

FAKULTÄT FÜR VERHALTENS- UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN
RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG



**Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung zur
Validierung der Konfliktachse der
Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2)**

Dissertation

von Rebekka Rost

April 2011

Betreuung der Arbeit:

Erstbetreuerin: Frau Prof. Annette Kämmerer,
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Zweitbetreuer: Herr Prof. Henning Schauenburg,
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
des Universitätsklinikums Heidelberg

Tag der Disputation: 29. Juli 2011

Für Elli Rost

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	6
1 EINLEITUNG.....	7
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	9
2.1 GRUNDLAGEN ZUR DEPRESSION	9
2.1.1 Überblick und Begriffsklärung	9
2.1.2 Epidemiologie und soziodemographische Faktoren	10
2.1.3 Komorbidität.....	12
2.1.4 Diagnostik und Klassifikation	13
2.1.5 Ätiopathogenetische Aspekte und Risikofaktoren.....	18
2.2 PSYCHODYNAMISCHE STÖRUNGSMODELLE DER DEPRESSION	25
2.3 PSYCHODYNAMISCHE PSYCHOTHERAPIE DER DEPRESSION	32
2.3.1 Einleitung psychodynamische Psychotherapie.....	32
2.3.2 Wirksamkeit psychodynamischer Depressionsbehandlung.....	35
2.4 ZWEI DIMENSIONEN DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG	41
2.4.1 Traditionelle Ansätze zur Subtypisierung.....	43
2.4.2 Subtypisierung und Therapieeffekte	47
2.4.3 Operationalisierung der Subtypen	50
2.5 OPERATIONALISIERTE PSYCHODNAMISCHE DIAGNOSTIK	54
2.5.1 Die Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte	54
2.5.2 Operationalisierung der vier psychodynamischen Achsen nach OPD-2	56
2.5.3 Konfliktachse	61
2.5.3.1 Definition und Bedeutung psychodynamischer Konflikte.....	61
2.5.3.2 Die Konflikte in der OPD-2.....	63
2.5.3.3 Häufigkeiten der Konflikte	64
2.5.3.4 Gütekriterien der OPD Konfliktachse	67
3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	72
3.1 DIE KONFLIKTACHSE DER OPD-2	72
3.1.1 Konfliktverteilung.....	72
3.1.2 Reliabilität	72
3.1.3 Konvergente Validität.....	72

4	STUDIENAUFBAU UND METHODIK.....	75
4.1	KRITERIEN DER PATIENTENREKRUTIERUNG	75
4.1.1	<i>Einschlusskriterien</i>	75
4.1.2	<i>Ausschlusskriterien</i>	75
4.2	STICHPROBENBESCHREIBUNG	76
4.3	VORGEHEN	78
4.3.1	<i>Therapeutisches Setting</i>	78
4.3.2	<i>Datenerhebung</i>	79
4.3.3	<i>Datenerfassung</i>	80
4.4	INSTRUMENTE.....	81
4.4.1	<i>Überblick</i>	81
4.4.2	<i>Störungsdiagnostik</i>	81
4.4.3	<i>Erfassung von Persönlichkeitsvariablen</i>	84
4.4.4	<i>Depressionsdiagnostik und Therapieerfolgsmaße</i>	88
4.5	STATISTISCHE METHODEN	91
5	ERGEBNISSE.....	94
5.1	KONFLIKTVERTEILUNG.....	94
5.2	ZWEI AUSWERTUNGSSTRATEGIEN	97
5.3	RELIABILITÄT	99
5.3.1	<i>Interraterreliabilität</i>	99
5.3.2	<i>Interne Konsistenz der Fragebögen</i>	100
5.4	KONVERGENTE VALIDITÄT.....	102
5.4.1	<i>Diagnostische/Übereinstimmungsvalidität</i>	102
(1)	<i>Zusammenhang zu Subtypen nach Blatt (1974)</i>	103
(2)	<i>Zusammenhang zu interpersonalen Motiven (IIM)</i>	107
(3)	<i>Übergeordnete IIM- Dimensionen</i>	111
(4)	<i>Zusammenhang zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)</i>	114
5.4.2	<i>Prognostische Validität</i>	117
(1)	<i>Therapieoutcome in der Stichprobe</i>	117
(2)	<i>Konfliktspezifische Therapieeffekte</i>	119
6	DISKUSSION KLINISCHE STUDIE.....	123
6.1	VORGEHEN	123

	<i>Ein neuer Ansatz zur Validierung der OPD-Konfliktachse</i>	123
6.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	126
6.2.1	<i>Konfliktverteilung</i>	126
6.2.2	<i>Geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	130
6.2.3	<i>Interraterreliabilität</i>	131
6.2.4	<i>Interne Konsistenz der Fragebögen</i>	132
6.2.5	<i>Konvergente Validität</i>	133
6.2.5.1	<i>Diagnostische/Übereinstimmungsvalidität</i>	134
6.2.5.2	<i>Prognostische Validität</i>	151
6.3.	METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN	156
6.4	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	159
7	SUBTYPEN IM INTERKULTURELLEN VERGLEICH	162
7.1	EINLEITUNG	162
7.2.	THEORETISCHER HINTERGRUND	164
7.2.1	<i>Depression im Kontext der Kultur</i>	164
7.2.2	<i>Interkultureller Forschungsstand zu Depression in Deutschland</i>	169
7.2.3	<i>Grundlagen des Selbstkonstrukts für die interkulturelle Forschung</i>	174
7.2.4	<i>Kulturelle Effektstärken zwischen Deutschland und Chile</i>	178
7.2.5	<i>Methodik kulturvergleichender Forschung: Mediatorenansatz</i>	180
7.3	HYPOTHESEN	184
7.3.1	<i>Interne Konsistenz der Fragebögen</i>	184
7.3.2	<i>Interkulturelle Unterschiede in der Depressivität</i>	184
7.3.3	<i>Kulturspezifische Subtypen</i>	184
7.3.4	<i>Selbstbild als Mediatorvariable</i>	184
7.3.5	<i>Subtypen und Depressivität</i>	185
7.3.6	<i>Geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	185
7.4	STUDIENAUFBAU UND METHODIK	186
7.4.1	<i>Stichprobenbeschreibung</i>	186
7.4.2	<i>Datenerhebung</i>	188
7.4.3	<i>Datenerfassung</i>	189
7.4.4	<i>Fragebogenbatterie: Überblick</i>	189
(1)	<i>Soziodemographische Daten</i>	190
(2)	<i>Depressive Experience Questionnaire</i>	190
(3)	<i>Beck-Depressions-Inventar</i>	191

(4) <i>Self-Construal-Scale</i>	192
7.4.5 <i>Statistische Methoden</i>	194
7.5 ERGEBNISSE	196
7.5.1 <i>Interne Konsistenz der Fragebögen</i>	196
7.5.2 <i>Interkulturelle Unterschiede in der Depressivität</i>	197
7.5.3 <i>Kulturspezifische Subtypen</i>	198
7.5.4 <i>Selbstbild als Mediatorvariable</i>	200
7.5.5 <i>Subtypen und Depressivität</i>	203
7.5.6 <i>Geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	205
7.6 DISKUSSION.....	210
7.6.1 <i>Auswahl einer kulturvermittelnden Variable</i>	210
7.6.2 <i>Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für die weitere Forschung</i>	212
7.6.3 <i>Methodische Einschränkungen</i>	218
8 ZUSAMMENFASSUNG.....	220
9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	224
10 TABELLENVERZEICHNIS.....	225
11 LITERATUR.....	227
12 ANHANG.....	255

VORWORT

Diese Dissertation wurde von 2007 bis 2010 im Rahmen des deutsch-chilenischen Graduiertenkollegs „Interkulturelle Ätiologie- und Psychotherapieforschung am Beispiel der Depression“ basierend auf einem interdisziplinären und internationalen Forschungsaustausch der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, des Universitätsklinikums Heidelberg in Kooperation mit der Pontificia Universidad Católica de Chile und der Universidad de Chile durchgeführt.

Im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit wurden psychosoziale, ätiologische sowie kulturelle Bedingungen depressiver Erkrankungen untersucht, um einen grundlagenwissenschaftlichen Beitrag zur aktuellen Depressionsforschung zu leisten, ein erweitertes Verständnis des Krankheitsbildes zu ermöglichen, um ausgehend davon die stationäre Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen verbessern zu können.

Das Forschungsprojekt besteht aus zwei Abschnitten, welche die Untersuchung depressiver Erkrankungen mit dem Blick auf eine Subtypisierung der Depression zum gemeinsamen Inhalt haben. Zunächst erfolgt die Darstellung der klinischen Studie zur Validierung der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2), deren Zusammenhang zu traditionellen Subtypisierungen der Depression und deren Implikationen für die Psychotherapie dieses Krankheitsbildes. Nachfolgend wird eine zweite Studie in Form eines interkulturellen Projekts zu Vulnerabilitätsfaktoren depressiver Erkrankungen mit der Untersuchung des Einflusses kulturvermittelnder Variablen im Rahmen eines deutsch- chilenischen Vergleichs dargestellt.

1 EINLEITUNG

Depressive Erkrankungen gehören zu den weltweit häufigsten psychischen Erkrankungen (American Psychiatric Association, 2000). Eine reliable und klinisch valide Diagnostik erweist sich daher als unentbehrlich. Die symptomzentrierten Klassifikationssysteme wie das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) oder die „International Classification of Diseases“ (ICD-10) werden diesen Anforderungen jedoch nur in eingeschränktem Maße gerecht und sind für psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten und Psychoanalytiker nur begrenzt handlungsleitend. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) (Arbeitskreis OPD, 2006) erweitert die bestehenden Manuale zur Klassifikation psychischer Störungen um wesentliche psychodynamische Konstrukte. Das Manual der OPD-2 wird mittlerweile international erfolgreich zur Diagnostik, Therapieplanung und Veränderungsmessung eingesetzt.

Bei der vorliegenden klinischen Studie handelt es sich um Psychotherapieforschung im stationären Setting mit medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung, eine naturalistische, prospektive Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe, welche differentielle Therapieeffekte der psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie bei depressiven Patienten erforscht. Auf der Grundlage der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) an 72 stationären depressiven Patienten der Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg wird empirisch untersucht, ob sich die von Blatt (1974) postulierte Unterteilung in Depressive vom introjektiven und anaklitischen Subtyp abbilden lässt. Weiterführend soll geprüft werden, ob signifikante Unterschiede der Therapieeffekte auf Symptomebene zwischen Patienten unterschiedlicher Subtypen,

beziehungsweise unterschiedlicher intrapsychischer Konflikte nach OPD-2, verzeichnet werden können.

Zunächst wird der theoretische Hintergrund zu den Formen depressiver Erkrankungen, ihrer Diagnostik sowie deren Häufigkeit in der deutschen Bevölkerung und diverse Modelle zu ätiologischen Theorien, in besonderem Maße zu den psychodynamischen Ansätzen und derzeit etablierten psychodynamisch orientierten Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt.

Vertiefend erfolgt die Darstellung der beiden Dimensionen depressiver Persönlichkeitsentwicklung nach der Theorie von Blatt (1974) und deren Auswirkungen auf die zu erwartenden Effekte von Psychotherapie. Im Anschluss wird ein Einblick in die Entwicklung und die Achsen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) gegeben und in diesem Zusammenhang die Operationalisierung psychodynamischer Konflikte und deren Verteilung in klinischen Stichproben ausführlich dargestellt. In den untersuchten Fragestellungen und Hypothesen werden diese in Bezug gesetzt zu weiteren Außenkriterien in Form von persönlichkeitsbezogenen Variablen, zugrundeliegenden Motivationssystemen und strukturellen Eigenschaften. Abschließend erfolgt in diesem Zusammenhang die Auswertung differentieller Therapieeffekte.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Grundlagen zur Depression

2.1.1 Überblick und Begriffsklärung

Depressionen gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Hautzinger, 2010). Sie sind durch einen Zustand von deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet. Häufig treten damit verbunden auch verschiedene somatische Beschwerden auf (Cassano & Fava, 2002). Depressive Symptome beeinträchtigen die Betroffenen meist in ihrer gesamten Lebensführung. Es fällt depressiv Erkrankten oft schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen. Starke Selbstzweifel, Grübelneigung sowie Konzentrationsstörungen sind häufige Symptome. Die Erkrankung geht mit sehr hohem Leidensdruck einher, da sie zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Wohlbefindens und Selbstwertgefühls der Patienten führt. Aufgrund ihrer Häufigkeit, Komplikationen und Folgen haben Depressionen eine herausragende klinische, gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Bedeutung (Wittchen, Müller, Schmidtkunz, Winter & Pfister, 2000). Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Depressionen in Europa und Deutschland als die gesellschaftlich belastendste Krankheitsgruppe einzuordnen, noch vor anderen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus oder koronaren Herzerkrankungen. Diese Einschätzung basiert auf regelmäßigen Untersuchungen unter Führung der WHO mit einheitlichen Indikatoren und Methoden bezüglich Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung sowie den damit verbundenen Beeinträchtigungen und Behinderungen (Murray & Lopez, 1997).

2.1.2 Epidemiologie und soziodemographische Faktoren

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation leiden weltweit mehr als 300 Millionen Menschen an Depressionen. In Deutschland sind mit 2,8 Millionen Männern und 3,0 Millionen Frauen fast 10% der Bevölkerung betroffen.

Das Zusatzmodul „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 umfasst Daten von insgesamt 4.181 Teilnehmern im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland ähnlich hoch ist wie in den meisten anderen vergleichbaren Studien im EU-Raum aus den letzten Jahren (Wittchen et al., 2000). Im Zeitraum von einem Jahr leiden 12% der Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht fast sechs Millionen Menschen) unter einer affektiven Störung (12-Monats-Prävalenz) (Jacobi, Hoyer & Wittchen, 2004). Unter Ausschluss depressiver Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen beträgt die 12-Monats-Querschnittsprävalenz bei 18- bis 65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung 11% (siehe Tabelle 1).

Deutlich höher liegt die Lebenszeitprävalenz (das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Form der Depression zu erkranken) national sowie international bei 16-20 %. Bei ungefähr einem Fünftel der Patienten mit depressiven Episoden treten auch hypomane, manische oder gemischte Episoden auf. Diese bipolaren Störungen werden von der „unipolaren“ Depression abgegrenzt und als eigenständige Erkrankung betrachtet. Das Lebenszeitrisiko für bipolare Störungen liegt bei 1 % (Jacobi et al., 2004).

Tabelle 1

Prävalenz affektiver Störungen in %, Bundesgesundheitsurvey (1998)

	4-Wochenprävalenz	12-Monatsprävalenz	Lebenszeitprävalenz
Unipolare Depression ¹	5,6	10,7	17,1
Bipolare Störungen	0,6	0,8	1,0
Gesamt	6,3	11,9	18,6

¹ Depressive Episode, rezidivierende depressive Episode, Dysthymie.

Frauen sind in allen Altersgruppen ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer. Es lässt sich nach neueren Studien vermuten, dass bereits Mädchen und junge Frauen vor Beginn der Adoleszenz latent mehr Risikofaktoren aufweisen (z.B. Missbrauchserfahrungen), die später das Entstehen einer Depression begünstigen (z.B. Bennett, Abrosini, Kudes, Metz & Rabinovich, 2005; Kühner, 2003).

Die höchsten Prävalenzwerte zeigen sich für die Gruppe der 40- bis 65-jährigen Frauen (17% bzw. 16%). Der Anteil rezidivierender depressiver Episoden ist bei Frauen in allen Altersgruppen größer (6%) als der Anteil derer mit einzelnen depressiven Episoden (5%). Bei Männern ist dieses Verhältnis umgekehrt (3% vs. 2%). Betrachtet man zusätzlich die höhere Prävalenz für die Dysthymie bei Frauen zeigt sich deutlich, dass Frauen nicht nur eine höhere Lebenszeitprävalenz für eine Depression, sondern außerdem häufiger an rezidivierender depressiver Störung sowie einem chronischen Depressionsverlauf leiden (Wittchen et al., 2000).

Depressionen treten überwiegend als episodische Erkrankungen mit einem rezidivierenden Verlauf auf. Es ist davon auszugehen, dass bei 60% bis 75% aller Betroffenen nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine weitere Episode folgt. Durchschnittlich werden bei rezidivierenden depressiven Störungen sechs Episoden über die Lebensdauer berichtet. Die Dauer einer Episode ist sehr unterschiedlich, sie liegt bei ca. 50% der Betroffenen bei weniger als 12 Wochen, in 25% zwischen 3 und 6 Monaten und bei 22% beträgt die Dauer länger als ein Jahr (Wittchen & Uhlmann, 2010). Bezüglich des Schweregrades der depressiven Phasen werden überwiegend mittelschwere bis schwere Episoden klassifiziert. Depressive Erkrankungen können in jedem Lebensalter auftreten. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter wurde früher zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr angenommen (Weissman et al., 1996). Aktuellere Ergebnisse geben Hinweise, dass in Deutschland die Hälfte der Patienten bereits vor dem 31. Lebensjahr erstmalig erkrankten (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004).

Auswertungen hinsichtlich schichtspezifischer Unterschiede zeigen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger von depressiven Störungen betroffen sind als diejenigen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus (Lampert, Schneider & Klose, 2005). Ein höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung korreliert mit niedrigen Depressionsraten (Jacobi et al., 2004).

Der Familienstand und das Vorhandensein persönlicher Bezugspersonen gilt als gesicherter protektiver Faktor bei unipolaren Depressionen (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007). Jacobi et al. (2004) beschrieben eine signifikant höhere 12-Monatsprävalenz für die Gruppe der getrennten, verwitweten oder geschiedenen Personen mit 22,6% im Vergleich zu 9,8% bei Verheirateten.

2.1.3 Komorbidität

Komorbidität beschreibt das gleichzeitige Auftreten von mindestens zwei voneinander getrennten Erkrankungen. Depressive Störungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen auf (Rudolf, Bermejo, Schweiger, Hohagen, & Härter, 2006). Daten des Bundesgesundheits surveys (1998) belegen, dass 60% der Personen mit einer depressiven Episode mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen und bei der Dysthymie bei 80% der Personen eine komorbide psychische Erkrankung besteht (Jacobi et al., 2004).

Am häufigsten sind bei Depressionen komorbide Angststörungen zu finden, wie Panikstörungen, Agoraphobie, Soziale und Spezifische Phobien und generalisierte Angststörungen (Berger & van Calker, 2004). Fast die Hälfte der Patienten, die über die Lebenszeit einmal eine depressive Störung haben, erfüllen zusätzlich die Kriterien zur Diagnose einer Angststörung. Es gibt auch statistisch bedeutsame Komorbiditätsmuster bei somatoformen Störungen, z.B. Schmerzstörungen oder Suchterkrankungen. Bei Patienten

mit einer Suchterkrankung liegt die Komorbidität mit depressiven Störungen zwischen 30% und 60%, häufig ist die depressive Störung eine sekundäre Folge der Abhängigkeitserkrankung (Soyka & Lieb, 2004).

Eine hohe Komorbidität besteht auch mit Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen. Klinische Studien zeigten, dass bei 41-81% der depressiven Patienten auch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (Skodol et al., 1999). Der Anteil der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder dependenten Persönlichkeitsstörung, der gleichzeitig die Diagnose einer depressiven Episode hat, liegt nach Angaben von Tyrer, Gunderson, Lyons und Tohen (1997) bei 20-29%, für die zwanghafte und die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bei 10-19%.

Zusätzlich zu komorbiden psychischen Erkrankungen sind auch die Wechselwirkungen zwischen körperlichen Erkrankungen und depressiven Störungen bedeutend. Es geht nicht nur darum, die depressive Störung als Folge einer belastenden Situation oder schweren körperlichen Erkrankung zu verstehen, sondern vielmehr um ein komplexes und wechselseitiges Gefüge von somatischer Erkrankung und psychischer Erkrankung unter Betrachtung der angewandten Behandlungsmaßnahmen ebenso wie der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten (Kampfhammer, 2000).

Depressionen können die Folge schwerer körperlicher Erkrankungen darstellen, andererseits haben depressive Störungen auch erhebliche Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden der Betroffenen (Cassano & Fava, 2002).

2.1.4 Diagnostik und Klassifikation

Zur Operationalisierung und Objektivierung der diagnostischen Kriterien für depressive Erkrankungen wurden verschiedene Methoden vorgeschlagen. Aktuell sind das amerikanische „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) und das

Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation „International Classification of Diseases“ in der weltweit gültigen 10. Revision (ICD-10) die etablierten Instrumente zur klinischen Diagnostik depressiver Störungen. Beiden Klassifikationssystemen ist gemeinsam, dass sie auf zuverlässigen, deskriptiven und auf wissenschaftlichen Evidenzen basierten Diagnostik verpflichten (Hautzinger & Bronisch, 2007). Um zur Diagnosestellung nach DSM-IV oder ICD-10 zu gelangen, können in der Forschung sowie in der qualitätsgesicherten Praxis verschiedene diagnostische Verfahren eingesetzt werden. Dabei gelten standardisierte diagnostische Interviews, wie das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse I (SKID-I, Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) und Achse II (SKID-II, Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) oder das Composite International Diagnostic Interview (CIDI, WHO, 1990), als „Goldstandard-Instrumente“, um diagnostische Kriterien regelhaft einzuschätzen (Wittchen et al., 2010). Diese Instrumente erlauben sowohl Symptomerfassung und Beurteilung als auch ihre algorithmische und differentialdiagnostische Ableitung. Es existieren zur Depressionsdiagnostik auch eine Reihe von Checklisten-Verfahren, diese können jedoch keine expliziten Anleitungen zur Erfassung und klinischen Beurteilung geben. Zur Einschätzung des Vorhandenseins depressiver Symptome und zur Beschreibung deren Schweregrades können eine Vielzahl von Fragebögen zum Einsatz kommen, sogenannte Depressionsskalen, welche in Versionen sowohl für die Patientenselbsteinschätzung als auch für Fremdbeurteilungen vorliegen. Der alleinige Einsatz solcher Fragebögen oder klinischer Fremdbeurteilungsskalen wird wegen mangelhafter Zuverlässigkeit abgelehnt. Die Ergebnisse der Fragebögen bilden zwar gut das aktuell erlebte Ausmaß an Depressivität ab, aber dieses ist diagnostisch unspezifisch und spiegelt zunächst lediglich die Befindlichkeit wider. Aus diesem Grund sollte auf Grundlage von Fragebogendiagnostik lediglich von depressiven Syndromen, im Sinne eines gleichzeitigen

Vorliegens verschiedener Symptome, und nicht von Diagnosen im engeren Sinne gesprochen werden (Wittchen et al., 2010).

Während ältere Definitionen um neurotische, endogene oder somatogene Depression kreisen, gehen ICD-10 und DSM-IV von der deskriptiv-symptomatischen Ebene aus. Im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 sind depressive Erkrankungen als psychopathologische Syndrome von bestimmter Dauer innerhalb der diagnostischen Kategorie der affektiven Störungen (Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen, Affektive Störungen – F30-F39“) zugeordnet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Affektive Erkrankungen stellen einen Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver und manischer bzw. manisch-depressiver Erkrankungen dar. Bei affektiven Störungen handelt es sich um klinisch-bedeutsame und beeinträchtigende Störungen von Affekt, Stimmung und damit einhergehenden Kognitionen. Depressionen lassen sich nach den ICD-10 Kriterien zuverlässig und trennscharf von anderen affektiven Zuständen bzw. differentialdiagnostisch von anderen psychischen Störungen abgrenzen, ebenso wie verschiedene Formen depressiver Erkrankungen untereinander.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie liegt im Weiteren auf der unipolaren depressiven Störung, nach ICD-10 Klassifikation: depressive Episode (F32), rezidivierende

depressive Störungen (F33) sowie anhaltende affektive Störungen (F34), dabei die Dysthymie (F34.1).

Tabelle 3 zeigt, welche gleichzeitig vorhandenen Symptome, die über einen gewissen Zeitraum andauern müssen und durch keine anderen Umstände z.B. andere Erkrankungen erklärbar sein dürfen, zur Diagnose einer depressiven Episode führen.

Tabelle 3

Diagnosekriterien einer depressiven Episode nach ICD-10

Depressive Episode
A) mindestens 5 der folgenden Symptome, gleichzeitig während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen (depressive Stimmung oder Interessenverlust muss darunter sein): <ul style="list-style-type: none">- depressive Verstimmung- deutlich vermindertes Interesse oder Freude- Gewichtszunahme/-verlust- Schlaflosigkeit- Unruhe, Hemmung, Verlangsamung- Müdigkeit, Energieverlust- Gefühl der Wertlosigkeit, Schuld- Konzentrationsprobleme- Todeswunsch, Suizidideen
B) deutliche Änderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit
C) Ausschluss von organischen Ursachen, Schizophrenie, Trauerreaktion

Anmerkung. nach Hautzinger & Bronisch, 2007.

Ausgehend von der Anzahl der Haupt- bzw. Zusatzsymptome wird der Schweregrad der vorliegenden depressiven Episode eingeschätzt. Im ICD-10 gibt es eine Schweregradunterscheidung von leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren (F32.2) depressiven Episoden. Für die Dysthymie (F34.1) wird keine Einordnung des Schweregrades vorgenommen.

Hinsichtlich der zeitlichen Dauer der Erkrankung gilt nach ICD-10, dass die Symptome einer depressiven Episode mindestens 14 Tage andauert haben müssen um zur klinischen Diagnose zu führen. Im Falle besonders schwerwiegender Symptome kann die Diagnose auch bei geringerer zeitlicher Persistenz gestellt werden.

Bezüglich des Verlaufs ist von Relevanz, ob von einer teilweisen oder vollständigen Remission zwischen den depressiven Episoden gesprochen werden kann oder ob ein chronischer Verlauf vorliegt. Die ICD-10 unterscheidet diagnostisch, ob es sich um eine einzelne depressive Episode handelt oder um eine rezidivierende depressive Störung. Diese ist gekennzeichnet durch sich wiederholende depressive Episoden. Dabei ist das zentrale Kriterium, ob zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit bereits mindestens einmal alle Kriterien einer depressiven Episode erfüllt wurden (siehe Abbildung 1).

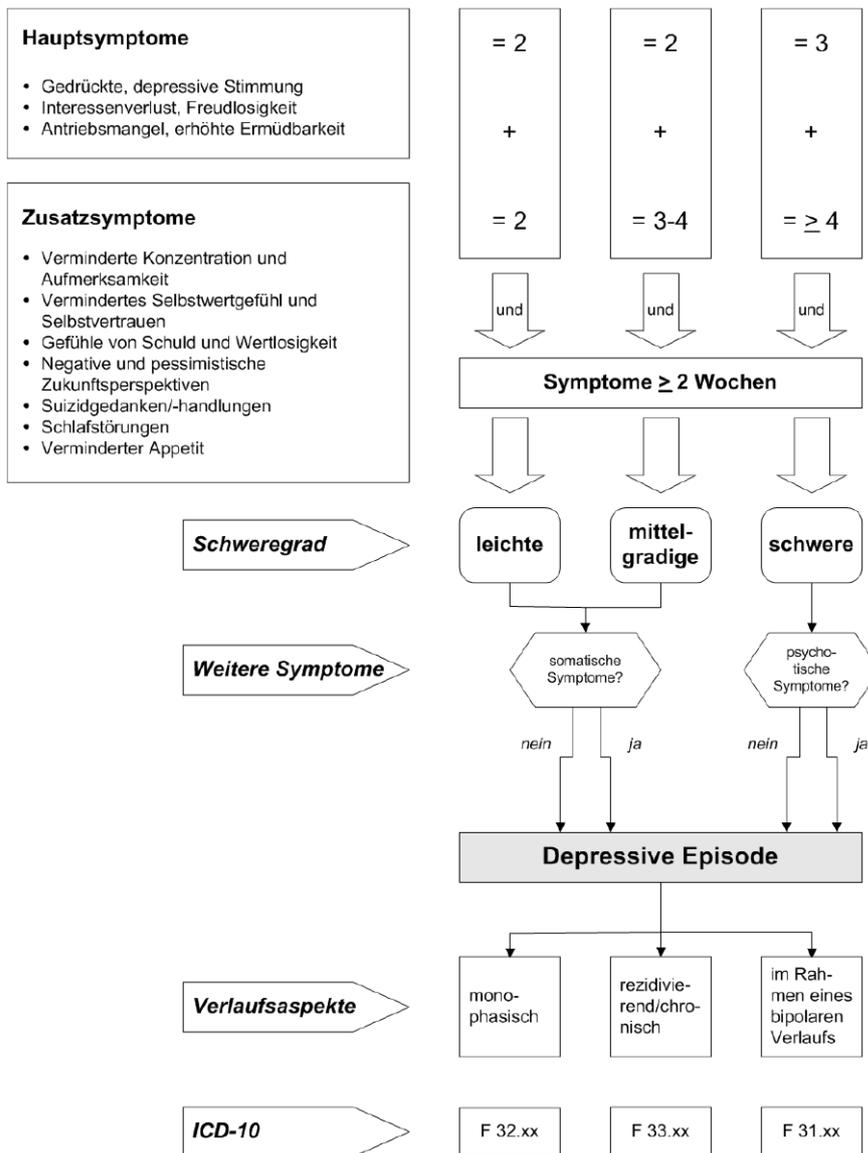


Abbildung 1. Algorithmus der Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien aus S3-Leitlinie, NVL Unipolare Depression, Dezember 2009, S.64.

2.1.5 Ätiopathogenetische Aspekte und Risikofaktoren

Bei der Ätiopathogenese psychischer Störungen ist stets von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen. Depressionen umfassen kein homogenes Krankheitsbild sondern ein breites Spektrum psychischer Störungen. Bisher existiert keine einheitliche und empirisch gestützte Theorie, welche eine monokausale Erklärung zur Entstehung der Depression liefern könnte. Von der Mehrzahl der Experten werden daher multifaktorielle Erklärungskonzepte angenommen, die von einer Wechselwirkung von biologischen,

psychischen und sozialen Faktoren ausgehen. Die Bedeutung der einzelnen Faktoren kann von Patient zu Patient erheblich variieren (Wittchen et al., 2010).

Das Auftreten einer affektiven Störung soll nach den so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen erst durch ein Zusammenspiel aktueller oder chronischer Belastungen (Auslösefaktoren, Stressoren) mit neurobiologischen bzw. psychischen Veränderungen (z. B. Verluste, Trennungen, berufliche Enttäuschungen, interpersonelle Konflikte) sowie anderen modifizierenden Variablen (vorherige psychische Störungen) vor dem Hintergrund einer Veranlagung (Vulnerabilität) einer Person bedingt werden (Berger & van Calker, 2004).

Aufgrund der Vielzahl an Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren und deren möglicher wechselseitiger Abhängigkeiten ist nicht klar, in welcher Weise diese große Anzahl verschiedener Faktoren auf einzelne ursächliche Faktoren und Prozesse reduziert werden kann. An dieser Stelle werden dennoch einige der zentralen Faktoren dargestellt, deren Rolle bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in diversen Studien diskutiert wird (z.B. Hautzinger, 2010; Wittchen, 2010).

Mehrere Untersuchungen an großen Populationen belegen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten affektiver Störungen bei genetischer Vulnerabilität, wobei von mehreren beteiligten Genen auszugehen ist. Eine familiäre Häufung von depressiven Erkrankungen gilt als sehr gut belegt. Angehörige ersten Grades von depressiv Erkrankten haben ein circa 50% höheres Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung, selbst an einer depressiven Störung zu erkranken (z.B. Hautzinger, 2010; Levinson, 2009; Berger, 1999).

Eine dänische Zwillingsstudie ergab Konkordanzraten (die Übereinstimmung wichtiger Merkmale bei Zwillingen) für unipolare Verläufe bei eineiigen Zwillingen um 50%, bei zweieiigen Zwillingen von 15% bis 20 % (Bertelsen, Harvald & Hauge, 1977).

Es ist bisher nicht gelungen, genetische Marker auf DNA-Ebene zu lokalisieren, daher besteht die Annahme, dass affektive Störungen durch Alterationen auf verschiedenen Genen mit verursacht werden und diese sich in verschiedenen Familien, bei den erkrankten Personen unterschiedlich kombinieren (Berger & van Calker, 2004). Das Vorliegen einer depressiven Erkrankung bei der Mutter gilt generell als Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer depressiven Störung, dabei bleibt unklar, welchen Anteil daran die genetischen und nicht-genetischen Faktoren haben. Zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren können Wechselbedingungen bestehen. Eine Zwillingsstudie von Kendler, Karkowski und Prescott (1999) führt Faktoren an, welche die genetische Disposition ergänzen bzw. verstärken. Zu ihnen zähle Ereignisse der psychosozialen Entwicklung und Persönlichkeitsfaktoren, wie beispielsweise Verlusterlebnisse und Traumatisierungen in der frühen Kindheit oder kritische Lebensereignisse, das Fehlen sozialer Unterstützung sowie erhöhter Neurotizismus. Dies bestätigt erneut die Annahme, dass die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen zum Teil erblich bedingt wird, jedoch erst in Kombination mit psychosozialen Faktoren zur Ausprägung einer depressiven Erkrankung führt.

Depressive Störungen stehen in Zusammenhang mit bestimmten neurobiologischen Faktoren. Bisher konnte jedoch keine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn lokalisiert werden, die unmittelbar für das Auftreten der depressiven Symptome verantwortlich ist (Hautzinger, 2010). Durch eine veränderte Funktion der Botenstoffe wie Serotonin oder Noradrenalin zwischen den Nervenzellen bestehen veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, diese werden als ursächlich für die Entstehung depressiver Störungen diskutiert (Brakemeier, Normann & Berger, 2008). Antidepressiva setzen dort an und stellen wieder ein Gleichgewicht im Hirn-Stoffwechsel her. Es konnte jedoch belegt werden, dass sich ebenfalls nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung diese Normalisierung des Hirn-Stoffwechsels ergab. Damit wird erneut die

Schwierigkeit betont, eindeutig zwischen Ursache und Wirkung bei der Entwicklung depressiver Erkrankungen zu unterscheiden.

Aus tierexperimentellen Forschungsarbeiten zur Depression geht ein weiterer Ansatz hervor, die Art der Stressbewältigung könnte einen entscheidenden Einfluss auf die, an affektiven Störungen beteiligten, Neurotransmittersysteme haben. Im Sinne des Paradigma der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1975, 1979) wird dabei von der Depression als erlerntes Verhalten ausgegangen. Von zentraler Bedeutung ist, ob es sich um eine kontrollierbare Stressquelle handelt. Im Falle von unkontrollierbaren Stressoren führt dies bei anhaltender oder wiederholter Stressexposition schneller zu einer Überforderung der zentralnervösen Stressadaptationsmöglichkeiten. Durch eine solche unkontrollierbare, sich wiederholende Erfahrung und die damit verbundene Hilflosigkeit und deren Verallgemeinerung entsteht der Weg in die Depression. Passivität und das Gefühl, selbst nicht handeln und das eigene Leben nicht steuern zu können (Hilflosigkeit), werden erlernt und verfestigt. Die revidierte Fassung dieses Ansatzes, die Hoffnungslosigkeitstheorie als Weiterentwicklung der Hilflosigkeitstheorie, beinhaltet zusätzlich das Konzept der Attribution. Der Misserfolg in einer Situation wird einer Ursache zugeschrieben. Das Entstehen depressiver Erkrankungen erfolgt dann, wenn die angestrebten Ziele als unerreichbar erlebt werden und negative Ergebnisse als unvermeidbar wahrgenommen und zudem der eigenen, beständigen Unzulänglichkeit zugeschrieben (attribuiert) werden. In Folge führt dies zu einer starken Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Abbildung 2 fasst die Formulierungen zusammen und zeigt die entscheidende Rolle der Kausalattributionen.

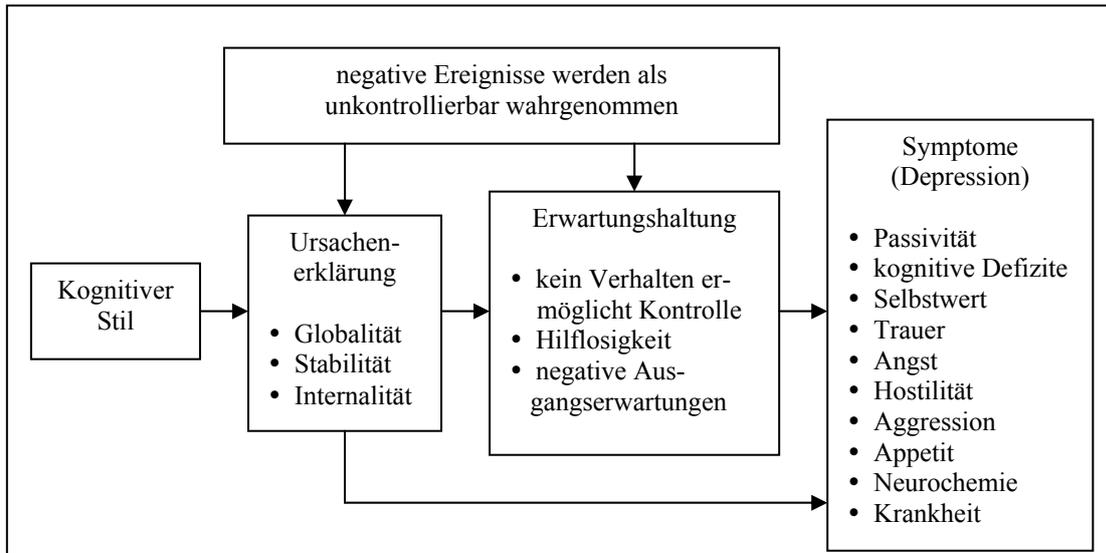


Abbildung 2. Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Hautzinger, 2010, S.29.

Im Rahmen von Separationsexperimenten wurde schwerer chronischer Stress induziert. Bei der Untersuchung an jungen Primaten erfolgte eine frühe Trennung von der Mutter. Die Ergebnisse dieser Studien haben eine hohe Relevanz für die Depressionsforschung beim Menschen. Depressive Patienten erlebten zwei- bis dreimal so häufig Verlusterlebnisse in ihrer Kindheit im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (Crook & Eliot, 1980).

Weitere Erklärungsmodelle der Depression werden im Folgenden in Form einer kurzen Zusammenfassung beschrieben. Das nachfolgende Kapitel bezieht sich ausführlich auf die psychodynamischen Entstehungsmodelle depressiver Erkrankungen. Diese stellen den Fokus der vorliegenden Arbeit dar.

Das verstärkungstheoretische interpersonelle Erklärungsmodell geht von der Annahme aus, dass als Ursache einer Depression positive, verstärkende Ereignisse abnehmen, beispielsweise in der sozialen Umgebung nicht mehr im bisherigen Umfang erreichbar sind (z.B. durch Trennung, Arbeitsplatzverlust) und dies eine zunehmende depressive Verstimmung und Resignation zur Folge hat, welche ihrerseits einen Rückgang von belohnenden Ereignissen als positive Verstärker bewirkt (Hautzinger, 2003). Als

Moderatorvariablen für diesen Zusammenhang sind individuelle soziale Fertigkeiten und Kompetenzen zu nennen (Hautzinger, 1997). Innerhalb dieses Ansatzes wird somit durch den Wegfall bedeutender Verstärker der Einfluss von sozialen Verlusten, anhaltenden Konflikten, Tod oder Trennung auf die Depressionsentstehung erklärt.

Auch kognitionspsychologische Ansätze gehen davon aus, dass depressive Störungen entstehen, wenn bei einem Individuum situative Auslöser durch verschiedene Formen von dysfunktionalen Kognitionen verarbeitet werden, mit pessimistischen Ansichten von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft (Kognitive Triade) (Beck, 1974). Dies steht in Verbindung mit negativen Überzeugungen, die durch negative Lebenserfahrungen und die wahrgenommene Hilflosigkeit ausgelöst werden. Entsprechend verzerrt sind Informationsverarbeitung sowie die Interaktionsprozesse. Die situativen Auslöser können sich sowohl auf aktuelle als auch auf chronische Belastungen beziehen (Hautzinger, 2003).

An den kognitionspsychologischen Ansätzen kritisiert Mentzos (2006), dass diese nicht zu den zugrunde liegenden und meist unbewussten Konfliktmustern vordringen, die bei Depressionen von fundamentaler Bedeutung seien. Beck habe „seine Aufmerksamkeit zu einseitig auf die bewussten kognitiven Phänomene gerichtet und sie als das Ursprüngliche angesehen.“

Ein psychodynamisches Entstehungsmodell der Depression geht auf die intrapsychischen Konfliktmuster, deren Abwehrmechanismen und resultierende interaktionelle Problematiken ein. Die frühen Beziehungserfahrungen spielen dabei eine ganz entscheidende Rolle. Sie sind im Falle depressiv Erkrankter in der Vergangenheit häufig durch mangelhafte affektive Abstimmungsprozesse zwischen primären Bezugspersonen und dem Kind geprägt (Kristeva, 2007; Krejci, 1999). Im Zentrum dieser Annahmen steht nicht nur der Verlust der Unterstützung durch äußere Objekte, sondern die

Depression entsteht auch als Folge einer pathologischen Internalisierung der frühen Objektbeziehungen und deren Rolle bei der dysfunktionalen Regulation des Selbstwerts.

Im folgenden Kapitel werden psychodynamische Ansätze und deren Implikationen für die Psychotherapie der Depression dargestellt und diskutiert.

2.2 Psychodynamische Störungsmodelle der Depression

Werner Bohleber (2010) stellt in seinem Editorial zu den neuesten Ergebnissen der Depressionsforschung die Frage, wie bei der Heterogenität der Depression als Erkrankung, die auf verschiedenen Strukturniveaus anzusiedeln ist und längst nicht mehr als uniforme Gruppe seelischer Störungen gesehen werden kann, ein integratives psychodynamisches Modell aussehen könnte, das die Vielfalt depressiver Phänomene und deren zugrunde liegende Motive und Dynamiken erfasst.

In den Theorien der Psychodynamik haben verschiedene Aspekte vorhandener psychoanalytischer Theorien des vergangenen Jahrhunderts bis heute ihre zentrale Bedeutung behalten.

Bereits Karl Abraham (1911) weist ausgehend von einem triebtheoretischen Ansatz auf die zentrale Bedeutung der unterdrückten Aggression bei depressiven Erkrankungen hin und beschrieb den Zusammenhang zu einer starken Enttäuschung durch ein Liebesobjekt und der Wendung einer sadistischen Rachsucht nach innen.

Sigmund Freud machte in seiner Arbeit zu „Trauer und Melancholie“ (1917) auf die Bedeutung des Objektverlustes im Sinne des Verlustes einer realen Bezugsperson oder des imaginierten Verlustes aufmerksam. Zusätzlich weist er auf das Hauptmerkmal zur Unterscheidung zwischen Depression und Trauer hin: Mit der Trauer ist keine Störung des Selbstwertgefühls verbunden. Freud bringt den Vorgang der Introjektion auch mit der Melancholie in Zusammenhang, bei welchem der Mensch negative Anteile eines Objekts in sich aufnimmt und sich damit identifiziert.

Vor dem Hintergrund der Strukturtheorie Freuds betonte Rado (1928) die zentrale Rolle des Selbstwertgefühls in der Dynamik der Depression. Er beschrieb Depressive am Beispiel eines kleinen Kindes, welches extrem von der Akzeptanz der eigenen Leistungen durch die Eltern und deren Liebe abhängig ist. Beim Scheitern der Bemühungen um

Fürsorge, z.B. durch das Erleben wiederholter Bestrafung durch die Eltern und deren anschließende Zufriedenheit, internalisiert das Kind diese Erfahrungen. Dies bedeutet, es sichert sich durch häufige Selbstbestrafung und ständige Schuldgefühle eine Zufriedenheit und Zuwendung der Eltern und später seines eigenen Über-Ich. Das Schuldthema ist bei diesem Ansatz zentral.

Bibring (1953) bringt den, bis in heutige Theorien zentralen, Aspekt der Hilf- und Machtlosigkeit bei Depressiven ein.

In der späteren Objektbeziehungstheorie bezieht man sich auf verinnerlichte Objektbeziehungen die je nach Gelingen zu einer psychischen Reifung oder pathologischen Ausprägung führen welche wiederum die Grundlage einer späteren depressiven Erkrankung bildet. Melanie Klein (1940) spricht von der depressiven Position und versteht diese als eine Art Entwicklungsstufe, die jeder Mensch zu durchleben hat und in welcher das Kind lernt, Spaltungsmechanismen der schizoiden Position aufzugeben und die bisher entstandenen Teilobjekte als Ganzes zu integrieren. Nach Klein entsteht das depressive Krankheitsbild, wenn es dem Kind nicht möglich ist, das gute Objekt im Ich zu etablieren, das heißt wenn es nicht erkennt, dass der Verlust des guten Objekts ein vorübergehender ist, und das gute Objekt nicht im inneren des Kindes wieder hergestellt werden kann.

Auch Winnicott beschreibt die depressive Position als eine Aufgabe der individuellen Entwicklung, durch welche der Mensch lerne, seine eigenen aggressiven Anteile zu akzeptieren und das Gefühl der Ambivalenz auszuhalten.

Balint (1970) führte sein Konzept der Grundstörung ein, welche von einem vorherrschenden Mangel aufgrund einer unzureichenden Passung von Primärobjekt und Säugling ausgeht. Vor diesem Hintergrund entwickelte Rudolf sein Modell des depressiven Grundkonflikts (Rudolf, 2003). Er beschreibt eingangs, dass im psychotherapeutischen Bereich zunehmend die frühe Persönlichkeitsentwicklung und die frühen Störungen

berücksichtigt werden und dies zu einem Verständnis psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder beiträgt (Rudolf, 2005). Er fügt bei, dass klassische psychoanalytische Ansätze davon ausgehen, dass die Konfliktspannung entsteht, wenn ein zentraler Triebwunsch unbefriedigt bleiben muss da dessen Befriedigung tabuisiert wurde oder mit Androhung von Strafe belegt war. *“In dem beschriebenen beziehungspsychologischen Modell entspringt die Konfliktspannung aus dem Widerstreit entgegengesetzter Beziehungswünsche und den jeweils damit verbundenen Risiken der Enttäuschung, Kränkung oder Bedrohung des Selbst durch die Objekte.“* (Rudolf, 2005, S. 149). Die wesentlichen Merkmale des depressiven Grundkonflikts beziehen sich auf Störungen der Entwicklung in der frühen bis reiferen Phase der Selbst-Objekt-Differenzierung. Zur Störung führt eine mangelnde Passung zwischen dem kindlichen Selbst und dem erwachsenen Objekt. Das kann sowohl bedeuten, dass das Selbst weniger vom Objekt bekommt als es braucht, oder dass es mehr braucht als es bekommen kann. Es entsteht ein Defizit an Sicherheit des Selbst bezüglich der Bindung an wichtige Objekte. *„Der depressive Grundkonflikt zentriert auf Geborgenheit, Versorgung, Sicherheit, Tröstung durch ein Objekt, das dem bedürftigen Selbst verlässlich zur Verfügung steht.“* (Rudolf, 2005, S. 150). Als Kernmerkmale des depressiven Grundkonflikts benennt Rudolf unbewusste Arten von *„Objektsehnsucht“*, *„Objektenttäuschung“*, *„Verzweiflung des Selbst“* und *„Selbstzweifel“* (Rudolf, 2005, S. 153). Nach Rudolf (2003) ist der depressive Grundkonflikt somit als emotionales Dilemma zwischen der unsicheren Bindung an eine primäre Bezugsperson und einem unsicheren Selbstwertgefühl definiert (Abbildung 3).

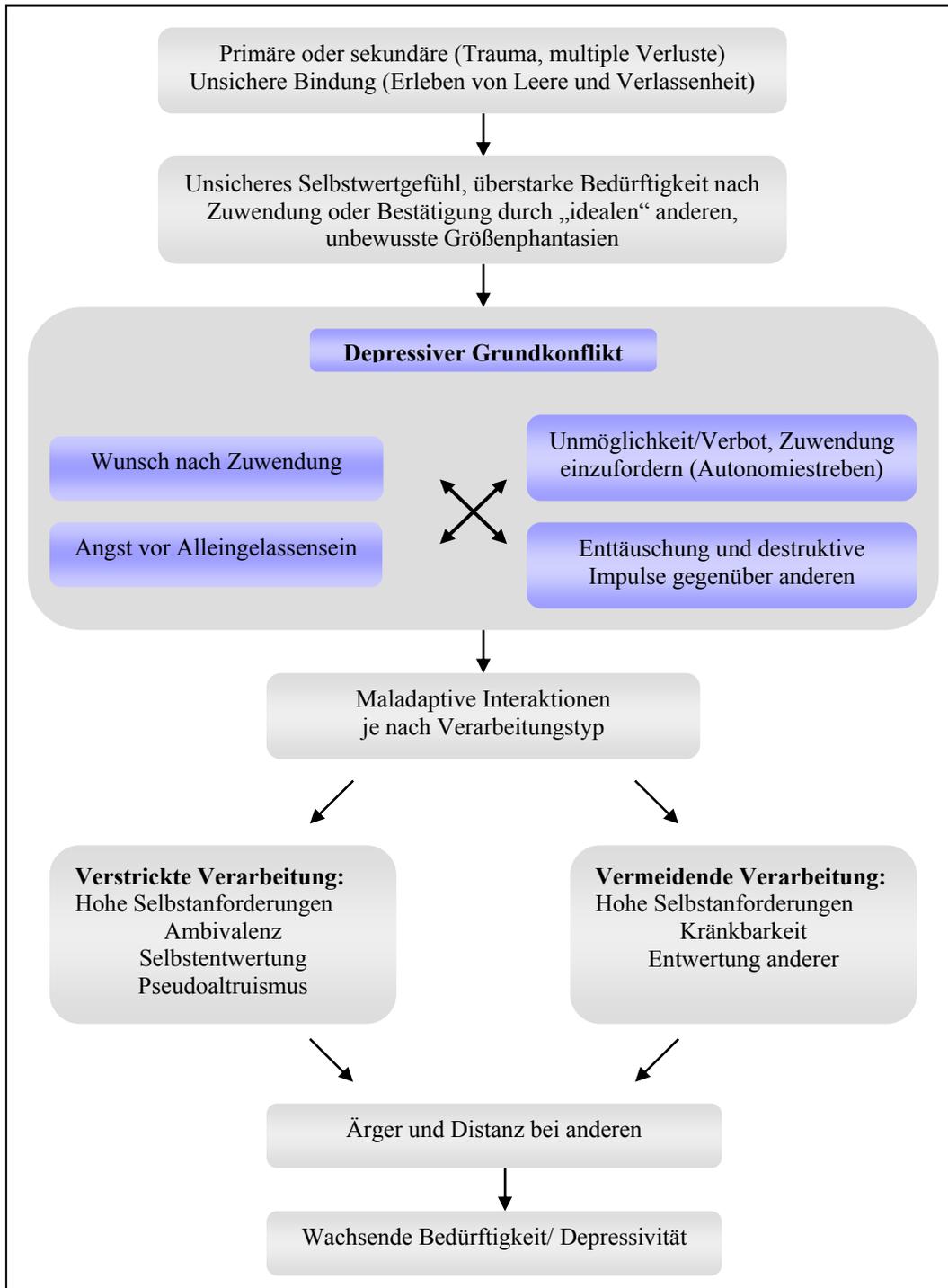


Abbildung 3. Der depressive Grundkonflikt und seine interaktionellen Folgen nach Rudolf (2003), In H. Schauenburg (2007a), S. 47.

Bei der Annahme, dass dem Verlust eines realen oder imaginierten Objekts eine zentrale Bedeutung zukommt (z.B. Bleichmar, 1996; Kristeva, 2007; Wolfersdorf & Ruprecht, 2001) ist die Depression als spezifische Reaktion auf diesen Verlust zu sehen. Sie geht mit Gefühlen der Einsamkeit und auch innerer Distanzierung einher. Der daraus

entstehende Abhängigkeitskonflikt ist durch ein übermäßiges Bedürfnis nach Zuwendung gekennzeichnet, es besteht ein anhaltender Wunsch oder eine Sehnsucht nach dem verlorenen Objekt.

Nach Schauenburg (2007b) ist die depressive Reaktion als Schutzreaktion in einer Situation nicht lösbarer innerer Konflikte, eine „regressive Bewegung“, welche die Bindung an eine Schutz gebende innere oder äußere Instanz gewährleisten soll.

Zu diesem Aspekt des depressiven Grundkonflikts schreiben Wolfersdorf und Ruprecht (2001): im Umgang depressiv Erkrankter mit anderen Personen werde „[...] eine Überanspruchlichkeit an Versorgung, Beziehung und Zuwendung deutlich, einhergehend oft mit Appellation und Äußerungen von Hoffnungslosigkeit, bis hin zu Suizidalität, wodurch die Beziehung aktiviert, gebunden und auch belastet wird“ (S. 390).

Es besteht aber auch, meist unbewusst, ein wütendes Distanzieren aufgrund der als Belastung empfundenen Angewiesenheit auf andere (Rudolf, 2003), besonders da dieser Wunsch nach Zuwendung als unerfüllbar wahrgenommen wird und einen zentralen Platz in der inneren Welt des Depressiven einnimmt. Dieses wütende Aufbegehren kann innerlich nicht erlebt oder ausgedrückt werden da es die Beziehung bedrohen und damit einen, für den Betroffenen unerträglichen, Verlust von Sicherheit bedeuten würde. Ferner kann ein ähnliches Verlustempfinden auch aus der Unsicherheit durch die selbst errichteten, sehr hohen eigenen Ideale herrühren. Diese Selbstwertproblematik verdeutlichend, schreiben Wolfersdorf und Ruprecht (2001): „[...] sind zur Depression neigende Menschen meist überstark leistungsorientiert, und ihr Selbstwertgefühl hängt von der uneingeschränkten Erreichung eines überhöht wirkenden Leistungsniveaus und von der Einhaltung rigide wirkender Normen ab“ (S. 391). Daraus resultiere eine Angst, diesen eigenen, hohen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Aus dieser Spannung, die oft mit Enttäuschungs- und Neidgefühlen einhergeht und somit als schuldhaft erlebt wird, geht eine Vielfalt problematischer Interaktionsmuster in Form im Sinne misslungener

Verarbeitungsversuche einher. Die altruistische Aufopferung führt zur Selbstüberforderung, narzisstische Selbststabilisierung ist durch nachlassende Kräfte und verringerte körperliche Attraktivität schwer aufrechtzuerhalten und Gefühlsvermeidung führt zu einer sozialen Isolation des Betroffenen (Schauenburg, 2007). Daraus resultierend ist das Selbstbild durch Hilf- und Machtlosigkeit geprägt (Wolfersdorf & Ruprecht, 2001). In Bezugspersonen können diese misslungenen Formen der Bewältigung Ärger und Distanz hervorrufen, wodurch die Minderwertigkeitsgefühle der Erkrankten erneut verstärkt werden.

Desgleichen betont Mentzos (2006), bei einem historischen Überblick der einflussreichsten psychoanalytischen Theorien zur Psychodynamik der Depression und der klinischen Erfahrung seien die Herabsetzung des Selbstwerts und der Objektverlust die zentralen geschilderten Themen. Zur Gewichtung beider Strebungen fasst er zusammen, dass einige Theorien die fundamentalere Bedeutung bei der Selbstwertthematik sehen, während andere den Objektverlust als primären Aspekt der Psychodynamik beschreiben. Die Frage, welche der beiden Aspekte als bedeutender anzusehen ist, lässt nach Mentzos keine Antwort zu. Vielmehr seien beide Bereiche nicht als Alternativen, sondern als nebeneinander und aufeinander wirkende Faktoren zu betrachten.

Entsprechend benennen auch Blatt und Zuroff (1992) Störungen interpersoneller Beziehungen auf der einen Seite und Bedrohungen der Unversehrtheit des Selbstwerts auf der anderen Seite als wichtigste, nebeneinander existierende Vulnerabilitätsfaktoren für die Entstehung depressiver Erkrankungen. Ob es zu einer depressiven Erkrankung kommt, hängt letztendlich von der Schwere des Auslösers und der Intensität des resultierenden Hilflosigkeitserlebens ab bzw. vom Ausmaß der zugrunde liegenden unsicheren Bindung und der Vulnerabilität der Persönlichkeit.

Innerhalb dieses Modells können alle Erfahrungen verbunden mit Emotionen wie Angst, Schuld oder Scham zur depressiven Erkrankung führen, sobald das grundlegende

Sicherheitsgefühl und die subjektiv empfundene Handlungsfähigkeit einer Person deutlich beeinträchtigt sind.

Will (2001) schreibt: *„Aus psychoanalytischer Sicht finden wir bei nahezu jedem Depressiven eine mehr oder weniger ausgeprägte und depressionstypische Psychodynamik. Eine wesentliche Frage ist deshalb die Abschätzung, welche Bedeutung diese Psychodynamik für die Entstehung und Aufrechterhaltung des jeweiligen depressiven Prozesses hat“ (S. 397).*

Entscheidend für den weiteren Verlauf und speziell für die Behandlung der Depression ist die *„spezifische charakterliche Verarbeitungsweise“*, der Verarbeitungsmodus des depressiven Grundkonflikts (Schauenburg, 2007a, S.48).

2.3 Psychodynamische Psychotherapie der Depression

2.3.1 Einleitung psychodynamische Psychotherapie

Depressive Patienten machen mehr als die Hälfte der Patienten in psychoanalytisch-psychodynamischen Therapien aus (Schauenburg, 2006).

Das klassische psychoanalytische Modell der Depression, als gegen das Selbst gerichtete Aggression, wurde in der Psychoanalyse durch deutlich differenziertere Modelle ersetzt. Heute wird zum Verständnis der Depression ein multidimensionaler Zugang gesucht, bei welchem äußere und innere Determinanten interagieren und miteinander verflochten sind. Der Heterogenität der Depression mit den unterschiedlichen Symptomen wird in der psychotherapeutischen Behandlung Rechnung getragen (Bohleber, 2010).

Psychodynamische Psychotherapie ist eine Behandlungsform, welche an der analytischen Theorie sowie Behandlungstechnik orientiert ist (Schauenburg, 2007a).

Das therapeutische Vorgehen in der psychodynamischen Depressionsbehandlung wird als störungsbezogener Therapieansatz beschrieben, welcher aus einem ätiologischen Erklärungsmodell abgeleitet ist. Diese Behandlungsform ist insofern störungsspezifisch, als sie einerseits an den dominierenden depressiven Symptomen wie Selbstvorwürfen, Suizidalität, Antriebshemmung, Gereiztheit, Rückzugsverhalten, Körpersymptomen und depressiver Zukunftsangst ansetzt, andererseits auf bestimmte konflikthafte Beziehungserwartungen, interaktionelle Schwierigkeiten sowie damit verbundene Selbstwertprobleme fokussiert. In der depressiven Persönlichkeitsentwicklung stehen die Internalisierung konflikthafter interaktioneller Muster, z.B. Beziehungsmuster mit wichtigen Bezugspersonen, die Entwicklung von struktureller Vulnerabilität sowie das Vorhandensein bestimmter Bewältigungsmuster im Vordergrund. Rudolf spricht im Rahmen therapeutischer Ansätze daher auch nicht von depressiven Patienten, sondern von „depressiv strukturierten Patienten“, da nicht das depressive Symptom in der

psychodynamischen Therapie zur Behandlung ansteht, sondern das interpersonelle Verhalten in Form dysfunktionaler Beziehungen und unsicherer Bindungen, welche in spezifischer Weise das Erleben des Patienten konflikthaft belasten (Rudolf, 2003; Schauenburg et al., 1999).

Depressionspezifische therapeutische Interventionen zielen darauf ab, die aktuelle Vulnerabilität und Tendenz zur Selbstüberforderung sowie die Neigung zur Idealisierung anderer Personen und Selbstentwertung der eigenen Person als Folge der depressiven Persönlichkeitsentwicklung zu bearbeiten. Zudem ist es durch das Zusammenspiel von unbewusster konflikthafter Objektbedürftigkeit sowie struktureller Vulnerabilität auf der einen Seite und bewusstseinsnaher Bewältigungsstile auf der anderen Seite möglich, Prozesse der Depressionsentwicklung therapeutisch „in gemeinsamer mikroskopischer Betrachtung von Beziehungssituationen“ (Rudolf, 2003, S.372) zu erarbeiten und dem Patienten auf diese Weise zugänglich zu machen. Gezielt wird der Aufbau neuer Beziehungserfahrungen unterstützt; dabei liegt besonderes Gewicht auf einer spezifischen therapeutischen Haltung, die erlaubt, den interpersonellen Bereich stützend, spiegelnd und konfrontierend anzugehen (Rudolf 2003). Im Setting einer stützenden und Sicherheit gewährenden therapeutischen Beziehung sind die Gewinnung von Einsicht und die Bereitschaft um lebensgeschichtliche Verluste oder Enttäuschungen zu trauern von Bedeutung. Das zunehmend integrative Vorgehen bei der stationären psychodynamischen Therapie zeigt sich beispielsweise auf der Ebene der Bearbeitung der Kernsymptomatik. Hier kommen ergänzend Strategien aus anderen Therapieansätzen wie z.B. die kognitive Umstrukturierung (z.B. der Selbstentwertung oder Abwehrhaltung in Beziehungen) zum Einsatz (Schauenburg et al., 1999).

Zusammenfassend schreiben Jacobsen et al. (2007), dass die therapeutische Zielsetzung der psychodynamischen Therapie eine zweifache sei: Es soll zum einen die vorhandene Symptomatik nachhaltig reduziert, zum anderen eine Umstrukturierung der

Persönlichkeit im Sinne zeitlich stabiler dispositioneller Merkmale (unbewusste Konflikte und strukturelle Defizite) angestrebt werden.

Insgesamt ist bei depressiven Störungen eine adaptive Indikation erstrebenswert. Ist zu erwarten, dass die erfolgreiche Bearbeitung eines aktuellen Konflikts z.B. Trennungsverarbeitung zu einer signifikanten Verbesserung beim Patienten führt, so ist eher ein psychodynamisches Vorgehen sinnvoll, welches auf den Aktualkonflikt ausgerichtet ist (Schauenburg, 2006). Bei chronischer depressiver Herabgestimmtheit und charakterlicher Eingebundenheit des Patienten sind eher hochfrequente Therapien und längerfristiges Vorgehen indiziert (Rudolf, 2003). Längere und hochfrequente Therapien zeigen eher interpersonelle und intrapsychische Veränderungen, die über die reine Symptomreduktion hinausgehen und besser vor Rückfällen schützen. Wichtige Faktoren, die einbezogen werden sollten sind die verschiedenen Verarbeitungsformen des depressiven Grundkonflikts und deren Auswirkungen auf die Erwartungen des Patienten zur Therapie sowie die strukturellen Ressourcen, die ein Patient aufweist.

