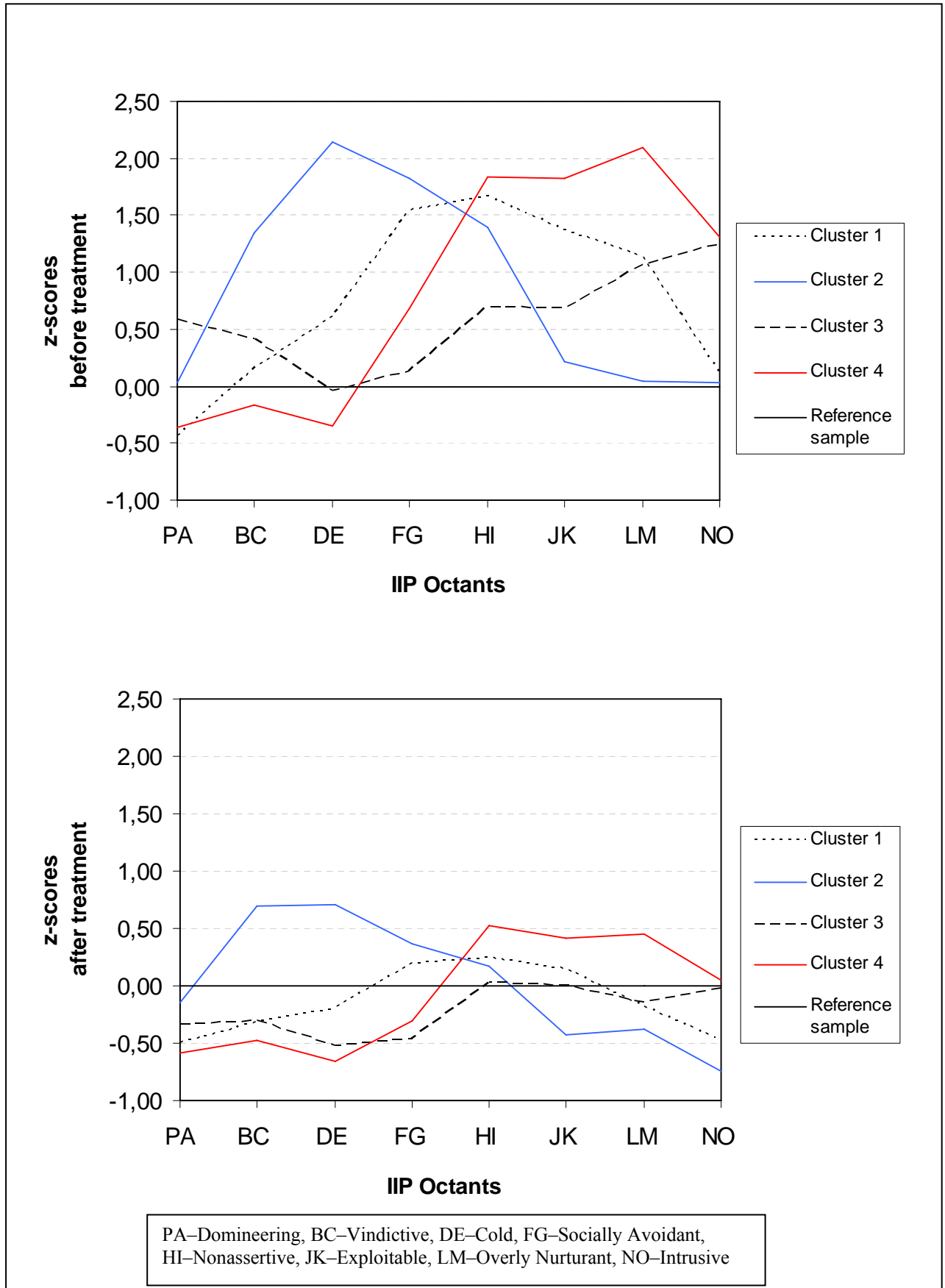


Figure 4.4.1. Standardized IIP Octant scores for the four clusters before and after treatment

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

Table 4.4.3. IIP-D Structural Summary Scores and standard deviations for the four interpersonal subtypes, before and after treatment

IIP-D	Cluster 1 “Submissive“ (N=44)		Cluster 2 “Socially Avoidant“ (N=9)		Cluster 3 “Overly Nurturant“ (N=40)		Cluster 4 “Exploitable“ (N=28)		Repeated measures analysis of variance (F)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Time x Cluster	
									Time (df=1, 117)	Interaction (df=1, 117) [#]
Dominance										
<i>Baseline</i>	-0.99	.42	-0.46	.49	0.12	.36	-0.79	.36		
<i>End of Therapy</i>	-0.38	.47	-0.08	.54	-0.06	.41	-0.37	.37	35.30**	21.57**
Nurturance										
<i>Baseline</i>	0.09	.26	-1.04	.58	0.52	.47	1.07	.39		
<i>End of Therapy</i>	-0.03	.30	-0.67	.67	0.22	.48	0.50	.42	10.02*	12.18**
Elevation										
<i>Baseline</i>	0.77	.73	0.88	.72	0.60	.62	0.86	.47		
<i>End of Therapy</i>	-0.14	.96	0.03	.89	-0.22	.83	-0.08	.89	94.96**	0.14
Amplitude										
<i>Baseline</i>	1.02	.43	1.26	.49	0.70	.37	1.37	.41		
<i>End of Therapy</i>	0.57	.36	0.91	.56	0.58	.34	0.73	.41	62.39**	8.05**

Note. **p <0.001; *p<0.01; [#] Bonferroni corrected post-hoc comparisons are Dominance: 1>2; 1>3; 4>3; Nurturance: all significant; Amplitude: 4>1; 4>3; 2>3

Changes in interpersonal clusters after therapy: The second graph in Figure 4.4.1 presents the four interpersonal problem patterns at the end of treatment, which obviously became flattened. Structural Summary Scores for the four interpersonal subtypes before and after treatment are presented in Table 4.4.3.

There were statistically significant time effects with regard to all IIP Structural Summary Scores (see Table 4.4.3). Further, with regard to Amplitude and the two IIP axes of Dominance and Nurturance, significant time-by-cluster interactions could be found. Post-hoc analyses showed several statistically significant differences between the four interpersonal subtypes with regard to change on Amplitude, Dominance and Nurturance (see Table 4.4.3). Thus, change on the two circumplex axes and improvement on Amplitude differed between the four clusters. For Elevation, a strong improvement could be found in all four interpersonal subtypes.

After treatment, the Dominance score increased for Cluster 1, “Submissive”; Cluster 2, “Socially Avoidant”; and Cluster 4, “Exploitable” – that is, these patients became less submissive and more assertive after treatment. For patients of Cluster 3, “Overly Nurturant”, who found themselves to be rather dominant at the beginning of treatment, their Dominance axis scores declined after treatment. Different changes can also be seen for the four Clusters for the Nurturance axis. The Nurturance score increased for Cluster 2, “Socially Avoidant” – these patients developed a stronger relatedness. For the other clusters this score decreased, especially for Cluster 4, “Exploitable”. These exploitable patients are thus no longer as strongly oriented to others and therefore seem more independent from others.

