

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg  
(Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz)

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich)

# **Selbstkritik als Veränderungsmechanismus in der Psychotherapie**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)

an der

Medizinischen Fakultät Heidelberg

der

Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von

**Christina Alexandra Löw**

aus Darmstadt

2020

Dekan: Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

Co-Betreuerin: PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Dinger-Ehrenthal

*Meinen Freunden*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>8</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>Prolog</b> .....	<b>10</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Konzeptualisierung von Selbstkritik</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Erfassungsmethoden für Selbstkritik</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Selbstkritik im Rahmen von psychopathologischen Entwicklungen und Psychotherapie</b> .	<b>19</b>
<b>1.4 Fragestellungen der Dissertation</b> .....	<b>22</b>
<b>2. Systematische Literaturzusammenfassung</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Fragestellung</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 Methode</b> .....	<b>24</b>
2.2.1 Einschlusskriterien.....	25
2.2.2 Literaturrecherche.....	27
2.2.3 Studienauswahl.....	28
2.2.4 Kodierung der Studien.....	31
2.2.5 Statistische Analysen.....	32
<b>2.3 Ergebnisse</b> .....	<b>36</b>
2.3.1 Metaanalyse: Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und Therapieergebnis.....	37
2.3.2 Narrative Zusammenfassung: Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik und Therapieergebnis.....	44
<b>2.4 Diskussion</b> .....	<b>46</b>
2.4.1 Selbstkritik zu Behandlungsbeginn und Therapieergebnis.....	46
2.4.2 Moderatoranalysen .....	49
2.4.3 Veränderung von Selbstkritik im Verlauf von Therapie.....	53
2.4.4 Limitationen und Ausblick .....	53
2.4.5 Schlussfolgerungen.....	58
<b>3. Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer neuen Selbstkritik- Fremdbeurteilungsskala</b> .....	<b>59</b>

<b>3.1 Fragestellung .....</b>	<b>59</b>
<b>3.2 Methode .....</b>	<b>62</b>
3.2.1 Entwicklung der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala.....	62
3.2.2 Psychometrische Überprüfung der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala.....	65
<b>3.3 Ergebnisse.....</b>	<b>74</b>
3.3.1 Reliabilität .....	74
3.3.2 Hauptkomponentenanalyse.....	74
3.3.3 Zusammenhänge mit anderen Maßen.....	75
3.3.4 Veränderungssensitivität.....	77
3.3.5 Prädiktive Validität.....	78
<b>3.4 Diskussion .....</b>	<b>79</b>
3.4.1 Entwicklung und psychometrische Überprüfung der neuen Skala .....	79
3.4.2 Limitationen und Ausblick .....	84
3.4.3 Schlussfolgerungen.....	85
<b>4. Allgemeine Diskussion: Implikationen für die klinische Praxis .....</b>	<b>86</b>
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>88</b>
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>90</b>
<b>7. Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen....</b>	<b>105</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>106</b>
<b>Lebenslauf .....</b>	<b>139</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>140</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>142</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AIC	Akaike information criterion (Deutsch: Akaike-Informationskriterium)
APS-R	Almost Perfect Scale-Revised
BDI	Beck Depression Inventory
BIC	Bayesian information criterion (Deutsch: Bayes-Informationskriterium)
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CI	Confidence interval (Deutsch: Konfidenzintervall)
CMT	Compassionate Mind Training
DAS	Dysfunctional Attitudes Scale
DEQ	Depressive Experiences Questionnaire
DIP-D	Day-clinic and inpatient psychotherapy of depression
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMPS	Frost Multidimensional Perfectionism Scale
FSCRS	Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale
GSI	Global Severity Index
ICC	Intraclass correlation coefficient (Deutsch: Intraklassen-Korrelations-Koeffizient)
ICD	International Classification of Diseases
IIP-C	Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex
M	Mean (Deutsch: arithmetischer Mittelwert)
MPS	Münchener Psychotherapiestudie

OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
REML	Restricted maximum likelihood
RDoC	Research Domain Criteria
s.	siehe
SASB	Structural Analysis of Social Behavior
SCL-90-R	Symptom Checklist-Revised
SD	Standard deviation (Deutsch: Standardabweichung)
SK-FS	Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDCRP	Treatment of Depression Collaborative Research Program
z.B.	zum Beispiel

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Daten und klinische Diagnosen der gesamten Stichprobe zu Beginn der Behandlung .....	69
Tabelle 2: Komponentenladungen der acht Items der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS) .....	75
Tabelle 3: Pearsonkorrelationen zwischen der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS) und anderen Instrumenten zu Therapiebeginn .....	76
Tabelle 4: Feste- und Zufallseffekte für die schrittweise Modellbildung zur Vorhersage von Selbstkritik .....	78



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm zum Prozess der Studiensauswahl .....	29
Abbildung 2: Forest-Plot der Effektstärken zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis .....	41
Abbildung 3: Funnel-Plot zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieergebnis .....	43
Abbildung 4: Die Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS) .....	65

## Prolog

*„Ich habe mich dann wieder so anders gefühlt, so unnormal. Das entspricht alles nicht der Norm bei mir. Ich fühle mich eklig, hässlich, abartig. Sogar noch hässlichere Leute als ich haben einen Freund und ich nicht. Ich bin da einfach so anders und das ist peinlich.“*

– Patientin, anonym, 30 Jahre, in Psychotherapie am Heidelberger Institut für Psychotherapie, 15. Sitzung

Diese immer wiederkehrenden Worte einer meiner Patientinnen sind mir sehr in Erinnerung geblieben, da sie auf dramatische Weise die zutiefst selbstkritische und selbstentwertende Beziehung dieser jungen, äußerlich attraktiven und intelligenten Frau zu sich selbst ausdrücken. Es erscheint nicht verwunderlich, dass diese negative Selbstsicht erhebliche Auswirkungen auf viele ihrer Lebensbereiche und auch auf den Prozess ihrer Therapie hatte.

## Einleitung

In den vergangenen 40 Jahren konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie in zahlreichen wissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden (Lambert 2013). Die Frage, wie genau und wann Psychotherapie zu Veränderungen führt, bleibt jedoch bis heute weitgehend ungeklärt (Cuijpers et al. 2019). Die gegenwärtige Psychotherapieforschung beschäftigt sich daher ausgiebig mit der Identifikation von Wirkmechanismen, die den Effekten von Psychotherapie zugrunde liegen (Kazdin 2007; Moldovan und Pinteá 2015). Im Wesentlichen wird dabei in drei große Richtungen geforscht: Zum einen wird angenommen, dass allgemeine Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung einen signifikanten Beitrag zu den positiven Ergebnissen von Psychotherapie leisten. Ein weiterer Forschungsbereich beschäftigt sich mit spezifischen Wirkfaktoren wie bspw. den konkreten therapeutischen Techniken, die im Rahmen von Psychotherapie zur Anwendung kommen. In einem dritten Forschungsfeld werden schließlich Patientenvariablen wie Persönlichkeitseigenschaften untersucht (Lambert 2015). Mit Blick auf solche Patientenvariablen entwickeln Forscher und Praktiker zunehmend Therapieansätze, die speziell auf transdiagnostische Persönlichkeitsvulnerabilitäten oder maladaptive kognitive Prozesse bei Patienten<sup>1</sup> fokussieren, wie bspw. Rumination, selektive Aufmerksamkeit oder Angst vor Ablehnung (Gao et al. 2017; Harvey et al. 2004; Nolen-Hoeksema et al. 2008).

Bei Selbstkritik handelt es sich ebenfalls um einen solchen transdiagnostischen Persönlichkeitsfaktor, der mit einem breiten Spektrum an psychischen Beeinträchtigungen wie Depressionen und Ängsten in Verbindung steht und der einen maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg von Psychotherapie hat (Kannan und Levitt 2013). Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass übermäßig selbstkritische Eigenschaften den therapeutischen Prozess und das Endergebnis von Psychotherapie beeinträchtigen. Im Umkehrschluss könnte die Bearbeitung

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation immer nur die männliche Form verwendet.

und Verringerung dieser selbstkritischen Haltungen im Rahmen von Psychotherapie dazu führen, dass es Patienten besser geht und sich dies auch z.B. in einem Rückgang von Symptomen niederschlägt. Dementsprechend könnte Selbstkritik als ein Mechanismus verstanden werden, der zu Veränderungen in psychotherapeutischen Behandlungen beiträgt. Diese Grundthese lieferte die Triebfeder zur Durchführung der vorliegenden Dissertation.