Die Entscheidung der spezifischen Indikation, d.h. die Empfehlung eines niederfrequenten oder hochfrequenten Settings, eine starke Fokussierung auf aktuelle Konflikte oder eher die Nutzung regressiver Prozesse, um emotionale Vorgänge in der therapeutischen Beziehung intensiv nacherleben zu lassen, hängt von verschiedenen Faktoren ab und es gibt bisher wenig aussagekräftige empirische Befunde (Schauenburg, 2006). Subtypenklassifikationen (z.B. Beck, 1983; Blatt, 1974) haben gezeigt, dass trotz ähnlichem Grundkonflikt andere Bedürfnisse und „Arbeitsmodelle“ bei den Patienten ausgeprägt sind. *„Wesentliches Moment der Therapie ist die genaue Diagnostik der zugrunde liegenden Konfliktmuster und der strukturellen Persönlichkeitsmerkmale der Patienten.“* (Schauenburg et al., 1999, S. 129).

2.3.2 Wirksamkeit psychodynamischer Depressionsbehandlung

Ein Problem bei der Evaluation tiefenpsychologischer, psychodynamischer und psychoanalytischer Therapien besteht im Fehlen einheitlicher und systematischer Beschreibungen der Krankheiten bzw. der Diagnostik, wodurch die Vergleichbarkeit von Wirksamkeitsstudien sehr eingeschränkt ist (z.B. Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010, Reck und Mundt, 2002).

Jacobsen et al. (2007) beschreiben, dass durch die naturalistischen Bedingungen in Kliniken und Praxen die Selektion von homogenen symptombezogenen Stichproben erschwert ist, da häufig Patienten mit chronifizierten und komplexen Störungen behandelt werden, bei denen mehrere ICD-10-Diagnosen vorliegen.

Besonders bei depressiven Erkrankungen ist das Vorhandensein komorbider Diagnosen häufig (zur Komorbidität siehe Abschnitt 2.1.3).

Vorteilhaft sehen Jacobsen et al. aber, dass genau die Patienten untersucht werden, auf welche auch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung angewandt werden sollen. Zudem ist, entsprechend des Ansatzes des Arbeitskreises OPD (2006), aus psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Sicht weniger relevant, ob eine Vergleichbarkeit der Symptomatik und Diagnosen vorliegt, sondern der Fokus sollte eher auf den unbewussten Konflikten und dem strukturellen Funktionsniveau liegen.

Jakobsen et al. (2007) untersuchten in einem Review die Wirksamkeit psychodynamischer Therapieverfahren im ambulanten Setting. Dafür wurden Daten aus vier umfangreichen Psychotherapiestudien einbezogen und deren empirische Wirksamkeitsnachweise ausgewertet. Drei Studien dieses Reviews beziehen sich neben der Wirksamkeitsuntersuchung analytischer Therapien auf Aussagen zu tiefenpsychologischen Therapien, die daraus resultierenden Ergebnisse bezogen auf die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapie bei depressiven Erkrankungen werden anschließend dargestellt. Nachfolgend werden die drei Studien des Reviews, die für die vorliegende

Arbeit relevante Ergebnisse psychodynamischer Therapieeffekte aufweisen, zusammenfassend beschrieben:

(1) Die Studie von Leichsenring (2005) untersucht empirische Daten zur Wirksamkeit ambulanter tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Therapie. Zur Untersuchung der Therapieeffekte wurden die Symptomcheckliste SCL-90-R (Derogatis, 1980), das IIP-D (Horowitz et al., 1993) sowie eine Reihe weiterer Instrumente eingesetzt. Es fanden Messungen vor Therapiebeginn, zu verschiedenen Zeitpunkten während der Therapie, zum Abschluss sowie ein Jahr nach Therapieende statt.

(2) In die Münchner Psychotherapie-Studie (Huber, Klug & Rad, 2001; Huber & Klug, 2005) wurden nur depressive Patienten einbezogen. Es handelt sich um eine Prozess-Outcome-Studie mit einem randomisierten Design. Verglichen wurden analytische Psychotherapie, niederfrequente, tiefenpsychologische Psychotherapie sowie kognitive Verhaltenstherapie. Die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen erfolgte randomisiert. Die Therapeuten waren erfahrene, niedergelassene Psychoanalytiker mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung. In der Münchner Studie lag die erste Datenerhebung bereits vor der Therapievermittlung. Weitere Messungen wurden halbjährlich während der Therapie und bei Therapieabschluss gemacht. Es erfolgte zusätzlich jährlich eine Datenerfassung zur Katamnese bis drei Jahre nach der Therapie. Neben der Erhebung von symptombezogenen Daten erfolgten auch umfangreiche strukturelle Einschätzungen.

(3) Die Heidelberg-Berlin-Studie, Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) (Rudolf et al., 2001) nahm einen Vergleich von hochfrequenten analytischen Langzeitbehandlungen mit niederfrequenten tiefenpsychologischen Psychotherapien vor. Als Therapeuten der Studie nahmen ausgebildete Analytiker mit größtenteils langjähriger Berufserfahrung teil. Neben einer großen Anzahl von Messzeitpunkten konnten drei Beobachtungsebenen realisiert werden, die des Patienten, des Therapeuten sowie die eines Untersuchers. Dies ermöglichte, neben der Veränderung auf Symptomebene, weitere

Aspekte der Therapie einzubeziehen. Dazu zählen zum Beispiel der Therapieprozess durch die qualitative Auswertung von umfangreichem Textmaterial der Therapeuten, strukturelle Veränderungen erfasst durch OPD-Interviews (Arbeitskreis OPD, 2006) und über die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000). Katamnesedaten wurden nach einem Jahr sowie drei Jahre nach Therapieende erhoben.

Die Gesamtanzahl tiefenpsychologischer Behandlungen aus den beschriebenen Studien beträgt $n = 45$. Die Stichprobe besteht aus 16 Männern (35,6%) und 29 Frauen (64,4%) zwischen 19 und 58 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 36,7 Jahren. Bei 21 Patienten (46,7%) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Von der beschriebenen Stichprobe mit $n = 45$ erhielten 36 Patienten die Diagnose einer affektiven Störung. Die Therapiedauer der ambulanten tiefenpsychologischen Behandlung betrug durchschnittlich 36 Stunden über 21 Monate (Jakobsen et al., 2007, S.95). Die Outcome-Daten beziehen sich auf Maße mit der Symptomcheckliste (SCL-90-R) und dem Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D). Insgesamt konnte die Wirksamkeit analytischer sowie tiefenpsychologischer Therapie mit großen Effekten belegt werden und in der Katamnese steigerten sich die Effekte oder blieben stabil. Für die tiefenpsychologischen Behandlungen zeigte sich störungsübergreifend eine Effektstärke bezogen auf Verbesserungen auf Symptomebene bei der Prä-Post-Messung von 1,24 und bei der Katamneseerhebung 1,29. Es zeigten sich in Bezug auf depressive Erkrankungen, ebenso wie auf andere Störungsgruppen, keine signifikanten Wirkunterschiede zwischen den beiden Verfahren in Hinblick auf die symptombezogene Veränderung als auch die interpersonellen Beziehungen.

Abbass und Driessen (2010) evaluierten in ihrer Metaanalyse 7 Studien mit insgesamt 101 Teilnehmern, welche eine psychodynamische Kurzzeittherapie erhielten. Die Anzahl der Therapiesitzungen lag durchschnittlich bei knapp 40 Sitzungen, eine Studie

bildete die Ausnahme mit höherfrequenten Therapiesitzungen und einem Durchschnitt von 80 Sitzungen. Bis auf eine Studie erfolgte die Diagnosestellung in den Studien nach DSM-IV durch standardisierte Interviews. Als Schweregradeinschätzung der Depression wurden studienübergreifend die Hamilton Rating Scale, das Beck Depressions Inventar sowie die Symptomcheckliste SCL-90 eingesetzt. Die aus dem Review zusammengefassten Effektstärken der Prä-Post-Messungen beziehen sich auf Patienten mit einer Major Depression und komorbider Persönlichkeitsstörung. Für diese Patientenstichprobe ergab sich eine durchschnittliche Effektstärke von 1.52 ($n = 50$; 95% CI: 0.97-2.07) für alle Depressionswerte der eingesetzten Verfahren. Die durchschnittliche Effektstärke zur allgemeinen Psychopathologie und Messungen interpersoneller Variablen lag zwischen 1.08 und 1.27. Alle Effektstärken waren signifikant und Ausdruck eines großen Effekts der psychodynamischen Therapie im Prä-Post-Vergleich. Die Auswertungen der post-treatment scores und der Follow-up-Werte ergab sehr kleine Effektstärken und keine signifikanten Ergebnisse. Im Follow-up nach durchschnittlich 21.3 Monaten waren somit keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen. In diesem Review zeigten sich beim Vergleich von psychodynamischer Therapie mit anderen Therapieformen (z.B. kognitiver Verhaltenstherapie) keine signifikanten Unterschiede der Therapieeffekte. Diese Ergebnisse beziehen sich sowohl auf die Depressionsscores als auch Werte zur allgemeinen Psychopathologie und interpersonellen Schwierigkeiten. Die Schlussfolgerung entspricht ebenfalls den Ergebnissen des Reviews von Leichsenring (2005) zum Vergleich von alleiniger psychodynamischer Therapie mit Kombinationsbehandlungen oder kognitiv verhaltenstherapeutischen Verfahren. Es waren jeweils keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen.

Die jüngste Metaanalyse von Cuijpers, Clignet, van Meijel und Kollegen (2011) stellt die aktuellste und umfangreichste Untersuchung zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen dar. Sie wurde auf Basis von 1120 papers erstellt. Der Datensatz wird detailliert von Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson (2008) beschrieben. Es handelt sich um einen kontinuierlich aktualisierten Datenpool nach Literaturrecherche in Pubmed, PsycInfo, Embase sowie dem Cochrane Zentralregister mit Studien von 1966 bis Januar 2010. Zusätzlich wurden 42 Metaanalysen zum Thema psychologische Behandlung von Depressionen einbezogen um zu gewährleisten, dass keine bisherige Veröffentlichung auf diesem Gebiet vernachlässigt bleibt. Ausgehend von dieser Datenbasis wurden in die Untersuchung Studien mit randomisierten Stichproben eingeschlossen, in welchen die Effekte der Psychotherapie mit Kontrollgruppen verglichen wurden. Als Stichproben der Studien kamen Erwachsene in stationärer psychiatrischer Behandlung in Frage, bei welchen die depressive Erkrankung als Hauptproblem diagnostisch im Vordergrund stand. Studien mit Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch wurden ausgeschlossen. Es fanden nur Studien Berücksichtigung, bei welchen strukturierte und standardisierte Psychotherapie und klar definierte Methoden zum Einsatz kamen. Nach diesen Kriterien konnten 12 Studien in die Berechnungen einbezogen werden, so entstand eine Stichprobe mit 570 Probanden, davon 308 im Psychotherapiesetting und 262 in Kontrollgruppen. Die Effektstärke für die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlungen der stationären Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe lag bei $g = .29$ (95% CI: 0.13~0.44; $p < .001$), entsprechend einem kleinen Effekt aber einem statistisch signifikanten Unterschied. Betrachtet man lediglich die symptomorientierten Effektstärken der Daten des BDI (mit Ausschluss der Effekte durch andere Messinstrumente), finden sich vergleichbare Werte mit einem Effekt von $g = 0.24$ (95% CI: .08 ~ .40; $I^2 = 0$; NNT = 7.46). Bei den Daten des 12 Monats-follow-up zeigte sich eine Gesamteffektstärke von $g = 0.32$ (95% CI: -.01 ~ .66) mit einem

Trend ($p = .057$) in Richtung dass die Psychotherapiebedingung effektiver ist als die Kontrollbedingung. Diese Ergebnisse sind mit Einschränkungen zu betrachten, da bei den ausgewerteten Studien nicht klar dargelegt wurde, ob und in welchem Umfang therapeutische Interventionen während der Follow-up-Periode erfolgt sind. Die Psychotherapieeffekte wurden schulübergreifend betrachtet und beinhalten neben psychodynamischer Therapie auch kognitive Verhaltenstherapie und andere Therapieansätze. Auch diese umfangreiche Metaanalyse bestätigt, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren zu verzeichnen waren. Zusätzlich wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientengruppen im Einzel- oder gruppentherapeutischen Setting gefunden, auch die Therapiedauer zwischen Studien mit 6-9 Sitzungen im Vergleich zu 10-15 Sitzungen oder >16 Sitzungen beeinflusste ebenso wenig den Therapieeffekt wie der Einsatz von Psychopharmaka. Zusätzlich wurden Meta-Regressionsanalysen gerechnet um den Zusammenhang zwischen Effektstärken und Anzahl der Sitzungen, Durchschnittsalter der Probanden und prozentuaalem Frauenanteil auszuwerten, es ergaben sich in keiner dieser drei Analysen signifikante Ergebnisse. Die Autoren weisen darauf hin, dass deutlich mehr Forschungsbedarf, vor allem von Studien mit methodisch hoher Qualität, besteht.

Ebenso wiesen Simon und Perlis (2010) als Ergebnis ihres aktuellen Reviews zu Psychotherapieoutcomes auf den Forschungsbedarf im Bereich personalisierter Depressionsbehandlung hin. Dabei beschreiben die Autoren, dass bisherige Studien offen lassen, welche Moderatorvariablen ursächlich für die stark variierenden Therapieeffekte von Depressionsbehandlungen sind: *„Future research should focus on identifying true moderator effects and should consider how response to treatments varies across episodes. At this time, our inability to match patients with treatments implies that systematic follow-up assessment and adjustment of treatment are more important than initial treatment selection.”* (Simon & Perlis, 2010, S. 1445).

2.4 Zwei Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung

Bereits Freud (1930) beschrieb: „*die individuelle Entwicklung erscheint uns als ein Produkt der Interferenz zweier Strebungen, des Strebens nach Glück, das wir gewöhnlich „egoistisch“, und des Strebens nach Vereinigung mit den anderen in der Gemeinschaft, das wir „altruistisch“ heißen.*“ (S. 500).

Über diverse therapeutische Perspektiven und Traditionen hinweg stellen Verbundenheit in Beziehungen und Selbstdefinierung zwei zentrale Faktoren der Persönlichkeitsentwicklung dar, die sich nebeneinander bestehend und interagierend über die Lebensspanne entwickeln (z.B. Blatt, Besser & Ford, 2007; Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010) und bei den meisten Menschen in einer Balance zueinander ausgeprägt sind. Die stärkere Gewichtung des einen oder anderen Faktors führt zu einer Persönlichkeitsorganisation, im Rahmen derer Menschen erleben und handeln, entweder mit stärkerem Fokus auf Beziehungen oder dem Selbstbild (z.B. Blatt & Zuroff, 1992; Blatt et al., 2010).

Seine Theorie zu den beiden grundlegenden Dimensionen der Persönlichkeit beschreibt Blatt erstmals 1974 und bezieht diese auf depressive Erkrankungen. Er unterteilt somit die Depression in zwei Subtypen als Funktionen von Objektrepräsentationen, mit dem Ziel ein besseres Verständnis der Depression zu ermöglichen. Nach Blatt (1974) stellt die Depression einen affektiven Zustand auf einem Kontinuum dar, welches sich von angemessenen Reaktionen bis hin zu einer schweren depressiven Störung erstreckt. Es erfolgte eine Unterteilung in abhängige (anaklitische) und selbstkritische (introjektive) Depression. Diese Subtypen bezeichnen nicht einen depressiven Gefühlszustand oder das vollständige klinische Bild einer Major Depression nach DSM-IV, sondern es handelt sich um Subtypen der Persönlichkeitsorganisation im Sinne von depressiven Charakterstrukturen. Dabei wurden sowohl die situativen Auslöser, vulnerabel machende

Persönlichkeitseigenschaften, die klinischen Erscheinungen und unbewusste Konflikte und deren Abwehrmechanismen beider Subtypen betrachtet. Bei Blatt und Kollegen stehen die Begriffe „relational“ und „self-definitional“ für die normalen, ausbalancierten Ausprägungen dieser Bereiche. Die Unterteilung in das dialektische Modell des anaklitischen versus introjektiven Subtyps bezieht sich auf die psychopathologischen Ausprägungen beziehungs- und selbstbildbezogener Bedürfnisse (Blattet al., 2010).

Neben Blatts Konzept existieren weitere traditionelle Ansätze zur Definition von Subgruppen der Persönlichkeit depressiver Patienten. Beck (1983) beschreibt aus der kognitiv behavioralen Tradition die Unterschiede zwischen einem sozial abhängigen und einem autonomen Depressionstypus. Bowlby (1977) diskutiert aus ethnologischer und objektbezogener Perspektive die Prädisposition zur Depression von einerseits ängstlich gebundenen und andererseits zwanghaft selbstständigen Personen. Arieti und Bemporad (1978) differenzieren aus der interpersonellen Perspektive zwischen Personen, die sich an dominanten anderen, und Personen, die sich an einem dominanten Ideal orientieren.

Diesen Typologien depressiver Störungen ist die Bipolarität von „Objektnähe“ bzw. „Objektferne“ als ein Grundprinzip der Regulation des inneren Gleichgewichts gemeinsam (Schauenburg, 2006).

2.4.1 Traditionelle Ansätze zur Subtypisierung

Im Folgenden werden die traditionellen Ansätze zur Subtypisierung der Depression aufgeführt:

(1) Sozial abhängiger vs. autonomer Typus (Beck, 1983)

Soziale Abhängigkeit („Soziotropie“) wird durch die Anstrengung bestimmt, welche eine Person unternimmt um positive interpersonelle Kontakte zu gewährleisten. Der sogenannte soziotrope Typus ist durch den Wunsch nach Unterstützung und Nähe gekennzeichnet im Sinne passiver Versorgungswünsche wie Akzeptanz, Verstandenwerden, Anleitung sowie narzisstisch geprägter Wünsche nach Bewunderung und Status. Zurückweisung, Verlust oder Frustration bei der Forderung nach Bewunderung oder Unterstützung sind zentrale Auslöser einer Depression.

Im Gegensatz dazu hat der individuelle, autonome Typ ein großes Kontrollbedürfnis über die Umwelt und die eigene Leistung. Es geht darum die eigene Unabhängigkeit zu steigern, mobil, frei und aktiv zu sein und eigenen Zielen große Bedeutung zu geben sowie diese zu verteidigen. Auslöser einer Depression ist hier besonders eine Form des Kontrollverlusts die eigene Unabhängigkeit, persönliche Rechte, Handlungsfreiheit betreffend oder beim Nicht-Erreichen eines Ziels.

(2) Ängstlich gebundener vs. zwanghaft selbstständiger Typus (Bowlby, 1977)

Ängstlich gebundene Personen suchen um jeden Preis den Kontakt zu anderen Personen und zeichnen sich durch Abhängigkeit in Beziehungen aus.

Der zwanghaft selbstständige Typ hingegen vermeidet Nähe und enge Bindung und charakterisiert sich durch eine extreme Unabhängigkeit in Beziehungen bzw. im Umgang mit anderen Menschen.

(3) Dominante andere vs. dominantes Ideal (Arieti & Bemporad, 1978)

Arieti und Bemporad (1978) unterscheiden zwischen Personen, die sich an dominanten anderen versus an einem dominanten Ideal orientieren. Somit differenzieren sie zwei grundlegende und intensive Bedürfnisse bei Depressiven: (a) *“to be passively gratified by the dominant other”* und (b) *“to be reassured of one’s own worth, and to be free of the burdens of guilt.”* (Arieti & Bemporad, 1978, S.167).

Beim Depressionstyp orientiert an dominanten anderen werden die passiven persönlichen Bedürfnisse und Wünsche durch eine andere Person erfüllt. Die Person fühlt sich auf die Unterstützung und Anleitung durch andere angewiesen um ein Wohlgefühl und Lebenssinn zu erhalten. Bei der Orientierung an einem dominanten Ideal oder Ziel geht es darum, den eigenen Selbstwert zu verstärken und frei von Schuldgefühlen zu sein. Diese Personen haben durch Erfahrungen des Liebesentzugs und Entzugs der Anerkennung das Gefühl, sich den Erwartungen anderer (meist primärer Bezugspersonen) fügen zu müssen. Sie versuchen dann Liebe und Anerkennung wiederzuerlangen, indem sie nicht nur den Erwartungen gerecht werden, sondern alle Anstrengungen außerdem auf ein dominierendes Ziel setzen. Geht der dominante andere verloren oder das dominante Ziel ist unerreichbar, folgt eine depressive Reaktion (Blatt & Zuroff, 1992).

(4) Anaklitischer vs. introjektiver Typus der Depression (Blatt, 1974)

Anaklitische Depression ist durch Gefühle der Einsamkeit, Hilflosigkeit und Traurigkeit gekennzeichnet und geht mit intensiver Angst vor Alleinsein, Verlassenwerden und Nicht-versorgt-sein einher. Menschen dieses Typus empfinden das verzweifelte Verlangen bedeutenden anderen Personen nah zu sein, geliebt, geschützt und versorgt zu werden. Der Wert von Objektbeziehungen beruht vor allem auf Bedürfnisbefriedigung und andere Personen werden ausschließlich vor diesem Hintergrund geschätzt und wahrgenommen (Blatt & Zuroff, 1992).

Diese starke Abhängigkeit von anderen Personen und die Angst vor Zurückweisung führt dazu, dass eigene, abweichende Bedürfnisse nicht geäußert werden und eine große Schwierigkeit besteht, Unwohlsein, Ärger oder Wut gegenüber dem Objekt auszudrücken. Trennungen von Bezugspersonen oder Partnern sind mit Angst und Sorge besetzt und führen nicht selten zu Verleugnung oder verzweifelter Suche nach einem Substitut (Blatt, 1974).

Depression vom introjektiven, selbstkritischen Typus stellt das Kontrastprogramm dar und steht in Zusammenhang mit Gefühlen der Wertlosigkeit, Minderwertigkeit und Schuld. Die Angst gegenüber wichtigen Bezugspersonen besteht hier nicht im Verlust von Nähe und Versorgung sondern es geht um Themen der Zurückweisung, Missbilligung, Kritik und Befürchtungen Akzeptanz und Anerkennung zu verlieren. Aus diesem Grund sind Personen des introjektiven Typus sehr leistungsorientiert, eifern Idealvorstellungen nach und unterziehen sich selbst und andere harten Beurteilungen, während die Befriedigung durch einen Erfolg nur sehr kurze Zeit anhält (Blatt & Shichman, 1983).

In Beziehungen zeigen sich selbstkritische Personen eher ambivalent. Sie benötigen einerseits die Bewunderung und Bestätigung durch andere Personen, andererseits existiert eine große Angst vor Kontrollverlust in Beziehungen (Blatt & Zuroff, 1992). Eine verstärkte Beschäftigung mit einem dieser beiden Bereiche ("relatedness" oder "self-definition") kann zu einer selektiven Vulnerabilität für Depressionen führen, bezogen jeweils auf ganz bestimmte Stressoren. Bei Personen vom abhängigen Typus stellen solche stressigen Lebensereignisse als Auslöser depressiver Symptome eher Probleme in interpersonellen Beziehungen dar, mit den Themen geliebt zu werden oder in der Lage zu sein zu lieben.

Für diese Art der Depression als Reaktion auf Zurückweisung im interpersonellen Bereich, zum Beispiel bei Konflikten in Beziehungen oder fehlender Erreichbarkeit wichtiger Bezugspersonen, sind Frauen vulnerabler (z.B. Chevron, Quinlan und Blatt,

1978; Blatt, 2004). Diese Art der Depression geht außerdem mit einer Schwierigkeit Ärger und Wut auszudrücken einher, aus Angst die Liebe des Objekts zu verlieren; häufig resultiert aus Trennungen und Zurückweisung ein intensives Bemühen um die Nähe des Objekts, was bis hin zu körperlichen Verletzungen, Promiskuität oder Androhung von Suizidalität führen kann (Blatt, 1974; Blatt, 2004). Von der Depression mit verstärkter Sorge um den Bereich der Selbstdefinition und Selbstwert sind nach Blatt (2004) Männer stärker betroffen als Frauen. Es geht um Themen wie Scham, Versagen oder Verantwortung (Blatt & Zuroff, 1992). Diese Personen sind sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber sehr kritisch, Ärger und Wut werden wahrgenommen und gegen andere ebenso wie gegen sich selbst ausgedrückt. Diese Unterteilung ist nicht auf Symptomebene zu verstehen, sondern differenziert Depressionstypen nach den Erfahrungen, die zu diesen dysphorischen Affekten führen (Blatt, 2004).

Obwohl alle Autoren bei ihren Gruppierungen von unterschiedlichen theoretischen Perspektiven ausgehen, liegen die Schwerpunkte der Subtypenbildung bei allen, ob vom kognitiv-behavioralen oder psychodynamischen Standpunkt ausgehend, im Bereich interpersoneller Beziehungen mit den Themen Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Verlustangst oder im Bereich Selbstkontrolle mit den zentralen Parametern Selbstwert, Autonomie, Leistungsstreben und Selbstkritik.

Blatt und Zuroff (1992) schreiben zusammenfassend: *“Each of these theoretical positions, using somewhat different terms, distinguishes a depression initiated by disturbed interpersonal relationships from a depression initiated by some disruption in self-concept or identity”* (S. 529).

2.4.2 Subtypisierung und Therapieeffekte

Aus der Einteilung von Patienten in anaklitischen und introjektiven Subtyp ergeben sich differentielle Therapieeffekte (z.B. Blatt, 1992; Blatt, Besser & Ford 2007; Blatt & Shahar, 2004, Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010). Blatt (1992) beschreibt ein unterschiedliches Ansprechen auf Psychotherapie zwischen den beiden Subtypen als Ergebnis der Datenanalyse im Rahmen des Menninger Psychotherapieforschungsprojektes (MPRP; „Menninger Psychotherapy Research Project“). In dieser Studie wurden Daten von 20 Patienten in psychoanalytisch orientierter Psychotherapie und 22 Patienten in Psychoanalyse systematisch zu Beginn, bei Therapieabschluss sowie zwei Jahre nach der Therapie erhoben. Die Patienten wurden nach klinischer Einschätzung, welche Therapie am erfolgversprechendsten für sie ist, den beiden Untersuchungsbedingungen zugeteilt. Die Berechnungen konnten auf Basis vollständiger Datensätze von 33 Patienten durchgeführt werden (davon 15 in Psychoanalyse und 18 in psychodynamisch orientierter Psychotherapie). Zwischen den Gruppen gab es keinen signifikanten Unterschied in der Stundenanzahl der durchgeführten Einzelgespräche. Die Unterteilung in die beiden Subtypen, anaklitisch versus introjektiv, erfolgte auf Grundlage der Fallgeschichten der Patienten durch unabhängige Beurteiler, welche sich in Vorstudien als reliabel erwiesen hatten. Konsistente Unterschiede zwischen den Therapiesettings erwiesen sich im Allgemeinen als sehr gering, jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei erneuter Datenanalyse, wenn die Patienten nach deren psychopathologischer Konfiguration in anaklitisch und introjektiv unterteilt wurden. Patienten vom anaklitischen Subtyp zeigten signifikant bessere Therapieerfolge im modifizierten psychoanalytischen Therapiesetting als die Patienten dieser Charakterstruktur in der Psychoanalyse. Das Gegenteil war bei selbstkritischen, introjektiven Patienten der Fall. Diese Patienten profitierten im Setting der Psychoanalyse deutlich stärker als introjektive Patienten in psychodynamischer Psychotherapie. Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt von Patient und

Therapiesetting auf das Therapieoutcome. Man kann schlussfolgern, dass introjektive Patienten mehr als der anaklitische Typus vor allem von längeren einsichtsorientierten, psychodynamischen Therapien profitieren. Abhängige Patienten zeigen beste Ergebnisse bei direktem Kontakt und verstärkter Interaktion mit dem Therapeuten, d.h. in Erfolgen durch wachsende Beziehungsqualität. Stattdessen sind beim selbstkritischen Typus Veränderungen auf kognitiver Ebene dominierend.

Nach Blatt (1992) sollte bedacht werden, dass beide Therapieformen sowohl interaktionelle als auch einsichtsorientierte Schwerpunkte enthalten können. Die Ergebnisse sollten daher mit Vorsicht interpretiert, aber von Therapeuten als Hinweis gesehen werden, dass es Unterschiede zwischen Patienten in ihrem, zumindest anfänglichen, Ansprechen auf bestimmte Therapieinhalte gibt.

Anaklitische Patienten scheinen zunächst responsiver für interpersonelle Dimensionen des Therapieprozesses zu sein und bewerten ihren Therapieerfolg stärker aufgrund von Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich und dennoch können selbstwertbezogene Themen auch für anaklitische Patienten bedeutend sein. Im Gegensatz dazu sprechen introjektive Patienten stärker auf Therapieelemente wie z.B. Einsicht und Selbstwahrnehmung an und erleben Erfolge im Therapieprozess eher auf Ebene der Symptomreduktion oder besserem kognitiven Verständnis. Auch introjektive Patienten sollten sich mit interaktionellen Konflikten beschäftigen um eine weitere Verfestigung des Ungleichgewichts auf beiden Ebenen zu verhindern.

Einen Therapieerfolg sehen Blatt et al. (2010) darin, dass anaklitische und introjektive Patienten wieder zu einer ausgewogeneren Entwicklung zwischen Bezogenheit und Selbstdefinition finden. Diese Studie ist aber nicht nur klinisch relevant, sondern weist auch auf methodologische Aspekte hin. In Studien zu Therapieeffekten sollte nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten gleichermaßen auf Therapien reagieren, sondern es ist essentiell zwischen Patienten stärker zu differenzieren (z.B. Blatt, 1992). Blatt (2010) geht

diesem Vorhaben nach und untersucht Patienten mit dem introjektiven Subtyp der Depression. Dabei interessiert besonders, welche Auswirkungen die introjektive Charakterstruktur auf das Therapieergebnis hat und wodurch diese zustande kommen. Für diese Fragestellung wurden Daten des TDCRP-Programms („Treatment of Depression Collaborative Research Program“) des National Institute of Mental Health (NIMH) analysiert. Die introjektive Charakterstruktur wurde mit der Skala „perfektionistische Einstellung“ der Dysfunctional Attitude Scale von Weissman und Beck (1978) operationalisiert. Da diese Skala stark am Konzept der Selbstkritik angelehnt ist, wurde der Faktor als selbstkritischer Perfektionismus-Faktor bezeichnet. Die Patienten dieser Studie wurden randomisiert und vier verschiedenen Therapiesettings mit jeweils 16 Therapiesitzungen zugeteilt. Die Ergebnisse zeigten: je stärker der Faktor des selbstkritischen Perfektionismus beim Patienten ausgeprägt war, desto signifikant schlechter die Therapieeffekte auf Symptomebene (gemessen mit BDI, SCL-90, GAF und HAMD). Besonders stark machte sich dieser Effekt in der zweiten Therapiehälfte und der Katamnese nach 18 Monaten bemerkbar. Es stellte sich heraus, dass der Perfektionismusfaktor die therapeutische Allianz in der zweiten Hälfte des Therapieprozesses beeinflusst, wobei aber nur ein geringer Teil der Varianz aufgeklärt werden konnte. Genereller wurde von Blatt et al. vermutet, dass der Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Perfektionismusfaktors zu Therapiebeginn und dem Therapieoutcome nicht nur mit der therapeutischen Allianz zusammenhängt, sondern auch mit einer Störung der sozialen Beziehungen korreliert, welche mit stärkerer Vulnerabilität bei Stress und negativen Ereignissen einhergeht.

Somit liegt das Erklärungsmodell dieses Zusammenhangs im Bereich interpersoneller Aspekte des therapeutischen Prozesses. Die Reduktion des Perfektionismusfaktors im Therapieverlauf stellte sich als signifikanter Mediator für den Therapieerfolg auf Symptomebene zum Ende der Therapie heraus. Die Qualität der

therapeutischen Beziehung zu Beginn des therapeutischen Prozesses und eine gute therapeutische Allianz reduzierte die Ausprägung des Perfektionismusfaktors im Therapieverlauf und führte zu stärkerer Verbesserung auf Symptomebene. Grundlage dessen stellt die Veränderung negativer Selbstschemata introjektiver Patienten im Therapieverlauf durch eine gute therapeutische Beziehung dar. Durch die Veränderungen der negativen Repräsentation des Selbst und von Anderen im Therapiekontext kann der Perfektionismusfaktor reduziert werden. Dies hat ein ausgewogeneres Verhältnis von interpersonellen und selbstbezogenen Erfahrungen zur Folge und adaptive interpersonale Schemata bilden sich. Anaklitische Patienten lernen sich stärker zu behaupten und introjektive Patienten werden emotional eingebundener in den Kontakt mit anderen.

2.4.3 Operationalisierung der Subtypen

Ausgehend davon, dass symptombezogene Verfahren kein hinreichender Ansatz zum Erfassen der Depression sind, und durch die starke Gewichtung der Erkenntnis, dass es eine Kontinuität zwischen den Erfahrungen die zu normalen psychologischen Zuständen führen, bis hin zu pathologischen Ausprägungen gibt, entwickelten Blatt, D'Afflitti und Quinlan (1976) den Depressive Experiences Questionnaire. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 66 Items zur Selbstbeurteilung auf einer 7-stufigen Likertskala. Die Items beziehen sich auf Lebenserfahrungen, die mit Depression in Verbindung stehen aber nicht direkt symptombezogen sind. Sie wurden auf Grundlage von klassischen Fallberichten von Patienten mit affektiven Störungen entwickelt unter Einbezug von Berichten von z.B. Freud (1917) oder Bibring (1953), in welchen die Erfahrungen depressiver Patienten dargestellt wurden. Betrachtet wurde zum Beispiel, wie sich die Patienten anderen Personen gegenüber erleben und verhalten, wie sie sich selbst wahrnehmen und in welcher Art sie ihr Leben führen (Blatt, 2004). Aus dem Review dieser klinischen Literatur wurden

150 Statements in Bezug auf Depression entwickelt und aus dieser Liste die 66 Items des DEQ konstruiert. Dieses neu entwickelte Instrument wurde zunächst an 500 weibliche und 160 männliche Studenten gegeben. Sowohl bei weiblichen als auch männlichen Studenten konnten Blatt et al. (1976) statistisch drei orthogonale Faktoren identifizieren, welche sie als Abhängigkeit (*Dependency*), Selbstkritik (*Self-Criticism*) und Wirksamkeit (*Efficacy*) bezeichneten. Diese Faktoren konnten in späteren Studien repliziert werden und erwiesen sich als stabil mit hoher interner Konsistenz und guter Test-Retest-Reliabilität (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990).

Tabelle 4 führt jeweils die 5 Items mit den höchsten Faktorladungen auf den drei genannten Dimensionen auf.

Der Faktor Abhängigkeit (*Dependency*) beinhaltet Items mit den Themen interpersonelle Beziehungen, Verlassensein, Einsamkeit und Hilflosigkeit sowie dem Wunsch anderen nah und von ihnen abhängig zu sein, das heißt vorrangig Items, die nach außen gerichtet sind. Die Items zum Faktor Selbstkritik (*Self-Criticism*) handeln von Schuld, Leere Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit und Unzufriedenheit und sind somit eher nach innen gerichtet. Wirksamkeit (*Efficacy*) als Faktor fasst Items über das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammen, unter anderem Items über persönliche Ziele und Standards, Verantwortungsgefühl, Strenge und Stolz.

Tabelle 4

Originalitems des DEQ mit den höchsten Ladungen auf den drei Faktoren

Factor I: Dependency

1. I often think about danger of losing someone who is close to me.
2. After an argument, I feel very lonely.
3. I am very sensitive to others for signs of rejection.
4. Being alone doesn't bother me at all. (reverse scored)
5. I worry a lot about offending or hurting someone who is close to me.

Factor II: Self-Criticism

1. There is a considerable difference between how I am now and how I would like to be.
2. I often feel guilty.
3. The way I feel about myself frequently varies: There are times when I feel extremely good about myself and other times when I see only the bad in me and feel like a total failure.
4. Often, I feel I have disappointed others.
5. I often find that I don't live up to my own standards or ideals.

Factor III: Efficacy

1. I have many inner resources (abilities, strengths).
2. Other people have high expectations of me.
3. I set my personal goals and standards as high as possible.
4. I am a very independent person.
5. What I do and say have a very strong impact on those around me.

Quelle: Blatt, 2004, S. 97.

Blatt et al. (1976) weisen darauf hin, dass sich der Fragebogen mit diesen Dimensionen im Sinne eines anklitschen, abhängigen Subtyps und eines selbstkritischen, introjektiven Subtyps depressiver Erfahrungen aus den klinischen Fallberichten und Theorien entwickelte und nicht aus dem Wunsch anklitische vs. introjektive Depression zu messen. Die Autoren sehen das Resultat der Faktorenanalyse als Bestätigung ihrer Subtypentheorie.

Eine Besonderheit für die Auswertung des DEQ stellt dar, dass jedes Item mit einem gewissen Anteil der Faktorladung zu jedem der drei Faktoren gehört (Blatt, 2004). Die Faktorenstruktur erwies sich in diversen Studien als sehr stabil (z.B. Beutel, Wiltink,

Hafner, Reiner, Bleichner & Blatt, 2004; Luyten, 2002). Leichte Zusammenhänge wurden für die Faktoren Abhängigkeit und Wirksamkeit ermittelt, mit Korrelationen zwischen $-.30$ und $-.49$. Blatt (2004) berichtet von einer bisher unveröffentlichten Studie von Luyten, Fontaine, Soenens und Corveleyn welche psychometrische Eigenschaften des DEQ ausgehend von einem anderen Kategoriensystem untersuchten. Sie unterschieden zum Beispiel zwischen interpersonaler und intrapsychischer Schuld (z.B. Angst andere zu verletzen vs. moralische Vorstellungen nicht zu erfüllen) und fanden heraus, dass interpersonale Schuld signifikant mit dem Faktor Abhängigkeit korreliert, während intrapsychische Schuld mit dem Faktor Selbstkritik zusammenhängt. Sie beschrieben außerdem inhaltlich, dass die Themen Hoffnungslosigkeit, Selbstwert und Angst vor Veränderung sowohl beim Faktor Abhängigkeit als auch Selbstkritik eine Rolle spielen und somit als zentrale Merkmale der Depression angesehen werden sollten.

Die Faktoren Abhängigkeit und Selbstkritik weisen hohe Korrelationen mit traditionellen, symptombezogenen Messinstrumenten der Depression auf, z.B. dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck, Steer & Garbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) oder der Zung Depression Scale (ZDS, Zung, 1965). Dabei korreliert der Faktor Selbstkritik häufig deutlich höher mit Depressionsscores als der Abhängigkeitsfaktor, welcher von Blatt (2004) als Faktor der Depressionsentwicklung bezeichnet wird, den man häufig übersieht. Die stärkere Korrelation des DEQ Selbstkritik Faktors mit anderen Depressionsmaßen wird auch in der Metaanalyse von Nietzel and Harris (1990) bestätigt.

2.5 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

2.5.1 Die Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte

Weltweit haben die Klassifikationsschemata zur Erhebung von Diagnosen bei seelisch kranken Patienten, wie etwa die „Diagnostic and Statistic Manuals“ (DSM) der American Psychiatric Association oder die International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD) der Weltgesundheitsorganisation, große Verbreitung erfahren. Psychodynamische Psychotherapeuten beklagen die mangelnde Therapie-Relevanz der symptomzentrierten Diagnosen nach ICD oder DSM, da sie die Konflikte und die Beziehungsstörungen des Patienten als ursächlich für deren Symptomatik ansehen. Zusätzlich besteht eine Unzufriedenheit von Psychoanalytikern bezüglich der heterogenen Theorien und Konfusionen in den Begrifflichkeiten der Psychoanalyse. In der Anamnese verwenden Psychotherapeuten eine Vielzahl (meta)-psychologischer Kategorien zur Beschreibung psychischer Funktionen und ihrer Störungen. Viele dieser Theorien wurden aber im Verlauf der Zeit auf so hohem Abstraktionsniveau formuliert, dass sie den klaren Bezug zu den klinisch beobachtbaren Phänomenen verloren haben (Cierpka et al., 2010).

Ziel der OPD als psychodynamisches diagnostisches Systems ist es, die symptomatologisch-deskriptiv orientierte ICD-10-Klassifikation psychischer und psychosomatischer Störungen um grundlegende psychodynamische Dimensionen zu erweitern.

Im Jahr 1990 wurde in Deutschland der Arbeitskreis "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik" (OPD) von Psychoanalytikern, Psychiatern und Psychosomatikern gegründet. Dieser Arbeitskreis entwickelte ein multiaxiales System zur psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 1996), welches mittlerweile sowohl im deutschsprachigen Raum als auch international weite Verbreitung gefunden hat und im klinischen wie wissenschaftlichen Bereich vielfältig eingesetzt wird. Es liegt bereits in

seiner erweiterten Fassung, der OPD-2 vor, welche nicht nur die überarbeitete Version der OPD-1 darstellt, sondern ein neues Manual umfasst, das zusätzlich die Therapieplanung beinhaltet und somit von hohem Nutzen in der klinischen Praxis ist. So können Therapieziele bestimmt und Schwerpunkte der Behandlung definiert werden (Arbeitskreis OPD, 2006).

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat den Anspruch ein theorienübergreifendes und beobachtungsnahes Instrument zu sein, dessen Anliegen es ist, die Einschränkungen symptomzentrierter diagnostischer Methoden zu überwinden und die Kommunikation sowohl innerhalb der Psychoanalyse als auch mit Nachbardisziplinen zu fördern.

Die OPD basiert auf vier psychodynamisch orientierten Achsen und einer syndromalen, deskriptiven Achse entsprechend der Kodierung nach ICD-10:

Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Achse II: Beziehungen

Achse III: Konflikte

Achse IV: Struktur

Achse V: Syndromal (nach dem Kapitel V (F) der ICD 10)

Nach einem Erstgespräch von circa ein- bis zweistündiger Dauer besteht die Möglichkeit einer Einschätzung der Psychodynamik des Patienten auf Grundlage der OPD-Kategorien, durch den Interviewer selbst oder einen externen Beobachter. Zur Auswertung stehen Evaluationsbögen zur Verfügung. Es gibt einen Interviewleitfaden, welcher erleichtert, die für die OPD-Diagnostik relevanten Informationen zu erhalten.

2.5.2 Operationalisierung der vier psychodynamischen Achsen nach OPD-2

Im Folgenden sollen überblicksartig, in Form einer kurzen Zusammenfassung, die vier psychodynamischen Achsen, deren Grundüberlegungen und Iteminhalte dargestellt werden. Ausführlicher wird die Achse III, die Konfliktachse der OPD, mit ihrer theoretischen Basis, Operationalisierung und Gütekriterien beschrieben da diese den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit darstellt.

Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Die Art des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung ist eine wichtige Informationsgrundlage für die Indikationsstellung zur Therapie. Es ist dabei beispielsweise von Bedeutung, ob der Patient einen gewissen Leidensdruck aufweist, bereits über eine Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge seiner Symptomatik verfügt und ob die Therapiemotivation sowie notwendige persönliche und soziale Ressourcen vorhanden sind. Die Achse I der OPD besteht aus einem Basismodul mit 19 Items zur gegenwärtigen Schwere und Dauer der Störung, dem Krankheitserleben, der Krankheitsdarstellung und der Krankheitskonzepte des Patienten sowie Veränderungsressourcen und Veränderungshemmnisse. Das zweite Modul ist ein psychotherapiebezogener Teil, welcher den Wunsch des Patienten nach einer spezifischen Therapieform und dessen Offenheit für eine Psychotherapie sowie den sekundären Krankheitsgewinn abbildet. Die einzelnen Items werden auf einer Skala von nicht vorhanden (0), niedriger Ausprägungsgrad (1), mittlerer Ausprägungsgrad (2), hoher Ausprägungsgrad (3) eingeschätzt. Des Weiteren gibt es die Kategorie "nicht beurteilbar" (Arbeitskreis OPD, 2006).

Achse II: Beziehungen

Für die Psychotherapie ist die Analyse dysfunktionaler Beziehungsmuster des Patienten von grundlegender Bedeutung. Sie formen die Übertragungsbeziehung von Patienten in der psychotherapeutischen Situation, in der sich biographisch bedeutsame Beziehungsfiguren reinszenieren. Diese Szenen werden zum Material und Gegenstand der therapeutischen Arbeit und es stellt den Bereich dar, der den therapeutischen Fortschritt deutlich sichtbar und erlebbar macht (Arbeitskreis OPD, 2006).

Die Grundstruktur der OPD-Beziehungsachse geht von dem zirkulären, d.h. transaktionellen, Charakter menschlicher Interaktion aus, einem Wechselspiel von subjektivem Erleben und Antwort der Umwelt. Mit dieser Achse soll einerseits das subjektive Erleben von Patienten in Bezug auf die eigene Person als auch auf relevante Bezugspersonen erfasst werden, andererseits auch das Erleben der anderen Personen, z.B. in Form von Gegenübertragungsgefühlen des Interviewers. Richtungsweisend für die Einschätzung sind die Überlegungen: Wie erlebt sich der Patient selbst in den Beziehungen? Wie erlebt der Patient das Beziehungsverhalten anderer? Wie erlebt der Therapeut die Beziehungsaufnahme durch den Patienten? Wie erlebt sich der Therapeut selbst in der Beziehung zum Patienten? (Cierpka et al., 2010).

Durch die diagnostische Integration der diversen Erlebensperspektiven wird die Beschreibung habituellen Beziehungsverhaltens von Patienten möglich. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dysfunktionalen Mustern, welche häufig Thema oder Fokus in Psychotherapien sind (Grande, 2007). Die OPD-Beziehungsachse stellt Items zur Einschätzung für die unterschiedlichen Erlebensperspektiven bereit, durch welche die Vielfalt menschlicher Verhaltensmöglichkeiten in Beziehungen umfassend erfasst werden können. Die zur Beurteilung herangezogenen Kategorien entstammen der Tradition der interpersonellen Kreismodelle, welche das menschliche Verhalten auf den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle abbilden (z.B. Benjamin, 1974; Kiesler, 1996).

Achse III: Konflikt

In der OPD-2 wird zwischen sieben zeitlich überdauernden, intrapsychischen Konflikten unterschieden, außerdem gibt es Zusatzkategorien für die abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung und aktuellkonflikthaftes Geschehen. Bei eingeschränkter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung sind durch das hohe Abwehryniveau neurotische Konflikte nicht erkennbar, beim aktuellkonflikthaften Geschehen wird eine Problematik aufgrund einer akuten konflikthaften Lebensbelastung beschrieben und es geht nicht um lebenslange repetitiv-neurotische Konflikte (Schneider, Mandler, Heuft & Burgmer, 2008).

Folgende sieben psychodynamischen Konflikte werden mit der Konfliktachse der OPD-2 beschrieben:

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Kontrolle versus Unterwerfung
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

Diese aufgeführten Grundkonflikte werden aufgrund von Idealtypen-Beschreibungen nach dem Grad des Vorhandenseins beurteilt in Form einer dimensionalen Wertung von "nicht vorhanden" über "vorhanden und wenig bedeutsam", "vorhanden und bedeutsam" bis "vorhanden und sehr bedeutsam". Zusätzlich werden für jeden Patienten die zwei Hauptkonfliktbereiche als kategoriale Wertung angegeben in Form der Bestimmung eines Hauptkonfliktes und Nebekonfliktes (Arbeitskreis OPD, 2006). Zur Einschätzung der Konflikte in verschiedenen Ausgestaltungsformen (passiver oder aktiver Modus) in den verschiedenen Lebensbereichen stehen ein Glossar und eine Checkliste zur Verfügung.

Die ausführliche Beschreibung der psychodynamischen Konfliktdefinition und der psychometrischen Eigenschaften der Konfliktachse der OPD wird in Abschnitt 2.5.3 aufgeführt.

Achse IV: Struktur

Der Begriff „Struktur“ bezieht sich auf Fähigkeiten im Sinne psychischer Funktionen zur Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten. Die Operationalisierung dieser Fähigkeiten erfolgt in der OPD-2 anhand von vier strukturellen Dimensionen, welche in Tabelle 5 aufgeführt sind.

Durch die im Manual angegebenen ausführlichen Operationalisierungen und klinischen Beispiele kann für jede strukturelle Kategorie ein Integrationsniveau eingeschätzt werden. Dies ermöglicht es, ein strukturelles Profil zu erstellen sowie ein strukturelles Gesamtniveau zu bestimmen. Es steht zudem eine Checkliste für jedes Item und jede Subkategorie für das Rating zur Verfügung (Rudolf, Oberbracht & Grande, 1998).

Tabelle 5

Übersicht: Komponenten der Strukturachse

1.) a. Selbstwahrnehmung b. Objektwahrnehmung	3.) a. Kommunikation nach innen b. Kommunikation nach außen
2.) a. Selbstregulierung b. Regulierung des Objektbezugs	4.) a. Bindung an innere Objekte b. Bindung an äußere Objekte

Anmerkung. Tabelle erstellt auf Basis von Informationen der Quelle: Arbeitskreis OPD (2006), S.432-440.

In der OPD werden vier Integrationsniveaus der Struktur unterschieden, von „gut integriert“ über „mäßig integriert“ und „gering integriert“ bis „desintegriert“. Eine gute Integration bedeutet dabei, dass es ein autonomes Selbst gibt, das über einen psychischen Raum verfügt der das Austragen intrapsychischer Konflikte ermöglicht. Das Niveau der

mäßigen Integration geht mit einer weniger ausgeprägten Verfügbarkeit über regulierende Funktionen und einer geringeren Ausdifferenzierung psychischer Substrukturen einher, während das Niveau der geringen Integration bedeutet, dass der psychische Binnenraum und psychische Substrukturen wenig entwickelt sind, so dass Konflikte nicht intrapsychisch ausgetragen werden können, sondern vorwiegend in interpersonellen Beziehungen ausagiert werden müssen. Das desintegrierte Strukturniveau ist dadurch gekennzeichnet, dass es zu Fragmentierungen und psychotischen Restitutionen kommt (Cierpka et al., 2010).

Zusammenfassung

Bei Betrachtung der Achsen wird deutlich, dass sie in einigen Bereichen inhaltliche Überschneidungen aufweisen bzw. in enger Interaktion miteinander zu sehen sind, Konflikt und Struktur bedingen sich gegenseitig: Die psychische Struktur stellt gewissermaßen den Hintergrund dar, auf welchem sich Konflikte mit ihren gut oder schlecht angepassten Lösungsmustern abspielen. Die Existenz innerer, unbewusster Konflikte ist an bestimmte Ich-strukturelle Voraussetzungen geknüpft, welche einen Konflikt-Verarbeitungsprozess erst ermöglichen. Bei einem gering integrierten Strukturniveau besteht kein stabiles Konfliktmuster und man spricht in diesem Fall nur von Konfliktschemata. Dies soll verdeutlichen, dass zwar konflikthafte Geschehen vorliegt, jedoch die spezifisch-stabile Ausprägung fehlt (Arbeitskreis OPD, 2006).

Als „Epiphänomene“ sind Beziehungsmuster beobachtungsnäher als psychische Struktur und intrapsychische Konflikte. Habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster können als Ausdruck von inneren Konflikten und Strukturmerkmalen verstanden werden und zugleich als Ausdruck von deren Bewältigung; sie spiegeln deshalb die problematischen Aspekte beider Bereiche wider.

2.5.3 Konfliktachse

2.5.3.1 Definition und Bedeutung psychodynamischer Konflikte

Der Begriff des Konflikts in seiner allgemeinen Bedeutung meint ein Zusammentreffen und inneren Widerstreit unterschiedlicher Bedürfnisse innerhalb einer Person oder zwischen mehreren Personen (Arbeitskreis OPD, 2006). In der Psychologie wird der Konflikt definiert als „intraindividueller Zustand, der durch zwei gleichzeitig auftretende antagonistische Ereignisse, Motive, Absichten, Bedürfnisse (Antriebe), Handlungsziele bzw. Handlungstendenzen ausgelöst und durch die dabei erfahrene, nach Lösung drängende Spannung gekennzeichnet ist.“ (Fröhlich, 2000, S. 266). Psychoanalytische Theorien orientieren sich in den Auslegungen der Konfliktdefinition an Urkonflikten oder Grundkonflikten, so beschreibt Freud (1952) beispielsweise den Konflikt zwischen Triebansprüchen des Es und sozialmoralischer Zensur durch das Über-Ich. Er beschreibt somit die Universalität der Konflikte durch die fehlende Übereinstimmung zwischen Lustprinzip und äußerer Realität (Arbeitskreis OPD, 2006).

In einem psychodynamischen Verständnis der Konflikte werden diese als unbewusste innerseelische Zusammenstöße von gegensätzlichen oder unvereinbaren Motivationsbündeln beschrieben (Arbeitskreis OPD, 2006), übereinstimmend zur Annahme Freuds spielen dabei Vorstellungen eine Rolle, die sich häufig nicht mit den Normen und Wertvorstellungen eines Menschen vereinbaren lassen. Lernt das Ich nicht im Sinne eines gelungenen Umgangs mit solchen Konflikten, zwischen inneren und äußeren Ansprüchen zu vermitteln, handelt es sich um „dysfunktionale Konflikte“. Diese nicht zu vereinbarenden Vorstellungen dürfen nicht ins bewusste Erleben gelangen und müssen verdrängt werden (Schneider et al., 2008), sie fordern somit „(Abwehr-)Kraft“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.95) und führen zu unbewussten neurotischen Konflikten, die das zwischenmenschliche Zusammenleben stören.

Mentzos (2009) diskutiert den Konflikt als die zentrale Achse der Psychodynamik. Es seien einerseits vor allem die intrapsychischen Gegensätzlichkeiten, die sich immer wieder besonders pathogen auswirken würden. Andererseits gebe es eine evolutions- und kulturtheoretische Erklärung für die Bedeutsamkeit des Konflikts. Der Mensch an sich sei in seiner Entwicklung von potentiell gegensätzlichen Tendenzen betrieben und Gegensätzlichkeiten müssten ständig integriert bzw. ausbalanciert werden. Nur dadurch könne, übereinstimmend mit Krecji (1999), Erneuerung, Fortschritt und Differenzierung entstehen. Es ist wichtig diese inneren, unbewussten Konflikte von den äußeren oder inneren konflikthafter Belastungen abzugrenzen. Konflikthafter Belastungen sind im Bewusstsein und somit zugänglich für Lösungen. Der zeitlich überdauernde intrapsychische Konflikt hingegen, ist durch festgelegte Erlebnismuster eines Menschen gekennzeichnet die in bestimmten Situationen wiederholt zu ähnlichen Verhaltensmustern führen ohne dass es dem Handelnden bewusst wäre oder einer willentlichen Beeinflussbarkeit unterläge (Arbeitskreis OPD, 2006). Die Unvereinbarkeit der repetitiv-dysfunktionalen Motive führen zu einer erhöhten Anspannung sowie einer Fixierung in einem rigiden und nicht auflösbaren Entweder- Oder, ohne, dass es zu einer Lösung, Entscheidung oder Entspannung kommt. Sie spielen somit bei der Entstehung psychischer sowie psychosomatischer Störungen eine bedeutende Rolle (Schneider et al., 2008). Aus psychoanalytisch-psychodynamischer Perspektive sind für eine große Anzahl depressiver Erkrankungen in besonderem Maße Persönlichkeitsfaktoren, d.h. innerpsychische Konflikte, verantwortlich (Schauenburg, 2006).

2.5.3.2 Die Konflikte in der OPD-2

Es ist möglich, auch unbewusste Prozesse zu operationalisieren. Das Unbewusste kann durch Mitteilungen und indirekte Indikatoren während des Interviews erschlossen werden (Arbeitskreis OPD, 2006). Die OPD-2 definiert sieben unbewusste, intrapsychische Konflikte, welche in Tabelle 6 aufgeführt und kurz beschrieben sind. Es kann für jeden Konflikt ein passiver oder ein aktiver Modus definiert werden, wobei es sich nach Schüßler et al. (2006) im klinischen Alltag häufig um Mischtypen handelt. Dennoch wird in der OPD-1 empfohlen einen Modus als klinisch relevant festzulegen. Während dem aktiven Modus eine überwiegend kontraphobische Abwehr und Reaktionsbildung zugrunde liegt, überwiegen beim passiven Modus regressive Abwehrhaltungen (Schneider et al., 2008).

Tabelle 6

Überblick: Konflikte in der OPD-2

1. Individuation versus Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach intensiver Nähe, enger Beziehung (Abhängigkeit) versus betonte Distanz und Selbstständigkeit (Individuation)
2. Unterwerfung versus Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrales Motiv: andere dominieren versus sich unterordnen
3. Versorgung versus Autarkie	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsfähigkeit vorhanden • Wünsche von Versorgung und Geborgenheit versus deren Abwehr
4. Selbstwertkonflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Übermäßige Anstrengungen zur Anerkennung des Selbstwerts
5. Schuldkonflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbürden eines unangemessenen Maßes an Verantwortung (sich selbst oder anderen)
6. Ödipaler Konflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Primär handelt es sich um eine sexuelle Störung • Identifikation bzw. Übernahme geschlechtsspezifischer elterlicher Rolle
7. Identitätskonflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl des Identitätsmangels • Vermeidung von Situationen, die mit eigener Identitätsunsicherheit konfrontieren

Anmerkung. Tabelle erstellt auf Basis von Informationen nach Arbeitskreis OPD, 2006, S.415-431.

In der OPD geschieht die Beschreibung der Grundkonflikte in Bezug auf zentrale Lebensbereiche wie Partnerbeziehung, Herkunftsfamilie, Berufsleben, Besitzverhalten, Gruppenverhalten und Krankheitserleben. Die Konflikte erschließen sich im Rahmen des anamnestischen Interviews aus der Beschreibung wahrnehmbarer Verhaltens- und Erlebensweisen und manifestieren sich intrapsychisch auf der Subjekt- und Objektebene sowie in der Interaktion mit anderen Personen (Arbeitskreis OPD, 2006; Cierpka et al., 2010).

2.5.3.3 Häufigkeiten der Konflikte

Die Verteilung der Konflikte in Patientenstichproben untersuchten Schneider et al. (2008) an 105 Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. Es erfolgte ein unabhängiges Doppelrating der OPD-1, dann Konsensusrating durch zertifizierte Rater. Die Auswertung bezieht sich auf die von Experten diagnostizierten Hauptkonflikte. Das Ergebnis der Daten (Abb. 4) zeigt als häufigste Konfliktthemen in der Stichprobe, nach dem Wortlaut der OPD-1, die Konflikte Versorgung vs. Autarkie und Selbstwert vs. Objektwert. Danach folgen in der Verteilung die Konflikte Abhängigkeit vs. Autonomie sowie Unterwerfung vs. Kontrolle. Bei drei Patienten war kein Rating von neurotischen Konflikten möglich, da bei diesen Patienten eine eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung festgestellt wurde.

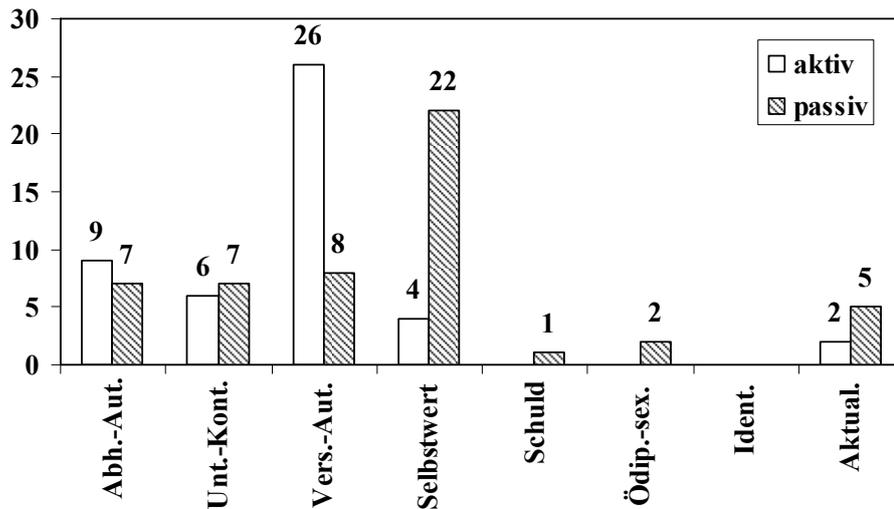


Abbildung 4. Verteilung der Hauptkonflikte und der zugehörigen Modi in der Stichprobe ($N=105$); Datenbeschriftungen entsprechen absoluten Werten (n); Abkürzungen der sieben Konflikte entsprechend OPD-Manual nach Schneider et al., 2008, S.53.

Bei der Auswertung fällt eine Ungleichverteilung von Konflikten und Modi auf. Bei den beiden größten Hauptkonfliktgruppen zeigt sich zum Beispiel, dass Patienten mit einem Selbstwertkonflikt im aktiven Modus in der Stichprobe sehr wenig aufgetreten sind. Dies vermutete die Forschergruppe vor dem Hintergrund, dass diese Patienten lange recht wenig Leidensdruck verspüren und daher selten in stationäre Behandlung kommen. Diese Patienten fanden sich in der untersuchten klinischen Stichprobe dementsprechend wenig. Sie beschrieben sich hypothesenkonform als selbstsicher und wenig sozial vermeidend mit hohem Stolz und niedriger Ausprägung von Scham.

Einschränkend für die Studie von Schneider und Kollegen (2008) ist die geringe Fallzahl für einige Konflikte in der Stichprobe. Dies wurde in der Studie der Arbeitsgruppe von Pieh et al. (2009) versucht zu überwinden, indem eine deutlich größere Stichprobe stationärer psychosomatischer Patienten mit der Konfliktachse nach OPD-1 untersucht wurde. Die Häufigkeitseinschätzungen der Studie beziehen sich auf eine Stichprobe von $N = 2222$ Patienten und wird in Abbildung 5 dargestellt. Pieh et al. (2009) beschreiben, dass die OPD-Einschätzungen im Anschluss an das Eingangsinterview zur Klinikaufnahme vorgenommen wurden und Beurteiler mindestens einen OPD-Grundkurs absolviert hatten.

Es muss bei den Ergebnissen der Studie von Pieh et al. somit berücksichtigt werden, dass die Untersuchung nicht nach den empfohlenen Kriterien zur Erfassung von OPD-Gütekriterien durchgeführt wurde, sondern dass die Interviews unter Gesichtspunkten und somit auch Einschränkungen der klinischen Routine im Rahmen der praktischen Versorgung geführt wurden. Das bedeutet, mit begrenzten zeitlichen Ressourcen und ohne videographierte Version wodurch die Möglichkeit eines Zweitratings ausgeschlossen wurde.