Table 4.4.4. Within Group Effect Sizes for the four interpersonal subtypes (baseline to end of treatment)

IIP-D	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
	“Submissive“ (N=44)	“Socially Avoidant“ (N=9)	“Overly Nurturant“ (N=40)	“Exploitable“ (N=28)
Dominance	-1.45	-0.77	0.50	-1.16
Nurturance	0.46	-0.63	0.63	1.46
Elevation	1.24	1.18	1.32	2.00
Amplitude	1.04	0.71	0.32	1.56

Note. Effect sizes calculated as $(\text{Mean}_{\text{pre}} - \text{Mean}_{\text{post}}) / \text{SD}_{\text{pre}}$

Within-group effect sizes (Cohen, 1988) for the four interpersonal subtypes are presented in Table 4.4.4. In all four patient groups, large effect sizes with regard to interpersonal distress (Elevation) were achieved after psychoanalytic therapy. For the Amplitude, medium or even large effects were found for three clusters that were quite rigid at the beginning of treatment (Clusters 1, 2, and 4). There were considerably different effect sizes for the four clusters with regard to the two circumplex axes Dominance and Nurturance (see Table 4.4.4).

4.4.4. Discussion

In the current study, a sample of patients predominantly characterized by depressive and anxiety disorders was examined with regard to interpersonal problems before and after psychoanalytic therapy. Overall, patients reported intense symptoms of both psychological symptoms and interpersonal problems. This demographic stands in contrast to the assertion that for psychoanalytic treatments patients who are less severely

disturbed and interpersonally rather inconspicuous (YAVIS patients) are chosen. Indeed, the extent of interpersonal problems reported by these patients is similar to that of a sample of psychotherapy inpatients (see Salzer et al., 2010).

At the beginning of therapy, patients in this study reported significantly more interpersonal problems than were reported by the general population. At the end of treatment, this difference no longer existed. At follow-up, patients treated with psychoanalytic therapy even reported significantly fewer interpersonal problems than the general population. Based on these results, we conclude that psychoanalytic therapy led to not only a “normalization” of interpersonal problems, but even to a decrease below the level of the general population. The fact that improvements increased even after treatment can be regarded as another indicator of the incubation effect of psychoanalytic therapy (e.g., Leichsenring & Rabung, 2008)

Four interpersonal subtypes were identified. These subtypes were distributed across three quadrants of the interpersonal circumplex and represented characteristic prototypical interpersonal problem patterns that also differed in their frequencies of occurrence. The presented interpersonal subtypes reflect the patients’ respective interpersonal style. Interpersonal styles are connected with earlier interpersonal experiences and thus related to attachment patterns (e.g., Horowitz, Rosenberg, Bartholomew, 1993). In general, high IIP total scores are related to increased attachment insecurity (e.g., Haggerty, Hilsenroth & Vala-Stewart, 2009). However, findings regarding the relationship between different types of interpersonal problems and different attachment styles are inconsistent so far.

Nevertheless, it is important to mention that the identified subtypes should not be interpreted as absolutely distinct types but rather as aggregates of patients with similar interpersonal problems. There are also similarities or overlapping features between the

identified problem patterns, especially in patients with predominant submissive (Cluster 1) and predominant exploitable problems (Cluster 4).

Psychoanalytic therapy significantly and meaningfully reduced patients' global interpersonal distress (Elevation) with large effects (d from 1.18 to 2.00), regardless of the respective predominant type of interpersonal problems reported. This is of special importance as earlier studies found considerable differences in improvement of interpersonal problems that depended on the patients' predominant interpersonal theme (Salzer et al., 2010; Salzer et al., in press). Other previous studies showed relatively minor improvements in patients with cold interpersonal problems during cognitive-behavioral or short-term psychodynamic psychotherapy (Borkovec et al., 2002; Horowitz et al., 1993; Crits-Christoph et al., 2005). In contrast, the psychoanalytic treatment in the presented study led to important improvements of interpersonal distress in all types of identified interpersonal problem patterns. This seems as if patients with predominant cold interpersonal problems need more time for improvement. In accordance to attachment theory (Bowlby, 1980, 1988) for these patients with high negative scores on the Nurturance axis a negative internal model of others can be expected. Thus, it may be more difficult to establish a positive therapeutic alliance for these patients.

The psychoanalytic treatment led to a strong improvement of structured patterning (Amplitude) for those subtypes that reported very weak interpersonal differentiation before treatment. Here, we found improvements that corresponded to medium and even large effect sizes. This indicates that the respective patients developed the ability to adapt their interpersonal behavior to different interpersonal situations and persons. Taken together, our data suggest that patients were able to achieve new dynamics in the arrangement of their relationships and so were enabled to have much more satisfactory contacts with others.

The therapeutically intended “direction” of change in the interpersonal circumplex (e.g., becoming more dominant for submissive patients or more friendly for cold patients) corresponds to the change of subtypes on the IIP axes. Thus, this study shows that evaluation of IIP data based on interpersonal subtypes can allow for the detection of qualitative aspects in interpersonal problem patterns, which fits with previous findings (Salzer et al., 2008; Salzer et al., 2010). Our work presents an evaluation of IIP data that gains clinically highly relevant results. Based on the presented procedure, the potential for psychoanalytic therapy to positively affect interpersonal problems can, at least in part, be empirically tested and illustrated.

This study has several limitations. From a psychodynamic perspective, the assessment of patients’ interpersonal problems by a self-report instrument such as the IIP can only detect problems that are conscious and ego-dystonic. In addition, it is not yet known whether self-perceived problems are identical to those behaviors that actually cause problems with interpersonal relationships. These limitations should be kept in mind when evaluating empirical data on interpersonal problems obtained by the IIP.

One further limitation of the present study is a lack of a control group. However, as Leichsenring and Rabung (2006) demonstrated in a meta-analysis, effect sizes in untreated control groups are in general quite small, and spontaneous remission of interpersonal problems is very unlikely. Nevertheless, as no other treatment group was included, it is not clear whether the changes in interpersonal problems that we found are specific to psychoanalytic therapy. To address specificity, future studies should include other forms of psychotherapy (e.g., interpersonal therapy or cognitive-behavioral therapy) and a no-therapy baseline group. Comparisons should also be made between long-term and short-term treatments, as long-term treatments can also be expected to yield more enduring improvements in interpersonal problems. Further, future studies should also

4. Subtypen interpersonaler Problemmuster in verschiedenen klinischen Stichproben

examine interpersonal subtypes in other diagnostic groups, for example, in personality disorders. We hope that this study will encourage researchers to pay more attention to the study of interpersonal problems in psychotherapy and to begin to use more sophisticated methods of analysis.

5. Zusammenfassende Schlussdiskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Erfassung und Veränderung interpersonaler Probleme und hierbei insbesondere mit der Identifizierung interpersonaler Subtypen in verschiedenen klinischen Stichproben. Anhand des IIP wurden interpersonale Problemmuster in zwei randomisierten, kontrollierten Studien zu manualisierten Kurztherapien bei Generalisierter Angststörung (vgl. Studie I und Studie II), im Kontext der stationären psychotherapeutischen Routineversorgung (vgl. Studie III) sowie in einer naturalistischen ambulanten Psychotherapiestudie zu analytischen Langzeitbehandlungen (vgl. Studie IV) näher untersucht. Eine detaillierte Diskussion der einzelnen Studien wurde in vorangegangenen Abschnitten (vgl. Abschnitte 4.1.3, 4.2.3, 4.3.4 und 4.4.4) bereits geleistet. In diesem Kapitel wird nun in einer zusammenfassenden Diskussion auf die relevantesten Befunde rekurriert. Die empirischen Befunde dieser Arbeit erfahren eine Einordnung in den aktuellen Forschungsstand. Ergänzt durch eine Diskussion der limitierenden Aspekte dieser Arbeit wird so abschließend ein Ausblick für das hier bearbeitete Forschungsgebiet möglich.

5.1 Empirische Befunde und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand

Die Auswertungsstrategie für Circumplex-Daten

Obwohl von verschiedenen Autoren die Auswertung des IIP anhand von Auswertungsstrategien für Circumplex-Daten empfohlen wurde (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009), wird dies bislang in der Psychotherapieforschung kaum umgesetzt. In den vier Studien der vorliegenden Arbeit ließen sich die interpersonalen Problemmuster anhand der Kreisparameter gut beschreiben und interpretieren. Nimmt man mittels der beiden IIP-Achsenwerte eine Lokalisation im interpersonalen Raum für eine Person oder Patientensubgruppe vor, so wird die Komplexität des IIP mit seinen acht

Skalen auf eine eingängigere Darstellung reduziert. Diese Lokalisation korrespondiert mit dem Winkel eines interpersonalen Profils, der eben das zentral vorherrschende interpersonale Thema reflektiert. Ergänzt um die Werte zum globalen interpersonalen Distress (Elevation) und zur interpersonalen Differenziertheit (Amplitude) lässt sich so das IIP-Profil einer Person oder Subgruppe erschöpfend beschreiben. Somit ist beim Einsatz des IIP generell die Verwendung von Auswertungsstrategien für Circumplex-Daten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009) nicht nur sinnvoll, sondern auch praktikabel. Wird diese Auswertungsstrategie durch die Differenzierung nach interpersonalen Subtypen ergänzt, wenn eine hinsichtlich des interpersonalen Problemmusters heterogene Stichprobe untersucht werden soll, so ergeben sich neue Evaluierungsmöglichkeiten in der Psychotherapieforschung.

Der Nachweis von interpersonalen Subtypen

Anhand der hier vorgestellten Auswertungsstrategie ließen sich in allen untersuchten klinischen Stichproben interpersonale Subtypen identifizieren, die sich hinsichtlich ihrer mit dem IIP erfassten interpersonalen Problemmuster voneinander unterscheiden (vgl. Kapitel 4). Diese Subtypen waren innerhalb der jeweiligen Stichprobe unterschiedlich häufig vertreten. Ermittelte man dagegen nur jeweils einen Wert pro Skala oder Dimension für die gesamte Patientengruppe, so standen in allen untersuchten Stichproben freundlich-submissive Probleme im Vordergrund, da dieses Problemmuster am häufigsten vertreten war. Somit ist bei der Auswertung von Gruppendaten eine Differenzierung nach interpersonalen Subtypen angebracht, wenn die Qualität der jeweils vorherrschenden interpersonalen Probleme der Patienten berücksichtigt werden soll. Die bislang übliche Auswertung von IIP Skalen- oder Dimensionswerten bei Gruppendaten mit nur jeweils einem Mittelwert pro Skala oder Dimension für die gesamte Stichprobe ist demnach wenig aussagekräftig. Da sich das IIP grundsätzlich für eine differenzierte

Erfassung komplexer Problemmuster eignet, sollte sich dessen Auswertung nicht lediglich auf die valide Erfassung der globalen interpersonalen Problembelastung beschränken. Die Differenziertheit des Instruments kann auch bei Stichprobendaten nutzbar gemacht werden, wenn, wie hier demonstriert, eine der Kreisstruktur der Daten entsprechende Auswertungsstrategie verwendet und nach Subtypen unterteilt wird.

Interpersonale Subtypen konnten in der vorliegenden Arbeit sowohl in diagnostisch homogenen Stichproben (vgl. Studie I und II) als auch in Stichproben mit heterogenen Diagnosen (vgl. Studie III und IV) ermittelt werden. Die hier referierten empirischen Ergebnisse zu interpersonalen Subtypen bei Patienten mit Generalisierter Angststörung (vgl. Studien I und II, Abschnitt 4.1 und 4.2) unterstützen die Befunde zweier früherer Arbeiten, in denen interpersonale Subtypen in diagnostisch homogenen Stichproben bei Patienten mit Generalisierter Angststörung (vgl. Kasoff & Pincus, 2002) und mit Sozialer Phobie (vgl. Kachin et al., 2001) identifiziert wurden. Der Nachweis interpersonalen Subtypen in diagnostisch homogenen Diagnosegruppen weist auf die Grenzen der klassifikatorischen Diagnostik nach ICD (Dilling et al., 2008) und DSM (Sass et al., 2000) hin, die den interpersonalen Stil von Patienten gänzlich unberücksichtigt lässt. Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer ergänzenden interpersonalen (Beziehungs)Diagnostik, wie diese beispielweise anhand der Beziehungssachse der OPD (Arbeitskreis OPD, 2009) oder der Analyse interaktioneller Pläne (Caspar, 1989; Grawe, 1992) geleistet werden kann. Darüber hinaus konnte demonstriert werden, dass auch in diagnostisch heterogenen Patientengruppen sinnvolle Eingruppierungen zum interpersonalen Stil der Patienten über verschiedene Krankheitsbilder hinweg vorgenommen werden können (vgl. Studie III und IV).

Veränderung interpersonaler Probleme innerhalb der interpersonalen Subtypen

Die interpersonalen Subtypen unterschieden sich in ihrer Reduktion von interpersonalem Distress nach psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Studien II und III). Das Ausmaß der Veränderung von interpersonalen Problemen war somit abhängig von deren Qualität, was mit einem früheren Befund von Horowitz et al. (1993) übereinstimmt. Die Subtypen profitierten also hinsichtlich der globalen interpersonalen Problembelastung in unterschiedlichem Maße von den jeweils durchgeführten Behandlungen. Unklar ist bislang, um welchen Zusammenhang es sich hierbei handelt. Frühere Befunde sprechen allgemein dafür, dass die interpersonalen Probleme von Patienten einen negativen Einfluss auf die therapeutische Allianz haben (z.B. Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005; Howard, Turner, Olkin, & Mohr, 2006; Taft, Murphy, Musser, & Remington, 2004), welche wiederum einen bedeutsamen Einfluss auf das Therapie-Outcome hat (Martin, Garske & Davis, 2000). Grundsätzlich wird für eine Veränderung durch Psychotherapie wichtig sein, wie gut es Patienten gelingt, den jeweiligen Therapeuten als hilfreich zu erleben. Neben Therapeutenvariablen wird hierbei der interpersonale Stil eines Patienten einen großen Einfluss haben (vgl. z.B. Dinger et al., 2009; Haggerty et al., 2009). Vermutlich wird es für Patienten, die sich durch hohe negative Werte auf der Zuneigungsachse auszeichnen (zu feindselig, zu kalt, zu vermeidend), schwieriger sein, eine positiv erlebte therapeutische Beziehung zu entwickeln. Denkbar ist, dass gerade diese Patienten mehr Zeit brauchen, um von einer Behandlung ausreichend zu profitieren. Für diese Überlegung spricht der Befund aus Studie IV zu Analytischen Langzeitbehandlungen (vgl. Abschnitt 4.4), in der im Gegensatz zu allen anderen Studien auch Patienten mit vorherrschend sozial vermeidendem Problemmuster (Cluster „Socially Avoidant“) einen großen Effekt bei der Reduktion der interpersonalen Problembelastung aufwiesen.