Die Häufigkeitstabelle der Studie zeigt den Konflikt Abhängigkeit vs. Autonomie als häufigsten Konflikt mit 26,6%, gefolgt vom Selbstwertkonflikt 18%. Der Versorgungs-Autarkiekonflikt kam in dieser Studie erst an dritter Stelle mit 16,8%. Patienten mit passivem Modus der Konfliktverarbeitung sind in der Patientenstichprobe vor allem beim Selbstwertkonflikt, übereinstimmend mit Schneider et al. (2008), stärker vertreten als Patienten mit aktivem Modus.

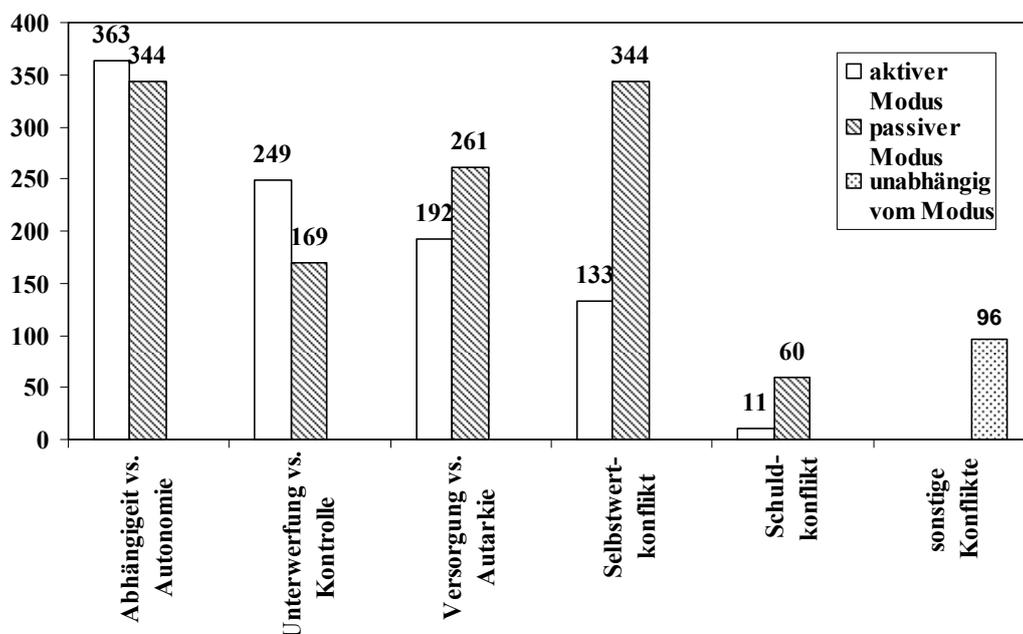


Abbildung 5. Häufigkeiten der diagnostizierten Konflikte, abhängig vom Modus ($N = 2222$) aus Pieh et al., 2009, S. 269.

Grande, Oberbracht und Rudolf (1998) veröffentlichen Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den OPD-Achsen aus einer Untersuchung von 81 Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern in stationärer psychosomatischer Behandlung. Als häufigste Konflikte (in gemeinsamer Betrachtung von Haupt- und Nebenkongflikt) treten in dieser Studie der Selbstwertkonflikt sowie der Konflikt Versorgung vs. Autarkie auf.

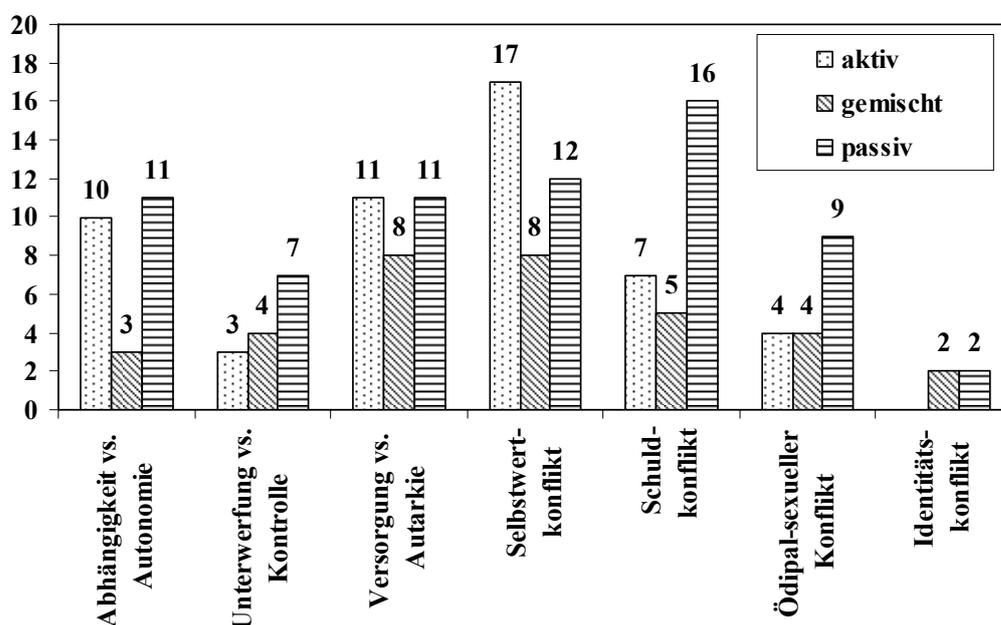


Abbildung 6. Häufigkeiten der beiden wichtigsten Konflikte pro Patient ($N = 81$), abhängig vom Modus Diagramm erstellt auf Basis der Informationen aus Grande, Oberbracht, & Rudolf, 1998.

2.5.3.4 Gütekriterien der OPD Konfliktachse

Bei den Gütekriterien der Achse III ist zu berücksichtigen, dass es sich um die Abbildung recht beobachtungsferner, dem Patienten unbewusster Konstrukte handelt, die sich dem Diagnostiker nur indirekt aus dem Verhalten, dem Selbst- und Objekterleben des Patienten in den verschiedenen Lebensbereichen, den geschilderten Beziehungsepisoden sowie über das Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehen erschließen (Schneider et al., 2008; Cierpka et al., 2001; Schüßler, 2004). Unter diesen Voraussetzungen erscheinen die bisher publizierten Interraterreliabilitäten zur Konfliktachse der OPD-1 akzeptabel. Bezogen auf

die beiden störungsübergreifend häufigsten Konflikte Versorgung vs. Autarkie sowie Selbstwertkonflikt, wurden in bisherigen Untersuchungen von OPD-Experten prozentuale Übereinstimmungen zwischen 42,9% und 83,3% bzw. gewichtete Kappa-Werte zwischen 0,39 und 0,68 erzielt (Freyberger; Schneider, Heuft, Schauenburg & Seidler, 1998; Grande et al., 2000; Rudolf et al. 1996).

Jüngste Ergebnisse zur OPD-1 von Schneider und Kollegen (2008) bestätigen diese Werte mit einer prozentualen Übereinstimmung zwischen den Ratern für den Hauptkonflikt im Falle des Konflikts Abhängigkeit vs. Autonomie von 57,9 %, und beim Konflikt „Selbstwert vs. Objektwert“ 76,2 %. In der Studie betrug Cohen's gewichtetes Kappa für den Hauptkonflikt gerechnet über alle Kategorien $b = .53$.

Für die Reliabilität geben Cierpka et al. (2001) einen mittleren Wert über alle Konflikte von .61 an und in Bezug auf die einzelnen Konflikte eine Spanne von .48 bis .71.

Hinweise auf die Konstruktvalidität lieferten Untersuchungen zum Zusammenhang der Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur. Die theoretisch zu erwartenden Zusammenhänge ließen sich wiederholt empirisch bestätigen. Der Konflikt Versorgung vs. Autarkie kam eher bei einem mäßig integrierten Strukturniveau vor und der ödipale Konflikt bei einem guten Strukturniveau, während der Konflikt nach OPD-1 Abhängigkeit vs. Autonomie sowie der Selbstwertkonflikt meist bei Patienten mit einem gering integrierten Strukturniveau einherging (Grande et al., 1998; Rudolf, Grande & Jakobsen, 2004).

Als methodisches Problem bei der Erfassung der Konvergenten Validität im Sinne einer Übereinstimmungsvalidierung mit anderen Verfahren wird beschrieben, dass es keine Instrumente gibt, die unbewusste Konflikte valide erfassen und somit den Vergleich zu bewusstseinsferneren Konstrukten wie den unbewussten Konflikten erschweren (Cierpka et al., 2001; Pieh et al., 2009; Schneider et al., 2008; Schüßler, 2004). So konnten bisher nur einzelne Konflikte mit jeweils speziellen Verfahren verglichen werden, die konzeptuell

einen ähnlichen Teilbereich abbilden. Trotz der methodischen Schwierigkeit, unbewusste Konflikte mit Skalen zur Selbstauskunft zu validieren, beschreiben Schneider et al. (2008) ein solches Vorgehen als sinnvoll, da ausgewählte Instrumente die Manifestationen der Konflikte im Erleben und Verhalten erfassen können und somit nach einer „oberflächennäheren, potenziell bewussterfähigeren Schicht“ (Schneider et al., 2008, S.57) fragen.

Rudolf, Grande, Oberbracht und Jakobsen (1996) prüften den Zusammenhang zwischen OPD-1-Befunden und ICD-10-Diagnosen bei Patienten. Es fanden sich lediglich geringe Zusammenhänge zu der Konfliktachse und Struktur gemessen mit der OPD-1. Des Weiteren wurden in dieser Studie Zusammenhänge zwischen OPD-Konflikten und Beeinträchtigungsschwerescores sowie Krankheitsverhalten untersucht. Für den Konflikt Versorgung vs. Autarkie zeigte sich im Vergleich zu den anderen Konflikten eine geringere Gesamtdauer der Klinikaufenthalte sowie eine geringere körperliche Beeinträchtigung durch eine psychogene Erkrankung. Rudolf et al. (1996) interpretierten dieses Ergebnis dahingehend, dass sich hier eine für diesen Konflikt typische Problematik zeigt. Die Patienten mit Konflikt Versorgung versus Autarkie können die eigene Bedürftigkeit nicht anerkennen und mitteilen und veranlassen somit auch interaktionell, dass der Behandler ihre Bedürftigkeit (zum Beispiel bei Fremdbeurteilungsinstrumenten) nicht anerkennt.

Wichtiges Außenkriterium in früheren Studien stellt die Bindungsdiagnostik dar (Cierpka et al., 2001; Schauenburg, 2000). Schauenburg (2000) fand beim Vergleich mit dem Bindungsprototypenrating (BPR, Pilkonis 1988) einen höheren negativen Zusammenhang des Konflikts Abhängigkeit vs. Autonomie mit sicherer Bindung (-.61) im Vergleich zum Konflikt Versorgung vs. Autarkie (-.34). Der Konflikt Versorgung versus Autarkie korrelierte zudem mit .28 mit dem Konstrukt der übersteigerten Fürsorglichkeit.

Schneider et al. (2008) untersuchten Zusammenhänge zu diversen Selbstauskunftsskalen als Außenkriterien. Die untersuchten Instrumente sind das Inventar Interpersoneller Probleme, die Selbstwertgefühl-Skala von Rosenberg, der Test of Self-Conscious Affect, die Toronto Alexithymia-Scale und die Frankfurter Selbstkonzeptskalen. Die OPD-Einschätzungen erfolgten, entsprechend den Empfehlungen des Arbeitskreises OPD (2006), durch zertifizierte Rater sowie mit videodokumentierten OPD-Forschungsinterviews.

Aufgrund kleiner Zellenbesetzungen mancher Konflikte konnten nur die Hypothesen für vier Konflikte und die eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ausgewertet werden. Ausreichend große Zellenbesetzungen für valide Aussagen lagen nur für den Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt im aktiven Modus ($n = 26$) sowie für den Selbstwertkonflikt im passiven Modus ($n = 22$) vor. Die Ergebnisse bezogen auf diese Konflikte gingen hypotesenkonform für die IIP-Unterskalen und die FSKN-Skala „Allgemeine Leistungsfähigkeit“ für den aktiven Modus mit signifikanten Korrelationen einher. Patienten mit dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie im aktiven Modus beschrieben sich selbst als zu ausnutzbar und freundlich und nahmen sich als besonders leistungsfähig wahr, während sich Patienten im passiven Modus des Konflikts, bei denen nach OPD-1 das Streben nach Versorgung durch andere das zentrale Motiv ist, als wenig leistungsfähig, aber dennoch fürsorglich wahrnehmen.

Die Autoren geben an, dass das Selbstkonzept der „Allgemeinen Problembewältigung“ nicht zu signifikanten Unterschieden führte, da es eventuell zu unspezifisch für das hier angesprochene Motivationssystem sei.

Für den Selbstwertkonflikt ergaben die Auswertungen für den passiven Modus für die Mehrzahl der postulierten Zusammenhänge mit IIP-, Rosenberg- und FSKN-Skalen die erwarteten signifikanten Unterschiede. Patienten mit dem Selbstwertkonflikt im passiven Modus beschreiben selbst ihr soziales Vermeidungsverhalten, ihre Selbstunsicherheit und

erhöhte Scham. Schneider et al. postulieren daher, dass der Konflikt in diesem Modus besonders bewusstseinsnah wahrgenommen werden kann. Für den aktiven Modus sind die sehr kleinen Fallzahlen einschränkend für Validitätsaussagen. Ergebnisse zeigten zwar die erwarteten Tendenzen, erreichten aber keine statistische Signifikanz.

Die Autoren betonen die Übertragbarkeit der Validitätsuntersuchungen zur OPD-1 auf die OPD-2, wodurch bereits erste Hinweise auf die kriterienbezogene Validität der OPD-2-Konfliktachse für die häufigsten Hauptkonflikte der Untersuchung von 2008 vorliegen.

Die jüngste Validitätsuntersuchung von Pieh et al. (2009) mit den beschriebenen methodischen Einschränkungen untersuchte als Außenkriterien zur Konfliktachse den Gießen-Test von Beckmann, Brähler und Richter (1990), das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme von Horowitz, Strauß und Kordy (1993) und das Relationship Questionnaire von Bartholome und Horowitz (1991). In der Studie von Pieh et al. zeigte sich der Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie als am besten validierter Konflikt, bei welchem zahlreiche Hypothesen bestätigt werden konnten. Auch der Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt im aktiven Modus, der Versorgungs-/Autarkiekonflikt im aktiven Modus sowie der Selbstwertkonflikt im aktiven Modus konnte in wesentlichen Aspekten validiert werden. Als Ergebnis dieser Studie bestätigen die Autoren die Validität der Konfliktachse als Diagnoseinstrument, dennoch betonen sie aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse zu einzelnen Konflikten den weiteren Forschungsbedarf betreffend der Validierung der Konfliktachse.

3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

3.1 Die Konfliktachse der OPD-2

3.1.1 Konfliktverteilung

Hypothese 1: Die häufigsten Hauptkonflikte der Patienten stellen „Versorgung vs. Autarkie“ sowie „Selbstwert“ dar.

Fragestellung 2: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Konfliktverteilung?

3.1.2 Reliabilität

3.1.2.1 Interraterreliabilität

Fragestellung 3: Wie groß sind die Interraterkorrelationen zwischen den drei unabhängigen Beurteilern auf der OPD-Konfliktachse?

3.1.2.2 Interne Konsistenz

Fragestellung 4: Wie groß sind die internen Konsistenzen der verwendeten Fragebögen in der klinischen Stichprobe?

3.1.3 Konvergente Validität

3.1.3.1 Diagnostische/Übereinstimmungsvalidität

(1) Zusammenhang zu Subtypen nach Blatt (1974)

Fragestellung 5: Korrelieren die DEQ- Dimensionen „Selbstkritik“ und „Abhängigkeit“ signifikant mit den symptombezogenen Depressionsscores?

Hypothese 6: Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Versorgung vs. Autarkie“ korreliert signifikant mit der Höhe der Ausprägung auf der DEQ-Skala „Abhängigkeit“.

Hypothese 7: Die Bedeutsamkeit des „Selbstwertkonflikts“ korreliert signifikant mit der Höhe der Ausprägung auf der DEQ- Skala „Selbstkritik“.

(2) Zusammenhang zu interpersonalen Motiven (IIM)

Hypothese 8: Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Unterwerfung vs. Kontrolle“ hängt mit der Ausprägung des Motivs „Anpassung/ Unterordnung“ zusammen.

Hypothese 9: Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Versorgung vs. Autarkie“ hängt mit einer starken Ausprägung der Motive „Harmonie“, „Geselligkeit/Akzeptanz“ und „Altruismus“ zusammen.

Hypothese 10: Die Bedeutsamkeit des „Selbstwertkonflikts“ hängt mit einer starken Ausprägung der Motive „Durchsetzung eigener Interessen“ sowie „Selbstsicherheit“ zusammen.

(3) Zusammenhang zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Hypothese 11: Je bedeutsamer der Konflikt „Individuation vs. Abhängigkeit“, desto ausgeprägter die „primitive Abwehr“, die „Identitätsdiffusion“, die „schwache Realitätsprüfung“ und desto höher die „Aggression“.

Hypothese 12: Je bedeutsamer der „Ödipale Konflikt“, desto weniger ausgeprägt die „primitive Abwehr“, die „Identitätsdiffusion“ und die „schwache Realitätsprüfung“.

3.1.3.2 Prognostische Validität

(1) Allgemeine Therapieeffekte

Fragestellung 13: Welche Wirksamkeitseffekte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Therapie zeigen sich in der Gesamtstichprobe?

(2) Konfliktspezifische Therapieeffekte

Fragestellung 14: Wie hängen Konflikteinschätzungen der OPD-2 und Therapieoutcome zusammen?

Hypothese 15: Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Individuation vs. Abhängigkeit“ korreliert negativ mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs.

4 STUDIENAUFBAU UND METHODIK

4.1 Kriterien der Patientenrekrutierung

4.1.1 Einschlusskriterien

Voraussetzung für die Studienteilnahme war die Indikationsstellung und Aufnahme in die stationäre oder teilstationäre Behandlung der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg aufgrund einer depressiven Erkrankung (ICD-Diagnosen F32, F33, F34.1 und F43.20). In die Studie wurden Patienten ab einem Mindestalter von 20 Jahren aufgenommen. Die Studienteilnahme setzte des Weiteren eine schriftliche Einwilligung der Patienten voraus.

4.1.2 Ausschlusskriterien

Patienten mit den folgenden Ausschlusskriterien wurden nicht in die Studie aufgenommen: Bestehen einer gravierenden Komorbidität mit Beeinträchtigung hirnorganischer und kognitiver Funktionen, schwerer Suchtmittelgebrauch, eine gesicherte Bipolare Störung, eine psychotische Erkrankung oder depressive Zustände mit psychotischer Symptomatik, eine Anorexie mit einem BMI < 14, das Vorliegen dementieller Erkrankungen, gravierende körperliche Komorbiditäten die eine gezielte Beurteilung psychologischer Konstrukte nicht mit Sicherheit erlauben sowie der Entzug der Einwilligung zur Studienteilnahme.

4.2 Stichprobenbeschreibung

Untersucht wurden insgesamt 95 Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung, welche sich in stationärer sowie teilstationärer Behandlung der Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg befanden. Von 72 Patienten liegt aufgrund von kontinuierlicher Studienteilnahme ein videographiertes OPD-Interview vor. Auf diese Stichprobe bezieht sich Tabelle 7.

Die Altersspanne der Patienten liegt zwischen 21 und 61 Jahren mit einem Durchschnittsalter von ca. 37 Jahren. Der Frauenanteil der Stichprobe beträgt ca. 71%. Mehr als die Hälfte der Patienten sind ledig, ca. 21% verheiratet und 22% getrennt, geschieden oder verwitwet. Von den nicht verheirateten Patienten, gaben 51% an, in fester Partnerschaft zu leben. 58% geben an, keine Kinder zu haben. Das Schulbildungsniveau liegt in einem überdurchschnittlichen Bereich, 57% der Patienten haben Abitur. 45% haben eine Lehre/Fachschule abgeschlossen, 21% haben einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. 68% üben eine berufliche Tätigkeit aus.

In der Stichprobe leiden ca. 92% der Patienten unter einer aktuellen depressiven Episode nach DSM-IV. Diese kann als einzelne Episode oder im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Double Depression diagnostiziert sein. 3% der Stichprobe leiden unter einer Dysthymie, 4% unter einer depressiven Anpassungsstörung und eine Patientin der Studie erhielt die Diagnose einer nicht näher bezeichneten depressiven Erkrankung.

Tabelle 7

Patientenstichprobenbeschreibung, N=72

Alter	21 – 61 Jahre	<i>M</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
Geschlecht	weiblich	51	70,8
	männlich	21	29,2
Familienstand	ledig	40	55,6
	verheiratet	15	20,8
	getrennt/geschieden/verwitwet	16	22,2
	keine Angabe	1	1,4
Falls unverheiratet (N=55), aktuelle Partnerschaft vorhanden	ja	28	49,1
	nein	27	50,9
Kinderzahl	Keine Kinder	42	58,3
	1	11	15,3
	2	14	19,4
	3 oder mehr	2	2,8
	keine Angabe	3	4,2
Höchster Schulabschluss	Hauptschulabschluss	9	12,5
	Mittlere Reife	20	27,8
	Abitur/ Fachabitur	41	56,9
	Sonstiges	2	2,8
Erwerbstätigkeit	berufstätig oder in Ausbildung	49	68,1
	arbeitslos/ ohne berufl. Beschäftigung	16	22,2
	Sonstiges	7	9,7
Kliniksetting	vollstationär	54	75,0
	teilstationär (Tagesklinik)	18	25,0
Stationen	AKM	51	70,8
	Mitscherlich	21	29,2
Diagnosen (DSM-IV)	Major Depression	52	72,2
	Double Depression	14	19,4
	Dysthymie ohne MDE	2	2,8
	Depressive Anpassungsstörung	3	4,2
	Depression nnb	1	1,4
	Komorbide Angststörung	44	61,1
	Komorbide Persönlichkeitsstörung	29	40,3
BDI bei Aufnahme (T1)		<i>M</i>	<i>SD</i>
		24,3	9,1
HAMD bei Aufnahme (T1)		19,7	6,9

4.3 Vorgehen

4.3.1 Therapeutisches Setting

Die Datenerhebung erfolgte auf den beiden Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg. ist in eine Internistische Medizinische Klinik und in ein Zentrum für Psychosoziale Medizin. Auf den Psychotherapiestationen werden insgesamt 36 vollstationäre Betten angeboten sowie tagesklinische Therapieplätze. Die Tagesklinik und die Station bilden einen gemeinsamen Therapiebereich. Der therapeutische Rahmen wird zuvor durch ambulante Gespräche in der Psychosomatischen Ambulanz der Klinik festgelegt. Es ist ein Wechsel zwischen vollstationärer und tagesklinischer Behandlung möglich. Die Aufenthaltsdauer auf beiden Stationen der Klinik beträgt abhängig vom Krankheitsbild zwischen 8 und 12 Wochen. Zu den Behandlungsverfahren zählen neben tiefenpsychologischen Therapieangeboten auch verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze. Die Stationsteams bestehen jeweils aus psychotherapeutisch qualifizierten Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Gestaltungstherapeuten, Therapeuten für Konzentrierte Bewegungstherapie, Physiotherapeuten sowie Sozialtherapeuten. Beide Stationen werden von einem psychotherapeutischen Oberarzt betreut. Die Psychotherapie findet im einzel- sowie im gruppentherapeutischen Rahmen statt. Bestandteile der Behandlung sind ärztlich bzw. psychologisch geleitete Einzelgespräche ein bis zweimal wöchentlich. Der Schwerpunkt dieser Gespräche bezieht sich darauf Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren der Symptomatik zu erkennen und Bewältigungsstrategien oder konstruktive Lösungen zu erarbeiten. Psychotherapeutische Gruppengespräche finden zweimal pro Woche statt. Neben den psychotherapeutischen und ärztlich geleiteten Bestandteilen der Behandlung, finden außerdem Konzentrierte Bewegungstherapie zur Förderung von Körperwahrnehmung und Körpererleben, Gestaltungstherapie mit der Möglichkeit

Stimmungen, Gefühle, Gedanken, aber auch Konflikte und Spannungen spontan bildlich oder plastisch auszudrücken und dadurch den Zugang zu bisher noch nicht unmittelbar verfügbaren Empfindungen und Impulsen zu erleichtern. Es besteht ein sozialarbeiterisches und sozialtherapeutisches Angebot sowie die Möglichkeit zur Sport- und Physiotherapie. Paar- und Familiengespräche werden je nach Indikation geplant und durchgeführt. Psychotherapeutische Pflegekräfte sind für die Patienten rund um die Uhr ansprechbar und bieten bei Bedarf unterstützende Gespräche an. Eine Morgen- und Abendrunde wird vom Pflorgeteam und von Ärzten und Psychologen der Station täglich durchgeführt. Es gibt zudem Kleingruppen (Triaden) welche von Patienten selbst gestaltet werden und ermöglichen in einem vertrauten Rahmen mit Mitpatienten zu sprechen. Zum Wochenausklang wird im Form einer freien Aktivität von den Mitpatienten eine gemeinsame Gruppenaktion geplant und gestaltet.

4.3.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung umfasst drei Fragebogenbatterien sowie zwei Interviews während des stationären Aufenthaltes der Patienten, einen Fragebogen ein halbes Jahr nach Entlassung sowie 3 kurze diagnostische Gespräche zur Fremdeinschätzung zu Beginn, am Ende sowie ein halbes Jahr nach der Therapie.

In den ersten Tagen nach Klinikaufnahme wurde jeder Patient über die Studie mündlich informiert und erhielt zusätzlich schriftliche Informationen zum Zweck und Inhalt der Studie sowie den ersten Fragebogen welcher unter anderem als Screening-Fragebogen zur Ausschlussdiagnostik diente. Im Anschluss wurde ein Termin zum ersten diagnostischen Interview vereinbart (SKID) und bei diesem Termin der ausgefüllte Screening-Fragebogen eingesammelt. Im Durchschnitt im Abstand von zwei Wochen wurde ein zweiter Fragebogen ausgeteilt und circa nach der Hälfte der stationären

Behandlung wieder eingesammelt. In der letzten Therapiewoche wurde Fragebogen 3 ausgeteilt und in den letzten 1-3 Tagen vor Entlassung der Patienten wieder eingesammelt.

Jeder Patient der Studie nahm zusätzlich an einem OPD-Interview teil, welches videographiert wurde. Diese Interviews fanden in unterschiedlichen Therapiewochen der Patienten statt und wurden von erfahrenen Therapeuten und OPD-Experten durchgeführt. Ein halbes Jahr nach Klinikentlassung wurde den Patienten Fragebogen 4 mit einem frankierten Rückumschlag zugesendet, welchen die Patienten nach unterschiedlicher Zeitspanne zurückschickten. Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wurde telefonisch ein weiteres Gespräch zur diagnostischen Einschätzung durchgeführt.

4.3.3 Datenerfassung

Nach Eingang der Daten erfolgte die Eingabe der Interviewergebnisse und -ratings sowie Fragebogenwerte in das Statistikprogramm SPSS Version 18 für Windows.

4.4 Instrumente

4.4.1 Überblick

Tabelle 8 zeigt die Instrumente, welche zur Behandlung der Fragestellung eingesetzt wurden und im Folgenden beschrieben werden.

Tabelle 8

Überblick Messinstrumente im Studienverlauf

Messinstrument	Inhalt	Selbst (S)/Fremd (F) - beurteilung	T0	T1	T2	T3	T4
OPD-2 Interview	Störungsdiagnostik	F		✓			
SKID-Interview	Störungsdiagnostik	F	✓				
HAM-D	Depressionsausprägung	F		✓		✓	✓
SCL-90-R	Symptomfragebogen	S		✓		✓	✓
BDI	Depressionsausprägung	S	✓			✓	✓
DEQ	Subtypendiagnostik	S			✓		
IIM	Interpersonelle Motive	S			✓		
IPO-2001	Persönlichkeitsorganisation	S		✓		✓	✓
HKFB	Kulturfragebogenbatterie	S			✓		

4.4.2 Störungsdiagnostik

(1) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Das Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse-I und Achse-II (SKID), dient der Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen, nach der Definition auf Achse I und Achse II im DSM-IV. Mit dem SKID-I (Wittchen et al., 1997a) können folgende DSM-IV-Diagnosen beurteilt werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. Mit dem SKID-II (Fydrich et al., 1997) können die zehn Persönlichkeitsstörungen der Achse-II des DSM-IV sowie die beiden im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden. Alle Diagnosen

werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erhoben. Die Reliabilität des deutschen SKID-Interviews als Diagnoseinstrument stellte sich als befriedigend heraus (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997). Zum SKID-I wurden von Williams, Gibbon und First et al. (1992) bezogen auf das DSM-III-R Kappa Werte von $\kappa = .61$ veröffentlicht. Für den Bereich der affektiven Störungen einzeln betrachtet, ergaben sich Reliabilitätskoeffizienten von $\kappa = .70$ (Wittchen et al., 1991). Ebenso wie für das SKID-Interview zu Achse-I, stellte sich auch für das SKID-II heraus, dass keine aktuellen Reliabilitätsstudien veröffentlicht wurden die sich auf Diagnosen nach DSM-IV beziehen. Fydrich et al. (1997) beschreibt Reliabilitätswerte zum SKID-II nach DSM-III-R und belegt unbefriedigende Kappawerte von $\kappa = .37$ für Persönlichkeitsstörungen des Cluster A, etwas höhere Werte für Cluster B Störungen mit $\kappa = .55$ und befriedigende Reliabilitätskoeffizienten mit $\kappa = .73$ für Cluster C. Es besteht der Bedarf einer Aktualisierung der Datenlage zu Reliabilitätswerten zum SKID bezogen auf das DSM-IV.

(2) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) (Arbeitskreis OPD, 2006) ist ein multiaxiales System zur psychodynamischen Diagnostik welches die Einschränkungen bisheriger Diagnoseverfahren überwinden und um grundlegende psychodynamische Dimensionen erweitern soll. Die OPD-2 besteht aus fünf Achsen, vier Achsen welche einem psychodynamischen Verständnis entstammen und einer deskriptiven Achse (Tabelle 9).

Tabelle 9

Überblick: Achsen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

Achse I	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung • Zentral sind Erlebenselemente, Motivation, Ressourcen
Achse II	Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidend sind Übertragung und Gegenübertragung • Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen
Achse III	Konflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Äußerlich determinierten konflikthaften Situationen liegen verinnerlichte Konflikte zugrunde
Achse IV	Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitäten/ Insuffizienzen psychischer Strukturen
Achse V	Psychische und psychosomatische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Integriert Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV in die OPD • Zur genauen Erfassung psychopathologischer Phänomene

Anmerkung. Tabelle erstellt auf Basis von Informationen aus der Quelle: Arbeitskreis OPD, 2006.

In einigen Bereichen stehen die Achsen in enger Interaktion, so stellt die psychische Struktur (Achse IV) die Basis dar auf welcher sich Konflikte abspielen. Des Weiteren können Beziehungsmuster die problematischen Bereiche von Konflikt und Struktur beobachtungsnäher aufzeigen (Grande, 2007).

Das System hat in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum sowie international weite Verbreitung gefunden. Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Achse III, der Konfliktachse der OPD-2, welche im Folgenden näher dargestellt wird. Die OPD unterscheidet auf der Konfliktachse sieben Grundkonflikte: (1) Individuation versus Abhängigkeit, (2) Kontrolle versus Unterwerfung, (3) Versorgung versus Autarkie, (4) Selbstwertkonflikt, (5) Schuldkonflikt, (6) Ödipaler Konflikt, (7) Identitätskonflikt. Diese sieben Konflikte werden jeweils auf einem Auswertungsbogen, nach durchgeführtem Interview, nach dem Grad des Vorhandenseins beurteilt. Dies geschieht in Form einer dimensionalen Einschätzung durch den Interviewer von „nicht vorhanden“ bis

„vorhanden und sehr bedeutsam“. Zusätzlich werden kategorial die beiden wichtigsten Konflikte in Form der Benennung eines Hauptkonflikts und eines Nebekonflikts ausgewählt. Zur Konfliktdefinition gehört neben dem Konfliktthema außerdem die Unterscheidung eines aktiven oder passiven Modus der Konfliktverarbeitung.

In Validierungsstudien besteht die wissenschaftliche Schwierigkeit, dass keine entsprechenden Testverfahren zur Erfassung unbewusster Konflikte existieren und für jeden Konflikt lediglich Außenkriterien zur Überprüfung vorliegen. Daher konnte die Validität bisher nur durch den Vergleich mit einzelnen Verfahren, die einen Teilbereich der OPD Konfliktachse abbilden, untersucht werden (Cierpka et al., 2001). Raterübereinstimmungen beispielsweise für Konflikt (1) und (3) mit dem Bindungsprototypen-Rating ergaben Kappa-Werte von .64 und .56 (Müller, 1999) welche als gut eingestuft werden können.

Nach den bisherigen Erfahrungen sowie Ergebnissen ermöglicht die OPD-Konfliktachse eine gute Erfassung psychodynamischer Konflikte (Cierpka et al., 2001). Die Reliabilität und Inter-Rater-Übereinstimmungen der vorliegenden Untersuchung werden im Ergebnissteil erläutert. Vorangegangene Studien erhielten Kappa-Werte zwischen .48 und .71, mit einem Mittelwert über alle Konflikte von .61 (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann, Stasch & Arbeitskreis OPD, 2007).

4.4.3 Erfassung von Persönlichkeitsvariablen

(1) Depressive Experience Questionnaire (DEQ)

Zur Differenzierung von Subtypen der Depression sind im deutschsprachigen Raum die zwei bekanntesten Messverfahren: die Dysfunctional Attitude Scale von Weissman und Beck (1978) und der Depressive Experience Questionnaire von Blatt und Mitarbeitern (1976). Der DEQ differenziert Subgruppen der Depression sowohl bezüglich ihrer

Symptomatik, als auch vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden intrapsychischen Konfliktkonstellationen. Aus diesem Grund erweist er sich für die vorliegende Arbeit als geeignetes Messinstrument zur Überprüfung der konfliktbezogenen Hypothesen in Zusammenhang mit der Achse III der OPD-2.

Der Depressive Experience Questionnaire (DEQ) von Blatt, Quinlan und D'Afflitti (1976) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren bestehend aus 66 Items mit einer 7-stufigen Likertskala, welche eine Einschätzung von „lehne völlig ab“ bis „stimme völlig zu“ erfragt. Es handelt sich um einen Fragebogen welcher die Ermittlung prognostisch und behandlungstechnisch relevanter Subtypen der Depression erlaubt und somit über die Erfassung einfacher Schwereindikatoren hinausgeht (Beutel et al., 2004, S.1).

Faktorenanalysen des DEQ legen eine dreidimensionale Lösung nahe (Lehman, Ellis, Becker, Rosenfarb, Devine, Kahn & Reichler, 1997), mit den unabhängigen Dimensionen Selbstkritik, Abhängigkeit und Selbstwirksamkeit. Selbstkritik beinhaltet Gefühle von Wertlosigkeit, Versagen, Schuld, und eine kritische Selbstbeobachtung. (Beutel et al., 2004). Diese Dimension entspricht in der Typologie Blatts dem introjektiven Depressionstypus. Der Faktor Abhängigkeit des DEQ misst Empfindungen wie Einsamkeit, Hilflosigkeit und Angst vor Zurückweisung (Beutel et al., 2004) welches die Persönlichkeitsdisposition des anaklitischen Typus nach Blatt widerspiegelt. Der dritte Faktor Selbstwirksamkeit ist durch eine ambitionierte, kompetitive und selbstbewusste Haltung operationalisiert. Die Dimensionen Abhängigkeit und Selbstkritik zeigen über 15 Studien eine durchschnittliche Korrelation von $r = .22$ (Nietzel & Harris, 1990). In der Untersuchung der deutschsprachigen Version des DEQ an einer nicht-klinischen Stichprobe, $N = 304$, (Beutel et al., 2004) zeigten sich die drei Skalen statistisch unabhängig voneinander. Bei Patientenstichproben, übereinstimmend mit der ursprünglichen Studie von Blatt (1983) wiesen die drei Dimensionen statistisch signifikante aber quantitativ sehr kleine Zusammenhänge auf (r zwischen .09 und .19). Die

neu berechneten Skalen der deutschen DEQ-Version im Vergleich mit den Originalskalen von Blatt et al. (1976) durch Faktorenwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen ergaben mit r zwischen .91 und .94, dass die ursprünglichen Skalen reproduziert werden konnten (Beutel et al., 2004).

Tabelle 10

Die drei Dimensionen des DEQ mit Beispielitems

Skalen	Beispiel	Inhalt
I. Abhängigkeit	Item 19	„Ich werde ängstlich wenn ich mich alleine fühle.“
II. Selbstkritik	Item 13	„Wenn ich nicht schaffe, Erwartungen zu erfüllen, fühle ich mich wertlos.“
III. Selbstwirksamkeit	Item 59	„Was ich tue und sage, hat einen sehr starken Einfluss auf die Menschen um mich.“

(2) Inventar Interpersonaler Motive (IIM)

Interpersonale Modelle betrachten Gesetzmäßigkeiten zwischenmenschlichen Verhaltens sowie Wechselwirkungen in Dyaden (Thomas & Strauß, 2008). Der Circumplex hat eine Kreisstruktur und repräsentiert auf dem Kreisumfang Ähnlichkeiten und Polaritäten z.B. von Motiven oder Werten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Der Kreis ist in 8 Segmente unterteilt, jedes repräsentiert eine bestimmte Mischung von „Agency“ und „Communion“. In Studien zum interpersonellen Circumplex sind im englischsprachigen Raum drei Instrumente verbreitet, die Interpersonal Adjective Scales-Revised (IAS-R; Wiggins, 1995), das Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C; Alden et al., 1990) sowie die Circumplex Scales of Interpersonal Values (CSIV; Locke, 2000).

Das Inventar Interpersonaler Motive (IIM), von Thomas et al. (in Vorbereitung), stellt ein deutschsprachiges Selbstbeurteilungsinstrument auf Grundlage des Interpersonalen Kreis- oder Circumplex- Modells dar. Das Modell bezieht sich typischerweise auf die orthogonalen Dimensionen „Agency“ (Dominanz, Status) und

„Communion“ (Freundlichkeit, Wärme) (Leary, 1957; Wiggins, 1979). Das IIM stellt neben dem Inventar Interpersonaler Probleme (IIP, Horowitz et al., 1988) das einzige Selbstbeurteilungsinstrument zum interpersonalen Circumplex im deutschsprachigen Raum dar. Das IIM beinhaltet 64 Items zu den 8 Skalen Selbstsicherheit, Durchsetzung eigener Interessen, Selbstbezogenheit, Verschlossenheit, Anpassung/Unterordnung, Altruismus, Harmonie sowie Geselligkeit/Akzeptanz. Die Auswertung des IIM kann über ipsative Skalenwerte in Form der Differenz von Skalenwert und dem Gesamtwert pro Patient erfolgen. Dies führt zu einem Profil des Patienten mit acht Variablen entsprechend der individuellen Skalenwerte. Ebenso ist es möglich den Gesamtsummenscore zu interpretieren (auch genannt „Elevation“) sowie die Werte zu den beiden orthogonalen Grunddimensionen „Agency“ und „Communion“.

(3) Inventory of Personality Organization (IPO)

Kernbergs Modell der Persönlichkeitsorganisation (1984, 1996) bezieht sich auf die Position eines Individuums auf den Dimensionen „psychologische Abwehr“, „Realitätsdiffusion“ und „Realitätstesten“. Bei der „psychologischen Abwehr“ geht es bei Kernberg um die Intensität primitiver Abwehr wie Verleugnung, Spaltung, Projektion und Dissoziation. „Realitätstesten“ bezieht sich in diesem Modell auf die Fähigkeit zwischen Selbst und Nicht-Selbst zu differenzieren sowie externe von intrapsychischen Stimuli abzugrenzen. Bei der Dimension „Realitätsdiffusion“ werden psychologische und verhaltensbezogene Indikatoren betrachtet die den Grad der Integration der Identität aufzeigen, vor allem der Integration der Konzepte vom Selbst und von bedeutenden Anderen (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg & Foelsch, 2001). Das Inventory of Personality Organization (Kernberg & Clarkin, 1995) ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung mit 57 Items welches die drei beschriebenen Hauptdimensionen aus Kernbergs allgemeinem Modell zur Persönlichkeitsorganisation beinhaltet. Die Studie von

Lenzenweger et al. (2001) bestätigt eine dreidimensionale Struktur des Fragebogens, jedoch bestehen hohe Korrelationen ($r = .97$) zwischen den beiden Faktoren die als „Identitätsdiffusion“ und „Primitive Abwehr“ bezeichnet werden. Auch Kernbergs Theorie (1996) geht davon aus, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung immer auf beiden Skalen höhere Werte zeigen. Eine gute interne Konsistenz (Chronbachs $\alpha > .81$) an einer nicht-klinischen Stichprobe und für Kurzzeitverläufe eine gute Test-Retest-Reliabilität ($r > .72$) wurden belegt (Lenzenweger et al., 2001). Des Weiteren wurde die Konstruktvalidität der einzelnen Skalen ebenso wie des Instruments als Ganzes belegt.

In der vorliegenden Untersuchung kommt der IPO-2001 (Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2001) zum Einsatz welcher 83 Items umfasst, die auf einer fünfstufigen Likertskala von „trifft nie zu“ bis „trifft immer zu“ zu beantworten sind. Der eingesetzte Fragebogen besteht aus der ursprünglichen Version mit 57 Items, davon gehören 21 Items zur Dimension „Realitätstesten“, 20 Items zu „Identitätsdiffusion“ und 16 Items zu „Primitiver Abwehr“, plus zwei Zusatzskalen zu „Aggression“ und „moralischen Werten“.

4.4.4 Depressionsdiagnostik und Therapieerfolgsmaße

Zur Einschätzung und Vergleichbarkeit des Schweregrades der Erkrankung wird die psychopathologische Symptomatik der Patienten anhand geeigneter Tests psychometrisch erfasst. Der Schweregrad der depressiven Symptomatik wird anhand der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD; Hamilton, 1960) und des Beck-Depressions-Inventars (BDI; Beck et al., 1961) erfasst.

(1) Symptomcheckliste SCL-90-R

Die Symptomcheckliste-90-R (SCL-90-R) ist ein etabliertes und empirisch bestätigtes Fragebogenverfahren zur Erfassung klinisch relevanter Symptome. Es handelt sich um ein

von Derogatis (1977) entwickeltes Testverfahren, zu Erfassung psychischer Symptomatiken. Das Instrument hat sich in den letzten Jahren als internationaler Standard zur Erfassung psychogener Symptome etabliert und liegt in deutscher Standardisierung vor (Franke, 1995). Es eignet sich als Verfahren zur Veränderungsmessung individualspezifischer Symptomentwicklung. Patienten sollen auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben, inwieweit sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter bestimmten körperlichen und psychischen Einzelsymptomen gelitten haben. Diese werden bei dem Fragebogen in 90 Items aufgeführt. Die Items wurden faktorenanalytisch zu 9 Skalen zusammengefasst. Die Einzelsymptome werden in folgende symptombezogene Skalen gruppiert: Somatisierungsneigung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Zusätzlich wird über den Symptommittelwert aller Einzelbeschwerden (General Symptom Index) ein Gesamtwert zum Ausmaß der psychischen Symptomatik bestimmt. Der Globale Schwereindex (GSI) gilt als sehr zuverlässiges, veränderungssensitives Instrument zur indirekten Erfassung von Therapieergebnissen in Form eines Therapieergebnismaßes des subjektiven Symptomerlebens. Neben dem GSI können weitere globale Kennwerte zur allgemeinen psychischen Belastung bestimmt werden: die Anzahl vorliegender Symptome (PST) entspricht der Menge der positiv beantworteten Items und die Symptombelastung (PSDI) errechnet sich aus dem Mittelwert aller positiv beantworteten Items.

(2) Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1961) ist ein national und international weit verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument welches der Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik dient und sich auch für Verlaufsuntersuchungen eignet. Es enthält 21 Items mit den häufigsten Beschwerden, z.B. traurige Stimmung,

Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Pessimismus, Versagen, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Appetitverlust. Für die Beschwerden soll jeweils der Ausprägungsgrad eingestuft werden. Durch addieren dieser Itemwerte erhält man eine Gesamtpunktzahl, welche die Schwere der depressiven Symptomatik ausdrückt. Der Schweregrad der depressiven Symptomatik wird nach Beck und Steer (1993) wie folgt eingeordnet: ein BDI-Summenscore unter 10 Punkten, weist darauf hin, dass nicht von Depressivität gesprochen werden kann, ein Gesamtwert des BDI ab 10 Punkten aber unter 17 Punkten, ist als leichte Depression zu interpretieren. Von einer mittelgradigen Depression spricht man ab 17 Punkten und ab 30 Punkten von einer schweren Depression. In dieser Studie kam die ursprüngliche Version des BDI, auch bezeichnet als BDI-I zum Einsatz, dessen interne Konsistenz in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .95$ liegt (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995).

(3) Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D)

Die Hamilton Depression Skala (Hamilton, 1960) ist ein Verfahren mit welchem der Therapeut als Fremdbeurteilung den Schweregrad einer diagnostizierten Depression beim Patienten auf 5- und 3-stufigen Skalen einschätzt. Berücksichtigt werden dabei eigene und fremde Beobachtungen, motorische Auffälligkeiten und inhaltliche Besonderheiten. In der HAM-D liegt der Schwerpunkt auf somatischen Symptomen, aber auch psychische Symptome wie Verstimmung, Schuldgedanken, Suizidideen, Schwierigkeiten bei der Arbeit und Interessenverlust spielen eine Rolle. Interpretiert wird der Gesamtwert welcher durch die Addition der Einzelurteile gebildet wird; er kann zwischen 0 und 82 Punkten liegen. Werte von 6 Punkten und weniger weisen auf nicht vorhandene Depressivität hin, Werte von 7 bis 17 werden einer leichten Depression, Werte von 18 bis 24 einer mäßigen und Werte von 25 und mehr einer schweren Depression zugeordnet (Geiger-Kabisch & Weyerer, 1991).

4.5 Statistische Methoden

Mit Hilfe des Programms SPSS 18 für Windows wurden verschiedene Berechnungen an den Daten vorgenommen. Für die Deskriptiven Statistiken der Daten wurden z.B. Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Zur Untersuchung der Verteilungseigenschaften in der untersuchten Stichprobe kam der Chi-Quadrat-Test zum Einsatz. In dieser Untersuchung wurde er als Unabhängigkeitstest eingesetzt, um die stochastische Unabhängigkeit der diagnostizierten Konfliktgruppen in Bezug auf verschiedene demographische Merkmale zu überprüfen.

Im Vordergrund der statistischen Berechnungen im klinischen Teil der vorliegenden Arbeit steht die Prüfung der Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2).

In der vorliegenden Studie wurde zur Berechnung der konvergenten Validität jeder Konflikt zu mehreren ausgewählten Außenkriterien in Bezug gesetzt. Für diese Untersuchung wurden zwei Auswertungsstrategien herangezogen welche im weiteren Verlauf ausführlich diskutiert werden. Eine, in bisherigen Untersuchungen geläufige Auswertungsstrategie besteht in einer Unterteilung in Haupt- und Nebekonflikt pro Patient durch das Expertenrating. In diesem Fall ist von Nominalskalenniveau auszugehen („Konflikt vorhanden“ vs. „Konflikt nicht vorhanden“) und Zusammenhänge werden mittels einfaktorieller Varianzanalysen berechnet durch welche der Einfluss der unabhängigen Variable mit verschiedenen Ausprägungen auf eine abhängige Variable gemessen wird.

Eine zweite Auswertungsmöglichkeit erfolgt durch die Verwendung der gesamten Information welche ein OPD-Rating der Konflikte pro Patient zur Verfügung stellt. Die Skalierung der Konfliktratings geht von „nicht vorhanden“ bis „sehr bedeutsam“ auf einer 4-stufigen Likertskala in Form einer Fremdeinschätzung. Dabei wird für jeden Patienten

ein mittlerer Wert für jeden der sieben OPD-Konflikte berücksichtigt. Dieser Wert setzt sich in der vorliegenden Studie für jeden Konflikt aus dem Mittelwert von drei unabhängigen Ratern zusammen. Es wurde also eine mittlere Bedeutsamkeit jedes Konfliktes bei jedem Patienten berechnet. Des Weiteren ergab sich für jeden Patienten ein mittlerer Moduswert für den Modus der Konfliktverarbeitung. Der Modus wurde im OPD-Rating ebenfalls auf einer vierstufigen Likertskala eingeschätzt von „vorwiegend aktiv“, „gemischt eher aktiv“, „gemischt eher passiv“ bis hin zu „vorwiegend passiv“. Ein hoher Moduswert steht für eine tendenziell passive Konfliktverarbeitung (eine Standardabweichung über dem mittleren Moduswert der Stichprobe), ein niedriger Moduswert für eine tendenziell aktive Konfliktverarbeitung (eine Standardabweichung unter dem mittleren Moduswert der Stichprobe). Bei diesen Daten liegt Intervallskalenniveau vor. Zusammenhänge werden mittels Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet.

Die Berechnung von Interaktionseffekten welche die Untersuchung des Einflusses des Modus der Konfliktverarbeitung beim Zusammenhang zwischen der Bedeutsamkeit eines Konflikt und Außenkriterien ermöglichen, wurde mittels Regressionsanalysen durchgeführt. Unterstützend zum Programm SPSS wurde dafür das Script modprobe.sbs von Hayes und Matthes (2009) eingesetzt welches eine Berechnung von Interaktionseffekten bzw. das Einbeziehen postulierter Moderatorvariablen ermöglicht. Das multiple Testen an einer Hypothese macht eine Korrektur für die Kumulierung des α -Niveaus notwendig, in dieser Studie wurde durch die Bonferroni Korrektur das gewünschte Gesamt-Signifikanzniveau durch die Anzahl benötigter Einzeltests dividiert. Daraus resultiert ein korrigiertes Signifikanzniveau für jeden Einzelvergleich und die Kumulierung des α -Fehlers der einzelnen Tests kann nicht mehr das Gesamtsignifikanzniveau übersteigen (vgl. Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2006). Grundlage dieser Berechnungen bilden Reliabilitätsanalysen, sowohl in Form von Chronbachs Alpha als

Reliabilitätsmaß der Items der eingesetzten Fragebögen als auch die Berechnung der Interraterreliabilität zwischen den drei unabhängigen Beurteilern auf der OPD-Konfliktachse. Cronbachs Alpha wird als Maß der internen Konsistenz einer Skala bezeichnet und entsteht aus dem Ergebnis einer Varianzanalyse der Itemdaten hinsichtlich der Varianz zwischen den Personen in der Stichprobe und der Varianz zwischen den Items. Je höher die proportionale Varianz zwischen den Personen der Stichprobe, desto höher ist Cronbachs Alpha. Der Wert kann zwischen minus unendlich und eins liegen. Psychometrische Instrumente sollten einen Alphawert von .7 nicht unterschreiten.

Bei intervallskalierten Daten und wenn mehr als zwei Beobachter vorhanden sind, empfiehlt sich die Berechnung von Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (engl. Intra-Class-Correlation (ICC), Asendorpf & Wallbott 1979, Wirtz & Caspar 2002). Zur Bestimmung dieser Koeffizienten wird die Varianz zwischen den drei Ratings in Bezug auf die Konfliktbeurteilung mit der über alle Ratings entstandenen Varianz verglichen. Von einer reliablen Beobachtung kann gesprochen werden, wenn die Unterschiede zwischen den Patienten recht groß sind und gleichzeitig die Varianz zwischen den Beobachtern in Bezug auf die Patienten klein. Bei großer Urteilskonkordanz (d.h. geringer Varianz zwischen den Einschätzungswerten) resultiert ein hoher ICC. Der ICC kann Werte zwischen -1.0 und +1.0 annehmen.

Bei den Berechnungen zur prädiktiven Validität werden neben den Ergebnissen der Regressionsanalysen außerdem einfache *t*-Tests zur Überprüfung der Hypothesen gerechnet. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschieds in den beschriebenen Testverfahren wurde die Effektstärke nach Cohen (1988, 1992) berechnet. Es wurden die symptombezogenen Depressionsscores vor und nach der stationären Therapie sowie ein halbes Jahr nach dem Klinikaufenthalt untersucht. Nach Cohen (1992) steht eine Effektstärke von $d = .2$ für einen kleinen Effekt, $d = .5$ für einen mittleren und $d = .8$ einen starken Effekt.

5 ERGEBNISSE

5.1 Konfliktverteilung

Es wird angenommen, dass die Konfliktverteilung in der Patientenstichprobe mit depressiven Störungen der störungsübergreifenden Konfliktverteilung entspricht.

Hypothese 1: *Die häufigsten Hauptkonflikte der Patienten stellen „Versorgung vs. Autarkie“ sowie „Selbstwert“ dar.*

Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich die Annahme, dass sich das dialektische Modell anaklitischer und introjektiver Subtyp nach Blatt (1974) auf der Konfliktachse der OPD-2 abbilden lässt. Da es sich um ein allgemeines Modell der Persönlichkeit, Persönlichkeitsorganisation und Psychopathologie handelt und nicht um störungsspezifische Dimensionen, sollte die Konfliktverteilung, gemessen mit der OPD-2 in der vorliegenden Studie bei depressiven Patienten, der störungsübergreifenden Konfliktverteilung (z.B. Schneider et al., 2008) entsprechen. Dabei stellen der Konflikt Versorgung vs. Autarkie sowie der Selbstwertkonflikt die häufigsten Hauptkonflikte dar.

Tabelle 11

Übersicht: Häufigkeiten der Haupt- und Nebekonflikte

	Hauptkonflikt	Nebekonflikt	Gesamt
1. Individuation vs. Abhängigkeit	6	5	11
2. Unterwerfung vs. Kontrolle	6	21	27
3. Versorgung vs. Autarkie	32	10	42
4. Selbstwertkonflikt	20	19	39
5. Schuldkonflikt	4	6	10
6. Ödipaler Konflikt	4	10	14
7. Identitätskonflikt	0	0	0
Gesamt (N)	72	71	143

Tabelle 12

Häufigkeit der Verarbeitungsmodi der Haupt- und Nebenkongflikte

	Hauptkonflikt	Nebenkongflikt
Aktiver Verarbeitungsmodus	36 (50,0%)	28 (38,9%)
Passiver Verarbeitungsmodus	32 (44,4%)	28 (38,9%)
Fehlend	4 (5,6%)	17 (22,2%)

In diese Auswertung (Tabellen 11 und 12) wurden die Ratings der Experten, d.h. der jeweiligen Interviewer, einbezogen. Bei den Hauptkonflikten stellt der Konflikt Versorgung vs. Autarkie den häufigsten Konflikt dar, der Selbstwertkonflikt steht an zweiter Stelle. Der am stärksten vertretene Nebenkongflikt ist der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle.

In dieser Reihenfolge ergibt sich auch das Ergebnis für die Gesamtanzahl der Konflikte in der Stichprobe, wenn Haupt- und Nebenkongflikt gleichwertig einbezogen werden. Dieses Ergebnis zu Konfliktverteilungen bei depressiven Patienten entspricht den Resultaten aus Untersuchungen an störungsübergreifenden Stichproben. Es lässt sich hypothesenkonform schlussfolgern, dass die Konfliktthemen nicht störungsspezifisch sind, vielmehr spiegelt diese Konfliktverteilung ein Merkmal von Patientengruppen in psychosomatisch-psychotherapeutischer stationärer Behandlung wider.

Fragestellung 2: *Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Konfliktverteilung?*

Signifikante Geschlechtsunterschiede beim Chi-Quadrat-Test zeigen sich bei einigen Konflikten. Aufgrund der kleinen Zellenbesetzungen bei den Hauptkonflikten werden folgend die Geschlechtsunterschiede für Haupt- und Nebenkongflikte zusammen (Tabelle 13, siehe Spalte: „Gesamt HK und NK“) betrachtet.

Tabelle 13

Übersicht: Häufigkeiten der Konflikte und Geschlechtsunterschiede

	Hauptkonflikt		Gesamt HK und NK	
	♀	♂	♀	♂
1. Individuation vs. Abhängigkeit	6	0	10	1
2. Unterwerfung vs. Kontrolle	0	6	13	14
3. Versorgung vs. Autarkie	29	3	37	5
4. Selbstwertkonflikt	12	8	30	9
5. Schuldkonflikt	3	1	8	2
6. Ödipaler Konflikt	1	3	4	10
7. Identitätskonflikt	0	0	0	0
Aktiver Modus	28	8		
Passiver Modus	21	11		

Anmerkung. HK = Hauptkonflikt; NK = Nebenkonflikt.

Signifikante Geschlechtsunterschiede gibt es bei dem Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle ($\chi(1) = 10.76, p = .001$). Im Verhältnis „Konflikt vorhanden“ vs. „Konflikt nicht vorhanden“ weisen bei den weiblichen Patienten 13 Frauen den Konflikt auf, 38 Frauen haben ihn nicht. Das entspricht einem Anteil von ca. 25% der Frauen mit diesem Konflikt. Bei den männlichen Patienten ist der Konflikt bei 14 von 21 Männern vorhanden und somit prozentual mit ca. 67% der Männer stärker vertreten. Dies bedeutet, dass Männer den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle signifikant häufiger aufweisen als Frauen.

Beim Konflikt Versorgung vs. Autarkie gibt es einen hochsignifikanten Geschlechtsunterschied. Frauen haben den Konflikt signifikant häufiger als Männer ($\chi(1) = 14.54, p < .001$). Der Ödipale Konflikt hingegen ist bei Männern hoch signifikant stärker vertreten als bei Frauen, bei fast 50% der männlichen Stichprobe wurde der Ödipale Konflikt als Haupt- oder Nebenkonflikt diagnostiziert ($\chi(1) = 15.03, p < .001$).

Insgesamt kann die Frage nach konfliktbezogenen geschlechtsspezifischen Unterschieden positiv beantwortet werden. Während bei Frauen tendenziell Versorgungsthemen im Vordergrund stehen, sind bei Männern Macht und Unterwerfung

sowie ödipal-sexuelle Themen stärker vertreten. Beim Modus der Konfliktverarbeitung zeigten sich hingegen keinerlei statistisch signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

5.2 Zwei Auswertungsstrategien

Die vorangegangenen Ergebnisse beziehen die Expertenbeurteilungen sowie kategoriale Einschätzungen von Konflikt „vorhanden“ bzw. „nicht vorhanden“ mit ein. Dieses Vorgehen wurde in bisherigen Untersuchungen zur Validität der Konfliktachse verwendet, führte aber abgesehen von der Häufigkeitsverteilung zu sehr unterschiedlichen Befunden. Zusätzlich besteht das Problem der geringen Zellenbesetzungen einiger Konflikte, so dass nur Aussagen zur konvergenten Validität der häufigsten Hauptkonflikte getroffen wurden und andere Konflikte nicht beurteilt werden konnten. Auch in der vorliegenden Studie wird das Problem kleiner Zellenbesetzungen bei einigen Konflikten deutlich. Aus diesem Grund ist es ein Anliegen der Studie, zusätzlich zum bisher geläufigen Vorgehen, den größtmöglichen Informationsgehalt der Konflikteinschätzungen in die Berechnungen einzubeziehen. Die weiteren Hypothesen werden daher mit einer zusätzlichen Auswertungsstrategie untersucht, welche Daten auf Intervallskalenniveau verwendet.

Die bisher geläufige Auswertung, in dieser Studie entsprechend die Auswertung mit Expertenratings für Haupt- und Nebekonflikt sowie des bei diesen beiden Konflikten dominierenden Modus der Konfliktverarbeitung bedeutet, pro Patient wird das Rating eines Beurteilers berücksichtigt. Es erfolgt die Auswahl eines Hauptkonflikts und des zugehörigen Modus pro Patient sowie die Festlegung eines Nebekonflikts, wie es ein Teil des OPD-Erhebungsbogens (Abb. 7) erfragt und wodurch Daten auf Nominalskalenniveau resultieren.

Hauptkonflikt: _____	Zweitwichtigster Konflikt: _____				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

Abbildung 7. Kategoriale Konflikteinteilung im OPD-Erhebungsbogen.

Die erweiterte Auswertung in der vorliegenden Studie bezieht sich nicht nur auf die Gruppen „Hauptkonflikt“ und „Nebenkonzflikt“ mit kategorialen Einschätzungen, sondern es werden sämtliche Informationen des Konfliktratings der OPD einbezogen, welche aus dem Gesamt-Rating im OPD-Erhebungsbogen resultieren (Abbildung 8), im Sinne einer dimensionalen Einschätzung auf einer 4-stufigen Likertskala von „nicht vorhanden“ bis „sehr bedeutsam“ für jeden Konflikt. Daraus ergibt sich für jeden Patienten der Stichprobe pro Konflikt ein Bedeutsamkeitswert und die größtmögliche Zellenbesetzung für jeden Konflikt in der Stichprobe ist gewährleistet.

repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	②	③	④	⑤
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	②	③	④	⑤
3. Versorgung versus Autarkie	①	②	③	④	⑤
4. Selbstwertkonflikt	①	②	③	④	⑤
5. Schuldkonflikt	①	②	③	④	⑤
6. Ödipaler Konflikt	①	②	③	④	⑤
7. Identitätskonflikt	①	②	③	④	⑤

Abbildung 8. Dimensionale Konflikteinteilung im OPD-Erhebungsbogen.

Bei dieser Auswertungsstrategie wurden mehrere unabhängige Rater mit ihren dimensional en Konflikteinschätzungen berücksichtigt. Für jeden Patienten wurde ein Wert für jeden Konflikt definiert, welcher pro Konflikt aus dem Mittelwert dreier unabhängiger Beurteiler resultiert. Zur Berücksichtigung des Modus der Konfliktverarbeitung wurde eine neue Variable generiert, welche pro Patient einen Moduswert angibt. Dieser Moduswert beinhaltet den Mittelwert der Moduseinschätzungen der drei Rater von 1 (aktiv) bis 4 (passiv) für jeden Patienten. Dies erlaubt die Untersuchung von Interaktionseffekten

zwischen der Bedeutsamkeit des Konflikts und dem Modus der Konfliktverarbeitung. Um anschließend weitere Hypothesen mit diesen Werten zu prüfen, muss zunächst eine Berechnung der Interraterreliabilität gewährleisten, dass die Reliabilitätswerte der unabhängigen Beurteiler ausreichende Übereinstimmungen aufweisen.