Bezüglich der Veränderungen auf den beiden IIP-Achsen Dominanz und Zuneigung fanden sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Subtypen. Dabei zeigte sich, dass die gefundenen Veränderungen auf den beiden Achsen zumeist dem aus therapeutischer Sicht Wünschenswerten entsprachen. So nahm beispielsweise die Ausprägung auf der Dominanzachse für eher zu unterwürfige Patienten zu, während sie für zu dominante Patienten abnahm. Ähnlich verhielt es sich für die Zuneigungsachse. Diese psychotherapeutisch intendierten Veränderungen lassen sich also auch jenseits des Einzelfalles empirisch abbilden, wenn eine Auswertung des IIP auf der Ebene interpersonaler Subtypen vorgenommen wird. Bei der bislang etablierten Auswertung des IIP können diese intendierten Veränderungen bei Gruppendaten nicht abgebildet werden.

Im Hinblick auf andere Aspekte der interpersonalen Problemmuster fanden sich weitere bemerkenswerte Unterschiede, so insbesondere bezüglich der Amplitude als Maß der interpersonalen Differenziertheit. Es zeigte sich, dass sich die interpersonalen Profile der Subtypen durch das Ausmaß ihrer interpersonalen Flexibilität unterscheiden. Ein hoher Amplitudenwert spricht dafür, dass Patienten recht unabhängig von situativen Gegebenheiten am vorherrschenden interpersonalen Stil „festhalten“. Anzunehmen ist, dass sich eine Flexibilisierung des interpersonalen Stils (vgl. insbesondere Studie IV) positiv auf die Gestaltungsmöglichkeiten in interaktionellen Situationen auswirkt, um so auf unterschiedliche Kontexte und verschiedene Interaktionspartner adäquat reagieren zu können. Insofern scheint es von zentraler Bedeutung, dass eine solche Flexibilisierung, abgebildet durch eine Reduktion der Amplitudenwerte nach Therapieende, für die verschiedenen interpersonalen Subtypen unterschiedlich gut gelingt. Auch hier zeigt sich also die Notwendigkeit, genauer innerhalb von Stichproben zu differenzieren.

Der Einfluss des interpersonalen Stils auf das Therapieergebnis

Die berichteten Unterschiede sind nicht nur für die Reduktion von interpersonalem Distress von Bedeutung, sondern auch bezüglich des allgemeinen Therapie-Outcomes. Hier sei nochmals an den Befund von Borkovec et al. (2002) erinnert, demzufolge am Ende der Therapie noch bestehende interpersonale Probleme negativ mit der Symptomreduktion in den Follow-up-Untersuchungen korrelieren.

Denkbar ist ein moderierender Einfluss des interpersonalen Stils auf das Therapie-Outcome, anhand dessen interindividuelle Unterschiede im Outcome erklärt werden könnten. Diese Überlegung wird gestützt durch einen hier referierten Befund der Studie III. Wie in der großen Stichprobe der stationär behandelten Patienten (vgl. Abschnitt 4.3) belegt werden konnte, reduzierte sich auch die allgemeine globale Gesamtbelastung, erfasst mit dem GSI, zwischen den interpersonalen Subtypen unterschiedlich stark. Auch unter Kontrolle der GSI-Prä-Werte anhand einer Kovarianzanalyse fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Subtypen. Hier zeigte sich also, dass die Patienten in Abhängigkeit von ihrem vorherrschenden interpersonalen Stil hinsichtlich der Veränderung der psychischen Gesamtbelastung unterschiedlich von der stationären Behandlung profitieren. Anzunehmen ist, dass hier der bereits diskutierte Aspekt der therapeutischen Allianz eine Einflussgröße darstellt, welche durch den interpersonalen Stil eines Patienten beeinflusst wird. Der Zusammenhang zwischen der Qualität der vorherrschenden interpersonalen Probleme und dem Therapie-Outcome ist bislang nicht ausreichend untersucht. Die Auswertung auf der Ebene von interpersonalen Subtypen bietet hier vielversprechende neue Möglichkeiten.

Bedeutung der vorgestellten Befunde im Überblick

Da zwischenmenschliche Schwierigkeiten wichtige Themen in psychotherapeutischen Behandlungen sind (vgl. Kapitel 1 und 2), sollte der interpersonale

Stil von Patienten im klinischen Kontext besondere Berücksichtigung erfahren und der Evaluation interpersonalen Problemmuster auch in der Psychotherapieforschung besonderes Augenmerk zukommen. In dieser Arbeit zeigte sich erneut die Veränderungssensitivität des IIP (vgl. Huber et al., 2007). Auch konnte gezeigt werden, dass das IIP für eine differenzierte Erfassung und Darstellung verschiedener interpersonalen Problemmuster in diagnostisch homogenen und heterogenen Stichproben geeignet ist, wenn eine adäquate Auswertungsstrategie zum Einsatz kommt. Es wurde demonstriert, wie die Auswertung des IIP jenseits der Einzelfalldarstellung optimiert werden kann, um dessen Potential auch für Gruppendaten vollständig nutzbar zu machen. Damit geht die Generierung klinisch relevanterer Daten in der Psychotherapieforschung einher. Die Relevanz des interpersonalen Stils eines Patienten für das Therapie-Outcome konnte in dieser Arbeit belegt werden. Die Auswertung auf der Ebene von interpersonalen Subtypen stellt demnach einen Schlüssel zum besseren Verständnis von interindividuellen Unterschieden im Outcome sowohl hinsichtlich der Verbesserung von interpersonalem Distress (vgl. Studien II und III, Abschnitte 4.2 und 4.3), als auch des allgemeinen Therapie-Outcomes (vgl. Studie III, Abschnitt 4.3) dar. Welche Wirkprozesse hierbei von Bedeutung sind, kann anhand der hier vorgestellten Untersuchungsmethode künftig im Kontext der Psychotherapieforschung adäquat untersucht werden.

Der Nachweis interpersonalen Subtypen in den untersuchten Stichproben demonstriert die Grenzen klassifikatorischer Diagnostik nach ICD (Dilling et al., 2008) und DSM (Sass et al., 2000). Hier kann die stärkere Berücksichtigung des interpersonalen Stils eines Patienten eine sinnvolle Ergänzung sein. Basierend auf einer solchen Beziehungsdiagnostik zum interpersonalen Stil eines Patienten können schließlich auch behandlungsrelevante Überlegungen angestellt werden (vgl. Abschnitt 5.3).