5.3 Reliabilität

5.3.1 Interraterreliabilität

Fragestellung 3: *Wie groß sind die Interraterkorrelationen zwischen den drei unabhängigen Beurteilern auf der OPD-Konfliktachse?*

Die ICCs (Intraklassenkoeffizienten) der OPD-2-Konfliktachse für die jeweiligen Übereinstimmungen aller Raterpaare von insgesamt drei unabhängigen Beurteilern sind in Tabelle 14 aufgeführt. Die Abkürzung „Ex“ bezieht sich auf das Expertenrating, welches das Rating vom Interviewer selbst ist. „R1“ und „R2“ sind jeweils OPD-zertifizierte Psychologen, welche ihre Ratings auf Grundlage der Videoaufnahmen der Interviews vornahmen.

Nach Einteilung von Cicchetti (1994) gelten Kappa-Werte zwischen .40 und .59 als annehmbar und Werte zwischen .60 und .74 als gut. Höhere Übereinstimmungen können als sehr gut eingestuft werden. In der vorliegenden Untersuchung befinden sich die Interraterreliabilitäten für alle Konflikte außer dem Identitätskonflikt im moderaten bis sehr guten Bereich. Sehr gute Werte liegen für die Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit, Schuldkonflikt sowie Ödipaler Konflikt vor. Für den Konflikt Versorgung vs. Autarkie ist ein guter Wert resultiert, für den Selbstwertkonflikt und den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle ein annehmbarer Wert. Dies deutet darauf hin, dass bei 6 von 7

Konflikten ein Großteil der Varianz in den Messwerten substantiell ist und ein geringerer Anteil an Fehlervarianz vorhanden.

Tabelle 14

Reliabilitäten für drei Raterpaare

	R1Ex	R2Ex	R1R2	M
<i>Gültige Fälle (GF)</i>	<i>ca. 33</i>	<i>ca. 10</i>	<i>ca. 25</i>	<i>ca. 22</i>
1. Individuation vs. Abhängigkeit	.771 (GF32)	1.00 (GF9)	.603 (GF24)	.791
2. Unterwerfung vs. Kontrolle	.528 (GF36)	.343 (GF10)	.462 (GF26)	.444
3. Versorgung vs. Autarkie	.735 (GF38)	.649 (GF12)	.776 (GF26)	.720
4. Selbstwertkonflikt	.546 (GF37)	.636 (GF12)	.492 (GF26)	.558
5. Schuldkonflikt	.818 (GF28)	.820 (GF7)	.765 (GF25)	.801
6. Ödipaler Konflikt	.714 (GF28)	.870 (GF7)	.724 (GF25)	.769
7. Identitätskonflikt	.940 (GF28)	0	0	.313

Anmerkung. GF = Gültige; Fälle R1 = Rater 1; R2 = Rater 2; Ex = Experte, M = Mittelwert.

5.3.2 Interne Konsistenz der Fragebögen

Fragestellung 4: *Wie groß sind die internen Konsistenzen der verwendeten Fragebögen in der Patientenstichprobe?*

Als Maß der Reliabilität werden in den Tabellen 15 bis 19 die Werte zur internen Konsistenz der eingesetzten Fragebögen in der untersuchten Stichprobe depressiver Patienten angegeben. Die interne Konsistenz ist ein Maß für die Homogenität einer Skala und gibt die Messgenauigkeit eines Instruments an, wenn kein Retest oder Paralleltest zur Bestimmung der Reliabilität zur Verfügung steht. Als gebräuchliche Kenngröße für die interne Konsistenz wird in der folgenden Tabelle Chronbachs Alpha für jeden Fragebogen sowie die, zur Prüfung der Hypothesen eingesetzten, Skalen der Fragebögen aufgeführt:

Tabelle 15

Reliabilitäten für BDI, HAMD und SCL-90 zu den erhobenen Messzeitpunkten in der Stichprobe

Chronbachs	BDI (T1)	BDI (T3)	BDI (T4)	HAMD (T1)	HAMD (T3)	SCL-90 (T1)
Alpha (α)	$\alpha = .87$	$\alpha = .85$	$\alpha = .90$	$\alpha = .75$	$\alpha = .77$	$\alpha = .96$

Anmerkung. BDI = Beck Depressions-Inventar; HAMD = Hamilton Skala; SCL-90 = Symptomcheckliste.

Tabelle 16

Reliabilitäten für die drei Skalen des DEQ in der Stichprobe

Chronbachs	Abhängigkeit	Selbstkritik	Selbstwirksamkeit
Alpha (α)	$\alpha = .62$	$\alpha = .84$	$\alpha = .63$

Anmerkung. DEQ = Depressive Experience Questionnaire.

Tabelle 17

Reliabilitäten für die Skalen des IPO zum Messzeitpunkt T1 in der Stichprobe

Chronbachs	PA (T1)	ID (T1)	RP (T1)	AG (T1)	MW (T1)
Alpha (α)	$\alpha = .85$	$\alpha = .92$	$\alpha = .85$	$\alpha = .70$	$\alpha = .76$

Anmerkung. IPO = Inventory of Personality Organization; PA = Primitive Abwehr; ID = Identitätsdiffusion; RP = schwache Realitätsprüfung; AG = Aggression; MW = wenig Moralische Werte; T1 = Messzeitpunkt zu Therapiebeginn.

Tabelle 18

Reliabilitäten für die Skalen des IPO zum Messzeitpunkt T3 in der Stichprobe

Chronbachs	PA (T3)	ID (T3)	RP (T3)	AG (T3)	MW (T3)
Alpha (α)	$\alpha = .88$	$\alpha = .91$	$\alpha = .77$	$\alpha = .63$	$\alpha = .71$

Anmerkung. IPO = Inventory of Personality Organization; PA = Primitive Abwehr; ID = Identitätsdiffusion; RP = schwache Realitätsprüfung; AG = Aggression; MW = wenig Moralische Werte; T3 = Messzeitpunkt zu Therapieende.

Tabelle 19

Reliabilitäten für die Skalen des IIM in der Stichprobe

Chronbachs	Ges/Akz	Ha	Al	Anp/Unt	Ver	SeB	DeI	SeS
Alpha (α)	$\alpha = .55$	$\alpha = .74$	$\alpha = .69$	$\alpha = .76$	$\alpha = .75$	$\alpha = .73$	$\alpha = .59$	$\alpha = .59$

Anmerkung. Ges/Akz = Geselligkeit/Akzeptanz; Ha = Harmonie; Al = Altruismus; Anp/Unt = Anpassung/ Unterordnung; Ver = Verschlussenheit; SeB = Selbstbezogenheit; DeI = Durchsetzung eigener Interessen; SeS = Selbstsicherheit.

Der empfohlene Mindestwert für psychometrische Testverfahren von $\alpha = .70$ ist nicht für alle Skalen der eingesetzten Fragebögen erfüllt. Die Werte für Chronbachs Alpha liegen in dem Bereich $\alpha = .55$ bis $\alpha = .96$. Die niedrigsten Werte finden sich in der

untersuchten Stichprobe für drei Skalen des Inventar Interpersonaler Motive (IIM). Es handelt sich um die Skalen Geselligkeit/Akzeptanz ($\alpha = .55$), Durchsetzung eigener Interessen ($\alpha = .59$) und Selbstsicherheit ($\alpha = .59$). Für das Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO) liegen zum Messzeitpunkt T1 alle Reliabilitätswerte im Bereich des empfohlenen Mindestwertes von $\alpha = .70$. Zum Messzeitpunkt T3 ergibt sich ein Wert unter dem empfohlenen Mindestwert, es handelt sich um die Skala Aggression mit $\alpha = .63$. Beim Depressive Experience Questionnaire (DEQ) erreicht nur die Skala Selbstkritik eine gute interne Konsistenz, für die beiden weiteren Skalen ist $\alpha < .70$. Die störungsspezifischen Messinstrumente (BDI, HAMD, SCL-90) zeigen zu allen Messzeitpunkten ausreichend hohe interne Konsistenzen.

5.4 Konvergente Validität

5.4.1 Diagnostische/Übereinstimmungsvalidität

Um die konvergente Validität der Konfliktachse zu überprüfen, wurden die Konflikte zu verschiedenen Außenkriterien in Form von Selbstbeurteilungen in Zusammenhang gesetzt und Korrelationen sowie Moderatormodelle gerechnet um die Art des Zusammenhangs statistisch einzuordnen. Im Vordergrund steht zunächst der Zusammenhang zwischen OPD-Konflikten und dem anaklitischen und introjektiven Subtyp nach Blatt (1974) gemessen mit dem Depressive Experience Questionnaire (DEQ). Anschließend erfolgt die Überprüfung des Zusammenhangs von OPD-Konflikten und interpersonalen Motiven (IIM) sowie Skalen zur Persönlichkeitsorganisation (IPO).

(1) Zusammenhang zu Subtypen nach Blatt (1974)

Vor der Überprüfung der Hypothesen zu einzelnen Konflikten wurde untersucht, ob sich der aus bisherigen Veröffentlichungen bekannte Zusammenhang zwischen den DEQ-Skalen und Depressionsmaßen auch für die untersuchte Stichprobe der vorliegenden Arbeit bestätigen lässt.

Fragestellung 5: *Korrelieren die DEQ- Dimensionen „Selbstkritik“ und „Abhängigkeit“ signifikant mit den symptombezogenen Depressionsscores?*

Zur Untersuchung der Hypothese und Beantwortung der Fragestellung wurde der Grad des linearen Zusammenhangs (Korrelationskoeffizient nach Pearson) zwischen den Skalen des DEQ und den Depressivitätsscores in Form der Summenscores des Beck Depressions-Inventars, der Hamilton-Depressionsskala und der Symptomcheckliste 90 berechnet. Es wurden jeweils die Werte zum Messzeitpunkt T1 verwendet, da diese die Schwere der Depressivität vor bzw. zu Beginn der stationären psychosomatisch- psychotherapeutischen Behandlung darstellen.

Tabelle 20

Ergebnisse der Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ- Skalen und BDI, HAMD und SCL-90 zu T1

		BDI (T1)	HAMD (T1)	SCL-90 (T1)
		<i>N = 61</i>	<i>N = 57</i>	<i>N = 60</i>
DEQ – Skala Abhängigkeit	Korrelation nach Pearson	<i>r = .315*</i>	<i>r = .309*</i>	<i>r = .368**</i>
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p = .013</i>	<i>p = .019</i>	<i>p = .004</i>
DEQ – Skala Selbstkritik	Korrelation nach Pearson	<i>r = .467**</i>	<i>r = .275*</i>	<i>r = .324*</i>
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p = .000</i>	<i>p = .039</i>	<i>p = .012</i>
DEQ – Skala Selbstwirksamkeit	Korrelation nach Pearson	<i>r = .013</i>	<i>r = -.048</i>	<i>r = .070</i>
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p = .918</i>	<i>p = .724</i>	<i>p = .597</i>

Anmerkung. T1= Diagnostik am ersten Tag bis max. in erster Woche des stat. Aufenthaltes; BDI= Beck Depressions Inventar; HAMD = Hamilton Depressions Skala; SCL -90 Symptomcheckliste; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Die Ergebnisse in Tabelle 20 belegen, dass signifikante Zusammenhänge zwischen beiden Subtypen, introjektiver Subtyp (Selbstkritikskala des DEQ) und anaklitischer Subtyp (Abhängigkeitsskala des DEQ) zu allen symptombezogenen Messinstrumenten vorhanden sind. Dabei liegen die Korrelationskoeffizienten in dem Bereich von $r = .28$ bis $r = .47$.

Überprüfung der Hypothesen

Bei Berechnung von Korrelationskoeffizienten nach Spearman zum Zusammenhang der Bedeutsamkeit eines Konfliktes mit einer Skala des Depressive Experience Questionnaires (DEQ) im Sinne der Hypothesen zeigen sich keinerlei signifikante Zusammenhänge. Dies gilt gleichermaßen für alle Konflikte und alle Dimensionen des DEQ. Inhaltlich ist es sinnvoll, die Konflikte nicht unabhängig vom Modus der Konfliktverarbeitung zu betrachten. Daher wurde in weiteren statistischen Analysen die Modusvariable mit einbezogen. Dies ermöglicht die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Bedeutsamkeit eines Konflikts und Fragebogenskalen in Abhängigkeit vom Modus der Konfliktverarbeitung. Diese Berechnung erfolgte durch Regressionsanalysen unter Anwendung des Programms modprobe.sbs nach Hayes und Matthes (2009).

Zunächst erfolgte die Prüfung der beiden Hypothesen zu zwei Konfliktthemen, anschließend wurden die möglichen Zusammenhänge für alle Konflikte berechnet.

Hypothese 6: *Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Versorgung vs. Autarkie“ korreliert signifikant mit der Höhe der Ausprägung auf der DEQ-Skala „Abhängigkeit“.*

Bei Berücksichtigung der Bedeutsamkeit des Versorgungs- vs. Autarkiekonfliktes bei allen Patienten und unter Berücksichtigung der Modusvariable zeigen sich keine statistisch signifikanten Ergebnisse im Sinne der Hypothese. Die Bedeutsamkeit des Konflikts hängt

weder signifikant mit der Ausprägung auf der Skala Abhängigkeit noch auf der Skala Selbstkritik zusammen.

Hypothese 6 lässt sich nicht bestätigen. Das Konzept des anaklitischen Subtyps, welches repräsentiert im Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt vermutet wurde, scheint sich von dem Konfliktthema zu unterscheiden.

Hypothese 7: *Die Bedeutsamkeit des "Selbstwertkonflikts" korreliert signifikant mit der Höhe der Ausprägung auf der DEQ- Skala „Selbstkritik“.*

Auf der Skala Selbstkritik des DEQ wurden keine signifikanten Zusammenhänge zum Selbstwertkonflikt aufgezeigt. Es zeigte sich eine Tendenz ohne statistische Signifikanz, dass Patienten mit passivem Verarbeitungsmodus zu mehr Selbstkritik im Fragebogen tendieren, unabhängig vom Konfliktthema ($\beta = .24, p = .09$).

Die Ergebnisse widerlegen Hypothese 7, der Selbstwertkonflikt nach OPD-2 steht nicht in direktem Zusammenhang mit dem Konzept des introjektiven Subtyps.

Zusammenhänge zu anderen Konflikten

Individuation vs. Abhängigkeit

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt des Modus der Konfliktverarbeitung, welcher sich bereits in Zusammenhang mit dem Selbstwertkonflikt andeutete. Das heißt, je passiver der Modus der Konfliktverarbeitung eingeschätzt wurde, desto höher sind die Werte auf der Skala Selbstkritik der Patienten ($\beta = .26, p = .04$). Dieser Effekt ist allerdings nur ein bedingter Haupteffekt des Modus, der nur statistisch signifikant wird, wenn der Einfluss des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit als Variable konstant gehalten wird.

Es zeigt sich außerdem ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Konflikt und Modus ($\beta = -.27, p = .03$). Eine Inspektion des Regressionskoeffizienten bei relativ aktivem ($- 1 SD$) und relativ passivem ($+ 1 SD$) Modus ergab, dass die Bedeutsamkeit des

ersten Konflikts nur dann positiv mit dem Ausmaß der Selbstkritik zusammenhing, wenn Personen den Konflikt eher aktiv verarbeiteten ($\beta = .51, p = .01$). Dagegen spielte die Bedeutsamkeit des Konflikts bei Personen mit passiver Konfliktverarbeitung keine Rolle ($\beta = -.02, p = .91$).

Unterwerfung vs. Kontrolle

Es zeigt sich erneut ein signifikanter Haupteffekt des Modus der Konfliktverarbeitung, in diesem Fall unter Konstanthaltung des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle. Das bedeutet, je passiver der Modus der Konfliktverarbeitung eingeschätzt wurde, desto höher sind die Werte auf der Skala Selbstkritik der Patienten ($\beta = .27, p = .04$). Außerdem zeigt sich auch bei diesem Konflikt ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Konflikt und Modus ($\beta = .29, p = .009$). Bei Betrachtung der Regressionskoeffizienten bei eher aktivem vs. eher passivem Modus zeigt sich, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle negativ mit dem Ausmaß der Selbstkritik zusammenhing, wenn Personen den Konflikt eher aktiv verarbeiteten ($\beta = -.53, p = .005$). Bei Personen mit passiver Konfliktverarbeitung spielte die Bedeutsamkeit des Konflikts keine Rolle ($\beta = .03, p = .80$).

Für die DEQ-Skala „Selbstwirksamkeit“ zeigte sich ebenfalls ein Haupteffekt des Modus und ein Interaktionseffekt von Modus und Konflikt. Der Haupteffekt belegt, dass die Werte für Selbstwirksamkeit umso niedriger sind, je passiver der Modus eingeschätzt wurde ($\beta = -.29, p = .03$). Es zeigt sich, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle nur dann positiv mit dem Ausmaß der Selbstwirksamkeit zusammenhing, wenn Personen den Konflikt eher passiv verarbeiteten ($\beta = .28, p = .04$). Bei Personen mit aktiver Konfliktverarbeitung spielte die Bedeutsamkeit des Konflikts keine Rolle ($\beta = -.18, p = .31$).

Schuldkonflikt, Ödipaler Konflikt

Der Schuldkonflikt und der Ödipale Konflikt zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit den DEQ-Skalen.

Zusammenfassende Beurteilungen

Die Ergebnisse sprechen gegen eine Ähnlichkeit von Konfliktkonzepten nach OPD-2 und dem Modell der Subtypisierung der Depression in anaklitischen und introjektiven Subtyp. Vielmehr zeichnet sich ab, dass der Modus der Konfliktverarbeitung eine wichtige Variable darstellt, die sogar unabhängig vom Konfliktthema betrachtet werden kann und zu signifikanten Gruppenunterschieden führt. Zusammenfassend lässt sich auf Grundlage der uneinheitlichen Ergebnisse lediglich vermuten, dass das Konzept des anaklitischen und introjektiven Subtyps weniger konfliktspezifisch ist im Sinne der Konfliktunterteilung in der OPD-2 und eher Bezug zu einem allgemeinen Umgang mit intrapsychischen Problemen im Sinne des Verarbeitungsmodus hat.

(2) Zusammenhang zu interpersonalen Motiven (IIM)

Hypothese 8: *Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Unterwerfung vs. Kontrolle“ hängt mit der Ausprägung des Motivs „Anpassung/Unterordnung“ zusammen.*

Bei Berücksichtigung der Bedeutsamkeit des Konfliktes Unterwerfung vs. Kontrolle bei allen Patienten und unter Betrachtung der Modusvariable zeigen sich bei der Regressionsanalyse statistisch signifikante Effekte in Zusammenhang mit den Motiven Anpassung/Unterordnung, Selbstsicherheit und Durchsetzung eigener Interessen. Der Regressionskoeffizient für Patienten mit einem tendenziell aktiven Modus (d.h. Patienten, die über alle Ratings einen mittleren Moduswert haben, der um eine Standardabweichung kleiner ist als der mittlere Moduswert der Gesamtstichprobe) ist für das Motiv Anpassung/

Unterordnung $\beta = - .57, p < .01$. Dies sagt aus, dass, je bedeutsamer der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle bei Patienten mit aktivem Modus ist, desto weniger ausgeprägt ist bei diesen Patienten das Motiv Anpassung/Unterordnung. Umgekehrt zeigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Bedeutsamkeit des Konflikts und dem Anpassungs-/Unterordnungsmotiv gibt, wenn Patienten den Konflikt eher passiv verarbeiten ($\beta = -.09, p = .49$). Zur Beantwortung der Hypothese ist zu sagen, dass ein Zusammenhang zwischen diesem Konflikt und dem Motiv Anpassung/Unterordnung besteht, welcher von dem Modus der Konfliktverarbeitung moderiert wird.

Die beiden Haupteffekte zu weiteren Motiven sagen aus, dass, je bedeutsamer der Konflikt bei Patienten eingeschätzt wurde, desto stärker ausgeprägt waren die Motive Selbstsicherheit ($\beta = .297, p = .02$) und Durchsetzung eigener Interessen ($\beta = .34, p = .01$).

Hypothese 9: *Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Versorgung vs. Autarkie“ hängt mit einer starken Ausprägung der Motive „Harmonie“, „Geselligkeit“ und „Altruismus“ zusammen.*

Es konnten keine signifikanten Belege für die Hypothese nachgewiesen werden. Es gab keinerlei Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Konflikts Versorgung vs. Autarkie und den IIM-Motiven Harmonie, Geselligkeit und Altruismus. Auch Moderatoreffekte des Modus wurden berücksichtigt und zeigten keine Signifikanz. Zusammenhänge zu allen 8 IIM-Skalen wurden geprüft, es zeigten sich signifikante Haupteffekte für die Motive Durchsetzung eigener Interessen und Selbstsicherheit. Es wurde belegt, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts Versorgung vs. Autarkie signifikante Effekte in Zusammenhang mit dem Motiv Durchsetzung eigener Interessen aufweist, mit einem Regressionskoeffizienten von $\beta = -.50, p < .001$ sowie dem Motiv Selbstsicherheit mit $\beta = -.32, p = .02$. Zusammenfassend heißt das, je bedeutsamer der Konflikt Versorgung

vs. Autarkie, desto weniger ausgeprägt sind die Motive Durchsetzung eigener Interessen und Selbstsicherheit.

Hypothese 10: *Die Bedeutsamkeit des „Selbstwertkonflikts“ hängt mit einer starken Ausprägung der Motive „Durchsetzung eigener Interessen“ sowie „Selbstsicherheit“ zusammen.*

Es zeigten sich keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Selbstwertkonflikts und interpersonellen Motiven. Hypothese 10 konnte nicht belegt werden.

Zusammenhänge zu anderen Konflikten

Individuation vs. Abhängigkeit

Bei Berücksichtigung der Bedeutsamkeit des Konfliktes Individuation vs. Abhängigkeit ergab sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Motiv Selbstsicherheit. Je bedeutsamer der Konflikt, desto mehr Ausprägung besteht auf dem Motiv der Selbstsicherheit unabhängig vom Modus der Konfliktverarbeitung ($\beta = .31, p = .03$).

Es zeigen sich Tendenzen aber keine statistische Signifikanz für den Zusammenhang des Konflikts mit anderen Motiven, je bedeutsamer der Konflikt desto ausgeprägter sind die Motive Altruismus ($p = .05$), Harmonie ($p = .06$) und Geselligkeit/Akzeptanz ($p = .06$).

Schuldkonflikt

Es zeigte sich nicht der erwartete Zusammenhang zu dem Motiv Verschlossenheit, aber es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bedeutsamkeit des Schuldkonfliktes und der Ausprägung des Motivs Harmonie belegt werden. Je bedeutsamer der Schuldkonflikt beim Patienten, unabhängig vom Modus, desto weniger ausgeprägt das

Motiv Harmonie ($\beta = -.36, p = .02$) sowie das Motiv Geselligkeit/Akzeptanz ($\beta = -.32, p = .03$).

Ödipaler Konflikt

Es zeigten sich zwei Haupteffekte für die Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Ödipalen Konflikts und der Ausprägung interpersoneller Motive. Je bedeutsamer der Ödipale Konflikt, unabhängig vom Modus, desto weniger ausgeprägt das Motiv Selbstbezogenheit ($\beta = -.25, p = .04$) sowie das Motiv Verslossenheit ($\beta = -.26, p = .04$).

Tabelle 21

Ergebnisse der Regressionsanalyse mit AV: IIM-Skala, UV: Konflikt, Moderator: Modus

	Ges/Akz	Ha	Al	Anp/Unt	Ver	SeB	DeI	SeS
K1	$p = .063$ $\beta = .263$	$p = .059$ $\beta = .261$	$p = .050$ $\beta = .265$	$p = .828$ $\beta = -.030$	$p = .204$ $\beta = .175$	$p = .153$ $\beta = .199$	$p = .278$ $\beta = .155$	$p = .025^*$ $\beta = .306$
K2	$p = .189$ $\beta = .177$	$p = .171$ $\beta = .180$	$p = .065$ $\beta = -.236$	$p = .008$ $\beta = -.330^{**}$	$p = .079$ $\beta = -.226$	$p = .295$ $\beta = -.139$	$p = .009$ $\beta = .342^{**}$	$p = .021$ $\beta = .297^*$
			IE: $p = .003$ $\beta = -.566^{**}$					
K3	$p = .503$ $\beta = -.096$	$p = .988$ $\beta = -.002$	$p = .567$ $\beta = .077$	$p = .317$ $\beta = .133$	$p = .782$ $\beta = -.037$	$p = .120$ $\beta = -.215$	$p = .000$ $\beta = -.502^{**}$	$p = .019$ $\beta = -.319^*$
K4	$p = .691$ $\beta = .054$	$p = .619$ $\beta = .066$	$p = .379$ $\beta = .114$	$p = .988$ $\beta = .002$	$p = .352$ $\beta = .123$	$p = .921$ $\beta = -.013$	$p = .977$ $\beta = -.034$	$p = .605$ $\beta = .067$
K5	$p = .033$ $\beta = -.321^*$	$p = .015$ $\beta = -.357^*$	$p = .486$ $\beta = .102$	$p = .170$ $\beta = .199$	$p = .336$ $\beta = .141$	$p = .294$ $\beta = .157$	$p = .198$ $\beta = -.194$	$p = .104$ $\beta = -.236$
K6	$p = .157$ $\beta = -.184$	$p = .779$ $\beta = -.036$	$p = .277$ $\beta = -.134$	$p = .343$ $\beta = -.119$	$p = .035$ $\beta = -.262^*$	$p = .044$ $\beta = -.253^*$	$p = .386$ $\beta = -.113$	$p = .735$ $\beta = -.045$

Anmerkung. Zeilen OPD-Konflikte: K1 = Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit; K2 = Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle; K3 = Konflikt Versorgung vs. Autarkie; K4 = Selbstwertkonflikt; K5 = Schuldkonflikt; K6 = Ödipaler Konflikt; **Spalten IIM Skalen:** Ges/Akz = Geselligkeit/Akzeptanz; Ha = Harmonie; Al = Altruismus; Anp/Unt = Anpassung/ Unterordnung; Ver = Verslossenheit; SeB = Selbstbezogenheit; die = Durchsetzung eigener Interessen; SeS = Selbstsicherheit; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$; IE = Interaktionseffekt zwischen Konflikt und Modus.

Zusammenfassende Beurteilungen

Der Modus der Konfliktverarbeitung deutete sich im Zusammenhang mit den Subtypen im vorangegangenen Abschnitt als bedeutsame unabhängige Variable an. Dies lässt sich bei den interpersonellen Motiven nicht gleichermaßen finden. Es gibt einen signifikanten Moderatoreffekt des aktiven Modus mit dem Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle in Bezug auf das Motiv der Anpassung/Unterordnung. Die weiteren dargestellten Effekte traten als Haupteffekte der Konflikte unabhängig vom Modus auf.

Neben der Überprüfung einzelner Hypothesen wurden insgesamt alle Konflikte zu allen interpersonellen Motiven in Zusammenhang gesetzt. Die Ergebnisse dieser 48 Einzeltests sind in Tabelle 21 dargestellt. Die große Anzahl an Einzeltests kann zu einer Überschätzung signifikanter Zusammenhänge führen (Rasch et al., 2006). Bei einer Menge von 48 statistischen Tests ist eine Anpassung des Signifikanzniveaus ratsam. Dies wurde entsprechend der Bonferroni-Korrektur vorgenommen. Das angepasste Signifikanzniveau verändert sich bei dieser Testanzahl von $p < .05$ auf $p < .001$. Somit würde nur noch der negative Zusammenhang zwischen dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie und dem Motiv Durchsetzung eigener Interessen als signifikantes Ergebnis mit $p = .000$ zugelassen.

(3) Übergeordnete IIM- Dimensionen

Aufgrund der inhomogenen Befunde, welche sich aus den Zusammenhängen zu einzelnen Interpersonellen Motiven ergaben, werden zusätzlich Zusammenhänge zu übergeordneten motivbezogenen Außenkriterien betrachtet. Die einzelnen Skalen des IIM lassen sich zusätzlich auf zwei übergeordnete Dimensionen zurückführen. Diese sind als „Agency“ und „Communion“ benannt und repräsentieren eine Dominanzachse mit den Polen Anpassung und Dominanz sowie eine Affiliationsachse, deren Ausprägung auf Nähe vs. Distanzierung zurückgeführt werden kann. Es wird folgend überprüft, ob einzelne

Konflikte eher einem Cluster mit verschiedenen Motiven zugeordnet werden sollten als einzelnen Motivskalen. Es werden anschließend zwei zusätzliche Hypothesen, die sich aus den bisherigen Ergebnissen ableiten, überprüft und die Ergebnisse in Tabelle 22 dargestellt.

Zusatzhypothese Dominanzachse:

Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Unterwerfung vs. Kontrolle“ hängt mit der Ausprägung auf der „Dominanzskala“ des IIM zusammen.

Zusatzhypothese Affiliationsachse:

Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Versorgung vs. Autarkie“ hängt mit der Ausprägung auf der „Affiliationsskala“ des IIM zusammen.

Tabelle 22

Ergebnisse der Regressionsanalyse mit AV: IIM-Dimensionen, UV: Konflikt, Moderator: Modus

	Achse: Agency	Achse: Communion
Individuation vs. Abhängigkeit	$p = .359$ $\beta = .126$	$p = .560$ $\beta = .083$
Unterwerfung vs. Kontrolle	$p = .000$ $\beta = .521^{**}$	$p = .551$ $\beta = .080$
	IE: Aktiver Modus $p = .000$ $\beta = .732^{**}$	IE: Passiver Modus $p = .015$ $\beta = .309^*$
Versorgung vs. Autarkie	$p = .006^{**}$ $\beta = -.356$	$p = .089$ $\beta = .239$
Selbstwertkonflikt	$p = .044$ (IE) $\beta = -.279^*$	$p = .793$ $\beta = .036$
Schuldkonflikt	$p = .007$ $\beta = -.383^{**}$	$p = .389$ $\beta = -.130$
Ödipaler Konflikt	$p = .648$ $\beta = .057$	$p = .416$ $\beta = .105$

Anmerkung. IE = Interaktionseffekt Konflikt und Modus; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Für den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle zeigt sich der erwartete Zusammenhang zur Dominanzachse des IIM. Der statistische Zusammenhang lässt sich sowohl als hochsignifikanter Haupteffekt der Bedeutsamkeit des Konflikts mit der Ausprägung des Dominanzmotivs zeigen als auch als hochsignifikanter Interaktionseffekt mit dem Modus der Konfliktverarbeitung sowohl für den aktiven als auch passiven Modus. Die in Tabelle 22 dargestellten Ergebnisse sagen aus, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle signifikant mit einer höheren Ausprägung auf der Dominanzachse zusammenhängt. Zusätzlich zeigt sich ein Interaktionseffekt. Der Zusammenhang bleibt unabhängig vom Konfliktmodus positiv, aber er wird mit zunehmend aktiver Konfliktverarbeitung stärker von $\beta = .31$ für tendenziell passive Konfliktverarbeitung bis zu einer großen Effektstärke von $\beta = .73$ für Patienten mit tendenziell aktiver Konfliktverarbeitung. Der Selbstwertkonflikt weist einen signifikanten Interaktionseffekt mit der Dominanzachse auf. Demnach hängt die Bedeutsamkeit des Selbstwertkonflikts bei aktivem Modus positiv und bei passivem Modus negativ mit dem Dominanzmotiv zusammen.

Die Affiliationsachse zeigt sich nicht in dem erwarteten Zusammenhang zu dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie und auch zu anderen Konflikten lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge aufzeigen. Jedoch zeigte sich erwartungskonform, dass der Konflikt Versorgung vs. Autarkie mit niedrigerer Ausprägung auf der Dominanzachse einhergeht, ebenso wie die Bedeutsamkeit des Schuldkonflikts negative Korrelationen zur Ausprägung auf der Dominanzachse aufweist.

Aufgrund der mehrfachen Testung einer übergeordneten Fragestellung zum Zusammenhang der Konflikte mit den beiden übergeordneten IIM-Achsen ist eine Anpassung des Signifikanzniveaus, beispielsweise durch die Bonferroni-Korrektur in Erwägung zu ziehen. Es wurden insgesamt 12 statistische Einzeltests gerechnet, dies ergibt

bei einem Alphafehler von 5% per Zufallswahrscheinlichkeit einen signifikanten Test. Da aber 50% der Einzeltests signifikante bis hochsignifikante Zusammenhänge zeigen, kann von einem überzufälligen Zusammenhang gesprochen werden. Würde dennoch das Signifikanzniveau per Bonferroni-Korrektur angepasst, ergäbe sich ein korrigiertes Signifikanzniveau von $p < .004$. Somit würde lediglich der Interaktionseffekt des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle mit der Modusvariable auf der Dominanzskala als signifikantes Ergebnis bestehen.

(4) Zusammenhang zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Hypothese 11: *Je bedeutsamer der Konflikt „Individuation vs. Abhängigkeit“, desto ausgeprägter die „primitive Abwehr“, die „Identitätsdiffusion“, die „schwache Realitätsprüfung“ und desto höher die „Aggression“.*

Die Ergebnisse zum Zusammenhang der Bedeutsamkeit des Konflikts und der Ausprägung der einzelnen IPO-Dimensionen, schwache Realitätsprüfung (RP), Identitätsdiffusion (ID) primitive Abwehr (PA), Aggression (AG) und wenig moralische Werte (MW) sind in Tabelle 23 zum Messzeitpunkt T1 aufgeführt. Die Veränderung auf den IPO-Skalen zwischen T1 und T3 werden im Kapitel zur prognostischen Validität untersucht.

Tabelle 23

Ergebnisse der Regressionsanalyse mit AV: IPO-Skala zu T1, UV: Konflikt, Moderator: Modus

	PA	ID	RP	AG	MW
Individuation vs. Abhängigkeit	$p = .015$ $\beta = .321^*$	$p = .053$ $\beta = .261$	$p = .087$ $\beta = .232$	$p = .018$ $\beta = .320^*$	$p = .012$ $\beta = .332^*$
Unterwerfung vs. Kontrolle	$p = .853$ $\beta = -.024$	$p = .162$ $\beta = -.179$	$p = .291$ $\beta = -.138$	$p = .223$ $\beta = -.158$	$p = .117$ $\beta = -.199$
Versorgung vs. Autarkie	$p = .876$ $\beta = -.021$	$p = .489$ $\beta = .092$	$p = .892$ $\beta = -.019$	$p = .633$ $\beta = -.064$	$p = .996$ $\beta = -.000$
Selbstwertkonflikt	$p = .967$ $\beta = -.006$	$p = .279$ $\beta = .148$	$p = .196$ $\beta = .180$	$p = .767$ $\beta = .041$	$p = .048$ $\beta = -.268^*$
Schuldkonflikt	$p = .664$ $\beta = -.066$	$p = .467$ $\beta = -.111$	$p = .832$ $\beta = .033$	$p = .698$ $\beta = .060$	$p = .179$ $\beta = .207$
Ödipaler Konflikt	$p = .668$ $\beta = .053$	$p = .826$ $\beta = -.028$	$p = .308$ $\beta = -.136$	$p = .484$ $\beta = -.089$	$p = .536$ $\beta = -.077$

Anmerkung. PA = Primitive Abwehr; ID = Identitätsdiffusion; RP = schwache Realitätsprüfung; AG = Aggression; MW = wenig moralische Werte; *statistische Signifikanz, $p < .05$.

Es zeigen sich hypothesenkonform signifikante Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit und einigen IPO-Dimensionen. Je bedeutsamer der Konflikt von den Beurteilern eingeschätzt wurde, desto signifikant höher sind die Werte bei der primitiven Abwehr. Für die Skalen Identitätsdiffusion und schwache Realitätsprüfung zeigen sich die postulierten Zusammenhänge ebenfalls in der erwarteten Richtung, erreichen aber nicht das statistische Signifikanzniveau. Zusätzlich zu den angenommenen Zusammenhängen zeigen sich bei bedeutsamem Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt signifikant höhere Aggressionswerte und wenig moralische Werte bei $p < .05$.

Der Modus der Konfliktverarbeitung wurde in die Regressionsanalyse einbezogen, aber Interaktionseffekte bezogen auf Konflikt und Modus zeigten sich zu T1 nicht.

Hypothese 12: *Je bedeutsamer der „Ödipale Konflikt“, desto weniger ausgeprägt die „primitive Abwehr“, die „Identitätsdiffusion“ und die „schwache Realitätsprüfung“.*

Die Ergebnisse (Tabelle 23) zeigen keinerlei signifikante statistische Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Ödipalen Konflikts und der Ausprägung der einzelnen IPO-Dimensionen. Auch der Modus der Konfliktverarbeitung hatte keinen Effekt. Die Hypothese 12 kann somit nicht bestätigt werden.

Zusammenhänge zu anderen Konflikten

Zusätzlich zum hypothesengeleiteten Vorgehen mit signifikanten Effekten des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit wurden explorativ alle weiteren Konflikte mit den IPO-Dimensionen überprüft. Lediglich der Selbstwertkonflikt ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang in negativer Richtung zur Skala wenig moralische Werte. Die hoch eingeschätzte Bedeutsamkeit dieses Konflikts hängt mit stärker ausgeprägtem Empfinden von Moral zusammen.

Zusammenfassende Beurteilungen

Insgesamt traten kaum Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit bestimmter Konflikte und den Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation auf. Lediglich die Hypothese zum Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit konnte durch statistisch relevante Zusammenhänge zu einigen Dimensionen belegt werden. Der Konflikt geht mit signifikant stärkerer primitiver Abwehr, mehr Aggression und wenig moralischen Werten einher. Der Selbstwertkonflikt hängt mit stärker ausgeprägtem Moralempfinden zusammen. Durch die explorative Untersuchung aller Konflikte mit allen Skalen, nachdem die Hypothesen nicht einheitlich bestätigt werden konnten, ergeben sich sehr viele einzelne Testungen für die übergeordnete Fragestellung. Nach der Bonferroni-Korrektur müsste das Signifikantniveau

bei den 30 Tests von einem Signifikanzniveau von $p < .05$ auf $p < .002$ angepasst werden. Dies würde bedeuten, dass keine signifikanten Zusammenhänge interpretiert werden dürften. Bei 30 Einzeltests ist absehbar, dass ein bis zwei Effekte bereits per Zufall signifikant würden. Die beschriebenen vier signifikanten Haupteffekte sprechen somit gegen eine reine Zufallsverteilung. Beachtet werden sollte außerdem, dass sich beim hypothesengeleiteten Vorgehen die Ergebnisse nur auf die Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit und Ödipaler Konflikt mit insgesamt 10 Einzeltests beziehen, von welchen vier Tests signifikant wurden.

5.4.2 Prognostische Validität

(1) Therapieoutcome in der Stichprobe

Fragestellung 13: *Welche Wirksamkeit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Therapie zeigt sich in der Gesamtstichprobe?*

Die in Tabelle 24 dargestellten Ergebnisse zeigen die Veränderungen in den symptombezogenen Selbsteinschätzungen mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), der Symptomcheckliste (SCL-90) sowie in der Fremdeinschätzung mit der Hamilton Depressionsskala (HAMD). Es wurde jeweils der Summenscore der Fragebögen in die Rechnung einbezogen. Die Veränderungen im Rahmen der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Therapie werden zunächst für die Gesamtstichprobe angegeben. Neben den symptombezogenen Maßen wurde ergänzend ein Instrument zur Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001) eingesetzt. Die Ergebnisse der Therapieeffekte auf diesen Dimensionen sind in Tabelle 25 aufgeführt.

Anschließend werden die Therapieergebnisse unter Berücksichtigung der jeweiligen Konflikte und Verarbeitungsmodi differenziert betrachtet.

Tabelle 24

Ergebnisse der t-Tests der Depressionswerte verschiedener Skalen im Vergleich Prä-, Post und Katamnese

	BDI				HAMD		SCL-90	
	Prä	Post	Prä	Katamnese	Prä	Post	Prä	Post
N	58	58	35	35	47	47	57	57
M	24.3	11.3	24.3	14.9	19.7	9.6	1.1	0.7
SD	9.1	7.1	9.1	9.3	6.9	5.9	0.5	0.5
Signifikanz (2-seitig)	$p = .000^{**}$		$p = .000^{**}$		$p = .000^{**}$		$p = .000^{**}$	
Effektstärke	$d = 1.59$		$d = 1.02$		$d = 1.57$		$d = 1.14$	

Anmerkung. Prä = Diagnostik am ersten Tag bis max. in erster Woche des stat. Aufenthaltes; Post = Diagnostik am letzten Tag des stationären Aufenthaltes; Katamnese = mind. 6 Monate nach stationärer Behandlung; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; BDI = Beck-Depression-Inventar; HAMD = Hamilton Depression Skala; SCL-90 Symptomcheckliste; IPO = Inventory of Personality Organization; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Die Ergebnisse in Tabelle 24 zeigen signifikante Verbesserungen mit hohen Effektstärken bei allen eingesetzten symptom-spezifischen Messinstrumenten. Es werden jeweils die Effektstärken der Veränderung zwischen T1 (in der ersten Woche der stationären Aufnahme) und T3 (in der letzten Woche der stationären Therapie) aufgeführt. Hierbei liegen sowohl in der Selbst- als auch Fremdeinschätzung die positiven Therapieeffekte zwischen $d = 1.02$ und $d = 1.59$.

Für den BDI lagen Katamnese-daten von 35 Patienten vor. In der Tabelle wird die Veränderung zwischen der symptombezogenen Depressivität zu Beginn der Therapie im Vergleich zu einem halben bis einem Jahr nach der Therapie angegeben und es zeigt sich ein hoher Effekt von $d = 1.02$ mit zeitlicher Stabilität.

Die nachfolgenden Ergebnisse zu Therapieeffekten bezüglich grundlegender Persönlichkeitsdimensionen (Tabelle 25) belegen, dass sich im Rahmen des psychotherapeutischen Settings der Psychosomatischen Klinik sowohl für die primitive Abwehr, die Identitätsdiffusion als auch die schwache Realitätsprüfung Therapieeffekte im Sinne signifikanter Verbesserungen von T1 zu T3 ergeben.

Tabelle 25

Ergebnisse der t-Tests der IPO-Skalenwerte im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung

	PA		ID		RP		AG		MW	
	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post
N	56	56	55	55	55	55	55	55	56	56
M	2.25	2.12	2.45	2.28	1.69	1.60	1.34	1.30	1.93	1.87
SD	.60	.59	.69	.63	.424	.324	.22	.20	.55	.53
Signifikanz (2-seitig)	$p = .027^*$		$p = .012^*$		$p = .019^*$		$p = .122$		$p = .265$	
Effektstärke	$d = .22$		$d = .26$		$d = .24$		-		-	

Anmerkung. PA = primitive Abwehr; ID = Identitätsdiffusion; RP = schwache Realitätsprüfung; AG = Aggression; MW = wenig moralische Werte; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

(2) Konfliktspezifische Therapieeffekte

Fragestellung 14: *Wie hängen Konflikteinschätzungen der OPD-2 und Therapieoutcome zusammen?*

Zur Überprüfung der prognostischen Validität der Konfliktachse der OPD-2 erfolgte die Rechnung einer Regressionsanalyse. Als abhängige Variable wurden der Summenwert des BDI sowie der HAMD zu T3 (nach der stationären Behandlung) angenommen. Dieser wurde unter Berücksichtigung des Summenwertes des BDI bzw. der HAMD zu T1 (zu Beginn der stationären Behandlung) ausgewertet um das Ausmaß der Veränderung in Abhängigkeit vom Ausgangswert zu betrachten. Als unabhängige Variable wurden die einzelnen OPD-2 Konflikte untersucht und als Moderatorvariable der Modus der Konfliktverarbeitung. Für die Datenanalyse fanden z- transformierte Werte Verwendung.

Hypothese 15: *Die Bedeutsamkeit des Konflikts „Individuation vs. Abhängigkeit“ korreliert negativ mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs.*

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse der Konfliktachse und der Selbstbeurteilung im BDI zum Zeitpunkt der Entlassung (T3) unter Berücksichtigung der Werte bei Aufnahme (T1) zeigen für den Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit einen signifikanten Haupteffekt zu T3 ($\beta = .34, p = .009$). Somit korreliert die Bedeutsamkeit dieses Konfliktes mit signifikant schlechteren Therapieerfolgen von Aufnahme bis Entlassung. Die Werte wiesen außerdem auf eine Tendenz hin, jedoch ohne statistische Signifikanz ($p = .18$), dass bei bedeutsam eingeschätztem Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit in Interaktion mit einem passivem Verarbeitungsmodus die schlechtesten Therapieeffekte zu verzeichnen sind.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse der Konfliktachse und Fremdbeurteilung mit der Hamilton Depressionsskala zu T3 unter Berücksichtigung von T1 ergeben für den Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit einen signifikanten Haupteffekt in der erwarteten Richtung ($\beta = .29, p = .003$); somit korreliert die Bedeutsamkeit dieses Konfliktes mit signifikant schlechteren Therapieerfolgen zu T3 in der Fremdeinschätzung.

Die Hypothese lässt sich sowohl für die Selbst- als auch Fremdbeurteilung bestätigen.

Zusammenhänge zu anderen Konflikten

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse der Konfliktachse zum Zeitpunkt der Entlassung (T3) unter Berücksichtigung der Werte bei Aufnahme (T1) zeigten erwartungskonform für die anderen Konflikte keine signifikanten Haupteffekte oder Interaktionseffekte bezogen auf die symptombezogenen Therapieerfolge. Weder die Selbsteinschätzung mit dem BDI oder der SCL-90 noch die Fremdeinschätzung mit der HAMD ergaben konfliktspezifische Therapieeffekte. Wie zuvor statistisch belegt (Tabelle 24) sind signifikante Therapieerfolge mit großen Effektstärken von T1 zu T3 vorhanden, aber Zusammenhänge zu

Konfliktthemen lassen sich ausschließen, mit Ausnahme des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit, dessen Diagnose mit der schlechtesten Prognose einhergeht.

Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Die Stärke der Veränderungen in den IPO-Dimensionen wurde durch Regressionsanalysen mit den Werten zu T2 unter Berücksichtigung der Werte zu T1 berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26

Ergebnisse der Regressionsanalyse mit AV: IPO-Skala zu T3 unter Berücksichtigung von T1, UV: Konflikt, Moderator: Modus

	PA	ID	RP	AG	MW
Individuation vs. Abhängigkeit	$p = .55$ $\beta = .065$	$p = .033^*$ $\beta = .231$	$p = .199$ $\beta = .134$	$p = .217$ $\beta = .136$	$p = .321$ $\beta = .109$
Unterwerfung vs. Kontrolle	$p = .021$ (IE) $\beta = -.314^*$	$p = .103$ $\beta = -.158$	$p = .825$ $\beta = .020$	$p = .687$ $\beta = -.038$	$p = .105$ $\beta = -.157$
Versorgung vs. Autarkie	$p = .609$ $\beta = .052$	$p = .052$ $\beta = -.195$	$p = .020$ $\beta = -.225^*$	$p = .508$ $\beta = -.066$	$p = .351$ $\beta = -.095$
Selbstwertkonflikt	$p = .527$ $\beta = -.062$	$p = .240$ $\beta = .117$	$p = .758$ $\beta = .029$	$p = .869$ $\beta = -.016$	$p = .084$ $\beta = .178$
Schuldkonflikt	$p = .065$ $\beta = .201$	$p = .203$ $\beta = -.141$	$p = .789$ $\beta = .029$	$p = .884$ $\beta = .015$	$p = .501$ $\beta = .076$
Ödipaler Konflikt	$p = .260$ $\beta = -.103$	$p = .725$ $\beta = .033$	$p = .376$ $\beta = -.079$	$p = .873$ $\beta = -.015$	$p = .673$ $\beta = -.038$

Anmerkung. PA = primitive Abwehr; ID = Identitätsdiffusion; RT = schwache Realitätsprüfung; AG = Aggression; MW = wenig moralische Werte; IE = Interaktionseffekt Konflikt und Modus; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Je bedeutsamer der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle bei Patienten mit aktiver Konfliktverarbeitung, desto weniger primitive Abwehr zu T3 im Vergleich zu T1 ($\beta = -.31$; $p = .02$); es ist ein signifikanter Therapieerfolg im Bereich der Reduktion der primitiven Abwehr zu verzeichnen. Dies gilt nicht für Patienten mit diesem Konflikt im passiven Modus. Personen mit bedeutsam eingeschätztem Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt

verbessern sich hinsichtlich Realitätsprüfung signifikant stärker als Patienten mit weniger bedeutsamem Konflikt Versorgung vs. Autarkie ($\beta = -.23$; $p = .02$). Sonstige Bereiche der Persönlichkeitsorganisation weisen keine signifikanten Veränderungen in Zusammenhang mit bestimmten Konfliktthemen auf.

Insgesamt wurden 30 Einzeltests durchgeführt, aus denen drei signifikante Effekte resultierten. Ein Anpassen des Alphafehlerniveaus bei dieser Testanzahl im Sinne der Bonferroni-Korrektur hat zur Folge, dass bei dem korrigierten Signifikanzniveau ($p < .002$) keine signifikanten Effekte mehr zu verzeichnen sind. Zwar ist die Anzahl von drei signifikanten Ergebnissen aus 30 Tests als überzufällig einzustufen, dennoch erweisen sich diese Ergebnisse als unzureichend für weitere Schlussfolgerungen.

Zusammenfassende Beurteilung

Die Wirksamkeit der Psychotherapie in Zusammenhang mit Konfliktthemen zu untersuchen, ergab nur durchgängig signifikante Ergebnisse für den Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit. Dieser Konflikt geht mit den wenigsten Veränderungen der symptombezogenen Depressionswerte sowohl in der Fremdeinschätzung als auch der Selbsteinschätzung einher. Sonstige postulierte Unterschiede zwischen den Konfliktgruppen betreffend Therapieoutcome ließen sich nicht bestätigen. Auch der Zugang zu Veränderungen auf Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation ergaben keine interpretierbaren konfliktspezifischen Befunde.

6 DISKUSSION KLINISCHE STUDIE

6.1 Vorgehen

Ein neuer Ansatz zur Validierung der OPD-Konfliktachse

In der vorliegenden Studie wurde eine Patientenstichprobe von 72 Patienten mit der Diagnose einer unipolaren affektiven Störung in stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung untersucht. Es wurden Konflikteinschätzungen von drei unabhängigen Ratern auf Basis videographisch dokumentierten Materials einbezogen und deren Interraterreliabilität als Grundlage weiterer Berechnungen ermittelt. Zusätzlich wurde die konvergente Validität betrachtet, indem jeder Konflikt zu mehreren ausgewählten Außenkriterien in Bezug gesetzt wurde. Außerdem erfolgte eine Erhebung der prognostischen Validität durch Messungen mit bis zu drei Messzeitpunkten (Prä- Post-Messung sowie 6-Monats-Katamnese) sowohl mit Selbst- als auch Fremdbeurteilungsverfahren.

Die Untersuchung der Fragestellung setzt eine genaue Konfliktdiagnostik voraus. Ein Qualitätsmerkmal der vorliegenden Studie stellt dar, dass es sich bei den verwendeten Einschätzungen um Mittelwerte von jeweils drei unabhängigen, zertifizierten OPD-Ratern handelt. Entsprechend den Empfehlungen des Arbeitskreises OPD (2006) für Forschungsarbeiten zu Gütekriterien der Konfliktachse wurde jedes OPD-Interview videographisch dokumentiert um diese Fremdbeurteilungen zu ermöglichen. Alle Interviews wurden von Psychoanalytikern mit langjähriger klinischer Erfahrung sowie konstanter wissenschaftlicher Mitarbeit im Arbeitskreis OPD durchgeführt. Die Fremdbeurteilungen erfolgten von OPD-zertifizierten Doktoranden. Eine Analyse der Interrater-Reliabilitäten wurde als Grundlage vorgenommen um die Berechtigung einer Mittelung der Konflikteinschätzungen mehrerer Untersucher statistisch zu belegen. Eine

völlig neue Auswertungsstrategie in der Untersuchung stellt die statistische Auswertung aller Konfliktratings pro Patient dar. In der vorliegenden Studie wird nicht nur betrachtet, wie Haupt- und Nebenkongflikte zu Außenkriterien in Beziehung stehen, sondern für sämtliche Analysen wurden neben der anfänglichen Berechnung der Kategorien Haupt- und Nebenkongflikt zusätzlich noch die dimensionalen Einschätzungen der Rater von 0 bis 4 („nicht bedeutsam“ bis „sehr bedeutsam“) für die Konflikte einbezogen. Zudem werden die Analysen sowohl getrennt für den aktiven und passiven Modus des Hauptkongflikts vorgenommen als auch durch die Berechnung einer Modusvariable pro Patient, welche sämtliche Modusratings des Patienten über alle Konflikte von drei unabhängigen Ratern berücksichtigt. Dies entspricht der Empfehlung aus der OPD-1, dass unabhängig vom aktuellen konflikthaften Geschehen und Verarbeitungsmodus ein lebensbestimmender Modus pro Patient eingeschätzt werden sollte. Somit wird in dieser Untersuchung der Modus als eine Persönlichkeitsvariable unabhängig vom Kongfliktthema in die Berechnungen einbezogen. Ein solcher Zugang zur Untersuchung der OPD-Kongfliktachse bezogen auf die Verwendung der dimensionalen Einschätzung jedes Kongflikts und der Ermittlung einer Modusvariable über mehrere Rater wurde bisher in keiner Studie angewendet. Neben der stärkeren statistischen Relevanz der resultierenden Ergebnisse wird auch dem Problem der zu kleinen Zellenbesetzungen einzelner Kongfliktgruppen begegnet. Bei Schneider et al. (2008) waren beispielsweise trotz großer störungsübergreifender Patientenstichprobe ($N=105$) die Auswertungen lediglich weniger Hauptkongflikte möglich, da sich zu wenige Daten für die anderen Kongfliktthemen ergaben. In der Studie von Grande und Kollegen (1998) mussten Haupt- und Nebenkongflikte gleichwertig behandelt und addiert werden, um größere Zellenbesetzungen bei selteneren Kongfliktthemen zu erhalten. Bei dem vorliegenden Ansatz ist es möglich, für jeden Kongflikt der Achse III Berechnungen durchzuführen, da zu jedem Patienten Einschätzungen der Bedeutsamkeit jedes Kongflikts vorliegen und in die Datenanalyse einbezogen werden können.

Zur Betrachtung der konvergenten Validität wurden als Außenkriterien Instrumente eingesetzt, die dem Problem der Validierung intrapsychischer, unbewusster Konflikte begegnen und neben den von Schneider et al. (2008) erhobenen interpersonalen Problemen zur Validierung der Konfliktachse auch die zugrunde liegenden Motivationssysteme, operationalisiert durch ein Messinstrument zu interpersonalen Motiven, erfassen. Dieser Ansatz wurde zur Validierung der Konfliktachse bisher nicht genutzt. Als weiterer neuer Ansatz zur Validierung durch Selbstbeurteilungsverfahren wurde der Zusammenhang der OPD-2 Konfliktkonstellationen zur psychometrisch gesicherten, traditionellen Subtypengliederung nach Blatt et al. (1974) in anaklitischen und introjektiven Subtyp ausgewertet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Hypothesen zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Konfliktverteilung

Für die Patienten der untersuchten Stichprobe wurden auf Basis eines mindestens einstündigen Interviews durch OPD-Experten Haupt- und Nebenkongflikte nach OPD-2 eingeschätzt. Die Annahme bestand darin, dass die Konfliktverteilung in der untersuchten Patientenstichprobe auf die häufigsten Konfliktthemen Versorgung sowie Selbstwert hinweist und somit einer störungsübergreifenden Konfliktverteilung entspricht. Bisherige Veröffentlichungen zeigen unterschiedliche Häufigkeiten für Konflikte und Modi. Es handelt sich bei allen Studien um Untersuchungen an Patientenstichproben in psychosomatischen Kliniken in Deutschland mit dem Einschluss verschiedener psychischer Krankheitsbilder. Die jüngste Untersuchung von Pieh et al. (2009) beeindruckt mit Stichprobengrößen von 2222 Patienten, deren Konflikteinschätzungen nach OPD-1 allerdings im Rahmen der klinischen Eingangsdiagnostik erfolgten oder bei Unsicherheiten in anschließender Supervision per Konsensurating getroffen wurden. Aufgrund der methodischen Mängel durch das Fehlen videographischer Aufzeichnungen der Interviews zur Ermöglichung von zusätzlichen Fremdbeurteilungen sowie eine Durchführung der Interviews durch Therapeuten mit der Voraussetzung lediglich eines besuchten Grundkurses zur OPD sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Die Konfliktverteilung in der Stichprobe von Pieh et al. zeigt bei mehr als einem Viertel der Patienten den Hauptkonflikt Autonomie vs. Abhängigkeit (entspricht Individuation vs. Abhängigkeit nach OPD-2). Der Selbstwertkonflikt stellt laut dieser Untersuchung den zweithäufigsten Konflikt bei Patienten dar. Schneider et al. (2008) veröffentlichten in ihrem Artikel zur Validierung der Konfliktachse der OPD-1 eine andere Konfliktverteilung bezüglich des Hauptkonflikts. Die Konfliktratings wurden auf Grundlage videodokumentierter OPD-Forschungsinterview mit einem unabhängigen Doppelrating

und anschließendem Konsensurating durch OPD-zertifizierte Rater erstellt. Die Verteilung zeigt einen Schwerpunkt auf dem Hauptkonflikt Versorgung vs. Autarkie, welcher innerhalb der untersuchten Stichprobe von $N = 105$ stationären psychosomatischen Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen bei 34 Patienten diagnostiziert wurde. Als zweithäufigster Konflikt ergab sich in dieser Stichprobe ebenfalls der Selbstwertkonflikt. Cierpka et al. (2001) berichten von einer Untersuchung durch Müller (1999) im Rahmen einer Diplomarbeit zum Zusammenhang von Konfliktthemen nach OPD-1 und Bindungsmustern. In der Studie wurde eine Stichprobe von 55 weiblichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen untersucht. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen wurde der Hauptkonflikt Versorgung vs. Autarkie diagnostiziert und bei einem Drittel der Patientinnen der Hauptkonflikt Autonomie vs. Abhängigkeit. Grande et al. (1998) veröffentlichten Ergebnisse zu Zusammenhängen der OPD-Achsen aus einer Untersuchung von 81 Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern in stationärer psychosomatischer Behandlung. Die Häufigkeiten der Konflikte wurden aus einer Addition von Haupt- und Nebenkongflikten pro Patient gebildet, dabei stellte sich der Selbstwertkonflikt als häufigster Konflikt in der Stichprobe heraus, gefolgt von dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie.

Auf Grundlage bisheriger Veröffentlichungen zu Konfliktverteilungen der OPD-1 (Cierpka et al., 2001; Grande et al., 1998; Pieh et al., 2009; Schneider et al., 2008) wurde für die vorliegende Arbeit postuliert, dass die Konflikte Versorgung vs. Autarkie sowie der Selbstwertkonflikt die häufigsten Hauptkonflikte der Patienten darstellen. Diese Hypothese wurde in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Bei den Hauptkonflikten stellte der Konflikt Versorgung vs. Autarkie den häufigsten Konflikt dar, der Selbstwertkonflikt kam als zweithäufigster Hauptkonflikt vor. Der am stärksten vertretene Nebenkongflikt war der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle. In dieser Reihenfolge ergab sich auch das Ergebnis für die Gesamtanzahl der Konflikte in der Stichprobe, wenn Haupt-

und Nebenkonflikt, wie bei Grande et al. (1998), gleichwertig einbezogen und addiert wurden. Insgesamt ist dieses Ergebnis hypotesenkonform und die aktuelle Datenlage lässt somit recht einheitlich auf ein Vorherrschen der Konflikte Versorgung vs. Autarkie sowie Selbstwert in einem psychosomatischen Patientenklintel schließen. Dem widerspricht jedoch die große Anzahl der Patienten mit Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt in der Studie von Pieh et al. (2009). Eventuell könnte die Frage eine Rolle spielen, der Grande et al. (1998) nachgegangen sind: ob eine Unterscheidung zwischen dem Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit und dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie überhaupt gerechtfertigt ist. Die Autoren bemerkten, dass beide Konflikte ähnliche Kriterien im Manual aufweisen, und die Erfahrung in der klinischen Praxis zeigte, dass Klinikern eine eindeutige Abgrenzung beider Konflikte häufig schwerfällt. Die Studie von Grande et al. (1998) zeigt, dass eindeutige empirische Argumente für eine Differenzierung der beiden Konflikte vorliegen. Zwischen dem Konflikt nach OPD-1 Abhängigkeit vs. Autonomie und dem strukturellen Integrationsniveau ermittelte die Forschungsgruppe hochsignifikant negative Korrelationen ($r = -.61$), während der Konflikt Versorgung vs. Autarkie signifikant positiv mit dem Strukturniveau der Patienten korrelierte ($r = .24$). Diese Ergebnisse erlauben die Schlussfolgerung, dass beide Konflikte auf ganz unterschiedliche Strukturniveaus bei den Patienten hindeuten und daher eine Differenzierung zwischen diesen Konflikten sinnvoll ist (Grande et al., 1998). Der Arbeitskreis OPD (2006) betont bereits in den theoretischen Überlegungen zu den einzelnen Konfliktthemen *„Auch klinisch – hat man sich erst einmal mit der Differenzierung vertraut gemacht – ist die Unterscheidung von Abhängigkeits- und Versorgungsbedürfnissen unvermeidbar. Genauso lassen sich die Bedürfnisse nach Individuation und Autarkie unterscheiden.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S.111).

Die unterschiedlichen Ergebnisse von Pieh et al. stehen im Widerspruch zu bisherigen Studien und den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. Dieser

Widerspruch ist allerdings nicht als Resultat einer fehlenden Sinnhaftigkeit der Differenzierung zwischen den beiden Konflikten Individuation vs. Abhängigkeit und Versorgung vs. Autarkie zu sehen, sondern lässt sich eventuell vor dem Hintergrund methodischer Unterschiede in den Studien sowie einer Schwierigkeit der Differenzierung zwischen den beiden Konflikten in der klinischen Praxis erklären. Im Manual zur OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) wird als erforderliche Qualifikation neben den absolvierten OPD-Trainings eine klinische Vorerfahrung von mindestens zwei bis drei Jahren angegeben um eine ausreichend zuverlässige Anwendung der OPD zu gewährleisten. Als Forschungsbedingung wird zusätzlich betont, die OPD-Interviews nicht in die klinische Routinediagnostik einfließen zu lassen, sondern speziell zum Zwecke der OPD Forschungsinterviews zu führen und die Ratings auf Grundlage einer Videoaufzeichnung zu überprüfen. Aufgrund dessen wurden in der vorliegenden Promotionsarbeit alle Interviews von klinisch sowie wissenschaftlich erfahrenen OPD-Experten jeweils zu einem Termin unabhängig von sonstigen diagnostischen Gesprächen durchgeführt und zusätzlich videodokumentiert, um weitere externe Beurteilungen zu ermöglichen.