5.2 Limitierende Aspekte

Wie in jeder empirischen Arbeit sind die hier referierten Befunde in den jeweiligen Untersuchungskontexten zu sehen, welche bedeutsam sind im Hinblick auf die Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Dabei ist als zentrale Einschränkung zu nennen, dass interpersonale Probleme hier anhand des IIP untersucht wurden, wengleich durchaus andere, ebenfalls geeignete Instrumente oder Methoden zur Erfassung interpersonaler Schwierigkeiten existieren (z.B. SASB oder ZBKT, vgl. Kapitel 2). Allerdings spricht vieles für diese Operationalisierung, insbesondere die einfache und ökonomische Anwendung des IIP. Auch kann das IIP unabhängig von der durchgeführten oder intendierten psychotherapeutischen Behandlung verwendet werden (anders als z.B. beim ZBKT, welches bislang ausschließlich in psychodynamischen Therapieformen ermittelt wird), weshalb die Testautoren in ihrem Manual auch von einer „nichtschulengebundenen“ Anwendung des IIP sprechen (siehe Horowitz et al., 2000, S. 11). Dennoch sind auch beim Einsatz des IIP und der Interpretation von IIP-Daten all jene Beschränkungen zu berücksichtigen, die generell für Selbsteinschätzungsmaße gelten. So ist beispielsweise aus psychodynamischer Sicht hervorzuheben, dass lediglich bewusste Aspekte interpersonaler Probleme und Bezüge abgebildet werden können.

Als weitere methodische Limitation ist die Durchführung von Clusteranalysen zur Ermittlung interpersonaler Subtypen zu nennen, deren Einsatz mit den üblichen Einschränkungen explorativer Verfahren einher geht. Obgleich mittels Varianzanalysen gezeigt werden konnte, dass sich die Subtypen hinsichtlich verschiedener Parameter signifikant voneinander unterscheiden und die jeweiligen Clusterlösungen somit gestützt werden konnten, sind die hier beschriebenen Clusterbildungen sicherlich nicht die einzig möglichen Zuordnungen, die methodisch und inhaltlich sinnvoll interpretierbar sind. Auch deshalb sollten die einzelnen Cluster weniger als distinkte Subtypen verstanden

werden, sondern stattdessen eher als Bündelung von Patienten mit ähnlichen interpersonalen Problemmustern innerhalb der jeweiligen Stichprobe.

Als eine weitere Einschränkung bei der Interpretation der Ergebnisse ist anzuführen, dass in den durchgeführten Studien keine Kontrollgruppen zum Einsatz kamen. Somit ist die Wirksamkeit der jeweils durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen hinsichtlich der gefundenen interpersonalen Veränderungen nur eingeschränkt interpretierbar. Allerdings ist eine spontane Remission bei interpersonalen Problemen eher unwahrscheinlich und die Effekte in unbehandelten Kontrollgruppen generell recht klein (siehe z.B. Leichsenring und Rabung, 2006). Ohnehin ist auch für diesen Symptombereich eher von einer Tendenz zur Chronifizierung auszugehen. Gleichzeitig gibt es hinreichend Befunde zur Veränderung von interpersonalen Problemen durch Psychotherapie (vgl. Kapitel 2).

Eine weitere Einschränkung ist die Größe der untersuchten Stichproben. So konnte beispielsweise in der randomisierten kontrollierten Studie zum Vergleich der Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Kurztherapie (vgl. Studie II, Abschnitt 4.2) vielleicht auch aufgrund zu geringer Stichprobengröße kein Unterschied im Hinblick auf die Veränderung interpersonalen Probleme gefunden werden (siehe Leichsenring et al., 2009). Noch bedeutsamer im Kontext der vorliegenden Arbeit ist jedoch, dass in dieser Studie aufgrund der geringen Stichprobengröße auf Clusterebene nur eingeschränkt Aussagen zu Differenzen bei der Veränderung interpersonalen Probleme zwischen den Clustern gemacht werden konnten. Rückblickend zeigt sich hier auch, dass eine monozentrisch konzipierte, störungsspezifische Therapiestudie für differentielle Auswertungsstrategien nicht ausreicht. Daraus folgt, dass mit Ausnahme von sehr häufigen Störungsbildern (wie z.B. depressive Störungen) künftig im Bereich der Psychotherapieforschung multizentrische Studien notwendig sind, um größere

Stichproben realisieren zu können. Erst dann ist es möglich, differentielle Aspekte wie bspw. den interpersonalen Stil, aber auch allgemeiner Moderator- und Mediatorvariablen in Psychotherapiestudien mit ausreichender statistischer Power näher zu untersuchen.

Eine weitere wichtige Einschränkung der vorliegenden Arbeit ist, dass in der großen stationären Stichprobe von N=2809 Patienten (vgl. Studie III in Abschnitt 4.3) die interpersonalen Probleme jener Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht separat näher untersucht wurden, obgleich hier 66.8% der Patienten eine F6 Diagnose aufwiesen und interpersonale Probleme für den diagnostischen Bereich der Persönlichkeitsstörungen von besonders hoher Relevanz sind. Gerade auch im Kontext der Sicherung der Behandlungsqualität wäre eine genauere Evaluation anhand von interpersonalen Subtypen für diese Störungsgruppe sehr wichtig. Dies könnte daher Aufgabe künftiger Forschungsarbeiten sein, in denen wie hier vorgestellt auf Auswertungsmethoden für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009) zurückgegriffen werden sollte.

5.3 Ausblick

Die vorliegende Arbeit eröffnet für den Forschungsbereich interpersonaler Probleme und den Einsatz des IIP neue Perspektiven. Die hier vorgelegten Befunde zu einer Evaluation des IIP anhand von Auswertungsmethoden für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009) basierend auf Subtypen interpersonaler Problemmuster sprechen deutlich für den Nutzen dieses Vorgehens. Künftige Auswertungen des IIP sollten daher anhand einer Auswertungsstrategie für Circumplexdaten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009) erfolgen.

Auf der Einzelfallebene kann die Ermittlung des interpersonalen Subtyps eines Patienten, anschaulich dargestellt anhand der Kreisparameter, zur Fokusbildung in der

Behandlungsplanung herangezogen werden. Für den Bereich der differentiellen Indikationsstellung kann die Erfassung interpersonaler Subtypen ebenfalls neue Ansätze bieten. So ist beispielsweise denkbar, dass sich eher submissive Patienten zunächst leichter in direktiveren Behandlungskontexten zurecht finden, während sich dominantere Patienten schneller in non-direktiven Verfahren wohler fühlen. Dies könnte dazu beitragen, die Entwicklung einer positiven therapeutischen Allianz zu begünstigen. Somit könnte der interpersonale Stil eines Patienten mindestens bei der Indikation zu einer Kurzzeitbehandlung ausschlaggebend sein, da es dort besonders wichtig ist, dass sich die Patienten möglichst schnell in das jeweilige Behandlungskonzept einfinden.