Das Ergebnis zu der Konfliktverteilung der vorliegenden Studie bei depressiven Patienten entspricht den beschriebenen Ergebnissen innerhalb störungsübergreifender Stichproben. Die Übereinstimmung der Konfliktthemen in der Stichprobe depressiver Patienten mit den störungsübergreifenden Stichproben wird als Hinweis gesehen, dass sich die OPD-Konfliktachse auf allgemeine Psychopathologien bezieht und nicht auf störungsspezifische Dimensionen. Ebenso ist die Theorie zu depressiven Subtypen von Blatt (1974) mit der Unterteilung in einen anaklitischen und einen introjektiven Subtyp (vgl. Blatt et al., 2010) ein Modell, das über das depressive Störungsbild hinausgeht. Blatts Annahmen zum anaklitischen (bezogen auf Beziehung) und introjektiven (bezogen auf Selbstdefinition) Depressionstypus können neben einer genaueren Unterteilung depressiver

Erfahrungen auch als Ausdruck zweier vorherrschender Prozesse der allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden (z.B. Blatt, 1990; Blatt & Zuroff, 1991).

So lässt sich abschließend hypothesenkonform schlussfolgern, dass die Konfliktthemen der OPD-2 inhaltliche Übereinstimmung zu den Themen der von Blatt postulierten Subtypen der Depression aufweisen. Die Konfliktverteilung ist nicht störungsspezifisch, vielmehr sollte berücksichtigt werden, dass diese ein Merkmal von Patientengruppen in psychosomatisch-psychotherapeutischer stationärer Behandlung widerspiegelt.

Inwiefern die beiden identifizierten Hauptkonfliktgruppen mit den Subtypen von Blatt zusammenhängen, wurde bei der Untersuchung der konvergenten Validität der Konfliktachse detailliert geprüft.

6.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Aus bisherigen Veröffentlichungen sind keine Aussagen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bezüglich der Konfliktverteilung bekannt. In der vorliegenden Studie wurden signifikante Geschlechtsunterschiede für drei Konflikte ermittelt. Aufgrund der kleinen Zellenbesetzungen bei den Hauptkonflikten werden folgend die Geschlechtsunterschiede für Haupt- und Nebekonflikte gemeinsam betrachtet. Bei Frauen trat der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle signifikant weniger häufig in Form des Haupt- oder Nebekonflikts auf als bei Männern. Hochsignifikant häufiger kam bei Frauen wiederum der Konflikt Versorgung vs. Autarkie vor. Der Ödipale Konflikt zeigte sich bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen. Beim Modus der Konfliktverarbeitung zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für konfliktbezogene Geschlechtsunterschiede. Während bei Frauen tendenziell Versorgungsthemen im

Vordergrund stehen, sind bei Männern Macht und Unterwerfung sowie ödipal-sexuelle Themen stärker vertreten. Das von Blatt und Kollegen postulierte Modell psychologischer Entwicklung (Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983) geht davon aus, dass es für Mädchen eine Entwicklungsaufgabe in der frühen Kindheit gibt, sich in der Bindung von Zuneigung von der Mutter hin zum Vater zu entwickeln, während bei Jungen die Entwicklungsaufgabe in einem Wechsel der Identifikation mit der Mutter hin zur Identifikation mit dem Vater besteht. Darin könnte nach Blatt (2004) die Ursache der geschlechtsspezifischen Unterschiede liegen, bei welchen Frauen eher depressive Symptome bezogen auf interpersonelle Belange entwickeln und bei Männern depressionsbezogenen Themen eher selbstbezogene Inhalte zugrunde liegen (vgl. Chevron et al., 1978).

6.2.3 Interraterreliabilität

Aus Befunden zur OPD-1 ist bekannt, dass gute Reliabilitätswerte erzielt wurden, wenn die bereits beschriebenen methodischen Grundlagen erfüllt und OPD-Interviews zu diagnostischen Zwecken geführt und videodokumentiert wurden. Die gewichteten Kappawerte (Cohen, 1968) liegen, die wichtigsten bisherigen Untersuchungen berücksichtigend, für die Konfliktachse in einem Bereich zwischen .39 und .71 (Cierpka et al., 2001; Freyberger et al., 1998; Rudolf et al., 1996; Schneider et al., 2008). Nach Cicchetti (1994) sind Kappa-Werte zwischen .40 und .59 als „annehmbar“ einzuordnen und Werte zwischen .60 und .74 als „gut“. Demzufolge sind die Reliabilitätswerte bisheriger Untersuchungen für die Konfliktachse als „annehmbar“ bis „gut“ zu bewerten. Zur Beurteilung der Interraterreliabilität in der vorliegenden Untersuchung wurden Intraklassenkoeffizienten der OPD-2-Konfliktachse für die jeweiligen Übereinstimmungen aller Raterpaare von insgesamt drei unabhängigen Beurteilern berechnet. Die

Interraterreliabilitäten befinden sich für alle Konflikte außer dem Identitätskonflikt, aufgrund zu geringer Fallzahl dieses Konflikts, im moderaten bis sehr guten Bereich. Sehr gute Kappa-Werte, beurteilt nach Cicchetti (1994), liegen für die Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit, Schuldkonflikt sowie Ödipaler Konflikt vor. Für den Konflikt Versorgung vs. Autarkie resultierte ein Wert, der als „gut“ einzustufen ist, für den Selbstwertkonflikt und den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle ein „annehmbarer“ Wert. Dies deutet darauf hin, dass bei 6 von 7 Konflikten ein Großteil der Varianz in den Messwerten substantiell und ein geringerer Anteil an Fehlervarianz vorhanden ist.

6.2.4 Interne Konsistenz der Fragebögen

Als Grundlage weiterer Berechnungen mit den Fragebogendaten wurden die internen Konsistenzen zu den eingesetzten Instrumenten, d.h. der verschiedenen Items, die eine Skala bilden, in der vorliegenden Stichprobe berechnet.

Die interne Konsistenz stellt ein Maß für die Homogenität einer Skala dar. Eine hohe interne Konsistenz bedeutet, dass alle Items einer Skala im Wesentlichen das gleiche Merkmal messen. Es handelt sich um ein Verfahren zur Bestimmung der Messgenauigkeit eines Instruments, welches eingesetzt wird, wenn kein Retest oder Paralleltest zur Verfügung steht. Eine gebräuchliche Kenngröße für die interne Konsistenz ist Chronbachs Alpha (Cortina, 1993). Der empfohlene Mindestwert für psychometrische Testverfahren liegt bei $\alpha = .70$ (Bortz, 1999; Bortz & Döring, 2002).

Die Werte für Chronbachs Alpha liegen für die eingesetzten Skalen in einem Bereich von $\alpha = .55$ bis $\alpha = .96$. Die störungsspezifischen Messinstrumente (BDI, HAMD, SCL-90) zeigen zu allen Messzeitpunkten ausreichend hohe interne Konsistenzen. Auch für das Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO) liegen zum Messzeitpunkt T1 alle Reliabilitätswerte im Bereich des empfohlenen Mindestwertes von $\alpha = .70$. Zum

Messzeitpunkt T3 ergibt sich ein Wert unter dem empfohlenen Mindestwert, es handelt sich um die Skala Aggression mit $\alpha = .63$. Beim Depressive Experience Questionnaire (DEQ) erreicht nur die Skala Selbstkritik eine gute interne Konsistenz, für die beiden weiteren Skalen ist $\alpha < .70$. Die niedrigsten Werte finden sich in der untersuchten Stichprobe für drei Skalen des Inventar Interpersonaler Motive (IIM). Es handelt sich um die Skalen Geselligkeit/Akzeptanz ($\alpha = .55$), Durchsetzung eigener Interessen ($\alpha = .59$) und Selbstsicherheit ($\alpha = .59$). Dies lässt darauf schließen, dass diese Werte bei den Berechnungen zur konvergenten Validität keine geeigneten Außenkriterien aufweisen und lediglich niedrige Korrelationen zu erwarten sind. Die teilweise niedrigen Werte für Chronbachs Alpha für die beschriebenen Skalen in der Stichprobe sind bei der weiteren Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

6.2.5 Konvergente Validität

Ziel der vorliegenden Arbeit war eine kriterienbezogene Validierung der Konfliktachse der OPD-2 mittels Zusammenhangsprüfungen der Bedeutsamkeit einzelner Konflikte und Modi mit ausgewählten Selbstbeurteilungsverfahren und einer störungsspezifischen Skala zur Fremdbeurteilung. Als größtes statistisches Problem erweist sich der Vergleich bewusstseinsnaher Merkmale aus den Fragebögen mit den unbewussten intrapsychischen Konflikten (Cierpka et al., 2001). Die eingesetzten Instrumente können zwar nicht die unbewussten Konfliktthemen erfragen, aber deren Manifestationen, die sich im Erleben und Verhalten der Patienten zeigen und somit über diese bewusstseinsnähere Ebene einen Zugang zum Unbewussten ermöglichen (Schneider et al., 2008).

Aufgrund der gewählten Auswertungsstrategie (siehe Abschnitt 6.1) ist es möglich Hypothesen für alle Konfliktthemen mit Ausnahme des Identitätskonfliktes, welcher sich bei fast keinem Patienten in der Studie als bedeutsam herausstellte, zu überprüfen.

Im Vordergrund stand der Zusammenhang zwischen OPD-Konflikten und dem anaklitischen und introjektiven Subtyp nach Blatt (1974) gemessen mit dem Depressive Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976). Anschließend erfolgte die Überprüfung des Zusammenhangs von OPD-Konflikten und dem Inventar Interpersonaler Motive (IIM; Thomas et al., in Vorbereitung) sowie Skalen zur Persönlichkeitsorganisation, erfasst durch das Inventory of Personality Organization (IPO-2001; Clarkin, Foelsch & Kernberg, 2001). Zur Überprüfung der prognostischen Validität wurden symptombezogene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zu verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt. Es handelt sich um das Beck Depressions-Inventar (BDI; Beck, 1961), die Symptomcheckliste (SCL-90-R; Derogatis, 1977, Franke, 1995) und die Hamilton Skala (HAMD; Hamilton, 1960), auf deren Grundlage Therapieeffekte eingeschätzt und im Zusammenhang mit einzelnen Konflikten und Modi untersucht wurden. Ebenso erfolgte eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den erzielten Therapieeffekten und der Ausprägung der Subtypen nach Blatt (1974).

6.2.5.1 Diagnostische/Übereinstimmungsvalidität

(1) Zusammenhang zu Subtypen nach Blatt (1974)

Traditionelle Typologien depressiver Patienten sind bei psychiatrischen und psychoanalytischen ebenso wie bei kognitiv-behavioralen Ansätzen zu finden und haben die Themen von objektbezogener Nähe und Distanz sowie selbstwertbezogenen Einstellungen gemeinsam. Als traditionelle Typologie aus der psychoanalytischen Perspektive wurde Blatts Unterteilung in anaklitische und introjektive Depression in Zusammenhang mit den Konflikten nach OPD-2 untersucht. „*In der Operationalisierten*

Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2006) wird diese Typologie v. a. in der Konfliktachse abgebildet [...]“ (Schauenburg, 2007a, S.49).

Bei der Berechnung von Korrelationskoeffizienten nach Spearman zum Zusammenhang der Bedeutsamkeit eines Konfliktes mit einer Skala des Depressive Experience Questionnaires (DEQ) ergaben sich keinerlei signifikante Zusammenhänge. Dies gilt gleichermaßen für alle Konflikte und alle Dimensionen des DEQ. Inhaltlich ist es sinnvoll, die Konflikte nicht unabhängig vom Modus der Konfliktverarbeitung zu betrachten. Daher wurde in weiteren statistischen Analysen die Modusvariable einbezogen. Dies ermöglicht die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Bedeutsamkeit eines Konflikts und Fragebogenskalen in Abhängigkeit vom Modus der Konfliktverarbeitung. Bei den statistischen Analysen wurde jeweils die Bedeutsamkeit des entsprechenden Konflikts bei allen Patienten berücksichtigt und dies in Zusammenhang gesetzt zu den Subtypen nach Blatt (1974), operationalisiert durch die Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik des DEQ.

Die Beschreibung des anaklitischen Subtyps bezieht sich auf ein Vorherrschen von Gefühlen der Einsamkeit, Hilflosigkeit, intensiver Angst vor Alleinsein, Verlassenwerden, Nicht-Versorgtsein und der Tendenz eigene Bedürfnisse sowie Unwohlsein, Ärger oder Wut gegenüber dem Objekt nicht zu äußern (Blatt, 1974; Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 1992). Die Operationalisierung durch die Skala Abhängigkeit des DEQ erfolgt durch Items mit den Themen interpersonelle Beziehungen, Verlassensein, Einsamkeit und Hilflosigkeit sowie dem Wunsch anderen nah und von ihnen abhängig zu sein. Inhaltlich ist eine solche Beschreibung sowohl dem Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit als auch dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie jeweils im passiven Modus zuzuordnen.

Bei Betonung der ausgeprägten pathologischen Anteile und Voraussetzung starker struktureller Defizite (Grande et al., 1998) ist eher zu dem Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit im passiven Modus zu tendieren. Dieser wird in seiner Beschreibung den

existentiellen Nähewünschen sowie starken Verlassenheitsängsten des anaklitischen Subtyps gerecht. Gleichmaßen beinhaltet der Konflikt Versorgung vs. Autarkie zentrale Themen des anaklitischen Subtyps mit dem vorherrschenden Wunsch des Versorgtseins und der Geborgenheit sowie dem Leitaffekt der Trauer und Depression in Verbindung mit der Angst, den anderen zu verlieren (Arbeitskreis OPD, 2006). Die Konfliktverteilung mit den häufigsten Konflikten Versorgung vs. Autarkie und Selbstwert würde nahelegen, dass diese beiden Konflikte die Subtypen nach Blatt (1974) in der untersuchten Stichprobe am treffendsten widerspiegeln. Dies passt zu der Aussage, dass anaklitisch vs. introjektiv Themen verkörpern, welche die häufigsten Dimensionen bei der Depressionsausprägung ebenso wie in der allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung darstellen (Blatt & Zuroff, 1992). Gleichmaßen wird aber beschrieben (Blatt, 2004), dass es sich um ein Kontinuum zwischen einer Ausprägung der beiden Pole ohne Krankheitswert bis hin zur klinischen Depression handelt (Blatt, 1974; Blatt, 1990; Blatt 2004; Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Zuroff, 1992). Somit könnte ein stärkerer Zusammenhang zwischen dem anaklitischen Subtyp und einem der beiden Konflikte ebenso auf einem Kontinuum zwischen dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie und dem Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit gesehen werden. Rudolf (2003) schreibt zur Psychodynamik depressiver Patienten: *„Bei den Konflikten geht es im OPD-Sinne um Autonomie versus Abhängigkeit oder Autarkie versus Versorgung“* (Rudolf, 2003, S.368). Auch Schauenburg (2007) schreibt, *„anaklitische Patienten würden dem passiven Verarbeitungsmodus des Individuations- Abhängigkeits- oder Versorgungs-Autarkie-Konflikts zugeordnet [...]“* (Schauenburg, 2007a, S.49).

Die Prüfung der Zusammenhangshypothesen sollte daher mit beiden Konfliktthemen erfolgen.

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zeigen, dass weder die Bedeutsamkeit des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit noch des Konflikts Versorgung vs. Autarkie

mit der Berücksichtigung der Modusvariablen statistisch signifikante Zusammenhänge zur Skala Abhängigkeit des DEQ aufweist.

Die Depression vom introjektiven, selbstkritischen Typus steht in Zusammenhang mit Gefühlen der Wertlosigkeit, Minderwertigkeit und Schuld. Ängste bestehen in Bezug auf Themen der Zurückweisung, Missbilligung, Kritik und Befürchtungen. Leistungsorientierung und Idealvorstellungen spielen eine bedeutende Rolle ebenso wie harte Beurteilungen gegenüber sich selbst und anderen (Blatt & Shichman, 1983). Beziehungen sind gekennzeichnet durch Ambivalenz und das Bedürfnis nach Bewunderung und Bestätigung durch die anderen Personen mit gleichzeitigen Ängsten vor Kontrollverlust (Blatt & Zuroff, 1992). In der vorliegenden Studie wurde angenommen, dass der introjektive Subtyp signifikante Zusammenhänge zum Selbstwertkonflikt aufweist. Mit der Skala Selbstkritik des DEQ wurden jedoch keinerlei signifikante Zusammenhänge aufgezeigt. Es fand sich lediglich eine Tendenz ohne statistische Signifikanz, dass Patienten mit passivem Verarbeitungsmodus zu mehr Selbstkritik im Fragebogen tendieren, unabhängig vom Konfliktthema ($\beta = .24, p = .09$).

Bei den Konflikten Individuation vs. Abhängigkeit und Unterwerfung vs. Kontrolle wurde dieser Zusammenhang signifikant, es ergab sich jeweils ein signifikanter Haupteffekt des Modus der Konfliktverarbeitung² in der Richtung, dass, je passiver der Modus der Konfliktverarbeitung eingeschätzt wurde, desto höher waren die Werte auf der Skala Selbstkritik der Patienten, jeweils mit $\beta = .26$ und $\beta = .27$ bei $p < .05$.

Neben diesen bedingten Haupteffekten, zeigten sich signifikante Interaktionseffekte zwischen Konflikt und aktivem Modus der Konfliktverarbeitung bezogen auf die Ausprägung der Selbstkritik für den Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit ($\beta = .51, p = .01$) und Unterwerfung vs. Kontrolle ($\beta = -.53, p = .005$). Beim Konflikt Individuation vs.

² Es muss berücksichtigt werden, dass dieser Haupteffekt als bedingter Effekt einzuordnen ist, welcher nicht gleichermaßen für alle Konflikte gilt, sondern sich bei zwei Konflikten jeweils unter Konstanzhaltung des Einflusses der jeweiligen Konfliktvariable zeigte.

Abhängigkeit zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit dem Ausmaß der Selbstkritik, wenn die Personen den Konflikt eher aktiv verarbeiteten, beim Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle hingegen besteht ein negativer Zusammenhang zur Selbstkritik bei aktiver Konfliktverarbeitung. Bei beiden Konflikten spielt die Bedeutsamkeit des Konflikts bei passiver Konfliktverarbeitung für die Ausprägung der Selbstkritik keine Rolle.

Diese Ergebnisse können nur zurückhaltend interpretiert werden, sind aber Ausdruck einer Tendenz zu mehr Selbstkritik in Zusammenhang mit dem passiven Modus der Konfliktverarbeitung unabhängig vom Konfliktthema. Dies bedarf weiterer Untersuchungen. Es fällt auf, dass von allen Konflikten nur die beiden Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit und Unterwerfung vs. Kontrolle signifikante Zusammenhänge zum introjektiven Subtyp zeigen. Theoretische Überlegungen zur Erklärung dieses Zusammenhangs könnten auf Itemniveau ansetzen. Bei Betrachtung der Operationalisierung des introjektiven Subtyps fällt die Facette der ausgeprägten Angst vor Kontrollverlust auf, welche sich ebenfalls in der Konfliktbeschreibung beider Konflikte, Individuation vs. Abhängigkeit und Unterwerfung vs. Kontrolle, wiederfindet. Des Weiteren sind beide Konflikte nach Grande et al. (1998) eher in Verbindung mit einem geringen Strukturniveau im Vergleich zu den anderen OPD- Konflikten zu sehen.

Der dritte Faktor des DEQ Selbstwirksamkeit fasst Items über das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammen, unter anderem, Items über persönliche Ziele und Standards, Verantwortungsgefühl, Strenge und Stolz.

Beim Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Konflikt und Modus für die DEQ-Skala Selbstwirksamkeit. Die Bedeutsamkeit des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle korreliert positiv mit dem Ausmaß der Selbstwirksamkeit, wenn Personen den Konflikt eher passiv verarbeiteten ($\beta = .28, p = .038$).

Ein signifikanter bedingter Haupteffekt des Modus beim Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle belegt jedoch, dass die Werte für Selbstwirksamkeit umso niedriger sind, je passiver der Modus eingeschätzt wurde ($\beta = -.29, p = .025$).

Die empirischen Befunde zeigen nicht die erwarteten Zusammenhänge zu den Subtypen nach Blatt (1974) und stützen somit nicht die Hypothesen, die sich aus den theoretischen Annahmen ergaben. Zusammenfassend lässt sich auf Grundlage der Ergebnisse lediglich vermuten, dass das Konzept des anaklitischen und introjektiven Subtyps weniger konfliktspezifisch im Sinne der Konfliktunterteilung in der OPD-2 ist und eher Bezug zu einem allgemeinen Umgang mit intrapsychischen Problemen im Sinne des Verarbeitungsmodus und zu der Ausprägung struktureller Defizite hat. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass starke strukturelle Defizite einen Zusammenhang zum introjektiven Subtyp aufweisen. Jedoch verweist Blatt (2004) darauf, dass der anaklitische Subtyp eigentlich mit stärkeren strukturellen Problemen in Zusammenhang zu bringen ist. *„Introjective depression, compared with anaclitic depression, involves a higher level of psychological development with a greater capacity for internalization.“* (Blatt, 2004, S.33)

Es zeichnet sich ab, dass der Modus der Konfliktverarbeitung eine wichtige Variable darstellt, die sogar unabhängig vom Konfliktthema betrachtet werden kann und zu signifikanten Gruppenunterschieden führt. Entsprechend der Aussage von Rudolf (2003): *„Entscheidend für die Entwicklung der später erkrankenden Persönlichkeit sind die Muster der Verarbeitung“* (Rudolf, 2003, S.366), besteht eine Notwendigkeit weiterer Untersuchungen mit verstärktem Augenmerk auf die Verarbeitungsmodi. Eine methodische Schwierigkeit der statistischen Analysen und eventuell eine Ursache der uneinheitlichen Befunde stellt die berechnete allgemeine Modusvariable für die Patienten der Stichprobe dar. In den OPD-Ratings der vorliegenden Studie wurde lediglich eine

Moduseinschätzung für Haupt- und Nebenkonflikt gegeben und aus diesen eine durchschnittliche Modusvariable pro Patient berechnet, die aber in den Moderatormodellen in Zusammenhang zu allen Konflikten einbezogen wurde. Der OPD-Erhebungsbogen sieht bei der Einschätzung der Konflikte keine Moduseinschätzung für alle Konflikte vor, sondern lediglich für den Hauptkonflikt. In der aktuellen Validierungsstudie zu den OPD-KJ-Achsen (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) von Benecke et al. (2011) fiel dies ebenfalls auf und die Autoren kritisieren, „[...] dass die im OPD-KJ-Manual vorgesehene Beschränkung der Angabe eines Verarbeitungsmodus nur für den Hauptkonflikt einen Mangel des Instrumentes darstellt. Günstiger wäre die Angabe des Verarbeitungsmodus bei jedem als vorhanden eingeschätzten Konfliktthema.“ (Benecke et al., 2011, S. 71)

(2) Zusammenhang zu interpersonellen Motiven (IIM)

Die Rolle menschlicher Motivationssysteme als Grundlage zur Herausbildung intrapsychischer Konflikte wird vom Arbeitskreis OPD (2006) diskutiert. Es wird dabei auf den lebenslangen Prozess der Entwicklung von Motivationssystemen eingegangen. Die Bedeutung frühkindlicher Erkenntnisse, besonders notwendiger interpersoneller Erlebnisse, als Voraussetzung für die Verinnerlichung individueller Erfahrungen wird betont. Die Bildung von Motivationssystemen ist biologisch begründet und wird durch frühe Erfahrungen und Lernprozesse weiter entwickelt, es können sich Muster von Wünschen bezüglich Handlungen und Zielen gegenüber anderen und sich selbst herausbilden. „Jedes funktionale Motivationssystem geht von angeborenen und erlernten Interaktionsmustern aus. Später wird jedes System aufgrund der intersubjektiven, interaktionalen Erfahrung gestaltet. Eine günstige Entwicklung führt zur Stabilität. Bestehen erhebliche Dissonanzen zwischen den Motivationsbedürfnissen, den Wünschen und den Befriedigungen, bilden sich konflikthafte Muster heraus.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.105).

Für intrapsychische Konflikte geeignete Außenkriterien zu finden, erweist sich als methodische Schwierigkeit (z.B. Benecke et al., 2011; Cierpka et al., 2001; Schüßler, 2000). Während in bisherigen Validierungsstudien zur Konfliktachse (Benecke et al., 2011; Pieh et al., 2009; Schneider et al., 2008) jeweils das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 1988, 1994) zum Einsatz kam, daraus aber sehr uneinheitliche Befunde resultierten und anschließend von den verschiedenen Forschergruppen diskutiert wurde, dass Instrumente notwendig seien, welche den unbewussten Konflikten näher kommen, wurde in der vorliegenden Studie das Inventar Interpersonaler Motive (IIM; Thomas et al., in Vorbereitung) eingesetzt. Dies erfolgte mit dem Ziel, statt die Auswirkungen der unbewussten Konflikte in Form der interpersonalen Probleme zu messen, die dahinter befindlichen Motivationssysteme zu erfassen, ohne dass diese sich bereits konkret und verhaltensnah manifestiert haben müssen. Das Inventar Interpersonaler Motive umfasst acht Subskalen, welche in Verbindung zu sechs der sieben OPD-Konflikte betrachtet wurden.

Die Bedeutsamkeit des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit zeigte sich, unabhängig vom Modus, in signifikant positivem Zusammenhang zu der Ausprägung des Motivs Selbstsicherheit ($\beta = .31, p = .025$). Keine weiteren Zusammenhänge zu Motiven waren in der empirischen Untersuchung erkennbar. Vorbefunde weisen jedoch auf einen deutlichen Zusammenhang dieses Konflikts mit interpersonalen Problemen bezogen auf die Regulation von Nähe und Distanz hin und bestätigen die valide Erfassung dieses Konflikts in der OPD. Besonders für den aktiven Modus stellte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zu fast allen IIP-D-Skalen heraus (Pieh et al., 2009). Für den passiven Modus ergaben sich jedoch keine hypothesenkonformen Korrelationen zu Außenkriterien, was damit erklärt wurde, dass dieser Konflikt im passiven Modus eventuell als „*unterschwelliges Thema*“ zu sehen ist, sich aber noch nicht in einem „*klaren*“

Erlebens- und Verhaltensmuster niederschlägt“ (Benecke et al., 2011, S.71). Es wird vermutet, dass interpersonale Probleme deutlicher Nähe und Distanziertheit beim Agieren um Beziehung und Beziehungsfähigkeit als ein Kernmerkmal dieses Konflikts erfassen, während sich interpersonale Motive stärker auf Aspekte wie Dominanz und Macht beziehungsweise Wärme und Zuneigung und deren Bedeutung innerhalb einer Beziehung richten.

Der Modus der Konfliktverarbeitung deutete sich im Zusammenhang mit den Subtypen im vorangegangenen Abschnitt als bedeutsame unabhängige Variable an. Auffallend ist, dass in Zusammenhang mit den interpersonalen Motiven der Modus der Konfliktverarbeitung lediglich bei dem Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle in Bezug zu dem Motiv Anpassung/ Unterordnung eine Rolle spielt in dem Sinne, dass Patienten mit einer starken Ausprägung des Konflikts im aktiven Modus sich weniger anpassen bzw. unterordnen wollen. Alle weiteren Zusammenhänge ergaben sich als Haupteffekte unabhängig vom Modus. Für den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle besteht auch ein positiver Zusammenhang zu den Ausprägungen der Motive Selbstsicherheit ($\beta = .30, p = .02$) und Durchsetzung eigener Interessen ($\beta = .34, p = .009$). Die Ergebnisse zu diesem Konflikt stimmen sowohl inhaltlich mit der Konfliktbeschreibung im Manual der OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) als auch mit bisherigen Forschungsbefunden überein. In den Studien von Schneider et al. (2008) sowie Pieh et al. (2009) beschreiben sich Patienten mit dem Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle (allerdings nur, wenn dieser im aktiven Modus vorlag) als wenig selbstunsicher-unterwürfig in Beziehungen, mit einer erhöhten Fähigkeit eigene Interessen zu äußern und durchzusetzen, wenig introvertiert und sozial vermeidend sowie wenig fürsorglich und freundlich, sondern stärker autokratisch und dominant. Für den passiven Modus fanden sich in diesen beiden Validierungsstudien ebenso wie in der vorliegenden Untersuchung keine signifikanten Zusammenhänge zu Außenkriterien. Dies wurde von Schneider et al. (2008) damit begründet, dass mit den eingesetzten Skalen

Verhalten und Selbstkonzepte gemessen wurden, aber nicht die dahinterliegenden Motivationssysteme. Methodisch wurde diesem Umstand in der vorliegenden Untersuchung Rechnung getragen durch den Einsatz des Inventar Interpersonaler Motive, neue Erkenntnisse zu weiteren Zusammenhängen resultierten dennoch nicht für diesen Konflikt im passiven Modus. Befunde zur OPD-Konflikteinschätzung bei Jugendlichen weisen darauf hin, dass der passive Modus des Konflikts mit einer Tendenz, sich ausnutzen zu lassen und nachgiebig zu sein sowie selbstunsicher und unterwürfig zu sein, korreliert (Benecke, 2011, S.71). Insgesamt lassen sich zu diesem Konflikt bisherige Befunde bestätigen und die Aussagen zur Validität festigen.

Beim Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt besteht der Zusammenhang zu den gleichen Motiven in negativer Richtung, je bedeutsamer der Konflikt ausgeprägt ist, unabhängig vom Modus, desto weniger selbstsicher ($\beta = -.32, p = 0.02$) sind die Patienten und desto weniger ausgeprägt ist das Motiv, die eigenen Interessen durchzusetzen ($\beta = -.50, p < .001$). Das bedeutet, dass diese beiden Motive nicht zwischen dem aktiven und passiven Modus des jeweiligen Konflikts, sondern zwischen den beiden Konflikten selbst differenzieren.

Aus Vorbefunden ist bekannt, dass für den Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt bereits Zusammenhänge zu Fürsorglichkeit, geringer Streitsüchtigkeit und niedriger Ausprägung konkurrierenden Verhaltens und abweisenden kalten Verhaltens belegt werden konnten (Pieh et al., 2009; Schneider et al., 2008). Die Beschreibung des Konflikts Versorgung vs. Autarkie nach OPD-2 legt Zusammenhänge mit der Ausprägung der Motive Harmonie, Geselligkeit und Altruismus nahe, es ergaben sich jedoch keinerlei signifikante Ergebnisse. Auch Moderatoreffekte des Modus wurden berücksichtigt und zeigten keine Signifikanz. Autoren der beschriebenen Studien zur Validität der Konfliktachse sehen in den bisherigen Befunden ausreichend Hinweise für die Validität des Konflikts. In der vorliegenden Studie wird dies in Frage gestellt, weder bei den

depressiven Subtypen noch bei den interpersonalen Motiven wurden grundlegende Annahmen empirisch bestätigt. Weiterer Forschungsbedarf zur Operationalisierung des Versorgungs- vs. Autarkie-themas wird deutlich. Der Einsatz anderer Verfahren ist zu empfehlen, eventuell Alternativen zu Fragebögen, insbesondere zu den Selbstbeurteilungen, werden als notwendig erachtet. Dieser Konflikt scheint mit am stärksten bewusstseinsferne Konstrukte widerzuspiegeln.

Es zeigten sich keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit des Selbstwertkonflikts und interpersonalen Motiven, obwohl zu diesem Konflikt bisher eine recht klare Datenlage zu verzeichnen war und in Voruntersuchungen dieser Konflikt durch seine zahlreichen hypothesenkonformen Korrelationen sogar als „[...] *besonders bewusstseinsfähig* [...]“ (Schneider et al., 2008, S. 58) vermutet wurde. In Voruntersuchungen ließen sich sinnvolle Zusammenhänge zu Außenkriterien finden und „[...] *bei den beiden Verarbeitungsmodi sogar gegenläufige Korrelationen, die auf eine hohe Kriteriumsvalidität der K4-Ratings verweisen.*“ (Benecke et al., 2011)

Zu weiteren OPD-Konflikten erfolgten bisher keine hinreichenden Untersuchungen zur Validierung, da sich diese Konflikte in der Häufigkeitsverteilung nie als bedeutendste Haupt- oder Nebenkongflikte ergaben und somit sehr kleine Zellenbesetzungen statistische Analysen unmöglich machten. Lediglich die große Stichprobe von Pieh et al. (2009) ermöglichte Hypothesen zu diesen Konflikten zu prüfen woraus sehr widersprüchliche Befunde resultierten.

In der vorliegenden Untersuchung konnte die Ausprägung des Schuldkonflikts bei allen Patienten der Stichprobe einbezogen werden. Dieser Konflikt zeigte statistisch relevante Zusammenhänge zu einer geringen Ausprägung des Motivs Harmonie ($\beta = -.36$,

$p = .02$) ebenso wie zu geringer Bedeutsamkeit des Motivs Geselligkeit/ Akzeptanz ($\beta = -.32, p = .03$) unabhängig vom Modus.

Der Ödipale Konflikt geht mit geringer Selbstbezogenheit ($\beta = -.25, p = .04$) und geringer Verslossenheit ($\beta = -.26, p = .04$) einher.

Das Manual zur OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) beinhaltet zusammenfassend zur Definition der ödipalen Konfliktkonstellation: *„Zentrales Motiv ist, sich anderen Menschen gegenüber als besonders attraktiv und begehrenswert zu zeigen, um ihre Aufmerksamkeit und Anerkennung vor anderen zu gewinnen und den Kontakt erotisch-zärtlich zu gestalten und sich des eigenen Mann- bzw. Frauseins zu versichern.“* (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 427).

Dies entspricht nach der Unterteilung von Lichtenberg (1989) einem der fünf grundlegenden Motivationssysteme: einem Wunsch des Erlebens sinnlichen Vergnügens oder sexueller Erregung. Im Modell zum Interpersonalen Cirkumplex (z.B. Locke, 2000) ist diese Facette nicht berücksichtigt, somit eignet sich das darauf basierende Instrument von Thomas et al. (in Vorbereitung) nicht zur Validierung des Ödipalen Konflikts. Lediglich zwei Items beinhalten einen Wunsch nach Aufmerksamkeit und Sympathien anderer, das Item 6 und das 18 (umgepolt): *„Im Umgang mit anderen Menschen (wie Freunden, Bekannten, Kollegen) ist mir im Allgemeinen wichtig, dass [...] ich sie beeindrucke.“* (Item 6); *„[...] ich unauffällig bin.“* (Item 18) (IIM, Thomas et al., in Vorbereitung). Kein Item des IIM beinhaltet ödipal-sexuelle Motive oder deren Manifestationen.

Überlegungen zur Interpretierbarkeit der signifikanten Zusammenhänge

Es wurden zwar ausgehend von den theoretischen Annahmen einzelne Hypothesen geprüft, welche im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit vorzufinden sind, aber zusätzlich erfolgte explorativ die Untersuchung der Zusammenhänge aller Konflikte zu allen interpersonalen

Motiven. Die daraus resultierende große Anzahl an Einzeltests (6 Konflikte in Bezug zu jeweils 8 Subskalen der IIM) kann zu einer Überschätzung der signifikant gewordenen Effekte führen (Rasch et al., 2006). Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% muss außerdem angenommen werden, dass bei 48 Tests zwei Tests per Zufall Signifikanzniveau erreichen (Sherman & Funder, 2009). Um sich gegen eine Überinterpretation von Zufallsbefunden zu schützen, dient die Bonferroni-Methode, durch welche das Signifikanzniveau um die Anzahl der durchgeführten Tests nach unten korrigiert wird. Die Korrektur nach Bonferroni bedeutet für die vorliegende Untersuchung, das Signifikanzniveau bei dieser Testanzahl von $p < 0.05$ auf $p < 0.001$ anzupassen. Von den bisher zehn signifikanten Zusammenhängen entspricht nach dieser Korrektur lediglich der Haupteffekt zwischen dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie und dem Motiv der Durchsetzung eigener Interessen einem signifikanten Ergebnis mit $p = .000$. Streng genommen, dürfen die anderen signifikanten Effekte nicht mehr interpretiert werden.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Bonferroni-Korrektur eine sehr konservative Methode darstellt und eventuell für diese Untersuchung nicht zu den richtigen Schlussfolgerungen führt. Es wird damit außer Acht gelassen, dass sich für den Zusammenhang zwischen OPD-Konflikten und interpersonalen Motiven insgesamt 10 von 48 durchgeführten statistischen Analysen als signifikant herausgestellt haben, bei einem Alphaswert von $p < .05$. Ein rein zufälliger Zusammenhang würde bei 48 Tests eine Anzahl von zwei signifikanten Effekten nicht überschreiten. Somit ist der Anteil von 21% signifikanten Haupteffekten als weit überzufällig zu beurteilen (vgl. Sherman & Funder, 2009).

(3) Affiliationsachse und Dominanzachse (IIM)

Das Inventar Interpersonaler Motive (IIM), von Thomas et al. (in Vorbereitung), wurde auf Basis des Interpersonalen Kreis- oder Circumplex-Modells erstellt, ein Modell mit den

grundlegenden orthogonalen Dimensionen „Agency“ (Dominanz, Status) und „Communion“ (Freundlichkeit, Wärme) (Leary, 1957; Wiggins, 1979). Die Auswertung des IIM kann durch Summenwerte von insgesamt 8 Skalen erfolgen aber die Werte lassen sich auch auf zwei übergeordnete Dimensionen zurückführen. Die beiden Konzepte von Agency und Communion gehen auf Bakan (1966) zurück welcher sie als zwei Grunddimensionen menschlicher Existenz beurteilt. Dabei beinhaltet die Dimension „Agency“ Bestrebungen die auf Effektivität sowie Wirksamkeit in einer Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt ausgerichtet sind, während Communion Bestrebungen im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen beschreibt, mit dem Wunsch diese einzugehen und aufrechtzuerhalten.

Aufgrund der inhomogenen Befunde in Zusammenhang der Konflikte mit den einzelnen IIM-Skalen erscheint es sinnvoll, zusätzlich diese übergeordneten Motive zu betrachten. Auch methodisch wird somit dem Problem der zahlreichen Einzeltests, die eine Alphafehler-Kummulierung zur Folge haben können, entgegengewirkt. Die beiden Skalen Agency und Communion repräsentieren eine Dominanzachse mit den Polen Anpassung vs. Dominanz sowie eine Affiliationsachse, deren Ausprägung auf Nähe vs. Distanzierung zurückgeführt werden kann. Es wurde überprüft, ob einzelne Konflikte in Bezug zu einem dieser beiden interpersonalen „Motivcluster“ zu sehen sind oder der Modus der Konfliktverarbeitung sich erneut als bedeutsame unabhängige Variable erweist. Die Zusatzhypothesen wurden aus den bisherigen Ergebnissen abgeleitet und beziehen sich daher auf die Konflikte Unterwerfung vs. Kontrolle sowie Versorgung vs. Autarkie. Der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle wird in Zusammenhang zu der Dominanzskala vermutet und der Konflikt Versorgung vs. Autarkie in Zusammenhang mit der Ausprägung der Affiliationsskala des IIM.

Für den Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle bestätigte sich der erwartete Zusammenhang zur Dominanzachse. Der statistische Zusammenhang lässt sich sowohl als hochsignifikanter Haupteffekt der Bedeutsamkeit des Konflikts mit der Ausprägung des Dominanzmotivs zeigen als auch als hochsignifikanter Interaktionseffekt mit dem Modus der Konfliktverarbeitung sowohl für den aktiven als auch passiven Modus. Die Ergebnisse sagen aus, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle signifikant mit einer höheren Ausprägung auf der Dominanzachse zusammenhängt. Zusätzlich zeigt sich ein Interaktionseffekt. Der Zusammenhang bleibt unabhängig vom Konfliktmodus signifikant positiv, aber er wird mit zunehmend aktiver Konfliktverarbeitung stärker: mit $\beta = .31$, $p = .02$ für tendenziell passive Konfliktverarbeitung bis zu einer großen Effektstärke von $\beta = .73$, $p = .000$ für Patienten mit tendenziell aktiver Konfliktverarbeitung.

Die Affiliationsachse (Communion) zeigt sich nicht in dem erwarteten Zusammenhang zu dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie. Jedoch geht der Konflikt Versorgung vs. Autarkie mit einer niedrigeren Ausprägung auf der Dominanzachse einher ($\beta = -.36$, $p = .006$).

Nach der Überprüfung der Hypothesen wurden weitere Zusammenhänge zwischen Konflikten und den beiden Dimensionen explorativ betrachtet. Die Dimension Communion zeigte keinerlei signifikante konfliktbezogene Korrelationen.

Der Selbstwertkonflikt weist einen signifikanten Interaktionseffekt mit der Dominanzachse auf ($\beta = -.28$, $p = .04$). Demnach hängt die Bedeutsamkeit des Selbstwertkonflikts bei aktivem Modus positiv und bei passivem Modus negativ mit dem Dominanzmotiv zusammen.

Zur Ausprägung auf der Dominanzachse steht die Bedeutsamkeit des Schuldkonflikts ($\beta = -.38$, $p = .007$) in negativer Korrelation.

Durch die explorative Überprüfung der Zusammenhänge zu allen Konflikten, entstehen insgesamt 12 Einzeltests deren Berücksichtigung die erhaltenen signifikanten Effekte verringert, wenn man eine Korrektur des Alphafehlers nach Bonferroni für 12 Untertests vornimmt und das Signifikanzniveau damit von $p = .05$ auf $p = .004$ anpasst. Dies wird für die vorliegende Fragestellung nicht als sinnvoll erachtet, da sich 50% der Einzeltests als signifikant erwiesen und somit ausgeschlossen werden kann, dass es sich um zufällige Effekte handelt.

Zur Interpretation der Ergebnisse erscheint es wichtig, die zugrundeliegenden Attribute der Achsen genauer zu betrachten. Führt man die Ergebnisse zur Dominanzachse wieder auf die grundlegende Dimension Communion mit der Beschreibung nach Bakan (1966) zurück, kann dies die statistisch resultierten Zusammenhänge zu den einzelnen Konfliktbereichen verdeutlichen. Communion beinhaltet, dass es um ein Streben nach Macht geht, mit dem Wunsch Einfluss zu haben und einen besonderen Status zu besitzen. Des Weiteren geht es um ein Leistungsmotiv und die Beschäftigung mit eigenen Fähigkeiten sowie um einen Wunsch nach Abwechslung und neuen Erfahrungen (vgl. Brunstein & Maier, 1996). Der Zusammenhang zum Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle und dem Selbstwertkonflikt jeweils spezifisch mit dem aktiven Modus, ist daher ein inhaltlich sinnvolles Ergebnis welches noch einmal die bisherigen einzelnen Zusammenhänge des Konflikts Unterwerfung vs. Kontrolle zu den Motiven ebenso wie dessen Validität bestätigt.

Die Dimension Agency ist durch Bestrebungen zu Intimität im Sinne vertrauensvoller Beziehungen und Affiliation definiert mit dem Wunsch anderen nah zu sein und dem Vorherrschen einer altruistischen Einstellung (Bakan, 1966; Brunstein & Maier, 1996). Diese Achse zeigte keinerlei signifikante Zusammenhänge zu den intrapsychischen Konflikten nach OPD-2.

(4) Zusammenhang zur Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Insgesamt traten kaum Zusammenhänge zwischen der Bedeutsamkeit bestimmter Konflikte und den Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation auf. Lediglich der Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit zeigt statistisch relevante Zusammenhänge zu einigen Dimensionen, er geht mit signifikant mehr primitiver Abwehr ($\beta = .32, p = .02$), mehr Aggression ($\beta = .32, p = .02$) und wenig moralischen Werten ($\beta = .33, p = .01$) einher, Ergebnisse, welche als Hinweis auf die strukturellen Defizite theoriekonform stärker mit diesem Konflikt als mit anderen Konfliktthemen in Verbindung gebracht werden.

Zusätzlich zum hypothesengeleiteten Vorgehen wurden explorativ alle weiteren Konflikte mit den IPO-Dimensionen in Bezug gesetzt. Lediglich der Selbstwertkonflikt ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang in negativer Richtung zur Skala wenig moralische Werte. Die hoch eingeschätzte Bedeutsamkeit dieses Konflikts hängt somit mit stärker ausgeprägtem Empfinden von Moral zusammen. Diese sehr stark an strukturellen Fähigkeiten ausgerichteten Skalen dienen nicht der Untersuchung der konvergenten Validität. Es handelt sich um Merkmale, welche zwar Grundlagen intrapsychischer Konflikte darstellen, aber keine geeigneten Variablen zur Differenzierung zwischen Konfliktthemen. So ist das Ergebnis, dass lediglich die Bedeutsamkeit des ersten Konflikts Haupteffekte zu IPO-Dimensionen aufweist, theoriekonform zur Konfliktachse der OPD-2, da dieser Konflikt auch in Vorbefunden mit den stärksten strukturellen Defiziten einhergeht. Das Fehlen weiterer Zusammenhänge spricht nicht für eine schlechte konvergente Validität, sondern tendenziell für eine gute Konstruktvalidität. Zusammenfassend ist daher festzustellen, dass der IPO und die OPD-Konfliktachse unterschiedliche Konstrukte messen.

6.2.5.2 Prognostische Validität

Die Veränderungen im Rahmen der stationären Therapie wurden zunächst für die Gesamtstichprobe ausgewertet, anschließend konflikt-spezifisch betrachtet. Die Ergebnisse zu allgemeinen Therapieeffekten auf Symptomebene zwischen T1 und T3, gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), der Symptomcheckliste (SCL-90) sowie in der Fremdeinschätzung mit der Hamilton Depressionsskala (HAMD), zeigen signifikante Verbesserungen der depressiven Symptomatik durch die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung mit hohen Effektstärken bei allen eingesetzten Messinstrumenten. Sowohl in der Selbst- als auch Fremdeinschätzung wurden für die positiven Therapieeffekte Effektstärken zwischen $d = 1.02$ und $d = 1.59$ erreicht.

Für den BDI lagen Katamnesedaten von 35 Patienten vor, durch welche ein hoher, zeitlich überdauernder Effekt errechnet wurde. Im Vergleich der BDI Summenscores zu Beginn der Therapie mit der Symptomatik ein halbes Jahr bis ein Jahr nach der Psychotherapie ergab sich ein großer Effekt von $d = 1.02$. Diese Ergebnisse demonstrieren die zuverlässige Wirksamkeit des psychosomatischen Therapiekonzeptes bezüglich einer bedeutsamen Verbesserung der depressiven Symptomatik auf Symptomebene und deren Stabilität über einen langen Zeitraum.

Zu konflikt-spezifischen Therapieeffekten ist in der Literatur lediglich ein einheitlicher Hinweis zum Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit zu finden, welcher mit einem deutlich geringeren Strukturniveau assoziiert ist als andere Konfliktthemen (z.B. Grande et al., 1998; Rudolf, 2006). Somit wurde angenommen, dass die Bedeutsamkeit des Konflikts negativ mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs zusammenhängt. Diese Hypothese wurde sowohl durch die Selbsteinschätzungen der Patienten als auch auf der Hamilton Depressionsskala bestätigt: Die Bedeutsamkeit dieses Konflikts korreliert mit signifikant schlechteren Therapieerfolgen bezüglich der BDI Summenscores von Aufnahme bis

Entlassung ($\beta = .34, p = .009$). Die Ergebnisse der Fremdbeurteilung bestätigen ebenfalls das Ergebnis in der erwarteten Richtung ($\beta = .29, p = .003$).

Es ergab sich darüber hinaus eine Tendenz (keine statistische Signifikanz, $p = .18$), dass die Interaktion mit dem passiven Verarbeitungsmodus die schlechtesten Therapieeffekte ergibt.

Es wurde für den Ödipalen Konflikt ein vergleichsweise hohes Strukturniveau postuliert und damit einhergehend bessere Therapieeffekte als bei anderen Konfliktthemen. Diese Hypothese wurde nicht bestätigt. Es zeigten sich auch bei anderen Konflikten keinerlei signifikante konfliktspezifische Therapieeffekte.

Zusammenfassend ist zu anzumerken, dass signifikante Therapieerfolge mit großen Effektstärken von T1 zu T3 vorhanden sind, Zusammenhänge zu Konfliktthemen sich aber ausschließen lassen, mit Ausnahme des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit, dessen Diagnose mit der schlechtesten Prognose einhergeht.

Ein Erklärungsmodell bietet sich in Bezug auf die, mit diesem Konflikt einhergehende, starke strukturelle Einschränkung an. Bei diesen Patienten ist die geringste Beziehungsfähigkeit anzunehmen. Dies ist konform mit den aktuellen Ergebnissen der Psychotherapie-Prozessforschung, die belegt, dass beispielsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen des Cluster A (paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörung nach ICD-10) sowie mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, die schlechtesten Prognosen in der Therapie der Depression zu erwarten sind (Skodol, Grilo, Keyes, Geier, Grant & Hasin, 2011). Nach einer Studie an 1996 depressiven Patienten mit einer Datenerhebung über vier Jahre fassen die Autoren zusammen: *„Even after controlling for other potentially negative prognostic indicators, borderline personality disorder significantly and robustly predicted major depressive disorder persistence.“* (Skodol et al., 2011).

Interessant ist neben der Betrachtung der symptombezogenen Maße die Veränderung auf struktureller Ebene. Ein Zugang zu einigen grundlegenden Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation wurde durch den Einsatz des IPO-2001 zu T1 und T3 eröffnet. Dieser Fragebogen misst inhaltlich unter anderem die Ausprägung primitiver Abwehrmechanismen, Fähigkeiten der Selbst- und Objektdifferenzierung (als zentrale Parameter des depressiven Grundkonflikts nach Rudolf (2003)) und den Grad der Integration der Identität sowie die Ausprägung aggressiver Impulse.

Die Ergebnisse zu Therapieeffekten der Gesamtstichprobe belegen, dass sich im Rahmen des psychotherapeutischen Settings der Psychosomatischen Klinik sowohl für die primitive Abwehr, die Identitätsdiffusion sowie die schwache Realitätsprüfung signifikant positive Therapieeffekte ergeben. Die Effektstärken liegen für diese drei Skalen zwischen $d = .22$ und $d = .26$ und sind nach Cohen (1992) als kleine Effekte einzuordnen. Dieses Ergebnis spricht trotz kleiner Effektstärken für die Wirksamkeit der Psychotherapie im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung.

Der eingesetzte Fragebogen in der erweiterten Version IPO-2001 enthält drei ursprüngliche Skalen des IPO nach Clarkin et al. (1995) sowie zwei Zusatzskalen. Bei den statistischen Befunden fällt auf, dass von den fünf Skalen des IPO-2001 die drei Skalen der ursprünglichen Version signifikante Werte aufweisen. Auf den beiden Zusatzskalen, wenig moralische Werte und Aggression, zeigen die Patienten der Stichprobe keine Veränderungen von T1 zu T3.

Die Betrachtung der Ergebnisse zu den Therapieeffekten auf den IPO-Dimensionen in Abhängigkeit von der Bedeutsamkeit einzelner Konflikte legt wenig signifikante Werte dar. Lediglich drei Ergebnisse von insgesamt 30 Einzeltests erreichten Signifikanzniveau. Durch eine Bonferroni-Korrektur zur Anpassung des Alphafehlers würde keines der Ergebnisse als signifikant beurteilt. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Dimensionen des IPO sich nicht konfliktspezifisch verändern. Außerdem könnte die

geringe Varianz einer strukturell recht homogenen Stichprobe depressiver Patienten im psychosomatischen Setting ursächlich für die grundlegend kleinen Effektstärken in der Stichprobe auf den IPO-Dimensionen und die dadurch zusätzlich geringen statistischen Effekte bei konfliktspezifischer Auswertung sein.

Zusammenfassend ergeben sich sowohl bei den symptom-spezifischen Inventaren als auch bei dem Maß zur Persönlichkeitsorganisation signifikante Therapieeffekte für die Gesamtstichprobe, die die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Arbeit auf den einbezogenen Therapiestationen unterstreichen. Indessen resultierten fast keine interpretierbaren signifikanten Unterschiede der Therapieeffekte in Zusammenhang mit der Bedeutsamkeit einzelner Konflikte.

Die Wirksamkeit der Psychotherapie in Zusammenhang mit Konfliktthemen ergab lediglich durchgängig signifikante Ergebnisse für den Konflikt Individuation vs. Abhängigkeit. Dieser Konflikt geht mit den wenigsten Veränderungen der symptombezogenen Depressionswerte sowohl in der Fremdeinschätzung als auch der Selbsteinschätzung einher. Sonstige postulierte Unterschiede zwischen den Konfliktgruppen betreffend Therapieoutcome ließen sich nicht bestätigen.

Die Beurteilung von Therapieeffekten über die symptomzentrierten Beurteilungsinstrumente hinausgehend ist ein erfolgversprechender Ansatz bezüglich weiterer Differenzierungen der Therapieergebnisse auf Konfliktebene. Die Vorbefunde zu unterschiedlichen strukturellen Zusammenhängen der Konflikte verweisen auf die Bedeutsamkeit der Struktur in Zusammenhang mit der Konfliktachse (z.B. Grande et al., 1998, Benecke et al., 2009). Bei zukünftigen Untersuchungen zur prognostischen Validität der Konfliktachse könnte über den Einsatz weiterer Instrumente, die mit psychodynamischen Konstrukten in Zusammenhang stehen, ein differenzierterer Zugang zu konfliktspezifischen Veränderungen gefunden werden.

Wenige Messinstrumente ermöglichen einen solchen Zugang. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000) stellt ein Instrument zur Erhebung der Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit dar und eignet sich für die Therapieplanung einerseits, aber auch zur Evaluation psychodynamischer Behandlungen. Sie setzt allerdings ein fundiertes Wissen psychodynamischer Konstrukte und struktureller Ausdrücke voraus und die Einschätzung lässt sich nicht valide erreichen, wenn lediglich Einzelkontakte mit den Patienten im Rahmen des Forschungsvorhabens vorgenommen werden, ohne deren therapeutischen Prozess inhaltlich zu kennen. Für eine solche Untersuchung müsste die Studie so ausgelegt sein, dass Struktureinschätzungen durch die Bezugstherapeuten vorgenommen werden können.

Die OPD-Strukturachse wurde in der vorliegenden Studie im Rahmen der durchgeführten Forschungsinterviews mit beurteilt, allerdings nur zu einem Messzeitpunkt, und dient somit nicht der Veränderungsmessung. Mittlerweile liegt mit dem OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF; Ehrenthal et al., 2009) ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Strukturdiagnostik vor. *„Aus Sicht der Forschung erlaubt er eine zeitökonomische Erfassung struktureller Merkmale in größeren Stichproben.“* (Zimmermann et al., 2010, S. 71). Der Einsatz dieses Fragebogens ermöglicht es, in zukünftigen Forschungsprojekten ein erweitertes Spektrum bei der Betrachtung der Wirksamkeit von Psychotherapie zu erfassen. An dieser Stelle ist außerdem der neu entwickelte Beziehungs-Q-Sort (OPD-BQS; Zimmermann, Stasch, Grande & Cierpka, 2008) zu nennen, welcher die Erlebensperspektive der Patienten bezüglich der OPD-Beziehungsachse valide erfasst und somit einen neuen Zugang zur Diagnostik, aber auch zur Veränderungsmessung im Bereich des Beziehungserlebens ermöglicht. Diese neu entwickelten Instrumente sind in zukünftigen Forschungsprojekten auch in Zusammenhang mit einer detaillierten Validierung der prognostischen Validität der OPD-Konfliktachse, über symptombezogene Instrumente hinaus, denkbar.

6.3. Methodische Einschränkungen

Zum Abschluss sind einige methodenkritische Anmerkungen zur vorliegenden klinischen Studie aufzuführen.

Es handelt es sich um Psychotherapieforschung an depressiven Patienten in einem stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Setting. Die Ergebnisse sind daher vor dem Hintergrund dieser speziellen Patientengruppe zu betrachten und können nicht als allgemeingültig für depressive Erkrankungen angenommen werden.

Die Datenerhebung erfolgte an insgesamt 96 Patienten. Für einige Patienten stellten die Anforderungen der Studie mit Fragebögen und zusätzlichen Terminvereinbarungen eine zu große Belastung dar, woraus Lücken in den Datensätzen oder Abbrüche im Studienverlauf resultierten. Diese wurden registriert, aber im Rahmen der vorliegenden Studie nicht ausgewertet. Für den abschließenden Datensatz konnten die Informationen von 72 Patienten verwendet werden. Somit ist aber zu vermuten, dass besonders Patienten mit ausgeprägtem Schweregrad der Erkrankung oder stärkeren Komorbiditäten, zum Beispiel im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, weniger in der Studie berücksichtigt sind. Neben den Abbrüchen nach Studienbeginn gab es eine große Anzahl befragter Patienten, welche die Studienteilnahme von vornherein ablehnten. Es wäre wichtig zu erfahren, welche Merkmale diese Patientengruppen ausmachen, die nicht in die Auswertungen eingeschlossen wurden.

Als größte Einschränkung ist zu sehen, dass keine Untersuchung an einer weiteren Stichprobe erfolgte, entweder in Form einer weiteren Patientenstichprobe mit einer anderen vorherrschenden psychischen Erkrankung oder einer Referenzgruppe mit Personen der Allgemeinbevölkerung um die Spezifität der erhaltenen Ergebnisse für depressive Erkrankungen zu belegen.

Die Auswertungsstrategie der OPD-Konflikteinschätzungen erfolgte über die dimensionalen Ratings im OPD-2-Erhebungsbogen. Dieses Vorgehen ist für die Einschätzung der Bedeutsamkeit der einzelnen Konflikte vielversprechend, aber es ist kritisch zu sehen, dieses Vorgehen bei der Modusvariable einzusetzen. Im Erhebungsbogen der Konflikte nach OPD-2 ist lediglich eine Moduseinschätzung für den Hauptkonflikt vorgesehen. In der vorliegenden Studie schätzten alle Rater zusätzlich für den Nebekonflikt einen Modus ein. Aus der Mittelung dieser beiden dimensional eingeschätzungen des Modus mit wiederum dem Mittelwert von drei Beurteilern wurde eine Modusvariable pro Patient generiert die bei der statistischen Auswertung zu Interaktionseffekten mit jedem Konflikt in Verbindung gebracht wurde. Die Generierung dieser Variable erfolgte aus wenig Information, es wäre eigentlich zu jedem Konflikt ein Moduswert notwendig gewesen wäre, um eine umfassende und valide Modusvariable pro Patient zu erstellen. Dies ist eine Einschränkung die der OPD-Erhebungsbogen vorgibt. Die Bedeutsamkeit des Verarbeitungsmodus und der Anspruch nach OPD, für jeden Patienten einen konfliktübergreifenden Modus zu diagnostizieren, spricht dafür, dass für jeden Konflikt eine Moduszugehörigkeit angegeben werden sollte. Dies entspricht auch der Empfehlung von Benecke (2011) als Ergebnis der Validierung der Konfliktachse der OPD-KJ. Eine Erweiterung des OPD-Erhebungsbogens um die zusätzlichen 6 Modusentscheidungen würde eine präzisere und somit validere einzelne Betrachtung der Konfliktausprägung, aber auch eine fundiertere Datenbasis, um eine Modusvariable pro Patient aus dem Mittelwert aller dimensional Moduseinschätzungen zu generieren, ermöglichen.

Bei den Interraterreliabilitäten liegen alle Werte im moderaten bis sehr guten Bereich, abgesehen von der Einschätzung der Identitätskonflikte, da diese generell sehr selten gesehen und sogar von einem Beurteiler über alle Ratings als „nicht vorhanden“ eingestuft wurden. Die Ursache dafür kann in der Stichprobe, dem theoretischen Konzept

dieses Konflikts, aber auch in einem methodischen Fehler in der Anwendung der Konfliktachse zu vermuten sein. Die Validierung des Identitätskonflikts ist bisher in keiner Studie gelungen. Nach Aussage des Arbeitskreises OPD erleiden die Identitätskonflikte nach wie vor das „*Schicksal einer Unterbewertung*“ und werden „*gewöhnlich unreflektiert den Selbstwertkonflikten im Sinne eines „narzisstischen Sammeltopfs“ zugeschlagen [...]*“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.111). Dem konnte auch in der vorliegenden Studie trotz Einbeziehen der dimensional Gesamtinformation der OPD-Konflikteinschätzungen nicht entgegengewirkt werden. Durch die geringen Werte zu den Identitätskonflikten war deren Beurteilung im Rahmen der konvergenten Validität nicht möglich.

Bei der Übereinstimmungsvalidierung mit den Subtypen nach Blatt (1974) zeigten sich nur wenige signifikante Effekte. Dies wurde interpretiert als ein Unterschied in den gemessenen Konstrukten. Es sollte zusätzlich beachtet werden, dass die Normierung der Originalversion des DEQ (Blatt et al., 1976) an einer Studentens Stichprobe erfolgte, ebenso wie die deutsche Normierung durch Beutel et al. (2004). Außerdem wird die Auswertung des DEQ methodisch vielfach diskutiert, so existieren Empfehlungen anderer Forschungsgruppen mit mittlerweile fünf verschiedenen Auswertungsstrategien mit unterschiedlichen Skalenbildungen. Beispielsweise ergab sich nach Inhaltsanalyse durch Luyten, Fontaine, Soenen und Corveleyn (in Vorbereitung) eine Lösung mit neun Kategorien zur Auswertung des DEQ und den übergeordneten Faktoren, welche sie mit den Begriffen „interpersonale Schuld“ und „intrapyschische Schuld“ bezeichneten. Rude und Burnham (1995) errechneten zwei Faktoren und definieren diese als “Connectedness” und “Neediness”. Die relativ niedrigen internen Konsistenzen in der vorliegenden Stichprobe auf den Skalen der verbreiteten dreidimensionalen Lösung (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990) unterstützen die Vermutung, dass eventuell nicht genau geklärt ist, was und in welcher Form der DEQ genau erfasst, dies könnte zu den inhomogenen Befunden und den allgemein geringen Korrelationen zu anderen Kriterien beitragen.

6.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Insgesamt ist die OPD-2 aufgrund der bisherigen empirischen sowie praktischen Befunde und Erfahrungen sowie den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie als reliables und valides Instrument zur Erfassung psychodynamisch begründeter Konstrukte zu beurteilen.

In der vorliegenden Studie zeigten sich über mehrere Rater hinweg moderate bis sehr gute Interraterreliabilitäten für alle, in der Stichprobe aufgetretenen, Konfliktbereiche.

Ferner wurde gezeigt, dass die Konfliktverteilung nach OPD-2 in der untersuchten Stichprobe depressiver Patienten den bisherigen Befunden zu störungsübergreifenden Stichproben auf Grundlage der Konfliktdiagnostik nach OPD-1 entspricht und somit Aussagen zu vorherrschenden unbewussten Konfliktkonstellationen bei Patientengruppen im psychosomatischen Setting valide ermöglicht. Die jüngsten Veröffentlichungen zur Konfliktachse zeigen aber auch, dass die Validität unter Forschungsbedingungen nicht ohne Einschränkungen auf den klinischen Alltag übertragen werden kann. Neben den großen Übereinstimmungen bei Einhaltung methodischer Forschungsvorgaben zeigen sich bei Vorbefunden aus der klinischen Routine im ambulanten oder stationären Rahmen nach wie vor Probleme bei der Differenzierung einzelner Konflikte, besonders bei der Abgrenzung des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit vom Konflikt Versorgung vs. Autarkie (vgl. Grande et al. 1998). Dies macht deutlich, dass besonders für die OPD-Konflikteinschätzung klinische Erfahrung ebenso wie mehrfache Trainings und kontinuierlicher Austausch im therapeutischen Team notwendig sind. Bei der Weiterentwicklung der OPD sollte es darum gehen, die Anwendung der Konfliktachse im Bereich psychotherapeutischer Praxis zu erleichtern.

Ein großer Entwicklungsschritt nach der Veröffentlichung der OPD-2 besteht in der Konstruktion der neuen achsenspezifischen Instrumente zur Selbsteinschätzung für die Beziehungsachse und die Strukturachse der OPD-2, dem Beziehungs-Q-Sort (OPD-BQS; Zimmermann et al., 2008) und dem Strukturfragebogen (OPD-SF; Ehrenthal et al., 2009).

Diese Entwicklung ist eine Reaktion auf das große wissenschaftliche wie klinische Interesse an der psychodynamischen Diagnostik ebenso wie auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung zum direkteren und objektiveren Erfassen der psychodynamischen Konstrukte (Zimmermann et al., 2010).

Für die Konfliktachse gibt es zwar Checklisten im Manual der OPD-2 um eine vereinfachte Handhabung zu ermöglichen und die ökologische Validität zu verbessern (Cierpka et al., 2001), jedoch existiert kein weiteres Instrument um unbewusste Konflikte weder OPD-spezifisch noch anderweitig zu erfassen. Dieser Umstand erschwert die Studien zur konvergenten Validität der Konfliktachse seit Jahren und führt dazu, dass nur wenig eindeutige Validitätsnachweise erbracht werden können, meist lediglich für einzelne Konfliktthemen (z.B. Benecke et al., 2011; Schneider et al., 2008; Pieh et al., 2009). Auch in der vorliegenden Untersuchung ergaben sich trotz einer neuen Methode der Auswertung der Konflikteinschätzungen sowie der sorgfältigen Auswahl von Instrumenten als Außenkriterien, z.B. dem erstmaligen Vergleich der OPD-Konflikte mit traditionellen Subtypen der Depression sowie mit einem neuen Instrument zur Erfassung interpersonaler Motive, sehr vereinzelte statistisch relevante Zusammenhänge, die die empirische Bestätigung der konvergenten Validität lediglich für die Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit und Unterwerfung vs. Kontrolle in zufriedenstellendem Ausmaß ermöglichen. Weitere Forschungsvorhaben werden vor die Herausforderung gestellt, erneut auf die Suche nach Außenkriterien zu gehen, welche die unbewussten Konflikte oder deren direkte Manifestationen im Erleben und Verhalten umfassender abbilden.

Mit der OPD-Konfliktachse existiert das bisher einzige Messinstrument um unbewusste intrapsychische Konfliktthemen zu diagnostizieren. Dies macht die OPD in der klinischen Praxis mittlerweile national wie international unentbehrlich. Sie ermöglicht therapeutisch arbeitenden Klinikern ein Werkzeug sowohl für den Einstieg in ein

psychodynamisches Verständnis ebenso wie für die fortgeschrittene Anwendung in der Therapieplanung, Fokusentwicklung und prognostischen Einschätzung.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass die OPD-Konfliktachse dem Umstand ihrer Einzigartigkeit in der klinischen Diagnostik unbewusster psychodynamischer Konflikte das umfassende Interesse der Kliniker verdankt, aber auch die große wissenschaftliche Herausforderung an den Arbeitskreis OPD stellt, fortdauernd die Validität zu untermauern und effektive Therapeutentrainings sowie weitere Instrumente und Entscheidungshilfen, z.B. bezüglich der Differenzierung zwischen Konfliktthemen, zu entwickeln.

7 SUBTYPEN IM INTERKULTURELLEN VERGLEICH

7.1 Einleitung

„Die Frage nach dem Einfluss von Kultur auf menschliches Erleben und Verhalten hat innerhalb der quantitativ orientierten Psychologie erheblich an Bedeutung gewonnen. Dieses wachsende Interesse antwortet auf die kulturellen Veränderungen, die mit dem Prozess der Globalisierung einhergehen.“ (Freund et al., im Druck).

Nach Segall, Lonner und Berry (1998) wird der Begriff „Kultur“ im Bereich psychologischer Forschung als Bezeichnung für Gruppen eingesetzt, welche bezüglich kultureller Kontextvariablen Unterschiede aufweisen. Methodisch betrachtet kann „Kultur“ somit als eine nominale Variable der Gruppenzugehörigkeit gesehen werden, in der eine Vielzahl komplexer Kontextvariablen „verpackt“ sind (Whiting, 1976). Der Anspruch kulturvergleichender Psychologie besteht darin, nicht nur Unterschiede hinsichtlich psychologischer Zielvariablen zwischen kulturellen Gruppen zu konstatieren, sondern die entsprechenden Kontextvariablen zu identifizieren, die der Gruppenzugehörigkeit zugrunde liegen (z.B. Poortinga, van de Vijver, Joe & van de Koppel, 1987; Segall, 1983).

Der Schwerpunkt der folgenden kulturvergleichenden Studie an einer nicht-klinischen Stichprobe mit insgesamt 102 Probanden deutscher und chilenischer Nationalität liegt auf interkulturellen Unterschieden bezüglich Depressivität und der Rolle des Selbstkonzeptes als bedeutende kulturvermittelnde Variable. Der Anspruch besteht darin, nicht nur Mittelwertsunterschiede bei den psychologischen Variablen zu berichten, sondern den Einfluss des Selbstkonzeptes als kulturvermittelnde Variable in einem Mediatormodell zu prüfen und erste Überlegungen zur praktischen Bedeutsamkeit der resultierenden kulturellen Unterschiede vorzunehmen. Die Depressivität wird anhand des symptombezogenen Beck-Depressions-Inventars (BDI; Beck et al., 1961) erfasst sowie um

die klassischen Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung nach der Theorie von Blatt (1974) erweitert.

Die Arbeit zielt darauf ab, die Befunde bisheriger deutsch-chilenischer Forschungsprojekte um die Variablen Abhängigkeit und Selbstkritik als Basis depressiver Subtypen zu erweitern und eine Orientierung für zukünftige empirische kulturvergleichende Depressionsforschung zu bieten.

7.2. THEORETISCHER HINTERGRUND

7.2.1 Depression im Kontext der Kultur

„*Cross-cultural studies represent an important strategy for investigating universals and specifics in the etiology, expression, and experience of depressive disorders.*” (Marsella, Sartorius, Jablensky & Fenton, 1985, S. 300). Dabei stellt sich die Frage, auf welche Weise kulturvergleichende Forschung am besten umgesetzt werden kann. Beschäftigt man sich mit diesem Gedanken, stellt man fest, dass die Erforschung affektiver Erkrankungen durch zwei extreme Herangehensweisen geprägt ist. Zum einen durch den epidemiologischen Ansatz, der versucht, anhand feststehender Symptome die Diagnose Depression zu stellen und so Kulturvergleiche zu ermöglichen (WHO, 2001). Diese Richtung sieht sich mit der anthropologischen Betrachtungsweise konfrontiert, die das Entstehen depressiver Erkrankungen in Abhängigkeit von der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft sieht und somit vor allem eine kulturspezifische, und daher relative, Annäherung an affektive Erkrankungen zulässt. Beide Ansätze sollen hier gegenübergestellt werden, um anschließend anhand einer Untersuchung von Ryder et al. (2008) zu zeigen, wie kulturvergleichende Forschung unter Anerkennung und Berücksichtigung der kulturellen Spezifität möglich ist.

Die WHO führt großangelegte Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen durch, an denen 450 Millionen Menschen auf der Welt leiden (WHO, 2001). Depressionen werden laut WHO (2001) im Jahr 2020 die dritthäufigste Krankheit in Industrieländern und die häufigste in Entwicklungsländern sein. Die Lebenszeitprävalenz liegt für Frauen bei 21,3%, für Männer bei 12,7%, ist also in etwa doppelt so hoch für Frauen wie für Männer. Die Art sowie der Schweregrad der Depression werden dabei mittels eines strukturierten klinischen Interviews (CIDI; Composite International Diagnostic Interview; WHO, 1990) festgestellt. Diese Art der Forschung stellt zwar den Versuch dar, kulturübergreifend zu

arbeiten, indem in verschiedenen Ländern anhand des gleichen Instruments erhebungäquivalent Daten gewonnen werden. Dennoch wurde hier ein Vorgehen gewählt, bei dem mit vor allem in den Vereinigten Staaten und Europa entwickelten Messinstrumenten von einer ebensolchen Perspektive ausgehend das gemessen wird, was das Konstrukt „Depression“ in diesen Ländern beinhaltet. Fragen der konzeptuellen Äquivalenz (vgl. Helfrich, 2003) werden nur aus ethischer Perspektive angegangen. So geht man z.B. davon aus, dass allein die Übertragung spezifischer Begriffe in eine andere Sprache ausreicht. Über die Unmöglichkeit eines Vergleichs von Empfinden und Ausdruck psychischer Konzepte oder Emotionen setzt sich die kulturvergleichende Forschung letzten Endes hinweg (Kleinman & Good, 1985). Obwohl Konsens darüber herrscht, dass eine Kombination biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen eine Rolle spielt (WHO, 2001), wurden kulturspezifische Symptome in WHO-Studien bisher weniger eindeutig berücksichtigt.

Was unter kulturspezifischen Symptomen verstanden werden kann, soll am Beispiel Europa verdeutlicht werden. Bezüglich Depressionen wurden folgende spezifisch europäische kulturelle Konstrukte identifiziert (Falicov, 2003): normaler und gesunder Zustand des Individuums sind „Sich gut fühlen“ und das „Empfinden positiver Emotionen“. Es herrscht eine Trennung von Körper und Psyche vor, d.h. durch neurobiologische Erkenntnisse ist die Behandlung zunehmend auch medizinisch-biologisch orientiert. Das Zurückführen depressiver Symptomatik erfolgt tendenziell auf interne Störungen des Individuums, in anderen Kulturen hingegen gibt es eine stärkere Beachtung des interpersonalen Kontextes, z.B. des sozialen Rückzugs.

Marsella et al. (1985) weisen darauf hin, dass die sogenannten Kernsymptome der Depression (gedrückte Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität) diese Bedeutung nur im europäisch-US-amerikanischen Kontext haben und somit keine universelle Gültigkeit

besitzen. Insgesamt kann also die Richtigkeit der Höhe der in WHO-Studien für psychische Erkrankungen ermittelten Prävalenzen infrage gestellt werden (Manson, 1996).

Schon Carr und Vitaliano (1985) erklären die Schwankungen in den gemessenen Prävalenzen. Depressionen seien gekennzeichnet durch unterschiedlichste Symptome auf der Verhaltensebene, diese überschneiden sich teilweise, treten aber auch in unterschiedlichsten Kombinationen auf. In Abhängigkeit vom kulturellen Setting würden diese auf unterschiedliche Weise interpretiert. Das Konzept der Universalität von Depression an sich ist also ein kulturspezifisches, entstanden aus einem biomedizinischen Verständnis heraus. Angesichts der abweichenden Symptome, Bedeutungen und Verhaltensweisen stellt es sich folglich als schwierig dar, Depressionen kulturvergleichend zu untersuchen.

Kultur beeinflusst als psychosozialer Faktor also die Entstehung, das Erleben und die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen auf mehreren Ebenen. Sie bestimmt die Art der Stressoren, die Copingmechanismen, das Selbstkonzept, die Sprache, Standards von Normalität und Abweichung bezüglich bestimmter Krankheiten sowie Bedürfnisse, Motivation (Marsella & Yamada, 2007), das Erleben und den Ausdruck von Emotionen (Kirmayer, 2001) und somit können auch das Erleben und der Ausdruck von Depressivität je nach Kultur unterschiedlich sein (Kraus & Koch, 2006).

Die Anthropologie hat sich aus diesem Verständnis heraus unter anderem zum Ziel gesetzt herauszufinden, wie sich das emotionale Empfinden in verschiedenen Kulturen abbildet. Dies wird umgesetzt ausgehend von der Prämisse, dass die psychosoziale Wirklichkeit eine konstruierte ist, die das Erleben des Menschen bestimmt. Dabei wird betont, dass sämtliches Wissen, das in wissenschaftlichen Studien gewonnen wird, immer verwoben ist mit dessen kulturellem Ursprung. Daher müssen Forscher ihre impliziten Annahmen kennen. Im interpretativen Ansatz, einem der strengsten deskriptiven Ansätze der Ethnologie, gilt es, erkennen zu lernen, dass es keine von außen vorgegebene objektive

Realität der Dinge gibt. Erst durch die subjektive Interpretation eines Individuums selbst erhält seine Realität Sinn (Geertz, 1983). Es gilt aus einer empirischen Perspektive heraus zu verstehen, welche Krankheit in der Zielkultur kategorisiert wird, welche Erklärungsmodelle und semantischen Netzwerke dahinterstehen und wofür diese die Bedeutungsgrundlage bilden (Carr & Vitaliano, 1985).

Ein oft bemühtes Beispiel für die Kulturabhängigkeit depressiver Erkrankungen ist das „leibnahe“ Erleben der Symptomatik im Gegensatz zur psychisch-affektiven Wahrnehmung der Symptome. Früher wurde die Prävalenz depressiver Erkrankungen in asiatischen Kulturen deutlich niedriger eingeschätzt (Taiwan 1,5% vs. Beirut 19% Lebenszeitprävalenz), da Symptome, die zur Diagnose der Depression dienen, aber ebenso zum Störungsbild der Neurasthenie gehören, in Asien eher der letzteren zugeordnet wurden (Kleinman, 1982, Weissman et al., 1996). Bei der Neurasthenie handelt es sich um eine Form der Somatisierung, die mit dem europäisch-US-amerikanischen Krankheitsbild der Depression in engem Zusammenhang steht (Kleinman, 1982). Von 100 untersuchten Neurastheniepatienten in China erfüllten 87 die Kriterien einer Major Depression nach DSM-III (Kleinman, 1982).

In einer weiteren Studie untersuchten Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton und Ormel (1999) den Zusammenhang zwischen somatischen Symptomen und Depression. In einer WHO Studie zu psychologischen Problemen hatten viele der Befragten (45% in Paris, 74% in Berlin, 87% in Shanghai und Bangalore und 95% in Ankara) ausschließlich somatische Symptome genannt. Definierte man Somatisierung allerdings als „medically unexplained somatic symptoms“ oder „denial of psychological distress“, verringerten sich die Angaben somatischer Symptome (Simon et al., 1999). Das Auftreten dieser unterschiedlichen Wahrnehmungen bei den Patienten bietet vielfältige Erklärungsmöglichkeiten. Zum einen beeinflusst die Angst vor Stigmatisierung die Art der Symptome, über die der Patient zu sprechen bereit ist. Sich depressiv oder gestresst zu

fühlen ist in europäischen und US-amerikanischen Kulturkontexten zunehmend anerkannt (Ballenger et al., 2001). Zum anderen herrscht in diesen Kulturen noch immer eine scharfe Trennung zwischen körperlicher und psychischer Symptomatik vor, die beispielsweise in China in dieser Form nicht zu finden ist. Auf diesen Umstand geht Tung (1994) näher ein. Demnach sind die Termini für emotionale Zustände in der chinesischen Sprache weitaus stärker auch in körperlichen Begriffen verankert, sodass es in diesem Sinne zu Fehlinterpretationen von Symptombeschreibungen aufgrund abweichender Verarbeitung und Ausdruck von Emotionen kommen kann (Tung, 1994).

Es wird zum einen deutlich, dass Ergebnisse aus kulturvergleichender Forschung mit Vorsicht zu interpretieren sind und dass kulturvergleichende Untersuchungen zum anderen so kulturadäquat wie möglich konzipiert werden müssen, um nicht in die Falle der eigenen ‚kulturellen Brille‘ zu tappen. Ein adäquater Vergleich wird also erst dann möglich, wenn es gelingt, die zu messenden Konstrukte auch kulturspezifisch zu erfassen und vergleichbar zu machen. Dies wurde in einer Studie von Ryder et al. (2008) zur kulturellen Prägung von Depression umgesetzt. An zwei klinischen Stichproben in China und Kanada wurde mittels dreier Instrumente (klinisches Interview, offenes Interview, Fragebogen) der Frage der Somatisierung beziehungsweise der Psychologisierung nachgegangen. Diese Untersuchung zeichnet sich durch ein kulturgerechtes Erfassen der Symptomatik durch den Einsatz verschiedener Methoden (standardisiertes Interview, offenes Interview, Fragebogen) aus. Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde aus chinesischen und kanadischen Instrumenten ein gemeinsames Messinstrument erstellt und auf Reliabilität und strukturelle Äquivalenz getestet, um einen Kulturvergleich zu legitimieren. Es zeigte sich bei den Kanadiern über alle Instrumente hinweg eine signifikant höhere Neigung, psychologische Symptome zu berichten. Die Ergebnisse für die Tendenz zur Somatisierung in der chinesischen Stichprobe waren weniger konsistent. Interessanterweise zeigte sich, dass external orientiertes Denken, stärker ausgeprägt in der

chinesischen Stichprobe, den Zusammenhang zwischen Gruppe und Somatisierung mediiert. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass eine eher interdependente Selbstkonstruktion zu verringerter Aufmerksamkeit für (internale) emotionale Prozesse führt (Ryder et al., 2008).

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird ersichtlich, dass anthropologische Erkenntnisse bezüglich der kognitiven Strukturen des Erlebens und Verhaltens von Depressiven notwendig sind, um eine psychologische, kulturvergleichende Forschung den oben genannten Ansprüchen entgegenkommend durchführen zu können. Denn nur so können Erkenntnisse über kulturrelevante Symptome gewonnen werden, und nur unter Rückgriff auf dieses Wissen besteht die Möglichkeit, diese Symptome adäquat zu erfassen bzw. dem Gegenstand angemessene Instrumente zu entwickeln. Die Konzeption der Studie von Ryder et al. (2008) zeigt, dass eine derartig angelegte kulturvergleichende Forschung zu Depression möglich ist. Gleichzeitig beweisen Ryder et al. (2008), wie eine solche Forschung im Spannungsfeld verschiedener Kulturen möglich ist, ohne in die Falle des eigenen Wertesystems zu geraten.

7.2.2 Interkultureller Forschungsstand zu Depression in Deutschland

Kulturvergleichende Depressionsforschung bedarf eines enormen Einsatzes an Zeit und Ressourcen um Daten aus verschiedenen kulturellen Kontexten einzubeziehen. Für Aussagen über die Verteilung der Störung und Ätiologie mit den diversen Risikofaktoren werden in sogenannten „Cross-cultural Studies“ typischerweise sehr große Stichproben herangezogen (Chentsova-Dutton & Tsai, 2008, S. 369).

Es ist festzustellen, dass störungsspezifische Aussagen meist generalisierend getroffen werden. Das bedeutet, es gibt selten eine länderspezifische Unterteilung des aktuellen Forschungsstandes, sondern allgemeine Aussagen zu *der* Prävalenz oder *den*

Risikofaktoren der depressiven Störungen. Äußerst selten werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der kulturellen Eigenschaften der Stichprobe diskutiert.

Stichproben aus Deutschland nehmen keine markante Position in der interkulturellen Depressionsforschung ein. Auch wenn diese aktuell noch eine eher seltene Ausnahme sind, gibt es Studien, die Vergleiche zwischen den USA und Deutschland zum Inhalt haben.

Knesebeck, Lüschen, Cockerham und Siegrist (2003) untersuchten beispielsweise an Menschen ab dem 60. Lebensjahr in Deutschland und in den USA, welchen Einfluss der sozioökonomische Status auf die Gesundheit hat. Während in der amerikanischen Stichprobe ($N = 608$) niedrige Zusammenhänge und wenig konsistente Befunde resultierten, zeigte sich bei der Untersuchung in Deutschland ($N = 682$) das Einkommen als ein starker Prädiktor für die selbst eingeschätzte Gesundheit der Probanden. Die Variable „Einkommen“ zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Depressivität gemessen mit der CES-D (Radloff, 1977). Der Zusammenhang nahm nur in Deutschland mit dem Alter weiter zu. So hatten die deutschen Probanden ab einem Alter von 75 Jahren, mit einem Einkommen $< \$13000$ ein fast fünffach höheres Risiko ($OR = 4.87$) für die Entwicklung starker depressiver Symptome als Personen mit deutlich höherem Einkommen ($> \$25000$). Die Autoren räumen ein, dass ein Faktor zur Erklärung dieses Phänomens eventuell die stärkere selektive Mortalität alter Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status in den USA ist. Pollack und Knesebeck (2004) untersuchten an der gleichen Stichprobe den Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und Gesundheitseinschätzung im Alter. In Deutschland spielte die Variable „soziales Misstrauen“ eine bedeutendere Rolle als in den USA und war mit deutlich schlechterer Einschätzung der eigenen Gesundheit im Selbstrating verknüpft. Die Verhaltensvariable „Teilnahme“ wirkte sich nur bei der deutschen Stichprobe signifikant auf die Depression aus.

Solche Vergleiche sind aktuell noch Ausnahmen und Deutschland wird häufig in übergeordnete Cluster wie „Europa“ (ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators), „*westliche Kulturen*“ (Fazel, Khosla, Doll & Geddes, 2008) oder „*Länder mit stabilen wirtschaftlichen und politischen Verhältnissen*“ (Chentsova-Dutton & Tsai, 2008) integriert.

Ein Beispiel ist die Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes zu interkulturellen Unterschieden in den Prävalenzraten der Depression von Chentsova-Dutton und Tsai (2008). Die Autoren fassten verschiedene Prävalenzstudien weltweit zusammen, eine spezifische Aussage über Deutschland gibt es nicht. Es wird als Teil Europas unauffällig im mittleren Prävalenzbereich in einem Diagramm angesiedelt, während die Betonung auf den markanteren Unterschieden zwischen den Vereinigten Staaten und Kanada gegenüber Ostasien liegt. Häufig richten amerikanische Forscher ihren Blick auf ein Gesamteuropa und ziehen dementsprechend globalere Vergleiche.

Marusic (2004) betont jedoch, dass diese Herangehensweise einen Zusammenschluss von kulturell sehr unterschiedlichen Ländern bedeutet und es inhaltlich aufschlussreich wäre, eine detaillierte Betrachtung von Forschungsergebnissen auf Länderebene vorzunehmen. Marusic untersuchte die Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen im Bereich Psychiatrie in 25 europäischen Ländern. Deutschland führt im Vergleich zu allen anderen EU Ländern mit 179 Publikationen im psychiatrischen Bereich und nimmt somit in der Forschung eine führende Position ein. Die Depression gilt heute als die häufigste psychische Erkrankung (Wolfersdorf & Rupprecht, 2001) und in der Studie „Depression 2000“ (Wittchen & Pittrow, 2002) wird die Diagnose depressiver Störungen durch ihre hohe Prävalenz als *die* entscheidende Herausforderung für die medizinische Primärversorgung benannt. Zur Prävalenz der Depression gibt es in interkulturellen Studien recht unterschiedliche Befunde. Weissman et al. (1996) veröffentlichten ein Review zur Epidemiologie der Major Depression an ca. 38000

Menschen der Allgemeinbevölkerung aus zehn Ländern. Deutschland lag mit einer Zwölf-Monatsprävalenz von 5% und einer Lebenszeitprävalenz von 9.2% im mittleren Bereich im Vergleich zu den anderen Ländern. Für Vergleiche auf Symptomebene liegen, nach aktueller Recherche, von deutschen Stichproben keine Daten vor. Bei der Geschlechterverteilung fiel auf, dass Frauen deutlich häufiger an einer Major Depression erkranken als Männer. Dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern (OR = 3.1) war in Deutschland im Vergleich zu allen anderen Ländern am größten.³

Weissman et al. bestätigen außerdem die hohen Komorbiditäten bei einer vorhandenen Major Depression. Die Zwangsstörung tritt in den USA und in Deutschland (10.9%) deutlich häufiger auf als in den anderen acht Ländern. Bei der Komorbidität mit der Panikstörung zeigt Deutschland ebenfalls sehr hohe Werte mit 16.2% direkt nach Korea mit 17%.

Als die größte aktuelle europäische Vergleichsstudie zur Epidemiologie der Depression, mit einer Gesamtstichprobe von 21425 Teilnehmern aus sechs europäischen Ländern (aus Deutschland: $N = 3555$), kann die „European Study of the Epidemiology of Mental Disorders“ (ESEMeD) (Alonso, Angermeyer & Lépine, 2004) bezeichnet werden. Die Lebenszeitprävalenz der Major Depression lag bei dieser Untersuchung durchschnittlich über alle teilnehmenden Länder bei 12.8%.⁴ Die Zwölf-Monatsprävalenz bei der von der WHO unterstützten ESEMeD betrug im Durchschnitt 3.9%.⁵

Die Ergebnisse der ESEMeD wurden von Alonso, Angermeyer, Bernert et al. (2004) bei der epidemiologischen Auswertung nur als Gesamtwerte für alle Länder betrachtet, 2009 untersuchten Bernert, Matschinger, Alonso et al. hingegen auf Basis

³ Bei der ESEMeD zeigten sich ebenfalls deutliche Geschlechtsunterschiede für die europäischen Länder, die Diagnose einer Major Depression ergab sich signifikant häufiger bei Frauen (OR=2.04) als bei Männern. Außerdem zeigten sich abweichende Werte über die Altersgruppen, Probanden im Alter zwischen 18 und 24 Jahren waren am häufigsten betroffen (ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators).

⁴ (Jacobi, 2004a) untersuchte eine deutsche Stichprobe mit $N= 779$ im Alter zwischen 18 und 65 Jahren und beschreibt eine Lebenszeitprävalenz für die Major Depression von 17,1%.

⁵ Betrachtet man nur Werte deutscher Stichproben, erhält man Werte zwischen 7 und 10%, Wittchen & Pittrow, 2002 ($N=15081$); Jacobi et al., 2004 ($N=4181$).

derselben Daten die Variabilität depressiver Symptome in Europa. Es wurden die Unterschiede in den Häufigkeiten der neun Symptome bzw. Kriterien für die Major Depression des DSM-IV zwischen den sechs europäischen Ländern betrachtet. Für die Studie wurden 4021 Personen aus der Gesamtstichprobe der ESEMeD ausgewählt. Als Auswahlkriterium galt das Erfüllen der Screeningfragen zu depressiven Symptomen oder die Diagnose einer Major Depression. Bernert und Mitarbeiter betrachteten die Werte getrennt nach Ländern, wobei aus Deutschland Daten von 525 Personen mit depressiven Symptomen einbezogen ($N = 369$) wurden, welche die Kriterien für eine Major Depression erfüllten. Die Symptome wurden in der Studie übereinstimmend mit den Kriterien für die Major Depression aus dem DSM-IV unterteilt in Stimmung, Interesse, Gewicht, Schlaf, Aktivität, Energie, Schuld, Kognition und Suizid. Berechnet wurden die Faktorladungen der einzelnen Symptome auf der zugrunde liegenden latenten Variable Depression. Die „Stimmung“ konnte ausgeschlossen werden, da sie keine Varianz zwischen den Ländern aufklärte. Die stärksten Unterschiede in den Faktorladungen zwischen den Ländern zeigten sich bei dem kognitiven Symptom „Verlust der Konzentrationsfähigkeit“, wobei Deutschland die niedrigsten Werte bei den Faktorladungen zeigte. Beim Item „Energieverlust“ ist Deutschland nach Italien das Land mit den höchsten Faktorladungen. Von den neun Kriterien klärt das Item „Suizid“ die geringste Varianz auf, am wenigsten in Deutschland mit 4%. In der deutschen Stichprobe wird die Varianz hauptsächlich durch die Symptome „Energieverlust“, „Interessensverlust“ und „Aktivitätsverlust“ aufgeklärt. Deutschland und Belgien haben bei fünf Symptomgruppen die niedrigsten Faktorladungen. Insgesamt zeigten sich zwischen den Ländern nur geringe bis mittlere Variationen bei den standardisierten Faktorladungen auf der latenten Variable Depression. Die Symptomgruppen zur Diagnose der depressiven Störung nach DSM-IV zeigen zwischen den Ländern keine signifikanten Unterschiede. Beachtet werden sollte, dass es sich um westeuropäische Länder handelt und Unterschiede zu anderen Nationen extremer ausfallen

könnten. Trotz der allgemein geringen Unterschiede bei den Faktorladungen ist festzustellen, dass die Werte romanischer Länder (Spanien, Italien und Frankreich) untereinander größere Ähnlichkeiten aufweisen als mit den anderen Untersuchungsländern. Eine Erklärung für dieses Ergebnis wird in der Literatur nicht gegeben. Die Autoren der Studie weisen lediglich darauf hin, dass es weiterer detaillierter Untersuchungen zu interkulturellen Besonderheiten hinsichtlich der Variabilität bei depressiven Störungen bedarf.

7.2.3 Grundlagen des Selbstkonstrukts für die interkulturelle Forschung

Das Selbstkonstrukt gehört neben Kollektivismus vs. Individualismus zu den am meisten untersuchten kulturellen Dimensionen. Singelis (1994) unterscheidet nach Markus und Kitayama (1991) zwischen dem independenten und dem interdependenten Selbstkonstrukt oder auch Selbstbild. Dieses beinhaltet vor allem die Sichtweise des Menschen auf die Beziehung zwischen dem Individuum und anderen Personen, insbesondere wird der Grad des Gefühls der Getrenntheit von anderen oder der Verbundenheit mit anderen betrachtet (Markus & Kitayama, 1991; Singelis, 1994). In der psychologischen Forschung spricht die Breite und Vielfalt der psychologischen Zielvariablen die mit der SCS korrelieren, für die zentrale Rolle, die Markus und Kitayama (1991) dem Selbstbild für menschliches Erleben und Verhalten geben. Signifikante Zusammenhänge mit mindestens einer der beiden Subskalen finden sich beispielsweise bei klinischen Variablen wie Depressivität (Norasakkunkink & Kalick, 2002), bei persönlichkeitsbezogenen Variablen wie den Big-Five (Kwan, Bond & Singelis, 1997) oder bei verhaltensbezogenen Variablen wie der Bewältigung von interpersonalen Stresssituationen (Lam & Zane, 2004).

Nach Triandis (1989) setzt sich das Selbst aus dem Gesamtspektrum der Aspekte sozialer Motivation zusammen: Haltungen, Annahmen, Intentionen, Normen, Rollen und

Werte. Die Kultur ist somit wesentlich an der Ausformung dieses individuellen Selbstkonzepts beteiligt (Triandis, 1989). Das Selbstkonzept stellt nach Annahme von Triandis die Mediatorvariable zwischen Kultur und individuellem Verhalten dar. Er unterteilt das Selbst in die Aspekte privates Selbst, öffentliches Selbst und kollektives Selbst, die sich jeweils auf einen Teilbereich der Selbstdefinition beziehen. Abhängig von Situation und Komplexität der Person stehen unterschiedliche Aspekte jeweils im Vordergrund. So zeigt die Person, wenn das private Selbst im Vordergrund steht, independentes Verhalten, wenn kollektive und öffentliche Aspekte mehr betont sind, eine interdependente Tendenz. Im Unterschied dazu beziehen sich die Dimensionen Kollektivismus versus Individualismus auf eine generalisierte Tendenz in einer Gruppe derselben Kultur. Das Selbstkonstrukt hingegen bezieht sich auf die Ausprägung der Selbstdefinition des einzelnen Individuums.

Das independente Selbstkonstrukt wird als in sich begrenzt, gleich bleibend, stabil und vom sozialen Kontext getrennt definiert. Ein independentes Selbstkonstrukt betont folgende Elemente:

- a) internale Fähigkeiten, Gedanken und Gefühle,
- b) einzigartig zu sein und sich selbst individuell auszudrücken,
- c) internale Attribute zu realisieren und die eigenen Ziele zu vertreten,
- d) direkt zu kommunizieren.

Die Selbstbeschreibung eines independent geprägten Individuums erfolgt über seine eigenen Fähigkeiten, Attribute, Charakteristika oder Ziele. Auch andere werden über individuelle Charakteristika und Attribute beschrieben.

Der Selbstwert wird aus Selbstaussdruck und Wertschätzung der internalen Attribute geschöpft. Der Selbstaussdruck ist direkt; Gedanken werden ausgesprochen. Die Regulation des Verhaltens wird hauptsächlich durch innere Attribute beeinflusst.

Das interdependente Selbstkonstrukt wird definiert als nach außen offenes, flexibles, variables Selbst, das Wert legt auf:

- a) externale, öffentliche Merkmale wie Status, Rolle und Beziehungen,
- b) dazugehören und dazupassen,
- c) den richtigen Platz einnehmen und sich angemessen zu beteiligen und
- d) indirekte Kommunikation und „Gedanken lesen“.

Die Selbst- und Fremdbeschreibung beinhaltet ein Verflochtensein zwischen dem Selbst und den anderen. Beschreibungen sind nicht von Situationen trennbar, da das Selbst von diesen jeweils geformt wird.

Als Quellen des Selbstwertes gelten harmonische zwischenmenschliche Beziehungen und die Fähigkeit sich unterschiedlichen Situationen anzupassen. Die Kommunikation verläuft eher indirekt, wobei auf die Gefühle und unausgedrückten Gedanken des anderen geachtet wird. Das Selbst erscheint als abhängig von anderen, von der Verbindung zu anderen und den kontextuellen Faktoren.

7.2.3.1 Das duale Selbst, Koexistenz der beiden Dimensionen

Singelis geht davon aus, dass Individuen in allen Kulturen sowohl unabhängige als auch interdependente Selbstkonstrukte haben und dass diese gemessen werden können (Singelis, 1994).

Kagitcibasi (1996) unterstützt diese Annahme, indem er eine Gegenüberstellung der Konstrukte von Autonomie und Verbundenheit kritisiert, da diese koexistieren können und bei den meisten Individuen beide Bestrebungen zu finden seien. Er spricht in diesem Zusammenhang von zwei Dimensionen. Auf der einen Dimension („agency“ – „Handlungsmacht“) definiert er die Pole Autonomie und Heteronomie. Auf der anderen, die er „interpersonelle Distanz“ nennt, bezeichnet er die Pole Getrenntheit („separation“) und Verbundenheit („relatedness“). Er leitet die Pole unter anderem aus Freuds Modell der

Grundbedürfnisse ab. Die Begriffe autonom vs. heteronom wurden ursprünglich von Piaget in der Studie über moralische Entwicklung verwendet. Autonome Moral bedeutet hier „Subjekt in seinem eigenen Gesetz“, heteronome Moral bedeutet „Subjekt in dem Gesetz der anderen“.

In unterschiedlichen familiären Interaktionsmustern werden unterschiedliche Typen des Selbst entwickelt mit dem jeweiligen Schwerpunkt auf einem Pol beider Skalen (Kagitcibasi, 1996).

Es gibt auch Ansätze, die eine empirische Evidenz für zwei Selbstkonstrukte liefern. Trafimow, Triandis und Goto (1991, zitiert nach Hardin, Leong & Bhagwat, 2004) beispielsweise zeigen in mehreren Studien, dass private und kollektive Selbstkognitionen im Gedächtnis getrennt kodiert werden. Antworten in einem Selbstbeurteilungsverfahren, die sich auf demografische Kategorien oder Gruppen beziehen, mit denen der Befragte ein gemeinsames Schicksal erlebt, wurden als kollektivistisch kodiert. Antworten, die sich auf persönliche Qualitäten, Haltungen oder Glaube beziehen, werden als privat kodiert. Teilnehmer aus zwei Kulturen wurden zuvor per Priming dazu angehalten, daran zu denken, wie sie sich von Freunden und Familie unterscheiden – im independenten Prime wurden sie aufgefordert, daran zu denken, wie ähnlich sie Freunden und Familien sind. Als Ergebnis zeigte sich, dass sowohl die Kultur als auch die Natur des Primes signifikant den Typus der Kognition beeinflussten. Chinesen produzierten mehr kollektivistische Kognitionen als Nordamerikaner. Diejenigen, die mit einem individualistischen Stimulus geprimt wurden, produzierten mehr private Antworten als Probanden mit dem kollektivistischen Prime.

Zwei andere Studien unterstützen wiederum die These, dass manche Individuen zwei gut entwickelte Selbstkonzepte besitzen. So zeigten Bhawuk und Brislin (1992), dass kulturelle Sensitivität eine individuelle Fähigkeit beinhaltet, sein Verhalten an den

jeweiligen kulturellen Kontext anzupassen, der mehr kollektivistisch oder mehr individualistisch sein kann.

Cross und Markus (1991) sprechen von einem bikulturellen Selbstsystem, welches für den Ansatz zweier Dimensionen des Selbst steht und begrifflich ein Muster mit beiden gut entwickelten Dimensionen bezeichnet.⁶

7.2.4 Kulturelle Effektstärken zwischen Deutschland und Chile

Kann man zwischen Deutschen und Chilenen hinsichtlich kultureller Dimensionen Mittelwertsunterschiede erwarten? Und wenn ja, von welchen „kulturellen Effektstärken“ (Matsumoto, Grissom & Dinnel, 2001). sollte man bei der Planung von deutsch-chilenischen Vergleichsstudien ausgehen? Es ist offensichtlich, dass die Beantwortung dieser Fragen von erheblichem forschungspraktischen Nutzen ist: Sie entscheidet über die empirische Brauchbarkeit bestimmter Dimensionen, welche zur kulturvergleichenden Forschung eingesetzt werden, beispielsweise die Dimensionen der Heidelberger Kultur Fragebogenbatterie (HKFB; Freund et al., 2010). Im Folgenden werden Ergebnisse aus zwei internationalen Studien zusammengefasst, die zur Beantwortung dieser Fragen in Bezug auf das Konstrukt des Selbstbildes, wie in Abschnitt 7.2.3 beschrieben, beitragen sollen. Bezogen auf die Dimension des independenten und interdependenten Selbstbildes können Skalen aus zwei Studien herangezogen werden: In beiden Studien wurden deutsche und chilenische Stichproben parallel rekrutiert. Bei den Studien handelt es sich um die kulturvergleichende Familienstudie von Georgas, Berry, van de Vijver, Kagitçibasi

⁶ Dies zeigen sie in einer Studie über Stress und Coping, in der sie amerikanische und ostasiatische Austauschstudenten vergleichen. Das Ergebnis zeigt, dass die asiatischen Studenten besser entwickelte interdependente Selbstkonstrukte haben, aber ähnlich entwickelte independente Selbstkonstrukte wie die amerikanischen Studenten. Die ostasiatischen Studenten, die ein stärker entwickeltes independentes Selbst entwickelt haben und die interdependente Seite als weniger wichtig bewerteten, gaben weniger Stress an als die anderen ostasiatischen Studenten. Dieses Phänomen wird erklärt mit der Fähigkeit zu Coping mit den individualistischen Situationen an der amerikanischen Universität.

und Poortinga (2006) und um die jüngste Erhebungswelle der World Values Survey (WVS; Inglehart & Baker 2000; Inglehart, Foa, Peterson & Welzel, 2008).⁷

Es wurde gemäß der Empfehlung von Matsumoto et al. (2001) jeweils das Effektstärkemaß Hedges' g berechnet (Hedges & Olkin 1985). Hedges' g schätzt die standardisierte Differenz zwischen zwei Populationsmittelwerten und ist bei großen Stichproben praktisch identisch mit Cohen's d . Dementsprechend lassen sich in Anlehnung an Cohen (1988) Effekte zwischen .20 und .40 als „klein“, zwischen .40 und .70 als „mittel“ und größer als .70 als „groß“ bezeichnen. Die Reliabilität der Skalen variiert von $\alpha = .51$ bei einer 2-Item-Skala aus der WVS (Zimmermann, 2009b) bis hin zu $\alpha = .62$ für beide Selbstbildsubskalen in der Studie von Georgas et al. (2006). Nach Zimmermann (2009b) können diese Werte für die folgend beschriebenen Analysen als ausreichend gelten. In der Familienstudie von Georgas et al. (2006) wurde eine Kurzversion der „Self Construal Scale“ (SCS; Singelis, 1994) verwendet, die lediglich 18 der 30 Originalitems umfasst. Danach haben Chilenen im Vergleich zu Deutschen sowohl ein stärker independentes ($g = .02$) als auch ein stärker interdependentes Selbstbild ($g = .68$). Eine ähnliche Tendenz, wenn auch mit unterschiedlicher Stärke, zeichnet sich bei den analogen 2-Item-Skalen des WVS ab (Zimmermann, 2009b): Hier berichten Chilenen ebenfalls über ein stärker ausgeprägtes independentes ($g = .30$) sowie interdependentes Selbstbild ($g = .82$).

Diese Ergebnisse geben erstmals eine empirische Grundlage für weitere deutsch-chilenische Untersuchungen. Außerdem weisen die Effekte die kulturelle Dimension des Selbstbildes als potentielle Mediatorvariable aus, die psychologische und klinische Unterschiede zwischen Deutschland und Chile aufklären können. Der Mediatorenansatz,

⁷ Da länderspezifische Stichprobengrößen, Mittelwerte und Standardabweichungen bei keiner der Studien vollständig publiziert sind, wurden diese Informationen nachträglich über den Erstautoren (James Georgas) eingeholt. Im Falle des World Values Survey ist der Datensatz im Internet frei verfügbar (www.worldvaluessurvey.org).

welcher in der vorliegenden Untersuchung methodisch zum Einsatz kommt, wird im folgenden Kapitel umfassend dargestellt.

7.2.5 Methodik kulturvergleichender Forschung: Mediatorenansatz

Innerhalb der kulturvergleichenden Forschung findet eine anhaltende Diskussion über die Frage statt, was Kultur eigentlich bedeutet. Tatsächlich kann man das Thema Kultur aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Dementsprechend ergeben sich unterschiedlichste Kulturdefinitionen (Jahoda, 2007). Eine integrative und breite Definition schlägt Fiske (2002) vor: „*A culture is a socially transmitted or socially constructed constellation consisting of such things as practices, competencies, ideas, schemas, symbols, values, norms, institutions, goals, constitutive rules, artifacts, and modifications of the physical environment.*“ (S. 85)

Wenn man diese Definition genauer betrachtet, fällt auf, dass sich Kultur sowohl über das Individuum als auch über dessen Umgebung manifestieren kann. Die kulturvergleichende Psychologie beschäftigt sich mit der individualspezifischen Kultur. Dies wird in der klassischen Definition von Triandis (1996) deutlich, „... *culture consists of shared elements [...] that provide the standard for perceiving, believing, evaluating, communicating, and acting among those who share a language, a historic period, and a geographic location.*“ (S. 408). Kultur ergibt sich nach Triandis also daraus, dass Menschen in einer gemeinsamen Zeitepoche oder an einem gemeinsamen Ort leben bzw. eine gemeinsame Sprache sprechen. Wichtig ist allerdings, dass sich Kultur nach Triandis im Individuum manifestiert, nämlich in dessen Wahrnehmung, Bewertung, Kommunikation und Verhalten.

Eine weitere andauernde Diskussion innerhalb der kulturvergleichenden Forschung dreht sich um die Frage, mit welchen Methoden man das Thema Kultur untersuchen sollte.

Diese Methodendiskussion ist direkt mit der Frage verknüpft, wie sich Kultur manifestiert. Es lässt dabei die emische von der etischen Perspektive unterscheiden (Berry, 1980; Helfrich, 2003).

Der emischen Perspektive liegt die Annahme zugrunde, dass sich jede Kultur auf einzigartige Weise manifestiert. Jede Kultur zeichnet sich demnach durch eigene Bedeutungskategorien aus. Die jeweilige Kultur kann also adäquat nur unter Verwendung der jeweiligen Kategorien erfasst werden. Ziel der emischen Herangehensweise ist es dabei, kulturelle Phänomene so zu beschreiben, dass die Beschreibung dem jeweiligen kulturell geprägten Individuum gerecht wird. Die emische Perspektive entspricht dem idiographischen Ansatz in der Psychologie. Demgemäß bedient sich emische Forschung qualitativer Methoden. Es geht nicht um eine objektive Sichtweise, vielmehr werden kulturelle Phänomene aus der Innenperspektive der betroffenen Individuen beschrieben, um deren Kultur zu verstehen. Daher tragen kulturelle Vergleichsstudien auf der emischen Perspektive nicht zu einem Verständnis von Kultur bei.

Anders ist dies hinsichtlich der etischen Perspektive, welche davon ausgeht, dass es ein kulturübergreifend gültiges Beschreibungssystem gibt, mit dem sich Kultur erfassen lässt. Dies entspricht dem nomothetischen Ansatz innerhalb der Psychologie. Kultur manifestiert sich entsprechend dieser Sichtweise also über verschiedene Kulturen hinweg auf den gleichen Dimensionen. Daher geht es bei diesem Ansatz nicht um die subjektive Sichtweise des Individuums auf kulturelle Phänomene, sondern vielmehr darum, die Kultur des Individuums objektiv zu klassifizieren bzw. zu messen. Dementsprechend bedient sich die etische Forschung quantitativer Methoden.

Kulturvergleiche sind entsprechend des etischen Ansatzes die einzige Möglichkeit, psychologische Kulturforschung zu betreiben. Nach diesem Ansatz habe es keine Aussagekraft, die Kultur eines einzelnen Individuums isoliert festzustellen. Erst der Vergleich mit anderen Individuen ermöglicht einen Erkenntnisgewinn. Nur in Relation zu

anderen Personen lässt sich beispielsweise feststellen, ob eine bestimmte Person eher individualistisch oder kollektivistisch orientiert ist (Triandis, 1996).

Es wurde dargelegt, dass in der psychologischen Forschung Kultur als etwas angesehen wird, das sich im Individuum manifestiert. Wenn man diesen Gedanken innerhalb der ethischen Perspektive weiterverfolgt, kommt man zu dem Schluss, dass Unterschiede wie Nationalität, Sprache oder Religion keinen unmittelbaren Einfluss auf kulturabhängige Verhaltensweisen haben sollten. Wie sich eine Person in einer bestimmten Situation verhält, kann durchaus mit ihrer Religion zusammenhängen. Dennoch sollte das Verhalten letztendlich aus den kulturellen Merkmalen des Individuums resultieren. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Nimmt man an, eine Person aus China verbringe mehr Zeit mit seiner Familie als ein bestimmter Deutscher, dann stellt dies einen Zusammenhang zwischen Nationalität und der gemeinsam verbrachten Zeit in der Familie dar. Dennoch würde dieser Zusammenhang eventuell aus der Tatsache resultieren, dass der Chinese eher kollektivistisch, der Deutsche hingegen eher individualistisch orientiert ist. Entscheidend ist also nicht die Nationalität, sondern das Verständnis des Unterschieds durch eine Einordnung auf einer kulturellen Dimension, im Beispiel zwischen den Polen Individualismus und Kollektivismus. Beobachtbare Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlicher Nationalität, Sprache oder Religion ergeben sich also mittels interindividueller kultureller Unterschiede. Diese Rolle der kulturellen Variable bezeichnet man als Mediation.

Ein Mediator ist eine Variable, die den Zusammenhang zwischen einem Prädiktor und einem Kriterium überträgt. Man spricht von vollständiger Mediation, falls der Zusammenhang komplett über den Mediator abgewickelt wird. Partielle Mediation hingegen bedeutet, dass ein Teil des Zusammenhanges über den Mediator abläuft, ein direkter Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium jedoch auch nach Ausschluss

des Einflusses des Mediators weiterhin besteht (Baron & Kenny, 1986; McKinnon, Fairchild & Fritz, 2007). Dies verdeutlicht Abbildung 9.

Der Mediatorenansatz geht mit einer spezifischen Antwort einher, was Kultur eigentlich bedeutet. Daher hat die Entscheidung für den Mediatorenansatz auch eine Beschränkung zur Folge. Andere Sichtweisen auf Kultur, wie zum Beispiel die emische Perspektive, werden ausgeklammert. Dies ist nicht spezifisch für den Mediatorenansatz. Die Wahl eines methodischen Vorgehens geht immer mit einer spezifischen und eingeschränkten Sichtweise auf den Forschungsgegenstand einher. Die Entscheidung für den Mediatorenansatz ist demnach nicht mit der Ablehnung anderer Sichtweisen auf Kultur und anderer methodischer Herangehensweisen gleichzusetzen.

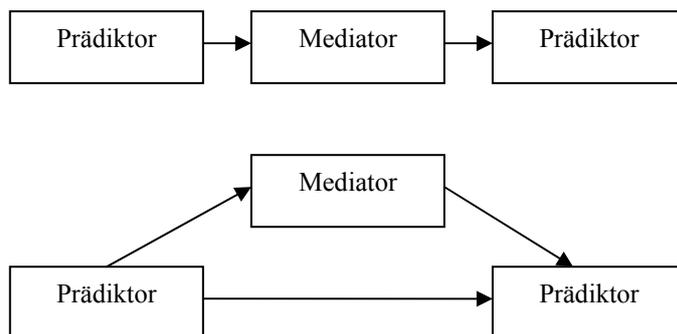


Abbildung 9. Vollständige und partielle Mediation.

7.3 HYPOTHESEN

7.3.1 Interne Konsistenz der Fragebögen

Fragestellung 7-1: Welche internen Konsistenzen weisen die Fragebögen in den untersuchten Stichproben auf?

7.3.2 Interkulturelle Unterschiede in der Depressivität

Fragestellung 7-2: Gibt es einen Unterschied in den Depressionswerten zwischen deutschen und chilenischen Probanden?

7.3.3 Kulturspezifische Subtypen

Fragestellung 7-3: Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und chilenischen Probanden auf den DEQ-Skalen „Abhängigkeit“ und „Selbstkritik“?

Hypothese 7-4: Deutsche Probanden zeigen eine stärkere Ausprägung des introjektiven Subtyps als chilenische Probanden.

Hypothese 7-5: Chilenische Probanden zeigen eine stärkere Ausprägung des anaklitischen Subtyps als deutsche Probanden.

7.3.4 Selbstbild als Mediatorvariable

Fragestellung 7-6: Wird der Unterschied zwischen deutschen und chilenischen Probanden beim anaklitischen Subtyp durch kulturelle Variablen, z.B. das Selbstbild, mediiert?

Hypothese 7-7: Chilenische Probanden zeigen sowohl beim independenten als auch beim interdependenten Selbstbild höhere Ausprägungen als die Probanden der deutschen Stichprobe.

7.3.5 Subtypen und Depressivität

Fragestellung 7-8: Korreliert die Ausprägung der Depressivität mit den DEQ-Skalen?

7.3.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Fragestellung 7-9: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung der Depressivität?

Fragestellung 7-10: Bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf den DEQ-Skalen „Abhängigkeit“ und „Selbstkritik“ ab?

Hypothese 7-11: Hohe Selbstkritikwerte bei Männern korrelieren mit hohen Depressionswerten.

Hypothese 7-12: Hohe Abhängigkeitswerte bei Frauen korrelieren mit hohen Depressionswerten.

Fragestellung 7-13: Bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf den SCS-Skalen „Independentes Selbstkonstrukt“ und „Interdependentes Selbstkonstrukt“ ab?

7.4 STUDIENAUFBAU UND METHODIK

7.4.1 Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen insgesamt 102 Probanden teil, 48 Personen der chilenischen und 54 Personen der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Altersspanne der Probanden liegt zwischen 19 und 58 Jahren. In der chilenischen Stichprobe beträgt das Durchschnittsalter 24 Jahre, die deutsche Stichprobe liegt bei einem Durchschnittsalter von 32 Jahren. In beiden Ländern ist der Frauenanteil, mit 54.2% in der chilenischen und 61.1% in der deutschen Stichprobe, höher als der Männeranteil. In der chilenischen Stichprobe sind fast 80% der Probanden unverheiratet und ohne Partnerschaft, in der deutschen Stichprobe sind die Hälfte der Personen verheiratet und weitere 24% in einer Partnerschaft. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe hat keine Kinder, in der chilenischen Stichprobe sind mehr als 87% kinderlos, in der deutschen Stichprobe sind es über 70%. Der Großteil der chilenischen Stichprobe besteht aus Studenten, während in der deutschen Stichprobe ca. die Hälfte Studenten sind und die anderen 50% angegeben haben, Angestellte zu sein. Dieser deutliche Unterschied kann darauf zurückgeführt werden, dass ein Großteil der Fragebögen an Promotionsstudenten verteilt wurde welche sich vermutlich in Chile eher zu dem Begriff „Studenten“ zuordneten die für ihr Promotionsstudium üblicherweise Geld bezahlen, während die deutschen Promotionsstudenten im Rahmen eines Arbeitsvertrages mit Gehalt angestellt sind und sich somit eventuell stärker mit dem Begriff der „Angestellten“ identifizierten. Praktische Überlegungen bei der Datenerhebung legen nahe, dass es sich in beiden Stichproben um einen vergleichbaren Anteil von Studenten bzw. Doktoranden handelt.

Der Depressionswert, gemessen mit dem BDI liegt in der chilenischen Stichprobe bei einem Mittelwert von 6.2 ($SD = 4,1$) und in der deutschen Stichprobe durchschnittlich ca. einen Punkt niedriger, mit einem Mittelwert von 4.7 ($SD = 4.4$).

Tabelle 27

Stichprobenbeschreibung: Chilenische Stichprobe, N=48

		<i>M</i>	
Alter	19 – 49 Jahre	24,1	
		<i>N</i>	%
Geschlecht	weiblich	26	54,2
	männlich	22	45,8
Familienstand	ledig	38	79,2
	verheiratet	6	12,5
	in Partnerschaft, unverheiratet	3	6,3
	getrennt/geschieden/verwitwet	1	2,1
Kinderzahl	Keine Kinder	39	81,3
	1	4	8,3
	2	3	6,3
	3 oder mehr	2	4,2
Erwerbstätigkeit	Student	42	87,5
	Angestellte/r	4	8,3
	Hausfrau/mann	2	4,2
	Sonstiges	0	0
Anzahl Personen im Haushalt	allein lebend	3	6,3
	2 Personen	4	8,3
	3-5 Personen	37	77,2
	mehr als 5 Personen	4	8,4
		<i>M</i>	<i>SD</i>
BDI Summenwert	(Minimum: 0 Maximum: 17)	6,2	4,1

Anmerkung. N = Anzahl der Probanden; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Tabelle 28

Stichprobenbeschreibung: Deutsche Stichprobe, $N = 54$

		<i>M</i>	
Alter	20 – 58 Jahre	32,3	
		<i>N</i>	%
Geschlecht	weiblich	33	61,1
	männlich	21	38,9
Familienstand	ledig	9	16,7
	verheiratet	27	50
	in Partnerschaft, unverheiratet	13	24,1
	getrennt/geschieden/verwitwet	1	1,9
	keine Angabe	4	7,4
Kinderzahl	Keine Kinder	38	70,4
	1	6	11,1
	2	4	7,4
	3 oder mehr	5	9,2
	keine Angabe	1	1,9
Erwerbstätigkeit	Student	25	46,3
	Angestellte/r	27	50
	Hausfrau/mann	1	1,9
	Keine Angabe	1	1,9
Anzahl Personen im Haushalt	allein lebend	12	22,2
	2 Personen	22	40,7
	3-5 Personen	19	35,2
	keine Angabe	1	1,9
		<i>M</i>	<i>SD</i>
BDI Summenwert	(Minimum: 0 Maximum: 23)	4,7	4,4

Anmerkung. N = Anzahl der Probanden; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

7.4.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung umfasst eine Fragebogenbatterie welche zu einem Messzeitpunkt an freiwillige Probanden in Santiago de Chile sowie in den deutschen Städten Heidelberg und Jena verteilt wurden. Fragebögen wurden in der Universidad Catolica de Chile, der Universidad de Chile, der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und der Friedrich Schiller Universität Jena erhoben. In beiden Ländern wurden die Fragebögen in

Forschungsabteilungen sowie Seminaren der Universitäten verteilt sowie die Möglichkeit eröffnet, Fragebögen an außeruniversitäre Bekannte oder Angehörige zu geben. Die meisten Fragebögen wurden direkt an der Universität ausgefüllt, ein geringer Teil der Fragebögen wurde von den Probanden an weitere Personen gegeben und per Post zurückgesendet.

Die Fragebogenbatterie umfasst 11 Seiten mit insgesamt 117 Items. Dies geht mit einem Aufwand pro Proband von ca. 20 Minuten einher.

7.4.3 Datenerfassung

Nach Eingang der Daten erfolgte die Eingabe der Fragebogenwerte in das Statistikprogramm SPSS Version 18 für Windows.

7.4.4 Fragebogenbatterie: Überblick

Tabelle 29 zeigt die Instrumente zur Selbstbeurteilung, welche zur Behandlung der Fragestellung eingesetzt wurden und im Folgenden beschrieben werden.

Tabelle 29

Überblick Messinstrumente im Studienverlauf

Messinstrument	Inhalt	Anzahl der Items
	Soziodemographische Daten	8
BDI	Depressive Symptome	21
DEQ	Subtyperdiagnostik	66
SCS	Kulturfragebogenbatterie	30

(1) Soziodemographische Daten

Nach Haasen und Yagdiran (2000) wird das klinische Bild von Patienten in seiner Psychopathologie von verschiedenen soziobiographischen sowie kulturellen Faktoren beeinflusst. Diese Aussage findet zweifellos auf alle psychologischen Studien Anwendung, unabhängig ob es sich um rein klinische Sachverhalte handelt.

Erhoben wurden zusätzlich zu den psychometrischen Items die folgenden soziodemographischen Informationen: (1) die nationale Identität laut Personalausweis, (2) Geschlecht, (3) Alter, (4) aktueller Zivilstatus, (5) Anzahl der Kinder, (6) erreichter Schulabschluss und Beruf, (7) Anzahl der im Haushalt gemeinsam lebenden Personen sowie (8) die Gesamtsumme des Nettoeinkommens aller im Haushalt lebenden Personen.

(2) Depressive Experience Questionnaire

Der Depressive Experience Questionnaire (DEQ) von (Blatt et al., 1976) liegt in einer validierten deutschen Version von Beutel et al. (2004) vor. Diese Version kam in beiden Studien, an der klinischen und nicht-klinischen Stichprobe zum Einsatz. Eine nähere Beschreibung der theoretischen Fundierung des Fragebogens sowie der Gütekriterien der deutschen Version ist im Rahmen der klinischen Studie erfolgt. Für die interkulturelle Untersuchung wurden zusätzlich zur deutschsprachigen Version des DEQ eine spanischsprachige Version benötigt welche in Chile einsetzbar ist. Durch Kontakt zu David Zuroff, welcher neben Sidney Blatt der hauptverantwortliche Autor bei der Entwicklung und weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung des DEQ ist, wurde der Fragebogen in zwei spanischsprachigen, bisher unveröffentlichten, Versionen für diese Studie zur Verfügung gestellt. Eine peruanische Version ohne Angabe des Verfassers sowie eine spanische Version „Cuestionario de experiencias deprimentes“ (CED) mit folgenden Autoreninformationen; übersetzt von Anez & Paris in der Version vom Februar 1999 mit

Überarbeitung im Januar 2000 durch Blatt und Mitarbeiter. Beide spanischsprachige Versionen bestehen wie die englischsprachige Originalversion und deutschsprachige Version des DEQ aus 66 Items mit einer 7-stufigen Likertskala als Antwortformat. Die spanischsprachigen Versionen unterscheiden sich im Wortlaut im Titel, der Instruktion sowie in den Items. Eine chilenische Muttersprachlerin und wissenschaftlich tätige, erfahrene Therapeutin führte in Zusammenarbeit mit der Autorin der vorliegenden Studie eine Überarbeitung der beiden spanischsprachigen Versionen durch um eine spanischsprachige Version zu entwickeln die für chilenische Probanden gut verständlich ist. Nach Meinung der chilenischen Muttersprachlerin ließ sich keine der beiden vorliegenden spanischsprachigen Versionen in Chile anwenden da der Wortlaut einiger Items für Chilenen widersprüchlich oder missverständlich sein würde. Aus den beiden spanischsprachigen Versionen, mit enger Orientierung an den Originalitems von Blatt et al. (1976) sowie unter Einbeziehen der deutschen Version (Beutel et al., 2004) wurde eine chilenische Version des DEQ entwickelt. Diese Version (Rost & Dagnino) wurde für die vorliegende Studie entwickelt und bisher nicht veröffentlicht. Es liegen zum aktuellen Zeitpunkt daher keine Daten zu den Gütekriterien der Skalen vor.

(3) Beck-Depressions-Inventar

Zur Einschätzung von Depressivität auf Symptomebene mit der Möglichkeit einer Erhebung des Schweregrades wurde das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1961) eingesetzt. Es handelt sich um das weltweit meist verwendete Instrument zur Selbsteinschätzung von Depression (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998). Studien zu einer adaptierten spanischsprachigen Version für chilenische Stichproben und entsprechende psychometrische Untersuchungen sind bisher nicht zu verzeichnen. Für die vorliegende interkulturelle Untersuchung wurde die ursprüngliche deutschsprachige

Version von Beck sowie eine spanischsprachige Version des BDI von Sans & Vázquez (1998) eingesetzt. Die spanischsprachige Version des BDI-I weist gute Reliabilitäten von Cronbachs $\alpha = .83$ in einer Untersuchung an einer Studentenstichprobe auf.