Eine andere mögliche Ausweitung beim Einsatz des IIP könnte neben der Erfassung der Selbsteinschätzung das Hinzuziehen naher Bezugspersonen sein, um anhand einer Fremdeinschätzung (vgl. Clifton et al., 2005; Eng & Heimberg, 2006; Foltz et al., 1999; Israel et al., 2007) eine genauere Beziehungsanalyse leisten zu können. Dabei ist einerseits an den Einsatz des IIP in paar- und familientherapeutischen Settings zu denken. Besonders sinnvoll scheint dies aber auch für jene Patientengruppe, bei der Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund stehen. Denn ein klinisch herausragendes Merkmal bei dieser Störungsgruppe ist es, dass die Symptomatik von den Patienten oftmals eher ich-synton erlebt wird und interaktionelle Schwierigkeiten daher in der Selbstwahrnehmung der Patienten nur eingeschränkt wahrgenommen werden.

Anhand der vorgestellten Auswertungsstrategie kann auf Stichprobenebene in nachfolgenden Studien der Zusammenhang von interpersonalem Stil mit dem Therapie-Outcome zu interpersonalem Distress sowie dem allgemeinen Outcome, aber auch mit der therapeutischen Allianz und Interaktion sowie der Behandlungsdauer sinnvoll untersucht werden. Neben differenzierteren als den bisher üblichen Auswertungsstrategien sind

hierfür größere Stichproben notwendig, als diese in monozentrischen Psychotherapiestudien zumeist realisierbar sind.

Zusammenfassend ist künftig generell eine differenziertere Auswertung des IIP für Stichprobendaten wie hier demonstriert wünschenswert, um so das volle Potential des Instrumentes zu nutzen, den klinisch bedeutsamen Bereich interpersonaler Probleme adäquat berücksichtigen zu können und schließlich die Psychotherapieforschung hinsichtlich der klinischen Relevanz ihrer Befunde und Forschungsfelder weiterzuentwickeln.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Erfassung interpersonaler Probleme und deren Veränderung in unterschiedlichen Kontexten der ambulanten und stationären Psychotherapie. Interpersonale Probleme wurden mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 2000) untersucht. Anhand vier empirischer Studien konnte gezeigt werden, dass sich mittels spezieller Auswertungsstrategien für Circumplex-Daten (vgl. Gurtman, 1994; Wright et al., 2009) und clusteranalytischer Verfahren Subtypen interpersonaler Problemmuster ermitteln lassen.

In einer ersten Studie konnten interpersonale Subtypen in einer diagnostisch homogenen Stichprobe von N=78 Patienten mit der Primärdiagnose der Generalisierten Angststörung nachgewiesen werden. In einer zweiten Studie wurde darüber hinaus gezeigt, dass sich interpersonale Subtypen in einer diagnostisch homogenen Stichprobe von N=52 Patienten mit Generalisierter Angststörung auch hinsichtlich der Veränderung ihrer interpersonalen Probleme nach ambulanter Kurzzeitbehandlung unterschieden. Die Subtypen profitierten also hinsichtlich der globalen interpersonalen Problembelastung in unterschiedlichem Maße von den jeweils durchgeführten Behandlungen. In einer dritten Studie konnte demonstriert werden, dass die Auswertung interpersonaler Probleme basierend auf interpersonalen Subtypen auch in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe von N=2809 stationär behandelten Patienten klinisch relevante Informationen liefert. Die Veränderungen interpersonaler Probleme unterschieden sich erneut zwischen den Subtypen, also in Abhängigkeit vom vorherrschenden interpersonalen Schwerpunktthema. Auch zeigte sich, dass die interpersonalen Subtypen hinsichtlich des allgemeinen Therapie-Outcomes relevant sind und hierbei unterschiedlich profitierten. In einer vierten Studie schließlich wurden interpersonale Subtypen bei N=121 Patienten untersucht, die

mit Psychoanalytischer Psychotherapie behandelt wurden. Bei den Analytischen Langzeitbehandlungen fanden sich in dieser naturalistischen Therapiestudie große Effekte im Bereich interpersonalen Probleme durchgängig für alle Problemmuster.

Die verschiedenen, mittels des IIP erfassbaren interpersonalen Problemmuster sind in klinischen Stichproben unterschiedlich häufig vertreten. Diese Subtypen unterscheiden sich in Qualität und Ausmaß interpersonalen Probleme und der interpersonalen Flexibilität sowie hinsichtlich der Veränderung ihrer interpersonalen Probleme. Das Ausmaß der Veränderung von interpersonalen Problemen ist somit von deren Qualität abhängig (vgl. Horowitz et al., 1993). Die Ergebnisse unterstützen die Befunde zweier früherer Arbeiten, in denen interpersonale Subtypen in diagnostisch homogenen Stichproben bei Patienten mit Generalisierter Angststörung (vgl. Kasoff & Pincus, 2002) und mit Sozialer Phobie (vgl. Kachin et al., 2001) bereits nachgewiesen wurden. Der Nachweis interpersonalen Subtypen demonstriert auch die Grenzen klassifikatorischer Diagnostik nach ICD (Dilling et al., 2008) oder DSM (Sass et al., 2000), da hier der interpersonale Stil eines Patienten nicht berücksichtigt wird.

Mit der vorgestellten Auswertungsstrategie kann das volle Potential des IIP für Gruppendaten erst nutzbar gemacht werden. Wie die berichteten Ergebnisse zeigen, stellt die Auswertung auf der Ebene von interpersonalen Subtypen einen Schlüssel zum besseren Verständnis von interindividuellen Unterschieden im Outcome sowohl hinsichtlich der Verbesserung von interpersonalem Distress als auch der psychischen Gesamtbelastung dar. Werden zwischenmenschliche Schwierigkeiten und deren Veränderung und somit der interpersonale Stil von Patienten in der Psychotherapieforschung adäquat berücksichtigt, können aussagekräftigere Daten mit mehr klinischer Relevanz generiert werden.

Literaturverzeichnis

Die mit * gekennzeichneten Publikationen sind Teile der vorliegenden Arbeit.

- Albani, C., Volkart, R., Humbel, J., Blaser, G., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Die Methode der Plan-Formulierung: Erste deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur „Control Mastery Theory“ von Joseph Weiss. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 470-471.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.) (2006). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington DC.
- Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2004). Interpersonal perceptions of the five-factor model of personality: An examination using the structural summary method for circumplex data. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 167-201.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Backhaus, K., Erichson, B. & Plinke, W. (2006): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Barkham, M., Hardy, G.E. & Startup M. (1994). The structure, validity, and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 2, 171-185.

- Barkham, M., Hardy, G.E. & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 1, 21-35.
- Barrett, M.S. & Barber, J.P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 3, 247-66.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 12, 1355-64.
- Beck, A. T., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 561-571.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 393-425.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg & C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L. & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 2, 288-298.
- Borkovec, T.D., Ruscio A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-45.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 422-431.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2006). Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut*, 51, 15-25.
- Brown, T.A., O'Leary T.A. & Barlow D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. In D.H. Barlow, ed. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (2nd ed)*. New York: Guilford Press; p. 137-188.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Hans Huber.
- Clifton, A., Turkheimer, E., & Oltmanns, T.F. (2005). Self and peer perspectives on pathological personality traits and interpersonal problems. *Psychological Assessment*. 17, 123-131.
- Cohen, J. (1960). A coefficient for agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Conci, M. (2005). *Sullivan neu entdecken. Leben und Werk Harry Stack Sullivans und seine Bedeutung, für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Conroy, D.E., Elliot, A.J. & Pincus, A.L. (2009). The expression of achievement motives in interpersonal problems. *Journal of Personality*, 77, 495-526.

- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C. & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 2, 203-11.
- Crits-Christoph, P. (2002). Psychodynamic interpersonal treatment of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practise, 9*, 1, 81-84.
- Crits-Christoph, P., Conolly Gibbons, M. B., Narducci, J. & Schamberger, M. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 2, 211-224.
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K., Wolf-Palacio, D., Fichter, M. & Rudick, D. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder. In J. P. Barber & P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I* (pp. 43-83). New York: Basic Books.
- Curtis, J.H.; Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J. & Rosenberg, S.E. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations – an illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25*, 2, 256-265.
- Dally, A., Falck, O., Ferrari, T., Leichsenring, F., Rabung, S. & Streeck, U. (2005). Soziale Ängste in einer klinischen Population. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 55*, 169-176.
- Davies-Osterkamp, S. & Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)“. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*, 295-307.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a. Main: Fischer.

- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch- diagnostische Leitlinien*. 6. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10*. Bern: Huber.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien. ICD-10: DCR-10*. Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling & H.J. Freyberger nach dem englischen Pocket Guide von J.E. Cooper. Bern: Huber.
- DiNardo, P., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Brown, T.A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F. & Schauenburg, H. (2007). Influences of Patients' and Therapists' Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance on Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 148-160.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, U. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy*, 46, 277-290.
- Eng, W. & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 380-387.
- Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Foltz, C., Morse, J.Q. & Barber, J. P (1999). Self and observer reports of interpersonal problems in couples. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1, 27-37.
- Fonagy, P. (2006). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Goettingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, S. (1915). Triebe und Tribschicksale. *GW X*: 209-232.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. *GW XIII*: 237-289.
- Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. *GW XIV*: 111-205.
- Gallo, L. C., Smith, T. W. & Ruiz, J. M. (2003). An interpersonal analysis of adult attachment style: circumplex descriptions, recalled developmental experiences, self-representations and interpersonal functioning in adulthood. *Journal of Personality*, 71, 2, 141-181.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, H., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16, 470-485.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*, S. 215-244. München: Gerhardt Röttger Verlag.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Lutz, W., & Grawe, K. (2006). Structure and change of the IIP-D pre- and postpsychotherapy: A replication using a Swiss clinical sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 2, 98-103.
- Gude, T. & Hoffart, A. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 2, 195–199.

- Gurtman, M. B. (1994). The circumplex as a tool for studying abnormal personality: A methodological primer. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 243-263). New York: Springer.
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems in the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, 5, 241-255.
- Gurtman, M.B. (2004). Relational measures in psychotherapy research on process and outcome: a commentary on the studies. *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, 248-255.
- Gurtman, M. B. & Balakrishnan, J. D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical Psychology: Science and practise*, 5, 344-360.
- Gurtman, M. & Lee, D. (2009). Sex differences in interpersonal problems: A circumplex analysis. *Psychological Assessment*, 21, 4, 515-527.
- Haggerty, G., Hilsenroth, M. J. & Vala-Stewart, R. (2009). Attachment and interpersonal distress: Examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 1-9.
- Hamilton, M. A. (1959). The assessment of anxiety status by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hartmann, H. (1952). The mutual influences in the development of ego and id. In H. Hartmann (1964), *Essays and ego psychology*. New York: International Universities Press.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Woral, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressionsinventar*. [German version of the Beck Depression Inventory]. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 29, 1-14.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (1997). Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*, S. 3-270. Stuttgart: Fischer.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E, von der Lippe, A. & Monsen, J.T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 2, 172-80.
- Høglend, P., Bøgwald, K. P., Amlo, S. et al. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy. Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763–771.
- Hopwood, C.J., Clarke, A.N. & Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 652–658.
- Hopwood, C.J., Koonce, E.A. & Morey, L.C. (2009). An exploratory study of integrative personality pathology systems and the interpersonal circumplex. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 331-339.
- Horowitz, L.M. (1996). The study of interpersonal problems: The Leary legacy. *Journal of Personality Assessment*, 66, 2, 283-300.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of interpersonal problems manual*. San Antonio, TX: Psychological Cooperation.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 549-560.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version)*. Weinheim: Beltz-Test.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D [German version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-D)]*. Göttingen: Beltz Test.
- Howard, I., Turner, R., Olkin, R. & Mohr, D.C. (2006). Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 9, 1197-204.
- Hoyer, J., Becker, E. & Margraf, J. (2002). Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychological Medicine, 32*, 1227-1237.
- Huber, D., Henrich, G. & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research, 17*, 4, 474-481.
- Huber, D. & Klug, G. (2005). Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy – A prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 55*, 101.
- Israel, P., Thomsen, P. H., Langeveld, J. H. & Stormark, K. M. (2007). Parent-youth discrepancy in the assessment and treatment of youth in usual clinical care setting: consequences to parent involvement. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 138-148.

- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3, 300-307.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H. & Leichsenring, F. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. [Results of psychoanalytic longterm-treatment in specific mental disorders: Improvement in symptoms and interpersonal relations]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 2, 87-110.
- Kachin, K. E., Newman, M. G. & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy*, 32, 479-501.
- Kasoff, M. B. & Pincus, A. L. (2002). *Interpersonal pathoplasticity in generalized anxiety disorder*. Paper presented at the symposium on Interpersonal functioning in anxiety disorders. American Psychological Association annual meeting, Chicago, Illinois.
- Kobak, K. A., Reynolds, W. M. & Greist, J. H. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, 5, 487-492.
- Kohut, H. (1976). *Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Klein, M. H., Wonderlich, S. & Shea, M. T. (1993). Models of relationship between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer, & M. T. Shea (Eds.), *Personality and depression* (pp. 1-54). New York: Guilford.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Kraft S., Percevic R., Puschner B. & Kordy H. (2003) Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8, 2, 218-224.
- Lackner, J. M. & Gurtman, M.B. (2005). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 6, 523-532.
- Laux, L., Glanzmann, O., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI) [German version of The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)]*. Göttingen: Hogrefe.
- Leary, T. F. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Leibing E., Winkelbach C. & Leichsenring F. (2003). Die generalisierte Angststörung. Darstellung eines kognitiv-behavioralen Behandlungsmanuals. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35, 517-529.

- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The effectiveness of psychoanalytic therapy. First results of the „Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy“. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433-455.
- Leichsenring, F., Dümpelmann, M., Berger, J., Jaeger, U. & Rabung, S. (2005). Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen und anderen psychotischen Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 23-37.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). The effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300, 1551-1564.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2006). Change norms: A complementary approach to the issue of control groups in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy Research*, 16, 5, 594-605.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rueger, U., Winkelbach, C. & Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875-881.
- Leichsenring, F., Winkelbach, C. & Leibing, E. (2005). Psychoanalytisch-orientierte Fokaltherapie der generalisierten Angststörung. *Psychotherapeut*, 50, 4, 258-264.
- Leising, D., Rehbein, D. & Eckardt, J. (2009). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) as a screening measure for avoidant personality disorder. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 16-22.
- Leising, D., Rehbein, D. & Sporberg, D. (2007). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) for predicting assertiveness in role-play situations. *Journal of Personality Assessment*, 89, 116-125.

- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. McGraw-Hill Book Company.
- Lewin, K. (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Liedtke R. & Geiser F. (2001). Veränderungen interpersonaler Probleme während und zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie. [Change of interpersonal problems during and two years after inpatient psychotherapy.] *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 214-228.
- Linden, M., Bär, T., Zubrägel, D., Ahrens, B. & Schlattmann, P. (2002). Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei generalisierten Angsterkrankungen – Ergebnisse der Berliner KVT-GAD-Studie. [Effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in generalized anxiety disorders- results of the Berlin KVT-GAD-study.]. *Verhaltenstherapie*, 12, 173–181.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York: Basic Books.
- Maling, M. S., Gurtman, M. B. & Howard, K. I. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1, 63-75.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Eds.) (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. [Diagnostic Interview for Mental Disorders, DIPS]. Berlin: Springer.
- Marten, P. A., Brown, T. A., Barlow, D. H., Borkovec, T. D., Shear, M. K. & Lydiard, R. B. (1993). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 676-682.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 3, 438-450.

- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*. Edited by Charles W. Morris. University of Chicago.
- Mead, G.H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mitchell, S. A. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Monsen, J.T., Havik, O.E., Eilertsen, D.E. & Hagtvet, K. (2006). Circumplex Structure and Personality Disorder Correlates of the Interpersonal Problems Circumplex Model (IIP-C). *Psychological Assessment, 18*, 165-173.
- Morse, J.Q. & Pilkonis, P. A. (2007). Screening for personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 21*, 2, 179-198.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pre-treatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 463-476.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A.S., Steinberg, P. I. & Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 837-842.
- Orlinsky, D. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: S. Garfield & A. E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. (pp 311–381). New York: Wiley.
- Pincus, A. L. & Gurtman, M. B. (2006). Interpersonal theory and the interpersonal circumplex: Evolving perspectives on normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd Ed., pp. 83-111), New York: Springer.

- Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R. & Wright, A. G. C. (2009). The interpersonal nexus of personality and psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford.
- Pincus, A.L. Przeworski, A., Yamasaki, A., Kasoff, M.B, Newman, M.G., Castonguay, L.G. & Borkovec, T. (2005, May). *Interpersonal Pathoplasticity in Generalized Anxiety Disorder: A Cluster Analytic Replication*. Paper presented at the Society for Interpersonal Theory and Research annual meeting, Montreal, Quebec, Canada.
- Pincus, A. L. & Wiggins, J. S. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 4, 342-352.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M. & Kordy, H. (2005). The Relationship between Interpersonal Problems and the Helping Alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 4, 415-429.
- Puschner, B., Kraft, S. & Bauer, S. (2004). Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, 223-234.
- Roemer, L., Molina, S. & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.
- Rosenthal, R. N., Muran, J. C., Pinsker, H., Hellerstein, D. & Winston, A. (1999). Interpersonal Change in Brief Supportive Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 55-63.

- Ruiz, M., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G. & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83, 3, 213-222.
- * Salzer, S., Leibing, E., Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Henrich, G., Grande, T., Keller, W., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Warwas, J. & Leichsenring, F. (in press). Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- *Salzer, S., Pincus, A.L., Hoyer, J., Kreische, R., Leichsenring, F. & Leibing, E. (2008). Interpersonal Subtypes Within Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 90, 3, 292–299.
- *Salzer, S., Pincus, A.L., Winkelbach, C., Leichsenring, F. & Leibing, E. (in press). Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: a pilot study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*.
- *Salzer, S, Streeck, U, Jaeger, U, Masuhr, O, Warwas, J, Leichsenring, F, Leibing, E. (2010). Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonaler Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56, 190-205.
- Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2000). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90 R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 199-206.
- Schramm, E. (1996). *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Shrout, P. E., Spitzer, R. L. & Fleiss, J. L. (1987). Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry*, 44, 172–177.
- Slaney, R. B., Pincus, A. L., Uliazek, A. A. & Wang, K. T. (2006). Conceptions of Perfectionism and Interpersonal Problems: Evaluating Groups using the Structural Summary Method for Circumplex Data. *Assessment*, 13, 138-153.
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A. & Merry, J. (1993). Representation of personality disorders in circumplex and five-factor space: Explorations with a clinical sample. *Psychological Assessment*, 5, 356-370.
- Stangier, U., Esser, F., Leber, S., Risch, A. K. & Heidenreich, T (2006). Interpersonal Problems in Social Phobia vs. Unipolar Depression. *Depression and Anxiety*, 23, 418-421.
- Stein, M. B. & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 79, 161-166.
- Stern D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Streeck, U. (2002). Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *PTT – Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie* 6, 109-125.
- Streeck, U. (2006). Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In: C. Reimer, & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*, S. 108-135. Heidelberg: Springer.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, Klett-Cotta.

- Streeck, U. (2009). Antwort und Interaktion. Interpersonalität im Fokus. In M. E. Arjomandi (Hrsg.), *Jahrbuch für Gruppenanalyse*, Band 14, S. 65-77. Heidelberg: Mattes-Verlag.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H. & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 349–354.
- Tracey, T. J. G., Rounds, J. & Gurtman, M. (1996). Examination of the General Factor with the Interpersonal Circumplex Structure: Application to the Inventory of Interpersonal Problems. *Multivariate Behavioral Research*, 31, 4, 441-466.
- Tyson, P. & Tyson, R. L. (2009). *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vinnars, B., Thormählen, B., Gallop, R., Norén, K. & Barber, J.P. (2009). Do Personality Problems Improve During Psychodynamic Supportive-Expressive Psychotherapy? Secondary Outcome Results From a Randomized Controlled Trial for Psychiatric Outpatients with Personality Disorders. *Psychotherapy*, 46, 3, 362-375.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.
- Walen, H. R. & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 5-30.

- Wells, A. & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 155-178). Oxford: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., Verhuel, R. & van den Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed., pp. 347-366). New York: Guilford.
- Wiggins, J. S. (1985). Interpersonal Circumplex Models: 1948-1983 (Commentary). *Journal of Personality Assessment*, 49, 6, 626-631.
- Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. New York: Guilford.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2001). Generalized Anxiety Disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, (suppl. 11), 15-19.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. [Structured Clinical Interview for DSM-IV.]*. Goettingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C. & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalised anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 51, 335-364.
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., Conroy, D. E. & Hilsenroth, M. J. (2009). Integrating methods to optimize circumplex description and comparison of groups. *Journal of Personality Assessment*, 91, 4, 311-322.
- Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.M. (1993): Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214.
- Znoj, H. (2005). Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In W. Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung*, S. 82-95. Berlin Heidelberg: Springer.

Anhang

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, IIP-C (Horowitz et al., 2000)

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 darstellten und zwar bezogen auf **irgendeine** Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. 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 meinen Angehörigen zurechtzukommen	0 1 2 3 4

2

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 von Liebe für jemanden zu empfinden	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen	0	1	2	3	4

PA
 BC
 DE
 FG
 HI
 JK
 LM
 NO

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 anderem 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 anderes 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO

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 zu leicht	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

PA
 BC
 DE
 FG
 HI
 JK
 LM
 NO