(4) Self-Construal-Scale

Nach Markus und Kitayama (1991) wird der Einfluss Kultur auf Erleben und Verhalten vor allem über das Selbstbild vermittelt. Es liegen inzwischen zahlreiche Instrumente zur Erfassung von interindividuellen Unterschieden im Selbstbild vor (z.B. Gudykunst et al., 1996; Kashima & Hardie, 2000; Singelis, 1994). Eines der ersten und am häufigsten eingesetzten Instrumente ist die „Self-Construal Scale“ (SCS; Singelis, 1994), welche independentes und interdependentes Selbstbild als orthogonale Dimensionen konzipiert. Dieser Fragebogen enthält in der ursprünglichen Version 12 Items pro Selbstbild, in der erweiterten Version jeweils 15 Items. Damit wird ein breites Spektrum an charakteristischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen abgedeckt (Freund et al., 2010). Die internen Konsistenzen der beiden Subskalen liegen bei $\alpha \approx .70$ (Singelis et al., 2006) was in Anbetracht der Breite der Konstrukte als akzeptabel eingestuft wird (Singelis & Brown, 1995, S. 368). Es gibt Hinweise auf eine komplexere Faktorenstruktur der SCS (Grace & Cramer, 2003; Levine et al., 2003) aber aktuellere Studien legen nahe, multidimensionale Lösungen auf zwei Faktoren höherer Ordnung zurückzuführen (Hardin, Leong & Bhagwat, 2004; Hardin, 2006). Die Subskalen erweisen sich in fast allen Stichproben als unkorreliert, wodurch die konzeptuelle Unabhängigkeit der beiden Selbstbilder unterstrichen wird. Dennoch sind die beiden Subskalen in manchen Stichproben korreliert (z.B. mittel- und südamerikanische Stichproben). Nach Freund et al. (im Druck) könnten kulturspezifische Responsesets, vor allem Akquieszenz, als Ursache vermutet werden.

Für die Validität der SCS spricht, dass die Subskalen erwartungskonform mit alternativen Skalen zum Selbstbild (Kashima & Hardie, 2000), zu individualistischen vs. kollektivistischen Einstellungen (Singelis et al., 1995) und zum Grad der Kontextabhängigkeit (Roeder & Hannover, 2002) korrelieren (Freund et al., 2010).

Zur interkulturellen Varianz der Skalenmittelwerte ergab eine Studie von Georgas, Berry, van de Vijver, Kağitçibaşı und Poortinga (2006, S. 149) an studentischen Stichproben aus 27 Ländern, dass die Nationalität 17% der Varianz im independenten Selbstbild und 29% im interdependenten Selbstbild aufklärt (Freund et al., 2010). Zimmermann (2009b) berichtet in seinem Review zu 14 internationalen SCS-Studien von einem mittleren Effekt von $d = .46$ für das independente Selbstbild und einen Effekt von $d = .60$ für das interdependente Selbstbild. Zusätzlich variieren beide Selbstbilder innerhalb eines Landes in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit der untersuchten Stichprobe. Die entsprechenden 13 Studien belegten einen mittleren Effekt der ethnischen Zugehörigkeit auf das independente Selbstbild von $d = .36$ und auf das interdependente Selbstbild von $d = .47$ (Zimmermann, 2009b).

Es liegen bereits zahlreiche Übersetzungen der SCS in verschiedene Sprachen vor, in ihrer spanischen Version wurde die SCS erfolgreich auf metrische Äquivalenz überprüft (Singelis et al., 2006). Die deutsche Übersetzung des Fragebogens wurde in kulturvergleichenden und sozialpsychologischen Studien eingesetzt (Friedlmeier, Schäfermeier, Vasconcellos & Trommsdorff, 2006; Hannover, Kühnen & Birkner, 2000; Kühnen, 1999). Allerdings liegen bisher noch zu keiner der deutschen Übersetzungen umfassende psychometrische Gütekriterien vor. Für die vorliegende Studie wurde die deutsche Version der Skala verwendet, welche in der Heidelberger Kulturfragebogenbatterie (HKFB), Freund et al. (2010), aufgenommen ist. Diese Version entstand aus der Überarbeitung der vier vorhandenen deutschsprachigen Versionen aus welchen diejenigen Items ausgewählt wurden, die in sprachlicher und

konstrukttheoretischer Hinsicht als am besten geeignet erschienen. Zusätzlich wurde bei einigen Items eine Veränderung am Wortlaut vorgenommen und durch drei unabhängige Beurteiler diskutiert. Die entstandene Version des Fragebogens ist das Ergebnis von Konsensdiskussionen für jedes Item. Die siebenstufige Likert-Skala wurde entsprechend der Originalversion übernommen.

7.4.5 Statistische Methoden

Die Berechnungen an den Daten zur Überprüfung der Hypothesen erfolgten mit Hilfe des Programms SPSS 18 für Windows. Es wurden deskriptive Statistiken der Daten (z.B. Mittelwerte und Standardabweichungen) berechnet.

Zur Ermittlung der internen Konsistenz als Maß der Reliabilität der eingesetzten psychometrischen Verfahren wurde Chronbachs Alpha für alle Fragebögen jeweils für die deutsche und chilenische Stichprobe ermittelt.

Zur Beantwortung der Fragestellung bezüglich interkultureller Gruppenunterschiede bei der Ausprägung der Depressivität wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben mit der Gruppenvariable „Nationalität“ und der Testvariable „BDI-Summenscore“ gerechnet. Des Weiteren erfolgten Berechnungen mit *t*-Tests zur Untersuchung von Mittelwertunterschieden auf den DEQ-Skalen und den SCS-Skalen sowohl für kulturvermittelte als auch geschlechtsspezifische Unterschiede.

Zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschieds in den beschriebenen Testverfahren wurde die Effektstärke nach Cohen (1988) berechnet.

Zur Beantwortung der Fragestellung bezüglich des Zusammenhangs zwischen den depressiven Subtypen und der Ausprägung der Depressivität wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Dieser stellt in den folgenden Rechnungen

ein dimensionsloses Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen Merkmalen wie z.B. Depressivität und Ausprägung der Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik dar.

Um zu prüfen, ob der Unterschied zwischen Deutschen und Chilenen beim anaklitischen Subtyp über eine kulturelle Variable mediiert wird, wurde die Syntax für SPSS für das einfache Mediatormodell nach Preacher und Hayes (2004) eingesetzt. Untersucht wurden die Variablen „Nationalität“, „Abhängigkeit“ und das „Independente Selbstbild“ sowie in einer zweiten Analyse das „Interdependente Selbstbild“.

7.5 Ergebnisse

7.5.1 Interne Konsistenz der Fragebögen

Fragestellung 7-1: *Welche internen Konsistenzen weisen die Fragebögen in den untersuchten Stichproben auf?*

Als Maß der Reliabilität werden in den Tabellen 30 bis 32 die Werte zur internen Konsistenz der eingesetzten Fragebögen in der untersuchten Stichprobe getrennt für deutsche und chilenische Personen der Allgemeinbevölkerung angegeben. Als gebräuchliche Kenngröße für die interne Konsistenz wird Chronbachs Alpha für jeden Fragebogen aufgeführt.

Tabelle 30

Reliabilitäten für den BDI-Summenscore in den untersuchten Stichproben

Chronbachs Alpha (α)	BDI	
	Deutsche	Chilenen
	$\alpha = .66$	$\alpha = .74$

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar.

Tabelle 31

Reliabilitäten für die drei Skalen des DEQ in den untersuchten Stichprobe

Chronbachs Alpha (α)	Abhängigkeit		Selbstkritik		Selbstwirksamkeit	
	Deutsche	Chilenen	Deutsche	Chilenen	Deutsche	Chilenen
	$\alpha = .76$	$\alpha = .82$	$\alpha = .74$	$\alpha = .85$	$\alpha = .71$	$\alpha = .65$

Anmerkung. DEQ = Depressive Experience Questionnaire.

Tabelle 32

Reliabilitäten für die beiden Skalen der SCS in den untersuchten Stichproben

Chronbachs Alpha (α)	Independentes Selbstbild		Interdependentes Selbstbild	
	Deutsche	Chilenen	Deutsche	Chilenen
	$\alpha = .67$	$\alpha = .70$	$\alpha = .53$	$\alpha = .67$

Anmerkung. SCS = Self Construal Scale.

Die Werte der internen Konsistenz sind für die eingesetzten Skalen in beiden Stichproben zwischen $\alpha = .53$ und $\alpha = .85$. Somit liegen nicht alle Werte über dem empfohlenen Richtwert für psychometrische Verfahren von $\alpha = .7$. Dies ist bei der Auswertung und Interpretation der Daten des interkulturellen Vergleichs zu berücksichtigen.

7.5.2 Interkulturelle Unterschiede in der Depressivität

Fragestellung 7-2: *Gibt es einen Unterschied in den Depressionswerten zwischen deutschen und chilenischen Probanden?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben mit der Gruppenvariable „Nationalität“ und der Testvariable „BDI Summenscore“ gerechnet. Tabelle 33 führt die Ergebnisse dieser Auswertung auf.

Tabelle 33

Ergebnisse des t-Tests der BDI-Werte zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe

	BDI Summenscore	
	Deutsche	Chilenen
<i>N</i>	54	48
<i>M</i>	4.57	6.19
<i>SD</i>	4.27	4.14
Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .056	

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

Die Ergebnisse zeigen höhere Mittelwerte des BDI in der chilenischen Stichprobe, allerdings mit $p = .056$ keine statistische Signifikanz dieses Unterschieds. Die Hypothese kann mit den vorliegenden Ergebnissen nur in der erwarteten Richtung vermutet aber nicht statistisch bewiesen werden.

7.5.3 Kulturspezifische Subtypen

Fragestellung 7-3: *Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und chilenischen Probanden auf den DEQ– Skalen „Abhängigkeit“ und „Selbstkritik“?*

Die Ergebnisse eines *t*-Tests zur Berechnung der Mittelwertunterschiede auf den DEQ-Skalen Selbstkritik und Abhängigkeit, welche den Subtypen introjektiv und anaklitisch entsprechen, sind in Tabelle 34 dargestellt und werden nachfolgend zur Beantwortung der Fragestellung durch weitere Hypothesen spezifiziert.

Tabelle 34

Ergebnisse des t-Tests der DEQ-Werte zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe

	DEQ – Skala Abhängigkeit		DEQ – Skala Selbstkritik	
	Deutsche	Chilenen	Deutsche	Chilenen
<i>N</i>	54	48	54	48
<i>M</i>	-.46	1.8	-.12	.06
<i>SD</i>	.75	.98	.69	1.14
Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .000**		<i>p</i> = .35	
Effektstärke	<i>d</i> = 2.59		-	

Anmerkung. DEQ = Depressive Experience Questionnaire; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; ** statistische Signifikanz, *p*<.01.

Hypothese 7-4: *Deutsche Probanden zeigen eine stärkere Ausprägung des introjektiven Subtyps als chilenische Probanden.*

Tabelle 34 zeigt die Mittelwertunterschiede und deren statistische Relevanz in Bezug auf die DEQ–Skalen Abhängigkeit und Selbstkritik. Es gibt zwischen deutschen und chilenischen Probanden keine signifikanten Unterschiede im Mittelwertvergleich der Skala Selbstkritik. Somit kann die Hypothese nicht bestätigt werden, der introjektive Subtyp erweist sich nicht als stärker ausgeprägt in der deutschen Stichprobe.

Hypothese 7-5: *Chilenische Probanden zeigen eine stärkere Ausprägung des anaklitischen Subtyps als deutsche Probanden.*

Chilenische Probanden haben signifikant höhere Abhängigkeitswerte als deutsche Probanden mit einer großen Effektstärke nach Cohen ($d = 2.6$; $p < .001$). Die Hypothese zur stärkeren Ausprägung des anaklitischen Subtyps in der chilenischen Stichprobe im Vergleich zur deutschen Stichprobe kann somit bestätigt werden.

Zusammenfassend ist zu Fragestellung 7-3 festzustellen, dass es keine kulturellen Unterschiede in Bezug auf den introjektiven Subtyp gibt aber hochsignifikante Unterschiede bezüglich des anaklitischen Subtyps, welcher in der chilenischen Stichprobe deutlich stärker ausgeprägt ist. Die bisherigen Berechnungen lassen lediglich diese Aussage zu, eine genauere Spezifizierung wird erst durch die Betrachtung dieses signifikanten Zusammenhangs im Mediatormodell möglich. Es erlaubt die Untersuchung der Hintergründe dieses Zusammenhangs, indem der Einfluss kultureller Variablen postuliert wird. Im nachfolgenden Abschnitt wird der Einfluss der kulturellen Variable „Selbstkonzept“ auf den Unterschied zwischen beiden kulturellen Gruppen bezüglich der Ausprägung des anaklitischen Subtyps überprüft. Das Selbstkonzept ist durch die Skalen Independentes Selbstkonzept und Interdependentes Selbstkonzept, gemessen mit der Self Construal Scale, operationalisiert.

7.5.4 Selbstbild als Mediatorvariable

Fragestellung 7-6: *Wird der Unterschied zwischen deutschen und chilenischen Probanden beim anaklitischen Subtyp durch kulturelle Variablen, z.B. das Selbstbild, mediiert?*

Zur Bearbeitung der Fragestellung müssen zunächst die signifikanten Unterschiede bei den beteiligten Variablen im Vergleich der beiden kulturellen Gruppen belegt werden. Im vorangehenden Abschnitt wurde gezeigt, dass Chilenen und Deutsche sich auf der Skala Abhängigkeit des DEQ signifikant unterscheiden. Folgend wird nun untersucht, welche Unterschiede im Selbstkonzept zwischen den beiden Stichproben verschiedener Nationalität vorliegen. Bisherige Forschungsbefunde lassen darauf schließen, dass chilenische Probanden sowohl im interdependenten als auch independenten Selbstkonzept höhere Ausprägungen aufweisen als die Probanden der deutschen Stichprobe.

Hypothese 7-7: *Chilenische Probanden zeigen sowohl beim "Independenten Selbstbild" als auch beim "Interdependenten Selbstbild" höhere Ausprägungen als die Probanden der deutschen Stichprobe.*

Der Unterschied zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe wurde mit einem *t*-Test für beide Skalen der SCS untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 35 aufgeführt.

Tabelle 35

Ergebnisse des *t*-Tests der Ausprägung auf den SCS- Skalen zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe

	SCS – Skala Independentes Selbstbild		SCS – Skala Interdependentes Selbstbild	
	Deutsche	Chilenen	Deutsche	Chilenen
<i>N</i>	54	48	54	48
<i>M</i>	4.65	4.96	4.27	5.06
<i>SD</i>	.54	.66	.47	.61
Sig. (2-seitig)	<i>p</i> = .014*		<i>p</i> = .000**	
Effektstärke	<i>d</i> = .51		<i>d</i> = 1.45	

Anmerkung. SCS = Self Construal Scale; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; ** statistische Signifikanz, *p* < .01; * statistische Signifikanz, *p* < .05.

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese in der erwarteten Richtung. Chilenen zeigen auf beiden SCS-Skalen signifikant höhere Ausprägungen. Bei dem independenten Selbstbild haben chilenische Probanden signifikant höhere Werte mit einer Effektstärke mittlerer Größe ($d = .51, p < .05$). Beim interdependenten Selbstbild resultierte eine hohe Effektstärke bei einem hochsignifikanten Zusammenhang, ($d = 1.45, p < .001$).

Auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse erweist sich ein Mediatormodell zur Untersuchung von Fragestellung 7-6 als geeignete Methode. Die Voraussetzung der statistisch signifikanten Gruppenunterschiede ist für die Variablen Abhängigkeit und Independentes Selbstkonzept sowie Interdependentes Selbstkonzept erfüllt. Somit kann im Mediatormodell geprüft werden, ob der Gruppenunterschied zwischen Deutschen und Chilenen beim anaklitischen Subtyp über die Variable Selbstbild mediiert wird.

Zur Untersuchung wurde die Syntax für SPSS für das einfache Mediatormodell nach Preacher und Hayes (2004) eingesetzt. Untersucht wurden die Variablen Nationalität, Abhängigkeit und das Independenten Selbstbild sowie in einer zweiten Analyse das Interdependente Selbstbild. Die Abbildungen 10 und 11 verdeutlichen die daraus resultierenden Ergebnisse.

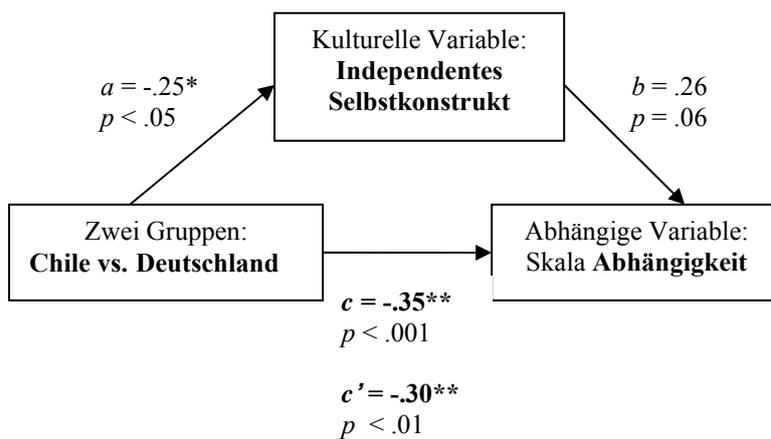


Abbildung 10. Ergebnis des Mediatormodells mit der kulturellen Variable „Independentes Selbstbild“.

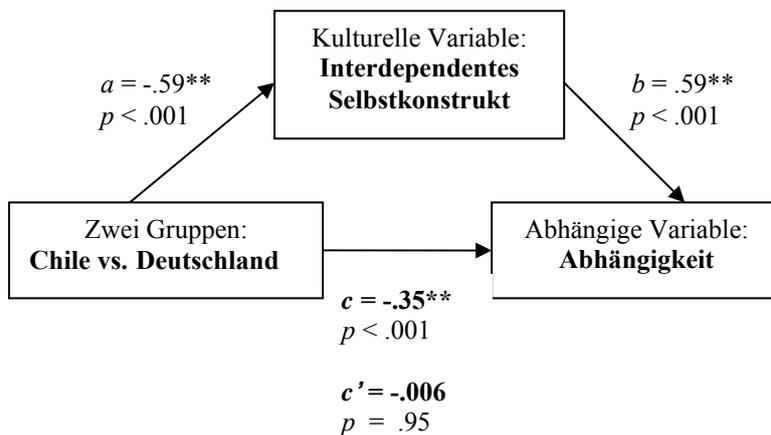


Abbildung 11. Ergebnis des Mediatormodells mit der kulturellen Variable „Interdependentes Selbstbild“.

Der signifikante Unterschied zwischen Deutschen und Chilenen auf der DEQ-Skala Abhängigkeit bleibt auch erhalten wenn der Einfluss der kulturellen Variable Independentes Selbstbild herausgerechnet wird. Dies ist in Abbildung 10 dargestellt, der korrigierte, d.h. ohne Einfluss des independentes Selbstbildes erreichte, Zusammenhang zwischen Nationalität und Abhängigkeit bleibt signifikant ($c' = -.30^{**}$, $p < .01$).

Beim Interdependenten Selbstbild (Abbildung 11) verschwindet der zunächst hochsignifikante Zusammenhang ($c = -.35^{**}$, $p < .001$; korrigiert: $c' = -.006$, $p = .95$) der Gruppenvariable Nationalität mit der Variable Abhängigkeit. Dies ermöglicht die Aussage,

dass der signifikante Gruppenunterschied zwischen Deutschen und Chilenen auf der DEQ-Skala Abhängigkeit durch das Interdependente Selbstbild bedingt wird, Nationalität beeinflusst den anaklitischen Subtyp also durch die Unterschiede in der Ausprägung des Interdependenten Selbstkonzepts.

7.5.5 Subtypen und Depressivität

Fragestellung 7-8: *Korreliert die Ausprägung der Depressivität mit den DEQ-Skalen?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wird der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Dieser stellt in der folgenden Rechnung ein dimensionsloses Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen der Depressivität und der Ausprägung von Abhängigkeit und Selbstkritik dar.

Tabelle 36

Ergebnisse der Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI

		BDI
		Gesamtstichprobe
		<i>N</i> = 102
DEQ – Skala Abhängigkeit	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = .154
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .123
DEQ – Skala Selbstkritik	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = .427**
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .000
DEQ – Skala Selbstwirksamkeit	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = -.134
	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .178

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar; ** statistische Signifikanz, *p* < .01.

Tabelle 36 veranschaulicht die Ergebnisse der Datenanalyse. Es zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen der DEQ-Skala Selbstkritik und der Depressivität gemessen mit dem BDI. Personen mit hohen Selbstkritikwerten im DEQ haben

hochsignifikant stärkere symptombezogene Depressionswerte ($r = .43, p < .001$). Die Skalen Abhängigkeit und Selbstwirksamkeit zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zur Depressivität.

Diese Ergebnisse werden in einem zweiten Schritt getrennt für deutsche und chilenische Studienteilnehmer betrachtet (Tabelle 37). Es zeigt sich, dass der signifikante Zusammenhang zwischen Selbstkritik und hohen Depressivitätswerten lediglich in der chilenischen Stichprobe vorhanden ist. In der deutschen Stichprobe besteht dieser Zusammenhang nicht. Jedoch weisen deutsche Probanden bei hohen Werten auf der Skala Selbstwirksamkeit signifikant geringere Depressionswerte auf.

Tabelle 37

Ergebnisse der Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI, getrennt für deutsche und chilenische Probanden

		BDI	BDI
		Chilenische Probanden	Deutsche Probanden
		<i>N</i> = 48	<i>N</i> = 54
DEQ – Skala Abhängigkeit	Korrelation nach Pearson	$r = .064$	$r = .131$
	Signifikanz (2-seitig)	$p = .663$	$p = .346$
DEQ – Skala Selbstkritik	Korrelation nach Pearson	$r = .690^{**}$	$r = .184$
	Signifikanz (2-seitig)	$p = .000$	$p = .183$
DEQ – Skala Selbstwirksamkeit	Korrelation nach Pearson	$r = -.075$	$r = -.314^*$
	Signifikanz (2-seitig)	$p = .612$	$p = .021$

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar; *statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Zusammenfassend bestätigen diese Ergebnisse, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen Depressionswerten im BDI und den Skalen des DEQ gibt. Die Ergebnisse zeigen allerdings unterschiedliche Befunde für deutsche und chilenische Probanden. Dies stellt einen Hinweis auf den unterschiedlichen Einfluss kultureller

Variablen auf die Depressivität dar. Ausgehend von diesen Ergebnissen wäre es naheliegend, die signifikanten Zusammenhänge in einem Mediatormodell unter Einbeziehen kultureller Variablen, zum Beispiel den Skalen zum Selbstkonzept, zu prüfen. Wie jedoch zuvor dargestellt, sind die Unterschiede zwischen deutschen und chilenischen Probanden auf der Depressionsskala nicht signifikant ($p = .06$). Ebenso finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und chilenischen Probanden auf der Skala Selbstkritik ($p = .34$). Damit sind die Voraussetzungen für statistische Analysen im Mediatormodell nicht gegeben. Es besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen Depressivität und Selbstkritik in der chilenischen Stichprobe, aber Hintergründe dieses Ergebnisses können mit der vorliegenden Stichprobe nicht genauer, im Sinne von Erklärungen durch Spezifizierung kultureller Variablen, aufgedeckt werden.

7.5.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Fragestellung 7-9: *Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung der Depressivität?*

Die symptombezogenen Beschwerden werden durch die Summenscores des Beck-Depressions-Inventars operationalisiert. Tabelle 38 zeigt die Ausprägung der Depressivität in der Stichprobe getrennt für männliche und weibliche Probanden. Durch einen t -Test wird die Signifikanz vorhandener Mittelwertunterschiede beurteilt.

Tabelle 38

Ergebnisse des t-Tests der BDI-Werte zwischen männlichen und weiblichen Probanden

	BDI Summenscore	
	Weibliche Probanden	Männliche Probanden
<i>N</i>	59	42
<i>M</i>	6.05	4.45
<i>SD</i>	4.42	3.86
Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .057	

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

Die Ergebnisse zeigen die Tendenz in Richtung höherer Depressionswerte bei Frauen, aber es zeigt sich keine statistische Signifikanz ($p = .057$) dieser Unterschiede in der vorliegenden Stichprobe.

Fragestellung 7-10: *Bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf den DEQ – Skalen „Abhängigkeit“ und „Selbstkritik“ ab?*

Die Ergebnisse des *t*-Tests zeigen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede auf beiden DEQ-Skalen. Männliche Probanden weisen hochsignifikant niedrigere Werte auf der Skala Abhängigkeit auf als weibliche Probanden. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied mit statistischer Signifikanz ($p < .01$) kann durch die Berechnung der Effektstärke nach Cohen ($d = .73$) als starker Effekt eingeschätzt werden. Auf der Skala Selbstkritik zeigen Männer signifikant höhere Werte ($p < .05$) mit einem Effekt nach Cohen von mittlerer Stärke ($d = .40$). Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 39) aufgeführt.

Tabelle 39

Ergebnisse des t-Tests der DEQ-Werte zwischen männlichen und weiblichen Probanden

	DEQ – Skala Abhängigkeit		DEQ – Skala Selbstkritik	
	Weibliche Probanden	Männliche Probanden	Weibliche Probanden	Männliche Probanden
N	59	42	59	42
M	.115	-.533	-.197	.176
SD	.805	.965	.898	.947
Signifikanz (2-seitig)	$p = .001^{**}$		$p = .047^*$	
Effektstärke	$d = .73$		$d = .40$	

Anmerkung. DEQ = Depressive Experience Questionnaire; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; * statistische Signifikanz, $p < .05$; ** statistische Signifikanz, $p < .01$.

Hypothese 7-11: *Hohe Selbstkritikwerte bei Männern korrelieren mit hohen Depressionswerten.*

Es wurden Zusammenhänge zwischen Depressionswerten und den DEQ-Skalen durch die Berechnung von Korrelationskoeffizienten nach Pearson, getrennt für männliche und weibliche Probanden der Stichprobe untersucht. In Tabelle 40 sind die Ergebnisse aufgeführt. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass bei männlichen Probanden ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen hoher Selbstkritik und hohen Depressionswerten besteht ($r = .70$, $p < .001$). Bei weiblichen Probanden ist dieser Zusammenhang ebenso statistisch signifikant, die Ausprägung der Selbstkritik korreliert in etwas geringerem Maß mit den Depressionswerten ($r = .44$, $p < .01$), als es bei den männlichen Probanden der Fall ist. Zusammenfassend ist Hypothese 7-11 in dem Sinne bestätigt, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen hohen Selbstkritikwerten und hoher Depressivität gibt.

Tabelle 40

Ergebnisse der Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI, getrennt für weibliche und männliche Probanden

		BDI Summenscore	
		Weibliche Probanden	Männliche Probanden
		<i>N</i> = 59	<i>N</i> = 42
DEQ – Skala	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = .106	<i>r</i> = .077
Abhängigkeit	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .426	<i>p</i> = .627
DEQ – Skala	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = .437**	<i>r</i> = .698**
Selbstkritik	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .001	<i>p</i> = .000
DEQ – Skala	Korrelation nach Pearson	<i>r</i> = -.136	<i>r</i> = -.046
Selbstwirksamkeit	Signifikanz (2-seitig)	<i>p</i> = .303	<i>p</i> = .772

Anmerkung. BDI = Beck Depressions Inventar; DEQ = Depressive Experience Questionnaire; *statistische Signifikanz, $p < .05$; **statistische Signifikanz, $p < .01$.

Hypothese 7-12: *Hohe Abhängigkeitswerte bei Frauen korrelieren mit hohen Depressionswerten.*

Das Moderatormodell zu geschlechtsspezifischen Unterschieden unter Berücksichtigung der Ausprägung der Depressivität als abhängiger Variable und der Skala Abhängigkeit als Prädiktor zeigt keinerlei signifikante Zusammenhänge. Das Geschlecht als Moderatorvariable steht somit in keinem signifikanten Zusammenhang zur Depressivitäts- und Abhängigkeitsausprägung. Es zeigen sich weder bei den männlichen noch den weiblichen Probanden statistisch signifikante Zusammenhänge zur Skala Abhängigkeit.

Fragestellung 7-13: *Bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auf den SCS – Skalen „Independentes Selbstkonstrukt“ und „Interdependentes Selbstkonstrukt“ ab?*

Zur Untersuchung der Hypothese wurde ein *t*-Test für unabhängige Variablen gerechnet, die Ergebnisse sind in Tabelle 41 dargestellt. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Stichprobe männlicher Probanden im Vergleich zu den weiblichen

Studienteilnehmern auf der SCS-Skala Independentes Selbstbild. Frauen haben im Durchschnitt signifikant höhere Werte als Männer ($p < .05$). Dieser geschlechtsspezifische Gruppenunterschied ist mit einer Effektstärke nach Cohen von $d = .41$ als Effekt mittlerer Größe einzuordnen.

Tabelle 41

Ergebnisse des t-Tests der Unterschiede in den SCS-Werten zwischen männlichen und weiblichen Probanden

	SCS– Skala Independentes Selbstbild		SCS– Skala Interdependentes Selbstbild	
	Weibliche Probanden	Männliche Probanden	Weibliche Probanden	Männliche Probanden
<i>N</i>	59	42	59	42
<i>M</i>	4.90	4.65	4.67	4.62
<i>SD</i>	.594	.628	.629	.729
Signifikanz (2-seitig)	$p = .041^*$		$p = .693$	
Effektstärke	$d = .41$		-	

Anmerkung. BDI = Beck-Depressions-Inventar; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; * statistische Signifikanz, $p < .05$.

Zusammenfassend wird bestätigt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei einigen der untersuchten Variablen eine Rolle spielen.

Bezüglich der DEQ-Dimensionen zeigte sich, dass Frauen eine signifikant stärkere Ausprägung des anaklitischen Subtyps aufweisen, während bei Männern der introjektive Subtyp stärker ausgeprägt ist. Überraschend ist in Zusammenhang mit diesem Befund wiederum, dass die Frauen in der Stichprobe gleichzeitig signifikant höhere Werte beim Independentes Selbstbild aufweisen als die männliche Stichprobe.

Für die Depressivität sind in der untersuchten Stichprobe keine signifikanten Geschlechtsunterschiede aufgetreten, jedoch weisen männliche Probanden in Verbindung mit hohen Selbstkritikwerten die höchste Korrelation zu den symptombezogenen Depressionswerten auf. Auch bei Frauen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Selbstkritikwerten und Depressivität.

7.6 Diskussion

In der vorliegenden interkulturellen Vergleichsstudie wurden Abhängigkeit und Selbstkritik als Vulnerabilitätsfaktoren für depressive Erkrankungen an deutschen und chilenischen Personen der Allgemeinbevölkerung untersucht. Diese Vulnerabilitätsfaktoren werden durch den anaklitischen und den introjektiven Subtyp nach Blatt (1974) mit dem Depressive Experience Questionnaire (Blatt et al., 1976) operationalisiert. Die Subtypentheorie wurde in der vorliegenden Arbeit zuvor in einer klinischen Studie an depressiven Patienten vor dem Hintergrund intrapsychischer Konfliktmuster untersucht und diskutiert (Abschnitte 1 bis 6).

Anliegen dieses zweiten Teils der Arbeit ist eine interkulturelle Vergleichsstudie zu den Subtypen der Depression, welche sich in der klinischen Forschung bereits weltweit etabliert haben. Es sollte eine erste explorative Untersuchung dieser Subtypen der Depression vor dem Hintergrund eines interkulturellen Modells erfolgen, welches über einen einfachen Vergleich zweier Nationen hinausgeht und die daraus resultierenden Ergebnisse zu Zusammenhängen und Unterschieden um kultursensitive Erklärungsmodelle durch Einbeziehen postulierter kultureller Variablen erweitert.

7.6.1 Auswahl einer kulturvermittelnden Variable

Nach Bond und Tedeschi (2001) ist der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten durch zahlreiche Variablen vermittelt und die Auswahl bestimmter Variablen für kulturvergleichende Forschung von den theoretischen Vorüberlegungen und den involvierten kulturellen Gruppen sowie Zielvariablen abhängig. Für die vorliegende Untersuchung galt es eine kulturelle Variable auszuwählen, welche international verbreitet und beforscht ist, zwischen den beiden Nationen Chile und Deutschland zu erwartende Unterschiede aufdeckt und in einem Zusammenhang zu depressiven Erkrankungen

vermutet werden kann. Zusätzlich lassen sich weitere Anforderungen formulieren, welchen eine kulturvermittelnde Variable genügen sollte. Nach Zimmermann (2009a) sollte eine Kulturvariable eingesetzt werden die theoretisch fundiert ist, da sie aus etablierten kulturellen Kontextvariablen abgeleitet wurde oder in ein bewährtes kulturvermittelndes Modell integriert ist. Sie sollte valide und reliabel zu messen sein und es sollten Messinstrumente in verschiedenen Sprachen verfügbar sein, welche bereits an verschiedenen kulturellen Gruppen untersucht worden sind und über metrische Äquivalenz verfügen. Des Weiteren sollte eine solche Variable über kulturelle Gruppen hinweg variieren und mit relevanten psychologischen Zielvariablen korrelieren. Markus und Kitayama (1991) postulieren in ihrem vielzitierten Review zur interkulturellen Forschung, dass vor allem das Selbstbild den Einfluss von Kultur auf das Erleben und Verhalten vermittelt. Die Autoren gehen davon aus, dass in westlichen Kulturen das independente Selbstbild stärker ausgeprägt ist und in asiatischen Kulturen eher das interdependente Selbstbild vorkommt. Vor diesem Hintergrund eignet sich das Konstrukt des Selbstbildes besonders dafür, unterschiedliche Ausprägungen individualistischer vs. kollektivistischer Werte, die auf Nationenebene hervorgerufen werden, auf Personenebene sichtbar zu machen (z.B. Singelis & Brown, 1995; Gudykunst et al., 1996). Die Bedeutsamkeit des Selbstkonstrukts wird auch in der aktuellen Veröffentlichung zur Heidelberger Kultur Fragebogenbatterie (Freund et al., im Druck) betont und es wird anhand der psychometrischen Eigenschaften der Self Construal Scale (Singelis, 1994) sowie der interkulturellen Äquivalenz und interkulturellen Varianz empirisch belegt, dass dieses Konstrukt den beschriebenden Anforderungen an eine kulturvermittelnde Variable gerecht wird und sich somit für kulturvergleichende Forschung an deutschen und chilenischen Stichproben eignet. Die Skala wurde bereits in den beiden kulturellen Gruppen eingesetzt und es resultierte sowohl in der Familienstudie von Georgas et al. (2006) als auch in der Untersuchung des World Value Survey durch Zimmermann (2009b) für die chilenischen

Stichproben im Vergleich zu deutschen Probanden sowohl ein stärker independentes als auch ein stärker interdependentes Selbstbild.

Diese Ergebnisse geben erstmals eine empirische Grundlage für weitere deutsch-chilenische Untersuchungen und weisen darauf hin, dass die kulturelle Dimension des Selbstbildes eine potentielle Mediatorvariable ist, welche psychologische und klinische Unterschiede zwischen Deutschland und Chile aufklären kann.

Die klinischen Relevanz des Selbstkonzepts und zu erwartende Zusammenhänge bezüglich der Zielvariable Depressivität lassen sich auf Grundlage bisheriger Veröffentlichungen annehmen. In Studien mit der SCS zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit mindestens einer der beiden SCS-Subskalen bei klinischen Variablen wie Depressivität (Norasakkunkink & Kalick, 2002), bei persönlichkeitsbezogenen Variablen wie den Big-Five (Kwan et al., 1997) oder bei verhaltensbezogenen Variablen wie der Bewältigung von interpersonalen Stresssituationen (Lam & Zane, 2004).

7.6.2 Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für die weitere Forschung

Die Untersuchung erfolgte an einer Stichprobe mit 102 Personen der Allgemeinbevölkerung, größtenteils Studenten und Doktoranden deutscher und chilenischer Universitäten. Dabei muss betont werden, dass es sich um eine erste explorative Untersuchung handelt, deren Fokus auf der kultursensitiven Forschung durch die Berücksichtigung kulturvermittelnder Variablen und deren Analyse im Mediatormodell liegt (z.B. Freund et al., im Druck). Bei einer solchen Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe wurde vermutet, dass ein alleiniger Einsatz von symptombezogenen Messinstrumenten zur Depression wie dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck et al., 1961) nur wenig Varianz in der Stichprobe aufweisen würde und somit wenig Aussagekraft für die interkulturellen Unterschiede bezüglich des Krankheitsbildes hätte.

Die Ergebnisse beziehen sich nicht auf das Vollbild einer depressiven Störung sondern auf subsyndromale Depression welche exakter als eine Ausprägung von Depressivität bezeichnet wird. Auf Basis dieser Überlegungen wurde die Erfassung der Depressivität in der vorliegenden Studie zusätzlich zum BDI um die Dimensionen des Depressive Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976) erweitert, welcher depressive Subtypen erfasst. Die Subtypentheorie bezieht sich zwar auf depressive Faktoren, aber in der Theorie von Blatt (1974) wird von einer Kontinuität zwischen depressiven Affekten in nicht-klinischen Stichproben bis zum klinischen Krankheitsbild einer Major Depression ausgegangen und somit eignen sich die DEQ-Dimensionen, wie auch Blatt und Zuroff (1992) betonen, sehr gut für die Anwendung in nicht-klinischen Stichproben.

Die untersuchten Hypothesen beziehen sich auf die übergeordneten Fragestellungen, ob es kulturspezifische Unterschiede bei den depressiven Subtypen gibt, ob das Selbstbild, gemessen mit der Self Construal Scale (SCS; Singelis, 1994), einen Einfluss im Sinne einer Mediatorvariable auf den kulturellen Unterschied der Ausprägungen bei depressiven Subtypen hat, ob eine besondere Stärke der Depressivität mit einem bestimmten Subtyp einhergeht und ob es geschlechtsspezifische Unterschiede auf Symptomebene und auch auf kultureller Ebene gibt.

In der Studie zeigten sich bezüglich der Ausprägung der Depressivität bei den Summenscores des BDI tendenziell höhere Werte in der chilenischen Stichprobe, aber keine statistische Signifikanz dieses Unterschieds zwischen Deutschen und Chilenen. Mittelwertunterschiede im Sinne kulturspezifischer Ausprägungen des anaklitischen und introjektiven Subtyps zeigten sich in Richtung signifikant stärkerer Ausprägung des anaklitischen Subtyps in der chilenische Stichprobe.

Erwartungskonform zu den bisherigen Veröffentlichungen (z.B. Georgas et al., 2006; Zimmermann, 2009b) hat die Gruppe der chilenischen Probanden außerdem eine signifikant höhere Ausprägung beider Selbstkonzepte, sowohl ein stärker ausgeprägtes

independentes als auch interdependentes Selbstbild. Im Mediatormodell wurden die Zusammenhänge dieser Variablen detaillierter analysiert und es stellte sich heraus, dass die kulturellen Unterschiede auf der DEQ-Skala Abhängigkeit durch die Unterschiede im Selbstbild mediiert werden. Veränderte man das Modell in dem Sinne, dass der Einfluss des interdependenten Selbstkonzeptes statistisch aus dem Modell herausgerechnet wurde, verschwanden die signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Deutschen und Chilenen beim anaklitischen Subtyp. Dieses Ergebnis steht für die Bedeutsamkeit der kulturvermittelnden Variable des Selbstkonzeptes als Auslöser für die Unterschiede bezüglich depressiver Subtypenausprägung. Eine Studie zum Zusammenhang depressiver Subtypen nach Blatt und der Ausprägung der Depression (Luyten et al., 2007) belegt, dass beide Subtypen mit Depressivität korrelieren, und es ergaben sich sogar deutlich höhere Zusammenhänge zwischen Depression und Abhängigkeit als zwischen Depression und Selbstkritik. Luyten (2002) vermutete, dass Selbstkritik eine breitere Dimension darstellt, die diverse psychische Erkrankungen umfasst, während Abhängigkeit einzig in einem Zusammenhang zur Depressivität vermutet wird. Aufgrund dieser Vorbefunde und des Resultats des Mediatormodells wurde auch in der vorliegenden Studie geprüft, ob die Ausprägung des anaklitischen Subtyps signifikante Zusammenhänge zur Ausprägung der Depressivität aufweist. Dies zeigte sich jedoch in keinem signifikanten Zusammenhang, weder in der deutschen noch in der chilenischen Stichprobe. Dies entspricht zunächst nicht den erwarteten Befunden. Die methodischen Unterschiede der Studiendesigns weisen jedoch auf Ursachen dieser Ergebnisse hin. Die Aussagen der beschriebenen Studie von Luyten et al. (2007) beziehen sich nicht auf Korrelationen der Subtypen mit Depressionswerten aus Selbstbeurteilungsinstrumenten, sondern auf den Vergleich von Patienten mit der Diagnose einer Major Depression im Vergleich zu einer Studentenstichprobe. In diesem Vergleich ist der anaklitische Subtyp signifikant stärker in der Patientenstichprobe zu finden und daraus entstand die Aussage des Zusammenhangs zu

Depressionsmaßen. In der vorliegenden Studie ist lediglich ein Vergleich der Werte innerhalb einer nicht-klinischen Stichprobe möglich, welche der Studentenchprobe der Untersuchung Luytens annähernd entsprechen könnte. Somit könnte die zu geringe Varianz innerhalb der Stichprobe bei den BDI-Summscores das Ergebnis bedingen. Luyten et al. (2007) postulieren, dass hohe Abhängigkeitswerte in einer Studentenchprobe für ein erhöhtes Risiko für depressive Erkrankungen und andere psychische Störungen stehen und weisen auf weiteren Forschungsbedarf bezüglich dieser Zusammenhänge hin.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass hohe Abhängigkeitswerte unter anderem durch ein hohes interdependentes Selbstbild verursacht werden. Die Operationalisierung des interdependenten Selbstbildes mit der Skala der Self Construal Scale beinhaltet Items, die einen Wunsch nach Harmonie, Beziehungen und Gemeinsamkeit ausdrücken sowie ein Unterordnen eigener Interessen in eine Gruppenentscheidung und geteilte Verantwortung innerhalb einer Gruppe. Dies vermittelt den Eindruck eines Bedürfnisses der Gruppenzugehörigkeit, ähnlich dem kollektivistischen Gedanken. Die Skala Abhängigkeit des Depressive Experience Questionnaire beinhaltet Items, die sich stärker auf Sorgen und Ängste beziehen, nahestehende Menschen zu enttäuschen und zu verlieren sowie auf Gefühle der Hilflosigkeit und Einsamkeit ohne die Anwesenheit und Unterstützung anderer. Der starke Zusammenhang dieser beiden Skalen kann durch diese Ähnlichkeit in den Items erklärt werden. Es kann aber auch vermutet werden, dass der starke Wunsch nach Nähe und Zugehörigkeit des interdependenten Selbstkonzepts Grundlage für die Entwicklung pathologischer Abhängigkeit mit Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit ist. Bei chilenischen Probanden ist eine Gruppenzugehörigkeit laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie ein signifikant stärker ausgeprägter Wunsch (interdependentes Selbst) als in der deutschen Stichprobe, welcher für die starken depressiv gefärbten Ängste vor Verlust und Einsamkeit (anaklitischer Subtyp) verantwortlich sein

könnte. Zusätzlich zu diesen Überlegungen könnte das Einbeziehen weiterer kultureller Variablen Aufschluss über Hintergründe des stark ausgeprägten interdependenten Selbstbildes in Chile sowie dessen Zusammenhang zum anaklitischen Subtyp geben. In einer Studie von Barry und Beitel (2006) wurden beispielsweise Hinweise auf signifikante Zusammenhänge zwischen dem interdependenten Selbstbild und einer traditionellen Geschlechtsrollenideologie belegt. Es bedarf weiterer Forschung um die Rolle des anaklitischen Subtyps in Zusammenhang mit dem Selbstkonzept und die resultierenden Implikationen für die interkulturellen Unterschiede depressiver Entwicklungen zu verstehen.

Ein zweiter Abschnitt der Ergebnisse der vorliegenden Studie betrifft die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den untersuchten Variablen. Widiger und Anderson (2003) haben darauf hingewiesen, dass in zukünftigen Studien Geschlechtsunterschiede bezüglich der Zusammenhänge von Selbstkritik, Abhängigkeit und Depression untersucht werden sollten. Kühner (2003) betont die Bedeutung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei depressiven Erkrankungen und benennt unter anderem weiteren Forschungsbedarf diesbezüglicher interkultureller Unterschiede.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen bei der geschlechtsspezifischen Depressionsschwere eine Tendenz für höhere Depressionswerte bei Frauen im Sinne der Hypothese, welche aber keine statistische Signifikanz erreicht. Für die Vulnerabilitätsfaktoren der Depression Abhängigkeit und Selbstkritik sind signifikante Geschlechtsunterschiede aufgetreten. Blatt (2004) beschreibt zusammenfassend, dass in nicht-klinischen Stichproben höhere Abhängigkeitswerte bei Frauen zu erwarten sind und höhere Selbstkritikwerte bei Männern. Diese Ergebnisse ließen sich im Sinne der Hypothese bestätigen, somit haben Frauen eine hochsignifikant stärkere Ausprägung des anaklitischen Subtyps als Männer, welche wiederum signifikant stärker die Ausprägung des introjektiven Subtyps aufweisen. Auch Luyten et al. (2007) finden diese Unterschiede

in den nicht-klinischen Stichproben, jedoch nicht in der Stichprobe der Studenten. Sie argumentieren, dass der Leistungsgedanke bei Studenten sowohl bei Männern als auch Frauen offensichtlich deutlich stärker ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung und sich nicht die erwartete geschlechtsspezifische Unterscheidung ergab. Als Erklärungsmodell der Geschlechtsunterschiede, die sich auch in der vorliegenden Untersuchung ergaben, benennt Blatt (2004) frühkindliche Erfahrungen bezüglich Geschlechterrollen und vermisst weitere Studien, in denen die Rolle der Väter einbezogen wird. Wie bereits bei den konfliktbezogenen Geschlechtsunterschieden in der klinischen Studie der vorliegenden Arbeit beschrieben, gehen Blatt und Kollegen (Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983) von einem Modell psychologischer Entwicklung aus, in welchem Mädchen sich als Entwicklungsaufgabe in der frühen Kindheit von der an die Mutter gebundenen Zuneigung verstärkt hin zum Vater orientieren müssen, während Jungen zunächst mit der Mutter als primärem bedeutsamen Objekt identifiziert sind und sich ein Wechsel dieser Identifikation mit der Mutter hin zur Identifikation mit dem Vater einstellen muss. Darin sieht Blatt (2004) die Ursache für geschlechtsspezifische Unterschiede und beschreibt, dass Frauen daher depressive Symptome eher bezogen auf interpersonelle Belange entwickeln (Abhängigkeitsfaktor) und bei Männern depressionsbezogenen Themen eher selbstbezogene Inhalte (Faktor Selbstkritik) zugrunde liegen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zur Korrelation der Subtypen der Depression mit den Depressionsscores im BDI zeigten, dass männliche Probanden in Verbindung mit hohen Selbstkritikwerten die höchste Korrelation zu den symptombezogenen Depressionswerten aufwiesen. Auch bei Frauen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Selbstkritikwerten und Depressivität. Für die Skala Abhängigkeit ergaben sich keinerlei signifikante Zusammenhänge zu den Depressionsscores. Bezüglich der Untersuchung der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Vulnerabilitätsfaktoren für Depression weist Blatt (2004) auf Bedarf an

systematischen Untersuchungen hin, welche eine große Breite der frühen Lebenserfahrungen berücksichtigt. Es besteht weiterer Forschungsbedarf bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede bei den Subtypen sowie bei deren Zusammenhang zur Depressivität. In der Heidelberger Kulturfragebogenbatterie wurde neben der Self Construal Scale und weiteren Skalen zur Messung bedeutender kulturvermittelnder Variablen auch eine Skala zur Messung von Geschlechtsrollenideologien integriert, die Sex-Role Ideology Scale (SRIS; Kalin & Tilby, 1978). Das Einbeziehen dieser und weiterer kultureller Variablen in eine Untersuchung interkultureller Subtypenausprägungen und Zusammenhänge zur Depression ist zu empfehlen um das Spektrum der möglichen Erklärungsmodelle und das Verständnis interkultureller Zusammenhänge zu erweitern.

7.6.3 Methodische Einschränkungen

Die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist vor dem Hintergrund verschiedener methodischer Einschränkungen zu betrachten.

Diese Stichprobe bezieht sich mit 102 Probanden auf eine, für eine nicht-klinische Stichprobe, kleine Probandenzahl. Es handelt sich bei den Stichproben in Deutschland und Chile nicht um bevölkerungsrepräsentative Stichproben betreffend soziodemographischer Daten. Dies sollte bei einer Replikation der Ergebnisse berücksichtigt werden, vor allem betreffend des Ausbildungsniveaus ist die vorliegende Stichprobe keineswegs repräsentativ für die prototypische deutsche oder chilenische Gesellschaft. Die Ergebnisse lassen somit keine Aussagen zur deutschen oder chilenischen Kultur zu, sondern geben lediglich Hinweise auf die Richtung weiterer interkultureller Forschung und erste Eindrücke auf zu erwartende Ergebnisse.

Des Weiteren ist dies keine Studie zum klinischen Bild von depressiven Erkrankungen. Es wurde die Rolle von Vulnerabilitätsfaktoren für Depressionen in einem

interkulturellen Vergleich betrachtet mit einer geringen Varianz der symptombezogenen Depressionsscores in der Stichprobe. Aussagen beziehen sich lediglich auf mögliche kausale Zusammenhänge, die einen Hinweis auf ätiologische Faktoren geben.

Es handelt sich zudem um eine Untersuchung ohne Kontrollgruppe sowie ohne Kontrolle anderer symptombezogener Variablen durch weitere Messinstrumente.

Zusätzlich muss beachtet werden, dass eine neue Version eines spanischsprachigen DEQ eingesetzt wurde (Rost & Dagnino, unveröffentlicht), welcher eine chilenische Adaption der vorliegenden spanischsprachigen (europäische Version und peruanische Version) Übersetzungen darstellt. Dessen psychometrische Eigenschaften sind lediglich für die interne Konsistenz in der vorliegenden Stichprobe untersucht worden. Zum weiteren Einsatz des Fragebogens sollte eine Validierung sowie Überprüfung der Faktorenstruktur an einer chilenischen Stichprobe ausreichender Größe erfolgen.

Die vorliegende interkulturelle Vergleichsstudie basiert ausschließlich auf der Verwendung von Fragebögen zur Selbstbeurteilung. Für eine wissenschaftliche Vertiefung der Ergebnisse und deren Repräsentativität für Deutschland und Chile ist ein breiteres Methodenspektrum notwendig (vgl. Cohen 2007). Nach Zimmermann (2009a) stellt bei einem Einsatz von Fragebögen nicht nur die Beschränkung auf die Fragebogenmethode im Allgemeinen eine Schwierigkeit dar, sondern in besonderem Maße die schwer kontrollierbaren Verzerrungen durch eine ausschließliche Verwendung von Likert-Skalen. Heine, Lehman, Peng und Greenholtz (2002) beschreiben einen Referenzgruppeneffekt, welcher besagt, dass sich Probanden in internationalen Studien bei ihrer Einschätzung auf Likert-Skalen mit landestypischen Referenzgruppen vergleichen. Somit besteht die Gefahr, dass stereotype Vorstellungen den Hintergrund bilden, vor welchem sich Personen bei der Bearbeitung von Likert-Skalen selbst beschreiben (Zimmermann, 2009a). Heine et al. (2002) raten aus diesem Grund zu dem Einsatz von Forced-Choice-Techniken oder zu nonreaktiven, reaktionszeitbasierten, physiologische Messmethoden.

8 Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein Forschungsprojekt mit interdisziplinärer und internationaler Ausrichtung, welches im Rahmen des deutschen-chilenischen Graduiertenkollegs „Interkulturelle Ätiologie- und Psychotherapieforschung am Beispiel der Depression“ erstellt wurde.

Die Forschungsarbeit setzt sich aus zwei Studien zusammen: einer klinischen Untersuchung einer Stichprobe depressiver Patienten in stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung, deren zentrales Thema die Validierung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) darstellt, sowie einer interkulturellen Vergleichsstudie in welcher der Einfluss interkultureller Variablen auf die Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen bezüglich der Ausprägung von Depressivität untersucht wurde.

Beiden Studien ist der Einsatz des Depressive Experience Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976) gemeinsam, der die Erfassung der anklitischen versus introjektiven Depression als traditionelle Subtypen depressiver Persönlichkeitsentwicklung vornimmt und somit eine Betrachtung depressiver Erkrankungen über die symptombezogenen Maße hinaus und vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses ermöglicht.

Die klinische Untersuchung zur Validierung der Konfliktachse der OPD-2 stand besonders bei der Erfassung der konvergenten Validität vor dem bekannten Problem, dass kein weiteres Instrument zur Erfassung unbewusster Konflikte existiert (Cierpka et al., 2001). Dem wurde begegnet, indem ein bisher völlig neues Instrument zur Erfassung interpersonaler Motive eingesetzt wurde (Thomas et al., in Vorbereitung) um der Operationalisierung intrapsychischer Konflikte möglichst nah zu kommen und diese bereits vor deren Manifestationen im direkten Verhalten erfassen zu können. Zusätzlich

wurden die Konflikte zu den traditionellen Subtypen nach Blatt (1974) in Bezug gesetzt. In einem weiteren Schritt wurde die prognostische Validität für die einzelnen Konfliktthemen mit jeweils vier verschiedenen Messinstrumenten und bis zu drei Messzeitpunkten untersucht. Es ergaben sich insgesamt recht inhomogene Befunde. Eine zufriedenstellende Validierung durch inhaltlich sinnvolle Zusammenhänge zu den Außenkriterien ließ sich lediglich für die Konflikte Individuation vs. Abhängigkeit und Unterwerfung vs. Kontrolle erreichen.

Die deskriptiven Befunde deuteten durch die Konfliktverteilung in der Stichprobe zunächst einen klaren Zusammenhang zur Subtypisierung nach Blatt an, die weiteren Ergebnisse zu Konfliktinhalten widerlegten insgesamt aber die Annahme, dass die Subtypisierung nach Blatt sich inhaltlich auch in den Konfliktthemen nach OPD-2 widerspiegelt. Zum Zusammenhang zwischen Konflikten und der Subtypisierung nach Blatt fanden sich keinerlei statistische Zusammenhänge. Vielmehr zeigte sich die Tendenz unabhängig vom Konflikt je passiver der Modus der Konfliktverarbeitung, desto stärker ausgeprägt die Selbstkritik der Patienten im Sinne des introjektiven Subtyps. Dieses Ergebnis könnte veranlassen, den Modus in der OPD zukünftig umfangreicher zu erheben und dessen Bedeutung stärker zu gewichten.

Bei dem Zusammenhang zu interpersonalen Motiven schien der Modus der Konfliktverarbeitung vergleichsweise unbedeutend. Es fanden sich zahlreiche statistische Haupteffekte der Konflikte. Theoriekonform ist Patienten mit bedeutsamem Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle das Thema Selbstsicherheit und die Durchsetzung eigener Interessen wichtig, im aktiven Modus ist das Motiv Anpassung/Unterordnung erwartungsgemäß geringer ausgeprägt und die Ausprägung auf der Dominanzachse wiederum hoch. Patienten mit dem Konflikt Versorgung vs. Autarkie stellen auf Motivebene das Kontrastprogramm dar und haben unabhängig vom Modus weniger Selbstsicherheit und weniger Durchsetzung eigener Interessen, aber dieser Konflikt steht

nicht mit Harmonie, Altruismus und einer erhöhten Ausprägung auf der Affiliationsachse in Zusammenhang. Patienten mit einem ausgeprägten Schuldkonflikt bedeutet Harmonie und Geselligkeit/Akzeptanz wenig, aber es ergab sich ebenso ein geringer Wert bei dem übergeordneten Motiv der Dominanz. Der Ödipale Konflikt geht mit wenig Verslossenheit und auch wenig Selbstbezogenheit einher, wird aber in Außenkriterien sonst kaum erfasst.

Prognostisch zeigten sich die konfliktspezifischen Therapieeffekte lediglich im Zusammenhang mit der Bedeutsamkeit des Konflikts Individuation vs. Abhängigkeit. Dieser Konflikt führt zur schlechtesten Prognose. Entsprechend hohe Werte bei den Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation wie primitive Abwehr, Aggression und wenig moralische Werte gingen mit diesem Konflikt einher.

Insgesamt ist die Konfliktachse auf der Grundlage bisheriger Veröffentlichungen zur OPD-1 als reliables und valides Instrument zur Erfassung psychodynamischer Konflikte bekannt. In der vorliegenden Arbeit wurde die Reliabilität der Achse betont, es wurde aber bei der Validität ebenso deutlich, dass weiterhin eine starke Notwendigkeit zusätzlicher Validierungsstudien, besonders unter Berücksichtigung neuer Auswertungsmöglichkeiten und noch differenzierterer Außenkriterien, besteht.

Der interkulturelle Aspekt der Forschungsarbeit besteht in dem Einsatz der adaptierten Version des DEQ für Chile neben dem BDI als bekanntem symptombezogenem Maß unter Berücksichtigung der kulturellen Variable des Selbstkonzepts, deren Erfassung mit der Self-Construal-Scale auch eine Facette der neu entwickelten Heidelberger Kulturfragebogenbatterie (HKFB) darstellt. Mittels einer parallelen Stichprobenrekrutierung an der Allgemeinbevölkerung in Deutschland und in Chile wurde es ermöglicht, eine erste explorative Untersuchung zum Einfluss dieser bedeutenden Kulturvariable in Zusammenhang mit dem traditionellen Subtypenkonzept zu

betrachten. Als wichtigster Befund ist der Moderatoreffekt der kulturellen Variable des Selbstkonzeptes auf die anaklitische Depression einzuschätzen, deren alleiniger Einfluss für signifikante interkulturelle Unterschiede nachgewiesen werden konnte. Dieses Ergebnis bestätigt den Erkenntnisgewinn durch die Idee aus der aktuellen psychologisch-interkulturellen Forschung, durch Identifikation kultureller Moderatorvariablen einer kultursensitiven empirischen Forschung näher zu kommen und bei der Erforschung von „Kultur“ über die reine Feststellung von Unterschieden zwischen Nationalitäten hinauszugehen.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Algorithmus der Diagnose depressiver Episoden	18
Abbildung 2: Modell der erlernten Hilflosigkeit (nach Hautzinger, 2010, S.29).....	22
Abbildung 3: Der depressive Grundkonflikt und seine interaktionellen Folgen (nach Rudolf, 2003, In Schauenburg, 2007a, S. 47).....	28
Abbildung 4: Verteilung der Hauptkonflikte und der zugehörigen Modi (nach Schneider et al., 2008, S. 53).....	65
Abbildung 5: Häufigkeiten der diagnostizierten Konflikte, abhängig vom Modus (nach Pieh et al., 2009, S. 269).....	66
Abbildung 6: Häufigkeiten der beiden wichtigsten Konflikte pro Patient (nach Grande et al., 1998)	67
Abbildung 7: Kategoriale Konflikteinteilung im OPD-Erhebungsbogen.	98
Abbildung 8: Dimensionale Konflikteinteilung im OPD-Erhebungsbogen.....	98
Abbildung 9: Vollständige und partielle Mediation.	183
Abbildung 10: Ergebnis Mediatormodell mit Variable „Independentes Selbstbild“	202
Abbildung 11: Ergebnis Mediatormodell mit Variable „Interdependentes Selbstbild“	202

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenz affektiver Störungen in % (nach Bundesgesundheitsurvey, 1998)	10
Tabelle 2: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10	15
Tabelle 3: Diagnosekriterien einer affektiven Störung nach ICD-10	16
Tabelle 4: Originalitems des DEQ mit den höchsten Ladungen auf drei Faktoren (nach Blatt, 2004, S. 97)	52
Tabelle 5: Übersicht: Komponenten der Strukturachse (nach Arbeitskreis OPD, 2006, S. 432-440)	59
Tabelle 6: Überblick: Konflikte in der OPD-2 (nach Arbeitskreis OPD, 2006, S. 415-4431)	63
Tabelle 7: Patientenstichprobenbeschreibung, $N = 72$	77
Tabelle 8: Überblick: Messinstrumente im Studienverlauf	81
Tabelle 9: Überblick: Achsen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (nach Arbeitskreis OPD, 2006)	83
Tabelle 10: Die drei Dimensionen des DEQ mit Beispielitems	86
Tabelle 11: Übersicht: Häufigkeiten der Haupt- und Nebenkongflikte	94
Tabelle 12: Häufigkeit der Verarbeitungsmodi der Haupt- und Nebenkongflikte	95
Tabelle 13: Übersicht: Konflikte und Geschlechtsunterschiede	96
Tabelle 14: Reliabilitäten für drei Raterpaare	100
Tabelle 15: Reliabilitäten für BDI, HAMD und SCL-90 in der Stichprobe	101
Tabelle 16: Reliabilitäten für die drei Skalen des DEQ in der Stichprobe	101
Tabelle 17: Reliabilitäten für die Skalen des IPO zu T1 in der Stichprobe	101
Tabelle 18: Reliabilitäten für die Skalen des IPO zu T3 in der Stichprobe	101
Tabelle 19: Reliabilitäten für die Skalen des IIM in der Stichprobe	101
Tabelle 20: Korrelation nach Pearson zwischen DEQ, HAMD und SCL-90 zu T1	103
Tabelle 21: Regressionsanalyse mit AV: IIM-Skala, UV: Konflikt, Moderator: Modus..	110

Tabelle 22: Regressionsanalyse mit AV: übergeordnete IIM-Dimensionen, UV: Konflikt, Moderator: Modus	112
Tabelle 23: Regressionsanalyse mit AV: IPO-Skala zu T1, UV: Konflikt, Moderator: Modus	115
Tabelle 24: <i>t</i> -Tests der Depressionswerte verschiedener Skalen im Vergleich Prä-, Post und Katamnese	118
Tabelle 25: <i>t</i> -Tests der IPO-Skalenwerte im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung	119
Tabelle 26: Regressionsanalyse mit AV: IPO-Skala zu T3 unter Berücksichtigung von T1, UV: Konflikt, Moderator: Modus.....	121
Tabelle 27: Stichprobenbeschreibung: Chilenische Stichprobe, <i>N</i> = 48	187
Tabelle 28: Stichprobenbeschreibung: Deutsche Stichprobe, <i>N</i> = 54	188
Tabelle 29: Überblick Messinstrumente im Studienverlauf.....	189
Tabelle 30: Reliabilitäten für den BDI-Summenscore in den untersuchten Stichproben..	196
Tabelle 31: Reliabilitäten für die drei DEQ-Skalen in den untersuchten Stichproben.....	196
Tabelle 32: Reliabilitäten für die beiden SCS-Skalen in den untersuchten Stichproben ..	196
Tabelle 33: <i>t</i> -Tests der BDI-Werte zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe	197
Tabelle 34: <i>t</i> -Tests der DEQ-Werte zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe.....	198
Tabelle 35: <i>t</i> -Tests der SCS-Werte zwischen deutscher und chilenischer Stichprobe	201
Tabelle 36: Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI.....	203
Tabelle 37: Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI, getrennt für deutsche und chilenische Probanden	204
Tabelle 38: <i>t</i> -Tests der BDI-Werte zwischen männlichen und weiblichen Probanden.....	206
Tabelle 39: <i>t</i> -Tests der DEQ-Werte zwischen männlichen und weiblichen Probanden....	207
Tabelle 40: Korrelation nach Pearson zwischen den DEQ-Skalen und dem BDI, getrennt für männliche und weibliche Probanden	208
Tabelle 41: <i>t</i> -Tests der Unterschiede in den SCS-Werten zwischen männlichen und weiblichen Probanden.....	209

11 LITERATUR

- Abbass, A., & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic Psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 398–399.
- Abu-Kaf, S., & Priel, B. (2007). Dependent and Self-critical vulnerabilities to depression in two different cultural contexts. *Personality and Individual Differences*, 44, 689-700.
- Abraham, K. (1911). Giovanni Segantini: A Psycho-analytical Study. In C. Hilda & M. D. Abraham (Eds.) (1955). *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*. London: The Hogarth Press.
- Alden, L. E., Wiggings, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Lépine, J. P. (2004a). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 5-7.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., & Bryson, H., et al. (2004b). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Arieti S., & Bemporad J. (1978). *Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach*. New York: Basic Books.

- Arieti, S., & Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1365-1369.
- Asendorpf, J., & Wallbott, H. G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, *10*, 243-252.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence. An essay on psychology and religion*. Chicago: Rand McNally.
- Balint M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression: Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Kirmayer, L. J., & Lépine, J.-P., et al. (2001). Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62* (13), 47-55.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Barry, D. & Beitel, M. (2006). Sex role ideology among East Asian Immigrants in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76* (4), 512-517.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61* (2), 226-244.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression. A cognitive model. In R. Friedman & M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-28). New York: Winston-Wiley.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San

- Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8* (1), 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1990). *Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik*. Bern: Hans Huber.
- Benecke, C., Bock, A., Wieser, E., Tschiesner, R., Lochmann, M., Küspert, F., Schorn, R., Viertler, B. Steinmayr-Gensluckner, M. (2011). Reliabilität und Validität der OPD-KJ-Achsen Struktur und Konflikt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60*, 60-73.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review, 81*, 392-425.
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders, 89* (1-3), 35-44.
- Berger, M. (1999). Affektive Erkrankungen. In M. Berger (Ed.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 483-566). München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Berger, M. & van Calker, D. (2004). Affektive Störungen. In M. Berger (Ed.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Urban und Fischer.
- Bernert, S., Matschinger, H., Alonso, J., Haro, J. M., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., & the ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators (2009). Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry Research, 168*, 137-144.
- Berry, J. W. (1980). Introduction to methodology. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.),

- Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 2, pp. 1-28). Boston: Allyn & Bacon.
- Bertelsen, A., Harvald, B., & Hauge, M. (1977). A Danish twin study of manic-depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 330-51.
- Beutel M. E., Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F., & Blatt, S. (2004).
Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression –
Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience
Questionnaire (DEQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychiatrie*, *52*,
1-14.
- Beutler, L. E. (2010). Predictors of sustained therapeutic change: Some thoughts about
conceptualizations. *Psychotherapy Research*, *20* (1), 55-59.
- Bhawuk, D. P. S., & Brislin, R. W. (1992). The measurement of intercultural sensitivity
using the concepts of individualism and collectivism. *International Journal of*
Intercultural Relations, *16*, 413-436.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective*
disorders (pp. 13-48). New York: International Universities Press.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression.
The Psychoanalytic Study of the Child, *24*, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality
configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy.
In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality*
theory, psychopathology & health (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago
Press.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic
and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited.
Journal of the American Psychoanalytic Association, *40*, 691-724.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research*
perspectives. Washington, DC: American Psychological Association.

- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of psychological development. *Psychoanalytic Study of the Child, 45*, 107-127.
- Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1561-1567.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Das dialogische Selbst: Adaptive und maladaptive Dimensionen. In P. Giampieri-Deutsch (Ed.), *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*, 187-254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Patient personality, the therapeutic relationship, and change in mental representation: Fundamental determinants of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research, 9*, 37-54.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psychoanalysis, 77*, 935-961.
- Bohleber, W. (2010). Neue Ergebnisse der Depressionsforschung. Erklärungsansätze-Therapiemodelle-Behandlungstechnik. *PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 10* (Sonderheft Depression), 771-781.
- Bond, M. H. & Tedeschi, J. T. (2001). Polishing the jade: A modest proposal for

- improving the study of social psychology across cultures. In D. Matsumoto (Eds.), *The handbook of culture and psychology* (p. 309–324). Oxford: Oxford University Press.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Etiology and psychopathology in light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210.
- Brakemeier, E. L., Normann, C., & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *51*, 379-391.
- Brunstein, J. C., & Maier, G. W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, *47*, 146-160.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic Thoughts and Psychological Symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish Students. *Cognitive Therapy and Research*, *29* (2), 201–217.
- Carr, J. E., & Vitaliano, P. P. (1985). The theoretical implications of converging research on depression and the culture-bound syndromes. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 244–266). Berkeley: University of California Press.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, *53* (4), 849-57.
- Chentsova-Dutton, Y. E., & Tsai, J. L. (2008). Understanding Depression across Cultures. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen. *Handbook of depression* (pp. 363-385). New York, London: The Guilford Press.
- Chevron, E. S., Quinlan, D.M., & Blatt, S. J. (1978). Sex roles and gender differences in

- the experience of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 680-683.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., & Schübler, G., et al. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H., de la Parra, G., & Rost, R. et al. (2010). La evaluación de las primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1), 221-235.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1991). Personality Factors in Dysphoria: A Psychometric Refinement of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 13 (4), 369-388.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, New York: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cortina, J. M. (1993). What is Coefficient Alpha? Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104.
- Cohen, D. (2007). Methods in cultural psychology. In S. Kitayama & D. Cohen (Ed.), *Handbook of cultural psychology* (p. 196–236). New York: Guilford Press.
- Crook, T., & Eliot, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.

- Cross, S., & Markus, H. R. (1991). Possible selves across the lifespan. *Human Development, 34*, 230–255.
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31* (3), 353-360.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine, 40*, 211-223.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8* (36).
- Davison G. C., & Neale, J. M. (2002). Affektive Störungen. In: G. C. Davison, J. M. Neale, & M. Hautzinger (Eds.), *Klinische Psychologie* (pp. 302-354). Weinheim: Beltz.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the Revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., & Grande, T., et al. (2009). Erste Daten zur klinischen Validität des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SF). Vortrag beim 4. Internationalen OPD-Kongress, Heidelberg.
- ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators (2004). Sampling and methods of the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109* (420), 8-20.
- Falicov, C. J. (2003). Culture, society and gender in depression. *Journal of Family Therapy, 25*, 371-387.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll H., & Geddes, J. (2008). The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Medicine, 5* (12), e225.

- Fiske, A. P. (2002). Using individualism and collectivism to compare cultures - A critique of the validity and measurement of the constructs: Comment on Oyserman et al. (2002). *Psychological Bulletin*, 128, 78-88.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Janssen, P., Lentsche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., & Martin, K., et al. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 242-258.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. In A. Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris, & O. Isakower (Eds.), *Sigmund Freud: Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1913-1917* (pp. 428-446). Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. In A. Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris, & O. Isakower (Eds.), *Sigmund Freud: Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1925-1931* (p. 500). Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1952). Studien über Hyterie. In A. Freud, E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris, & O. Isakower (Eds.), *Sigmund Freud: Gesammelte Werke* (Bd.1). Frankfurt/M.: Fischer.
- Freund, H., Zimmermann, J., Pfeiffer, N., Conradi, A., Hunger, C., Riedel, F. et al. (im Druck). Wie lässt sich der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten messen? Konzeptuelle und empirische Einführung einer multidimensionalen Kultur-Fragebogenbatterie. *Diagnostica*.
- Freyberger, H. J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H., & Seidler, G. H. (1998). Zur Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragestellungen der OPD. In H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber.
- Friedlmeier, W., Schäfermeier, E., Vasconcellos, V., & Trommsdorff, G. (2008). Self-Constraint and cultural orientation as predictors for developmental goals: A comparison between Brazilian and German caregivers. *European Journal of*

- Developmental Psychology*, 5 (1), 39-67.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C., & König, H. H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European + Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatrische Praxis*, 32 (4), 113-121.
- Fritz, M., & MacKinnon, D. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18 (3), 233-239.
- Fröhlich, W. D. (2000). *Wörterbuch Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H. U. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books.
- Geiger-Kabisch, C. & Weyerer, S. (1991). Zur Reliabilität und Validität von Screening-Instrumenten zur Erfassung von Depression bei älteren Menschen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 75-89.
- Georgas, J. (1989). Changing family values in Greece: From collectivist to individualist. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20 (1), 80-91.
- Georgas, J., Berry, J., van de Vijver, F., Kagitçibasi, Ç., & Poortinga, Y. (2006). *Families across cultures: A 30-nation psychological study*. New York, NY US: Cambridge University Press.
- Goldberg, D. (2009). The interplay between biological and psychological factors in determining vulnerability to mental disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23, 236-247.
- Grace, S. L., & Cramer, K. L. (2003). The elusive nature of self-measurement: The Self-Construct Scale versus the Twenty Statements Test. *The Journal of Social Psychology*, 143 (5), 649-668.

- Grande, T. (2004). Beurteilung der Leistung einzelner Rater und Standards für die Verwendung der OPD in der empirischen Forschung. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüßler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (pp. 245-250). Bern: Huber.
- Grande T. (2007). Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 144-162.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., & Langer, M., et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16, 470–485.
- Grande T., Oberbracht, C., & Rudolf, G. (1998). Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt und Struktur“. In H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (pp. 105-138). Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Jakobsen, T. (2001): Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213–233.
- Gudykunst, W. B., Matsumoto, Y., Ting-Toomey, S., Nishida, T., Kim, K. & Heyman, S. (1996). The influence of cultural individualism-collectivism, self construals, and individual values on communication styles across cultures. *Human Communication Research*, 22 (4), 510-543.
- Haasen, C., & Yagdiran, O. (2000). *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg: Lambertus.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.

- Hannover, B., Kühnen, U., & Birkner, N. (2000). Inter- vs. independentes Selbstwissen als Determinante von Assimilation und Kontrast bei kontextuellem Priming. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 31 (1), 44-56.
- Hardin, E., Leong, F., & Bhagwat, A. (2004). Factor structure of the self-construal scale revisited. *Journal of Cross-Culture Psychology*, 35(3), 327-345.
- Hautzinger, M. (1997). Affektive Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie 2 Klinische Psychologie: Psychologische Störungen und ihre Behandlung* (pp. 156-239). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., & Bronisch, T. (2007). Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie. In H. Schauenburg & B. Hofmann (Eds.), *Psychotherapie der Depression* (pp.1-12). Stuttgart, New York: Thieme.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI): Testhandbuch* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hayes, A. F., & Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in linear and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior Research Methods*, 41, 924-936.
- Hedges, L. V., & Olkin, L. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego, CA: Academic Press.
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Peng, K., & Greenholtz, J. (2002). What's wrong with crosscultural comparisons of subjective Likert scales?: The reference-group effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 903-918.
- Helfrich, H. (2003). Methodologie kulturvergleichender Forschung. In A. Thomas (Ed.), *Kulturvergleichende Psychologie* (p. 111-138). Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988).

- Inventory of Interpersonell Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consultive Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (1993). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, Deutsche Version (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Huber, D., Klug, G., & von Rad, M. (2001). Die Münchner-Prozess-Outcome Studie: Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. Beutel (Eds.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (pp. 260–70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Huber, D., & Klug, G. (2005). Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy. A psychotherapy study with depressed patients. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55, 101.
- Inglehart, R., & Baker, W. (2000). Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review*, 65 (1), 19-51.
- Inglehart, R., Foa, R., Peterson, C., & Welzel, C. (2008). Development, freedom, and rising happiness: A global perspective (1981-2007). *Perspectives on Psychological Science*, 3 (4), 264-285.
- Jacobi, F., Hoyer, J., & Wittchen, H. U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundes-Gesundheitssurveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 251-260.
- Jacobi, F., Klose, M., & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47 (8), 736-44.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., & Müller, N. et al. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general

- population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (4), 597-611.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Sommer, S., Lieb, R., & Höfler, M. et al. (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: Aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11 (1), 1-18.
- Jahoda, G. (2007). Kulturkonzepte im Wandel. In G. Trommsdorf & H. J. Konrad (Eds.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie* (pp. 3-25). Göttingen: Hogrefe.
- Jakobsen, T., Rudolf G., Brockmann, J., Eckert J., Huber, D., & Klug G. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 87–110.
- Kagitçibasi, Ç. (1996). The Autonomous-Relational Self: A new synthesis. *European Psychologist*, 1 (3), 180-186.
- Kalin, R. & Tilby, P. J. (1978). Development and validation of a sex-role ideology scale. *Psychological Reports*, 42 (3), 731-738.
- Kapfhammer H. P. (2000). Depressiv-ängstliche Störungen bei somatischen Krankheiten. In H. J. Möller, G. Laux, H. P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 1487-520). Berlin: Springer.
- Kashima, Y. (2000). Conceptions of Culture and Person for Psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 14-32.
- Kashima, Y. (2001). Culture and Social Cognition. Toward a Social Psychology of Cultural Dynamics. In D. Matsumoto (Ed.), *The Handbook of Culture and Psychology* (pp. 325-360). New York: Oxford University Press.
- Kashima, E. S., & Hardie, E. A. (2000). The development and validation of the Relational,

- Individual, and Collective self-aspects (RIC) Scale. *Asian Journal of Social Psychology*, 3 (1), 19-48.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 41, 288-296.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *The inventory of personality organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Kessler, R.C., & Wang, P.S. (2009). Epidemiology of Depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammes (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 5-22). New York, London: The Guilford Press.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research. Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implication for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (13), 22-28.
- Klein, M. (1940). Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen. In M. Klein (1983). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 117-190.
- Kleinman, A., & Good, B. (1985). *Culture and Depression*. Berkley: University of California Press.
- Knesebeck, O., Lüschen, G., Cockerham W.C., & Siegrist, J. (2003). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-

- sectional study. *Social Science & Medicine*, 5, 1643-1652.
- Kolstad, A., & Horpestad, S. (2009). Self-Construal in Chile and Norway: Implications für Cultural Differences in Individualism and Collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40, 275-281.
- Kraus, M. & Koch, E. (2006). Kultur. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (pp. 139-161). Heidelberg: Springer.
- Krejci, E. (1999). *Psychogenese im ersten Lebensjahr. Perspektiven kleinianischer Psychoanalyse* (p. 95). Tübingen: diskord.
- Kristeva, J. (2007). *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Küchenhoff, J., Franz, M., & Schüßler, G. (2004). Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute? In R. W. Dahlbender, P. Buchheim, & G. Schüßler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Kühnen, U., & Hannover, B. (2003). Kultur, Selbstkonzept und Kognition. *Zeitschrift für Psychologie*, 211, 212-224.
- Kühner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of Epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (3), 163-174.
- Kwan, V. S. Y., Bond, M. H., & Singelis, T. M. (1997). Pancultural explanations for life satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (5), 1038-1051.
- Lam, A. G., & Zane, N. W. S. (2004). Ethnic differences in coping with interpersonal stressors: A test of self-construals as cultural mediators. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (4), 446-459.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.

- Lehman A., Ellis B., Becker J., Rosenfarb I., Devine R., & Kahn A. et al. (1997). Personality and Depression: A Validation Study of the Depressive Experience Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 68 (1), 197-210.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841–868.
- 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“. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433-455.
- Leichsenring, F., & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203–217.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis-proneness, and self domains. *Psychological Assessment*, 4, 577-591.
- Leutzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., & Fiedler, G. et al. (2010). Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-Depressionsstudie. *PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 10, 782-832.
- Levine, T. R., Bresnahan, M. J., Park, H. S., Lapinski, M. K., Wittenbaum, G. M., Shearman, S. M. et al. (2003). Self-construal scales lack validity. *Human Communication Research*, 29 (2), 210-252.
- Levinson, D. F. (2009). Genetics of Major Depression. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammes (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 165-186). New York, London: Guilford Press.

- Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale/London: The Analytic Press.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Locke, K. D. (2000). Circumplex Scales of Interpersonal Values: Reliability, Validity, and Applicability to Interpersonal Problems and Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 75 (2), 249-267.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H., & Riedel-Heller, S.G. (2007). Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29-43.
- Luyten, P. (2002). Normbesef en depressie: Aanzet tot een integratief theoretisch kader en een empirisch onderzoek aan de hand van de depressietheorie van S. J. Blatt. Unpublished doctoral dissertation, University of Leuven, Belgium. In S. J. Blatt (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave et al., (2007). Dependency and Self-Criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and anxiety*, 24, 586–596.
- Luyten, P., Blatt, S. J., van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26 (8), 985-99.
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J., Soenens, B., & Corveleyn, J. (in preparation). What you risk reveals what you value. Depressive personality styles and value priorities. In S. J. Blatt (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593 -614.

- Manson, S. M. (1996). Culture and DSM-IV: Implications for the diagnosis of mood and anxiety disorders. In J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega Jr., & D. L. Parron (Eds.), *Culture and psychiatric disorders: A DSM-IV perspective* (pp. 99-113). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation. *Psychological Review*, 98 (2), 224-253.
- Marsella, A. J. (1978). Thoughts on Cross-cultural Studies on the Epidemiology of Depression. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 343-357.
- Marsella, A. J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F. R. (1985). Cross-Cultural Studies of Depressive Disorders: An Overview. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and Depression* (pp. 299-324). Berkeley: University of California Press.
- Marsella, A. J. & Yamada, A. M. (2007). Culture and Psychopathology. Foundations, Issues, and Directions. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.). *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 797-818). New York: The Guilford Press.
- Marusic, A. (2004). Psychiatry around the world. Mental health in the enlarged European Union: need for relevant public mental health action. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 450-451.
- Matsumoto, D., Grissom, R., & Dinnel, D. (2001). Do between-culture differences really mean that people are different? A look at some measures of cultural effect size. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (4), 478-490.
- Matsumoto, D. & Yoo, S. H. (2006). Toward a new generation of cross-cultural research. *Perspectives on Psychological Science*, 1 (3), 234-250.
- Mentzos, S. (2006). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Müller, E. (1999). Zusammenhänge zwischen inadäquaten Verarbeitungsformen unbewusster Konflikte und unsicheren Bindungsstilen. In M. Cierpka, T. Grande, M. Stasch, C. Oberbracht, W. Schneider, & G. Schüssler et al. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study, *The Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Nietzel M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.
- Norasakkunkit, V. & Kalick, S. M. (2002). Culture, ethnicity, and emotional distress measures: The role of self-construal and self-enhancement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33 (1), 56-70.
- Pieh, C., Frisch, M., Meyer, N., Loew, T., & Lahmann, C. (2009). Validierung der Achse III (Konflikt) der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 263-28.
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal Personality Disorders*, 2, 144–152.
- Pollack, C., & Knesebeck, O. (2004). Social Capital and Health Among the Aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health and Place*, 10 (4), 383-391.
- Poortinga, Y., van de Vijver, F., Joe, R., & van de Koppel, J. (1987). Peeling the onion called culture: A synopsis. In Ç. Kagitçibaşı (Ed.), *Growth and progress in cross-cultural psychology* (pp. 22-34). Berwyn: Swets.
- Poser W. (2001). Interaktionen zwischen Pharmakotherapien und Psychotherapien bei Depressionen. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 470-475.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing

- and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40 (3), 879-891.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, H., & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden*. Heidelberg: Springer.
- Reck C., & Mundt C. (2002). Psychodynamische Therapieansätze bei depressiven Störungen - Pathogenesemodelle und empirische Grundlagen. *Nervenarzt*, 73, 613-619.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology*, 31, 160-168.
- Robinson L. A., Herman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the Treatment of Depression: Comprehensive Review of Controlled Outcome Research. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 30-49.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp 57-103). New York, London: Guilford.
- Rude S. S., & Burnham B. L. (1995). Connectedness and Neediness: Factors of the DEQ and SAS Dependency Scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 323-340.
- Rudolf, G. (2003). Psychodynamische Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363-376.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2005). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rudolf, S., Bermejo, I., Schweiger, U. Hohagen, F. & Härter, M. (2006). Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (25), 1754-62.

- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., & Oberbracht, C. et al. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen- Zur Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL). In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. Beutel (Eds.), *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (pp. 238-259). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G., Grande, T., & Jakobsen, T. (2004). Struktur und Konflikt: Gibt es strukturspezifische Konflikte? In R. Dahlbender, P. Buchheim, & G. Schübler (Eds.): *OPD – Lernen an der Praxis* (195–205). Bern: Huber.
- Rudolf G., Grande T., & Oberbracht C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala - Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht C., & Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42 (4), 343-357.
- Rudolf, G., Oberbracht, C., & Grande, T. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturachse der OPD. In H. Schauenburg, P. Buchheim, M. Cierpka & H. J. Freyberger (Eds.), *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik - Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen*. Bern, Huber
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., & Heine, S.J. et al. (2008). The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (2), 300-313.
- Sass, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schauenburg, H. (2000). Zum Verhältnis von Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik. In W. Schneider, & H. J. Freyberger (Eds.), *Was leistet die OPD?* (pp.

- 196–217). Bern: Huber.
- Schauenburg, H. (2006). Depressive Störungen. In C. Reimer & U. Rüger (Eds.), *Psychodynamische Psychotherapien -Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Heidelberg: Springer MedizinVerlag.
- Schauenburg, H. (2007a). Psychodynamische Psychotherapie. In H. Schauenburg & B. Hofmann (Eds.), *Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (pp. 45-64). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Schauenburg, H. (2007b). Stationäre psychoanalytisch-psychodynamische Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 8 (1), 16-20.
- Schauenburg, H., Beutel, M., Bronisch, T., Hautzinger, M., Leichsenring, F., & Reimer, C. et al. (1999). Zur Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 44, 127-136.
- Schauenburg, H., Leiendecker, C., & Simon R. (2009). Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 354–364.
- Schneider G., Mendler T., Heuft G., Burgmer M. (2008). Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – Empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 46-62.
- Schüßler, G. (2000). Psychoanalytische Diagnostik. In W. Senf, & M. Broda (Eds.), *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Schüßler, G. (2004). Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute? In R. W. Dahlbender, P. Buchheim, & G. Schüßler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Segall, N. H. (1983). On the search for the independent variable in cross-cultural psychology. In S. H. Irvine & J. W. Berry (Eds.), *Human assessment and cultural*

- factors* (pp. 127-137). New York, NY, US: Plenum Press.
- Segall, M., Lonner, W., & Berry, J. (1998). Cross-cultural psychology as a scholarly discipline: On the flowering of culture in behavioral research. *American Psychologist*, *53* (10), 1101-1110.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman and Comp.
- Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Sherman, R. A. & Funder, D. C. (2009). Evaluating correlations in studies of personality and behavior: Beyond the number of significant findings to be expected by chance. *Journal of Research in Personality*, *43*, 1053-1061.
- Simon, G. E., & Perlis, R. H. (2010). Evidence-Based Psychiatric Treatment Personalized Medicine for Depression: Can We Match Patients With Treatments? *American Journal of Psychiatry*, *167* (12), 1445–1455.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *New England Journal of Medicine*, *341* (18), 1329-1335.
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of Independent and Interdependent Self-Concepts. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20* (5), 580-591.
- Singelis, T. M., & Brown, W. J. (1995). Culture, self, and collectivist communication: Linking culture to individual behavior. *Human Communication Research*, *21* (3), 354-389.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry*, *AiA*, 1-8.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J.G., & Shea, M. T. et al. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the

- Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10 (4), 175-82.
- Soyka, M., & Lieb, M. (2004). Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit: Klinische und neurobiologische Aspekte. *Nervenheilkunde*, 23, 13-20.
- Thomas, A., & Strauß, B. (2008). Diagnostische Methoden nach dem Interpersonalen Modell der Persönlichkeit. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 255-277.
- Thomas, A., Locke, K., & Strauß, B. (in Vorbereitung). Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Motive: Entwicklung, Validierung und Normierung.
- Triandis, H. C. (1989). *Psychological Review*, 96 (3), 506-520.
- Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51, 407-415.
- Tung, M. P. M. (1994). Symbolic Meanings of the Body in Chinese Culture and "Somatization". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 483-492.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11 (3), 242-59.
- Weissman, A., & Beck, A. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G. et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276 (4), 293-299.
- Whiting, B. B. (1976). The problem of the packaged variable. In K. F. Riegel & J. A. Meacham (Eds.), *The developing individual in a changing world* (Vol. 1, pp. 303-309). Chicago: Aldine.
- Widiger, T. K., & Anderson, K. G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 59-66.

- Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 409-420.
- Wiggins, J. S. (1995). *Interpersonal Adjective Scales: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Will, H. (2001). Ambulante psychoanalytische Behandlung depressiver Störungen. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 397-407.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., & Borus, J. et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357- 376.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010) Berichterstattung des Bundes. Depressive Erkrankungen. *Statistisches Bundesamt, Themenhefte*, 51.
- Wittchen H. U., Müller N, Schmidtkunz, B., Winter, S., & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschritte der Medizin, Sonderheft I*, 4-9.
- Wittchen, H. U., & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology Clinical Experience*, 17, 1-11.
- Wittchen, H. U., & Uhmann, S. (2010). The timing of depression: an epidemiological perspective. *Medicographia*, 32, 115-125.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997a). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*.

- Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Handanweisung zu SKID-I und-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse I und II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., & Essau, C. A. et al. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? – Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136-153.
- Wolf, A.W. (2010). Mediatros, moderators, and evidence-based explanation: Comment on Blatt et al. *Psychotherapy Research*, 20 (1), 60-64.
- Wolfersdorf M., & Ruprecht U. (2001). Depressive Störung – psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 389-396.
- World Health Organization (1990). *World Health Organisation, Composite International Diagnostic Interview*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmermann, J. (2009a). *Welche Unterschiede zwischen Deutschen und Chilenen sind praktisch bedeutsam?: Ein psychologisches Review jenseits von Hofstede*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Zimmermann, J. (2009b). *Cultural differences between Germany and Chile: Empirical findings based on the World Values Survey (WVS) database 2006*. Präsentation beim Interkulturellen Kolloquium, Heidelberg.
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Hörz, S., Rentrop, M., Rost, R., Schauenburg, H. et al. (2010). Neue Validierungsstudien zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). *Psychotherapeut*, 55 (1), 69-73.
- Zimmermann, J., Stasch, M., Grande, T. & Cierpka, M. (2008). *Beziehungsmuster-Q-Sort*

(*OPD-BQS*). Unveröffentlichtes Forschungsinstrument, Universität Heidelberg.

Zung, W. W. (1965). Self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experience Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

12 ANHANG

Klinische Studie

Anhang 1: OPD-2-Erhebungsbogen (Arbeitskreis OPD, 2006)

Anhang 2: Inventar Interpersonaler Motive (Thomas et al., in Vorbereitung)

Anhang 3: Depressive Experience Questionnaire (Beutel et al., 2004)

Interkulturelle Studie

Anhang 4: Fragebögen der Datenerhebung in Chile (SCS, BDI, CED (= *DEQ spanisch*))

Anhang 1:

OPD-2-Erhebungsbogen
(Arbeitskreis OPD, 2006)

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul) Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
	①	②	③	④	⑤	⑥

Objektivierende Bewertung der Erkrankung /des Problems

1. Gegenwärtige Schwere der Störung /des Problems						
1.1. Schwere der Symptomatik	①	②	③	④	⑤	⑥
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage	→ _____					⑥
1.3. EQ5 D Summe: _____ Itemwerte →	1. ____	2. ____	3. ____	4. ____	5. ____	⑥

2. Dauer der Störung /des Problems						
2.1. Dauer der Störung	< 6 Monate	6-24 Monate	2-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre	⑥
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	in Jahren	→ _____				⑥

Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

3. Krankheitserleben und -darstellung						
3.1. Leidensdruck	①	②	③	④	⑤	⑥
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden u. Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden u. Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
3.4. Darstellung sozialer Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥

4. Krankheitskonzepte des Patienten						
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥

5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	①	②	③	④	⑤	⑥
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	①	②	③	④	⑤	⑥
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	①	②	③	④	⑤	⑥

Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. Veränderungsressourcen						
6.1. persönliche Ressourcen	①	②	③	④	⑤	⑥
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	①	②	③	④	⑤	⑥

7. Veränderungshemmnisse						
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	①	②	③	④	⑤	⑥
7.2. innere Veränderungshemmnisse	①	②	③	④	⑤	⑥

Achse I (Psychotherapiemodul)	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
	①	②	③	④	⑤	⑥
(optional)	①	②	③	④	⑤	⑥

Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.P1.	Symptomreduktion	①	②	③	④	⑤
5.P2.	reflektierend-motivklärend /konfliktorientiert	①	②	③	④	⑤
5.P3.	emotional-supportiv	①	②	③	④	⑤
5.P4.	aktiv-anleitend	①	②	③	④	⑤

Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. Veränderungsressourcen						
6.P1.	Offenheit	①	②	③	④	⑤
7. Veränderungshemmnisse						
7.P1.	sekundärer Krankheitsgewinn /problemaufrechterhaltende Bedingungen	①	②	③	④	⑤

Achse II Beziehung

Perspektive A: Das Erleben des Patienten					
	<i>Patient erlebt sich</i>		<i>Patient erlebt andere</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des Untersuchers)					
	<i>Andere erleben den Patient</i>		<i>Andere erleben sich</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Beziehungsdynamische Formulierung:

Beschreiben Sie bitte,	
... wie der Pat. andere immer wieder erlebt: ↓
... wie er in seinem Erleben darauf reagiert: ↓
... welches Beziehungsangebot er anderen mit dieser Reaktion (unbewusst) macht: ↓
... welche Antwort er anderen damit (unbewusst) nahe legt: ↓
... wie es der Patient erlebt, wenn andere so wie ihnen nahe gelegt antworten:

Achse III Konflikt

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja = ① nein = ⑦
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja = ① nein = ⑦
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja = ① nein = ⑦
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja = ① nein = ⑦

repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	⑦	①	②	③	④
2. Unterwerfung versus Kontrolle	⑦	①	②	③	④
3. Versorgung versus Autarkie	⑦	①	②	③	④
4. Selbstwertkonflikt	⑦	①	②	③	④
5. Schuldkonflikt	⑦	①	②	③	④
6. Ödipaler Konflikt	⑦	①	②	③	④
7. Identitätskonflikt	⑦	①	②	③	④

Hauptkonflikt:

Zweitwichtigster Konflikt:

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

Achse IV Struktur	gut		mäßig		gering		desintegriert	nicht beurteilbar
	①	1,5	②	2,5	③	3,5	④	⑤
1a Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
1b Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
2a Selbstregulierung	①		②		③		④	⑤
2b Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑤
3a Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑤
3b Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑤
4a Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑤
4b Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑤
5 Struktur gesamt	①		②		③		④	⑤

Anhang 2:

Inventar Interpersonaler Motive

(Thomas et al., in Vorbereitung)

Anleitung

In diesem Fragebogen geht es darum, was Ihnen im Umgang mit anderen Menschen **im Allgemeinen** wichtig ist. Bitte denken Sie bei der Beurteilung der Aussagen an Kontakte mit Freunden, Bekannten oder Kollegen.

Beispiel

Im Umgang mit anderen Menschen (wie Freunden, Bekannten, Kollegen) ist mir <i>im Allgemeinen</i> wichtig, dass	nicht	wenig	mäßig	ziemlich	sehr
0. ich gut gekleidet bin.	<input type="checkbox"/>				

Wenn Sie es im Allgemeinen für sehr wichtig halten, in der Gegenwart von anderen Menschen gut gekleidet zu sein, kreuzen Sie bitte „sehr“ an. Wenn es Ihnen nicht wichtig ist, in der Gegenwart anderer Menschen gut gekleidet zu sein, dann kreuzen Sie bitte „nicht“ an.

Im Umgang mit anderen Menschen (wie Freunden, Bekannten, Kollegen) ist mir <i>im Allgemeinen</i> wichtig, dass	nicht	wenig	mäßig	ziemlich	sehr
1. ich sicher auftrete.	<input type="checkbox"/>				
2. ich meine Sympathien für sie verborgen halte.	<input type="checkbox"/>				
3. ich mich mit ihnen verbunden fühle.	<input type="checkbox"/>				
4. ich durchsetzungsfähig erscheine.	<input type="checkbox"/>				
5. ich ihre Erwartungen erfülle.	<input type="checkbox"/>				
6. ich sie beeindrucke.	<input type="checkbox"/>				
7. ich auf der Hut bin.	<input type="checkbox"/>				
8. ich zuerst auf ihre Bedürfnisse achte.	<input type="checkbox"/>				
9. sie anerkennen, wenn ich Recht habe.	<input type="checkbox"/>				
10. ich in keine Fettnäpfchen trete.	<input type="checkbox"/>				
11. sie Interesse zeigen für das, was ich sage.	<input type="checkbox"/>				
12. ich zum Gegenangriff übergehe, wenn ich angegriffen werde.	<input type="checkbox"/>				
13. ich nicht in einen Streit verwickelt werde.	<input type="checkbox"/>				
14. sie mich nicht täuschen.	<input type="checkbox"/>				
15. sie nicht wissen, was ich gerade denke oder fühle.	<input type="checkbox"/>				
16. sie nicht das Gefühl haben, ich würde ihnen in die Quere kommen.	<input type="checkbox"/>				
17. ich mich für meine Ansichten stark mache.	<input type="checkbox"/>				
18. ich unauffällig bin.	<input type="checkbox"/>				
19. sie mich unterstützen, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/>				
20. ich die Oberhand behalte.	<input type="checkbox"/>				
21. ich das mache, was ich tun soll.	<input type="checkbox"/>				
22. ich offen sein kann.	<input type="checkbox"/>				
23. ich nicht zeige, dass sie mir etwas bedeuten.	<input type="checkbox"/>				
24. ich mit ihnen zurecht komme.	<input type="checkbox"/>				
25. sie meine Privatsphäre respektieren.	<input type="checkbox"/>				
26. ich in ihrem Beisein keine Fehler mache.	<input type="checkbox"/>				

Im Umgang mit anderen Menschen (wie Freunden, Bekannten, Kollegen) ist mir im Allgemeinen wichtig, dass	nicht	wenig	mäßig	ziemlich	sehr
27. ich mich verstanden fühle.	<input type="checkbox"/>				
28. meine Bedürfnisse an erster Stelle stehen.	<input type="checkbox"/>				
29. ich ihren Erwartungen entsprechend handele.	<input type="checkbox"/>				
30. sie respektieren, was ich zu sagen habe.	<input type="checkbox"/>				
31. sie zu mir Distanz halten.	<input type="checkbox"/>				
32. sie mich nicht ablehnen.	<input type="checkbox"/>				
33. ich nicht klein beigebe, wenn Unstimmigkeiten auftreten.	<input type="checkbox"/>				
34. ich nichts Dummes sage.	<input type="checkbox"/>				
35. sie mir ihre Probleme anvertrauen.	<input type="checkbox"/>				
36. ich das Sagen habe.	<input type="checkbox"/>				
37. ich sie nicht ärgerlich mache.	<input type="checkbox"/>				
38. ich sie beeinflussen kann.	<input type="checkbox"/>				
39. ich ihnen überlegen bin.	<input type="checkbox"/>				
40. ich sie glücklich mache.	<input type="checkbox"/>				
41. sie mir nicht diktieren, was ich tun soll.	<input type="checkbox"/>				
42. ich mich möglicher Ablehnung nicht aussetze.	<input type="checkbox"/>				
43. sie rücksichtsvoll sind.	<input type="checkbox"/>				
44. ich mich für Beleidigungen und Ungerechtigkeiten gegen mich räche.	<input type="checkbox"/>				
45. ich mich dem unterordne, was sie tun wollen.	<input type="checkbox"/>				
46. sie mich achten.	<input type="checkbox"/>				
47. sie mich als kühl und unnahbar einschätzen.	<input type="checkbox"/>				
48. sie mich dulden.	<input type="checkbox"/>				
49. sie meine Anweisungen befolgen, wenn ich die Autorität bin.	<input type="checkbox"/>				
50. ich mich nicht lächerlich mache.	<input type="checkbox"/>				
51. sie mir beistehen, wenn es bei mir nicht so gut läuft.	<input type="checkbox"/>				
52. ich bei Streitigkeiten recht behalte.	<input type="checkbox"/>				
53. ich mich nicht in Verlegenheit bringe.	<input type="checkbox"/>				
54. sie mir Verantwortung übertragen.	<input type="checkbox"/>				
55. ich losgelöst von ihnen erscheine.	<input type="checkbox"/>				
56. sie mich für einen netten Menschen halten.	<input type="checkbox"/>				
57. sie zugeben, wenn sie im Unrecht sind.	<input type="checkbox"/>				
58. ich meine Gedanken und Gefühle für mich behalte.	<input type="checkbox"/>				
59. sie sich darum sorgen, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>				
60. sie sich um ihre eigenen Angelegenheiten kümmern.	<input type="checkbox"/>				
61. sie nicht ärgerlich mit mir sind.	<input type="checkbox"/>				
62. sie meine Meinung respektieren.	<input type="checkbox"/>				
63. ich nicht zeige, wie ich wirklich bin.	<input type="checkbox"/>				
64. sie sich nicht verletzt fühlen.	<input type="checkbox"/>				

Anhang 3:

Depressive Experience Questionnaire

(Beutel et al., 2004)

Sie finden hier eine Reihe von Aussagen über persönliche Merkmale und Eigenschaften. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und entscheiden Sie, ob Sie der Aussage zustimmen oder ob Sie sie ablehnen und in welchem Ausmaß. Wenn Sie völlig zustimmen, kreuzen Sie „7“ an; wenn Sie die Aussage völlig ablehnen, kreuzen Sie „1“ an. Wenn Sie Ihrer Einschätzung nach dazwischen liegen, kreuzen Sie eine der Zahlen zwischen 1 und 7 an. Wenn Sie neutral oder unentschieden sind, kreuzen Sie die Mitte (4) an.

		<i>Lehne völlig ab</i>					<i>Stimme völlig zu</i>	
1.	Ich setze meine persönlichen Ziele und Standards so hoch wie möglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
2.	Ohne die Unterstützung von anderen, die mir nahestehen, wäre ich hilflos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
3.	Ich neige dazu, mit meinen gegenwärtigen Plänen und Zielen zufrieden zu sein und nicht nach höheren Zielen zu streben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4.	Manchmal fühle ich mich sehr groß, und zu anderen Zeiten fühle ich mich sehr klein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
5.	Wenn ich eine enge Beziehung zu jemandem habe, bin ich nie eifersüchtig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
6.	Ich benötige dringend Dinge, die mir nur andere Menschen geben können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
7.	Ich finde oft, dass ich meine eigenen Maßstäbe oder Ideale nicht erfülle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
8.	Ich habe das Gefühl, dass ich meine Möglichkeiten und Fähigkeiten immer voll ausschöpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9.	Der Mangel an Beständigkeit in menschlichen Beziehungen macht mir nichts aus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
10.	Wenn ich nicht schaffe, Erwartungen zu erfüllen, fühle ich mich wertlos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
11.	Oft fühle ich mich hilflos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
12.	Ich mache mir selten Sorgen, kritisiert zu werden für Dinge, die ich gesagt oder getan habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
13.	Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
14.	Ich genieße harten Wettbewerb mit anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

		<i>Lehne völlig ab</i>					<i>Stimme völlig zu</i>	
15.	Ich habe das Gefühl, dass ich viele Verpflichtungen habe, die ich erfüllen muss	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
16.	Es gibt Zeiten, in denen ich mich innerlich „leer“ fühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
17.	Ich bin eher unzufrieden mit dem, was ich habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
18.	Es ist mir gleichgültig, ob ich erfülle, was andere Personen von mir erwarten oder nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
19.	Ich werde ängstlich, wenn ich mich alleine fühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
20.	Wenn ich einen sehr engen Freund verlieren würde, hätte ich das Gefühl, als ob ich einen wichtigen Teil von mir verlieren würde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
21.	Andere Menschen werden mich annehmen, gleichgültig, wieviele Fehler ich begangen habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
22.	Es fällt mir schwer, eine Beziehung abubrechen, die mich unglücklich macht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
23.	Ich denke oft über die Gefahr nach, jemanden zu verlieren, der mir nahesteht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
24.	Andere Personen haben hohe Erwartungen an mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
25.	Wenn ich mit anderen zusammen bin, neige ich dazu, mich herabzusetzen oder zu schlecht zu verkaufen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
26.	Ich beschäftige mich kaum damit, wie andere Personen auf mich reagieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
27.	Gleichgültig, wie eng eine Beziehung zwischen zwei Personen ist, es gibt immer viel Unsicherheit und Spannung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
28.	Ich bin sehr empfindlich gegenüber Zeichen der Abweisung von anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
29.	Für meine Familie ist es wichtig, dass ich Erfolg habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
30.	Ich habe oft das Gefühl, dass ich andere enttäuscht habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
31.	Wenn mich jemand ärgerlich macht, lasse ich ihn (sie) wissen, wie ich fühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

		<i>Lehne völlig ab</i>					<i>Stimme völlig zu</i>	
32.	Ich bemühe mich ständig und setze oft sehr viel daran, Personen zu gefallen und zu helfen, denen ich nahe stehe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
33.	Ich habe viele innere Ressourcen (Fähigkeiten, Stärken)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
34.	Ich finde es sehr schwierig, gegenüber Bitten von Freunden, „nein“ zu sagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
35.	Ich fühle mich nie wirklich sicher in einer engen Beziehung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
36.	Wie ich mich einschätze, ist oft unterschiedlich: Es gibt Zeiten, wenn ich mich sehr gut finde und Zeiten, wenn ich nur das Schlechte in mir sehe und mich wie ein völliger Versager fühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
37.	Oft fühle ich mich durch Veränderungen bedroht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
38.	Auch wenn mich die Person verlassen würde, die mir am nächsten steht, könnte ich es immer noch alleine schaffen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
39.	Man muss ständig daran arbeiten, die Liebe von einer anderen Person zu gewinnen: d.h., Liebe muss verdient werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
40.	Ich bin sehr feinfühlig gegenüber den Wirkungen, die meine Worte oder Handlungen auf die Gefühle anderer Personen haben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
41.	Ich mache mir oft Vorwürfe für Dinge, die ich jemandem getan oder gesagt habe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
42.	Ich bin eine sehr unabhängige Person	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
43.	Ich fühle mich oft schuldig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
44.	Ich halte mich für eine sehr vielgestaltige Person, die „viele verschiedene Seiten“ hat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
45.	Ich mache mir große Sorgen, jemanden zu kränken oder zu verletzen, der mir nahe steht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
46.	Ärger macht mir Angst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
47.	Es zählt nicht, „wer du bist“, sondern, „was du erreicht hast“	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
48.	Ich finde mich gut, ob ich nun Erfolg habe oder versage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

		<i>Lehne völlig ab</i>					<i>Stimme völlig zu</i>	
49.	Ich kann leicht meine eigenen Gefühle und Probleme beiseite stellen und meine Aufmerksamkeit völlig auf die Gefühle und Probleme von jemand anderem richten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
50.	Wenn jemand ärgerlich auf mich würde, der mir etwas bedeutet, hätte ich Angst, dass er (sie) mich verlassen könnte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
51.	Ich fühle mich unbehaglich, wenn mir große Verantwortung übertragen wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
52.	Nach einer Auseinandersetzung mit einem Freund muss ich möglichst schnell Wiedergutmachung leisten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
53.	Es fällt mir schwer, Schwächen bei mir anzuerkennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
54.	Es ist wichtiger für mich, dass ich meine Arbeit genieße, als dass meine Arbeit anerkannt wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
55.	Nach einer Auseinandersetzung fühle ich mich sehr einsam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
56.	In meinen Beziehungen mit anderen beschäftige ich mich sehr damit, was sie mir geben können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
57.	Ich denke selten über meine Familie nach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
58.	Sehr oft wandeln sich meine Gefühle gegenüber jemandem, der mir nahe steht: manchmal bin ich dieser Person gegenüber völlig ärgerlich, zu anderen Zeiten fühle ich nur Liebe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
59.	Was ich tue und sage, hat einen sehr starken Einfluss auf die Menschen um mich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
60.	Ich habe manchmal das Gefühl, dass ich „besonders“ bin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
61.	Ich wuchs in einer äußerst engen Familie auf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
62.	Ich bin sehr zufrieden mit mir und meinen Leistungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
63.	Ich möchte viele Dinge von jemandem, dem ich nahe bin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
64.	Ich neige dazu, sehr kritisch mit mir zu sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
65.	Allein zu sein macht mir gar nichts aus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
66.	Ich vergleiche mich oft mit Standards oder Zielen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Anhang 4:

Fragebögen der Datenerhebung in Chile



Cuestionario

Código:

Las dos primeras letras de tu apellido		Las dos primeras letras de tu nombre		Año de tu nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____

Fecha de hoy: _____

¿Cuál es la nacionalidad que indica tu cédula de identidad?

chilena

otra nacionalidad: _____

Contacto:

Ps. Rebekka Rost

Ps. Paula Dagnino

Email: rebekka.rost@psychologie.uni-heidelberg.de

Email: padagnin@uc.cl

Antecedentes Personales

A continuación se realizarán algunas preguntas orientadas a tu persona. Por favor haz una cruz en la respuesta que lo(a) represente.

1. Género

masculino

femenino

2. Edad

3. Estado civil actual

soltero/a

separado/a (de hecho)

viviendo en pareja

divorciado/a (legalmente)

casado/a

viudo/a

4. ¿Tienes hijos?

sí

no

En caso de que tengas hijos, por favor indiques cuántos: _____ hijos

5. Nivel educacional alcanzado

cursando educación escolar

educación media completa

educación escolar incompleta

educación técnica completa

educación básica completa

educación universitaria completa

6. ¿Qué actividad desarrollas actualmente?

Por favor elige la alternativa que represente mejor tu situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

laboralmente activo (jornada completa)

en formación/cambio de actividad

laboralmente activo (media jornada)

servicio militar

laboralmente activo (ocasionalmente)

cesante

dueña/o de casa (sin actividad laboral)

jubilado/a

estudiante

otro: _____

a. ¿Cuál es tu carrera?

Por favor escribe la especialidad profesional que representa mejor tu situación laboral (por ejemplo comerciante, administrador de empresas, médico, psicólogo, teólogo, maestro, antropólogo, granjero)

7. ¿Cuántas personas viven en tu hogar incluido/a tú?

(no se cuentan como parte del hogar a los compañeros de una misma casa)

Por favor indica cuántas: _____ personas

8. ¿Cuánto es el ingreso mensual líquido de la totalidad de personas que conforman tu hogar?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de \$ 191.000 | <input type="checkbox"/> entre \$ 480.000 y \$ 715.000 |
| <input type="checkbox"/> entre \$ 191.000 y \$ 330.000 | <input type="checkbox"/> entre \$ 715.000 y \$ 1.850.000 |
| <input type="checkbox"/> entre \$ 330.000 y \$ 480.000 | <input type="checkbox"/> más de \$ 1.850.000 |

BCCH
SCS

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, que se refieren a distintos sentimientos y formas de comportarse en diferentes situaciones. Lee cada afirmación y **marca con una cruz en el número que mejor represente tu opinión personal.**

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo	moderadamente en desacuerdo	levemente en desacuerdo	ni acuerdo ni desacuerdo	levemente de acuerdo	moderadamente de acuerdo	totalmente de acuerdo

1.	Me gusta ser único(a) y diferente de los demás en muchos aspectos.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Puedo hablar abiertamente con alguien que acabo de conocer, aunque sea mucho mayor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Aunque esté fuertemente en desacuerdo con los demás miembros del grupo, no lo digo para evitar tener una discusión.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Respeto a las personas que ocupan un lugar de autoridad con las que me relaciono (por ejemplo un jefe).	1	2	3	4	5	6	7
5.	Yo hago lo que a mí me parece bien, sin tomar en cuenta lo que piensan los demás.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Respeto a las personas que tienen una forma de ser sencilla y modesta.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Yo siento que es importante ser una persona independiente.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Yo puedo dejar de lado mis propios intereses por el beneficio del grupo en que estoy.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Prefiero decir directamente que "no", que arriesgarme a ser malinterpretado(a).	1	2	3	4	5	6	7
10.	Para mí es importante ser muy imaginativo(a) o creativo(a).	1	2	3	4	5	6	7
11.	Debería tomar en cuenta el consejo de mis padres al planificar mis estudios o mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Mi futuro y el de las personas que están a mi alrededor están relacionados.	1	2	3	4	5	6	7

13.	Prefiero ser directo(a) y franco(a) cuando trato con personas que acabo de conocer.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Me siento a gusto cuando colaboro con los demás.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Me siento a gusto cuando soy escogido(a) para recibir felicitaciones o un premio.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Si mi hermana o hermano fracasa, me siento responsable.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Frecuentemente siento que mis relaciones con los demás son más importantes que mis propios logros.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Hablar en frente de los demás en una clase o reunión no es un problema para mí.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Yo le ofrecería mi asiento en el bus a mi profesor o a mi jefe.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Actúo de la misma manera esté con quien esté.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Mi felicidad depende de la felicidad de los que me rodean(para sentirme feliz necesito que los que me rodean también estén felices).	1	2	3	4	5	6	7
22.	Valoro más que cualquier cosa tener buena salud.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Me quedaría en un grupo si me necesitaran, aunque no me sienta contento(a) dentro de él.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Trato de hacer lo que es mejor para mí, sin tomar en cuenta cómo le podría afectar a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Poder cuidarme bien es lo más importante para mí.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Es importante para mí, respetar las decisiones tomadas por el grupo.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Mantener mi propia identidad, independiente de los demás, es algo muy importante para mí.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Es importante para mí mantener las buenas relaciones dentro de mi grupo.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Actúo de la misma manera en mi casa y en mi lugar de estudio o trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Normalmente hago lo que los demás quieren hacer, aún cuando me gustaría hacer otra cosa.	1	2	3	4	5	6	7

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada una. A continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo te has sentido **DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY**. Rodea con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que consideres aplicable a tu caso, márcala también. **Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste.
2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

B	
0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1	Me siento desanimado respecto al futuro.
2	Siento que no tengo que esperar nada.
3	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

C	
0	No me siento fracasado/a.
1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3	Me siento una persona totalmente fracasada.

D	
0	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1	No disfruto de las cosas tanto como antes.
2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

E	
0	No me siento especialmente culpable.
1	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3	Me siento culpable constantemente.

F	
0	No creo que esté siendo castigado.
1	Me siento como si fuese a ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Siento que estoy siendo castigado.

G	
0	No estoy decepcionado de mí mismo.
1	Estoy decepcionado de mí mismo.
2	Me doy vergüenza a mí mismo/a.
3	Me detesto.

H	
0	No me considero peor que cualquier otro.
1	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2	Continuamente me culpo por mis faltas.
3	Me culpo por todo lo malo que sucede.

I	
0	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2	Desearía suicidarme.
3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

J	
0	No lloro más de lo que solía.
1	Ahoro lloro más que antes.
2	Lloro continuamente.
3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

K	
0	No estoy más irritado de lo normal.
1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2	Me siento irritado continuamente.
3	No me irrito absolutamente nada, por las cosas que antes solían irritarme.

L	
0	No he perdido el interés por los demás.
1	Estoy menos interesado en los demás que antes.
2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3	He perdido todo interés por los demás.

M	
0	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1	Evito tomar decisiones más que antes.
2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3	Ya me es imposible tomar decisiones.

N	
0	No creo tener peor aspecto que antes.
1	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto, que me hacen parecer poco atractivo.
3	Creo que tengo un aspecto horrible.

O	
0	Trabajo igual que antes.
1	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2	Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
3	No puedo hacer nada en absoluto.

P	
0	Duermo tan bien como siempre.
1	No duermo tan bien como antes.
2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

Q	
0	No me siento más cansado de lo normal.
1	Me canso más que antes.
2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3	Estoy demasiado cansado para hacer algo.

R	
0	Mi apetito no ha disminuido.
1	No tengo tan buen apetito como antes.
2	Ahora tengo mucho menos apetito.
3	He perdido completamente el apetito.

S	
0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1	He perdido más de 2 kilos.
2	He perdido más de 4 kilos.
3	He perdido más de 7 kilos.
Estoy bajo dieta para adelgazar:	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

T	
0	No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.
1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento.
2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

U	
0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2	Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Cuestionario de Experiencias Depresivas (CED)

Sydney J. Blatt, Joseph P. D'Affiliti & Donald M. Quinlan
Copyright: 1979

A continuación se presentan una serie de frases que describen características y rasgos personales. Lea cada una de ellas e indique con una cruz el grado en que estas características lo describen en un rango del 1 al 7 ("totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo"). Si usted se muestra neutral o indeciso, marque el número 4 ("neutral o indeciso").

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo			neutral o indeciso			totalmente de acuerdo

1.	Fijo mis metas y objetivos lo mas alto posible	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sin el apoyo de los que están cerca de mí, me sentiria desamparado	1	2	3	4	5	6	7
3.	Tiendo a sentirme satisfecho/a con mis metas en vez de aspirar por metas más altas	1	2	3	4	5	6	7
4.	A veces me siento muy grande y otras veces muy pequeño/a	1	2	3	4	5	6	7
5.	En mis relaciones intimas, nunca siento celos	1	2	3	4	5	6	7
6.	Necesito urgentemente de cosas que solamente otras personas me pueden dar	1	2	3	4	5	6	7
7.	Usualmente me da la sensación que no cumplo mis propias metas o ideales	1	2	3	4	5	6	7
8.	Siento que siempre uso todo mi potencial	1	2	3	4	5	6	7
9.	La poca estabilidad en las relaciones humanas no me afecta	1	2	3	4	5	6	7
10.	Si fracaso al intentar lograr expectativas, me siento sin valor	1	2	3	4	5	6	7
11.	Muchas veces me siento desamparado	1	2	3	4	5	6	7
12.	Rara vez me preocupo de que me critiquen por cosas que haya hecho o dicho	1	2	3	4	5	6	7
13.	Hay una diferencia considerable entre lo que ahora soy y como me gustaría ser	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo			neutral o indeciso			totalmente de acuerdo

14.	Disfruto de la competencia fuerte	1	2	3	4	5	6	7
15.	Siento que tengo muchas responsabilidades que cumplir	1	2	3	4	5	6	7
16.	Hay momentos durante los cuales me siento vacío	1	2	3	4	5	6	7
17.	Tiendo a no estar satisfecho/a con lo que tengo	1	2	3	4	5	6	7
18.	No me importa si no alcanzo las metas que otros esperan de mí	1	2	3	4	5	6	7
19.	Me angustia cuando me siento solo/a	1	2	3	4	5	6	7
20.	Si perdiera un amigo muy cercano sentiría como si estuviera perdiendo una parte de mi mismo/a.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Estoy seguro/a que los demás me aceptarían sin importar cuantos errores haya cometido	1	2	3	4	5	6	7
22.	Me resulta difícil romper una relación que me hace sentir infeliz	1	2	3	4	5	6	7
23.	Con frecuencia pienso acerca del peligro de perder a alguien cercano a mí	1	2	3	4	5	6	7
24.	Las personas esperan mucho de mi	1	2	3	4	5	6	7
25.	Cuando estoy con otros tiendo a devaluarme y presentarme negativamente	1	2	3	4	5	6	7
26.	No me preocupa mucho como los otros reaccionan conmigo	1	2	3	4	5	6	7
27.	No importa lo cercana que puede ser la relación entre dos personas, siempre habrán inseguridades y conflictos.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Soy muy sensible a las señales de rechazo de los otros	1	2	3	4	5	6	7
29.	Es importante para mi familia que yo triunfe	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo			neutral o indeciso			totalmente de acuerdo

30.	A menudo siento que he desilusionado a los demás	1	2	3	4	5	6	7
31.	Si alguien me enoja se lo dejo saber	1	2	3	4	5	6	7
32.	Constantemente trato, a veces con esmero, de agrandar y ayudar a personas cercanas a mí	1	2	3	4	5	6	7
33.	Tengo muchos recursos internos (habilidades, fortalezas)	1	2	3	4	5	6	7
34.	Me es muy difícil decir "no" a mis amistades	1	2	3	4	5	6	7
35.	Nunca me siento realmente seguro/a en una relacion intima	1	2	3	4	5	6	7
36.	Me siento constantemente diferente. A veces me siento extremadamente bien, otras veces me siento muy mal, como si fuese un/a fracasado/a	1	2	3	4	5	6	7
37.	A menudo me siento amenazado cuando las cosas cambian	1	2	3	4	5	6	7
38.	Aunque la persona mas cercana a mi se fuera, yo podria continuar solo/a	1	2	3	4	5	6	7
39.	Uno tiene que esforzarse continuamente para ganar el amor de otras personas: esto es, el amor debe ganarse	1	2	3	4	5	6	7
40.	Soy muy sensible a los efectos que mis palabras y mis acciones tienen sobre los sentimientos de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
41.	A menudo me culpo por las cosas que he dicho o he hecho a otra persona	1	2	3	4	5	6	7
42.	Soy una persona muy independiente	1	2	3	4	5	6	7
43.	A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5	6	7
44.	Pienso que soy una persona muy completa, con muchas facetas diferentes	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo			neutral o indeciso			totalmente de acuerdo

45.	Me preocupa mucho ofender o herir a alguien muy cercano a mí	1	2	3	4	5	6	7
46.	La ira me asusta	1	2	3	4	5	6	7
47.	Lo importante no es "quién eres", lo que cuenta son "las cosas que has logrado"	1	2	3	4	5	6	7
48.	Triunfe o fracase, me siento bien conmigo mismo/a	1	2	3	4	5	6	7
49.	Facilmente puedo dejar mis sentimientos y problemas de lado y puedo concentrarme totalmente en los sentimientos y problemas de otra persona	1	2	3	4	5	6	7
50.	Si alguien a quien yo le tengo afecto se enoja conmigo, tendría temor que el / ella me abandonara	1	2	3	4	5	6	7
51.	Me siento incomodo/a cuando me dan responsabilidades importantes	1	2	3	4	5	6	7
52.	Después de pelear con un/a amigo/a, siento que debo hacer las paces lo mas pronto posible	1	2	3	4	5	6	7
53.	Me es muy difícil aceptar mis propias debilidades	1	2	3	4	5	6	7
54.	Es más importante que yo disfrute de mi trabajo a buscar que mi trabajo sea aprobado por otros	1	2	3	4	5	6	7
55.	Después de discutir me siento muy solo/a	1	2	3	4	5	6	7
56.	En mis relaciones con los demás me importa mucho lo que otros me puedan aportar	1	2	3	4	5	6	7
57.	Rara vez pienso acerca de mi familia	1	2	3	4	5	6	7
58.	Con mucha frecuencia, mis sentimientos hacia alguien cercano a mí varían, hay veces en los que me siento muy molesto, y hay otras veces en que siento solo amor por esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
59.	Lo que hago y digo afecta mucho a quienes me rodean	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
totalmente en desacuerdo			neutral o indeciso			totalmente de acuerdo

60.	A veces siento que soy especial	1	2	3	4	5	6	7
61.	Me crié en una familia muy unida	1	2	3	4	5	6	7
62.	Estoy muy satisfecho conmigo y mis logros	1	2	3	4	5	6	7
63.	Espero mucho de aquellos con quienes me relaciono	1	2	3	4	5	6	7
64.	Tiendo a criticarme mucho	1	2	3	4	5	6	7
65.	El estar solo/a no me molesta en lo absoluto	1	2	3	4	5	6	7
66.	Muy frecuentemente me comparo con metas y estándares	1	2	3	4	5	6	7

* Translated into Spanish by Luis M. Anez, Psy.D. and Manuel Paris, M.S.
 Authorized by Sidney J. Blatt, Ph.D. February 1999. Revised January 2000
 Traducido al Español con autorización de Sidney J. Blatt, Ph.D. por
 Luis M. Anez, Psy.D. y Manuel Paris, M.S. Febrero 1999. Revisado, Enero 2000

Version para Chile: Rost, R. & Dagnino, P. (2010, enero)

Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei Prof. Dr. Annette Kämmerer und Prof. Dr. Manfred Cierpka bedanken, welche das Deutsch-Chilenische Graduiertenkolleg ins Leben gerufen haben und im Rahmen dessen mit großem Engagement die Forschungsprojekte ermöglicht und gefördert haben. Besonderer Dank gilt zudem Prof. Dr. Henning Schauenburg, welcher die Stichprobenrekrutierung in der Psychosomatischen Klinik ermöglichte und als Betreuer meines Forschungsprojekts sowohl Raum für ein sehr angenehmes Arbeiten als auch viele neue Gedanken und Motivation geschaffen hat. Zusätzlich danke ich ihm, sowie Dr. Tilman Grande für die Durchführung der zahlreichen OPD-Interviews, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Johannes Zimmermann und Christina Hunger danke ich für die tolle Zusammenarbeit, das gemeinsame Rekrutieren der Stichprobe und Johannes zusätzlich für seine Hilfsbereitschaft bei „statistischen Kriseninterventionen“. Meinem chilenischen Doktorvater Prof. Dr. Guillermo de la Parra danke ich ebenso wie allen chilenischen Professoren und Doktoranden des Kollegs für die interkulturelle Arbeit und die unvergessliche gemeinsame Zeit in Santiago und Heidelberg. Besonderer Dank gilt Paula Dagnino für die Rekrutierung der chilenischen Stichprobe, Unterstützung bei zahlreichen Übersetzungen und große Gastfreundschaft.

Den Kollegen der Psychosomatischen Ambulanz und der Stationen danke ich für die Unterstützung. Mein Dank gilt allen Probanden die durch Ihre Teilnahme dieses Forschungsprojekt erst ermöglichten.

Lisa Schwinn danke ich für die gemeinsame Zeit, viele Gespräche und psychotherapeutische Inspiration, Frau Heike Ranft ganz herzlichen Dank für das Korrekturlesen der Arbeit, Irene Klumbies und Richard Pfeifer für die treue Freundschaft und jedes aufbauende Telefonat. Schließlich danke ich ganz besonders meinen Eltern für die Ermöglichung meines Studiums, der analytischen Ausbildung sowie für Ihre unersetzbare Unterstützung.