# 1. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird der für die vorliegende Arbeit relevante theoretische Hintergrund dargestellt. Dabei wird zunächst eine begriffliche Einordnung und Konzeptualisierung von Selbstkritik vorgenommen. Es folgen Erläuterungen zu den bisherigen Erfassungsmethoden für das Konstrukt sowie zur Rolle von Selbstkritik im Rahmen von psychopathologischen Entwicklungen und Psychotherapie. Schließlich endet der Theorieteil mit der Ableitung der allgemeinen Fragestellungen für die vorliegende Dissertation.

## 1.1 Konzeptualisierung von Selbstkritik

Eine grundlegende Herausforderung in der Erforschung von Selbstkritik stellt die Abwesenheit einer eindeutigen Definition und die heterogene Beschaffenheit des Konstrukts dar. Die Beschäftigung mit dem Phänomen Selbstkritik kann bis zu den antiken griechischen Philosophen Plato und Aristoteles zurückverfolgt werden (Chang 2008). Daher ist es nicht verwunderlich, dass Selbstkritik auch in den frühen Stunden der Psychotherapiegeschichte eine bedeutsame Rolle in der Entstehung seelischer Leiden einnahm. So ging Sigmund Freud, der Gründer der Psychoanalyse, in seiner bis heute einflussreichen Schrift *Trauer und Melancholie* davon aus, dass selbstkritische Äußerungen im Sinne von moralistischen Angriffen des Über-Ichs auf das Ich verstanden werden können (Freud 1917). Er beschrieb die depressive Erfahrung und erkannte bereits damals die darin enthaltene selbstkritische Grundhaltung: „Die Melancholie ist seelisch ausgezeichnet durch eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, durch den Verlust der Liebesfähigkeit, durch die Hemmung jeder Leistung und *die Herabsetzung des Selbstgefühls, die sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen äußert und bis zur wahnhaften Erwartung von Strafe steigert.*“ (S. 428; Kursivsetzung hinzugefügt). In ähnlicher Weise sprach die Psychoanalytikerin Karen Horney (1950) später von einer „Tyrannei des Sollens“

und attribuierte die Entstehung von Neurosen auf selbstkritische innere Stimmen, die versuchen, den überhöhten Ansprüchen des Ich-Ideals gerecht zu werden. Die relationale Wende in der Psychoanalyse ging mit einer vertieften Auseinandersetzung mit der Entstehung dieser inneren Stimmen einher. So brachten und bringen Objektbeziehungstheoretiker Selbstkritik mit internalisierten Kindheitserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen in Verbindung (Aronfreed 1964). Dabei scheint insbesondere die elterliche Kritik am Kind im Rahmen eines rauen und strafenden Familienklimas eine zentrale Rolle zu spielen und zur Entwicklung selbstkritischer Haltungen gegenüber dem eigenen Selbst beizutragen (Flett et al. 2002; Scharff und Tsigounis 2003). Bestimmte Beziehungserfahrungen und damit verbundene Wahrnehmungen der eigenen Person werden also verinnerlicht und können zu selbstkritischen *Introjekten* werden. Introjekte beschreiben in der psychoanalytischen Theorie internalisierte Selbstrepräsentanzen, die „ein relativ stabiles, bewusstes und unbewusstes Repertoire enthalten, wie eine Person sich selbst behandelt. Dazu zählen Selbstbewertungen sowie Verhaltensweisen gegenüber sich selbst und Bilder von sich selbst.“ (Henry et al. 1990, S. 769).

Einer der prominentesten Vertreter der empirischen Forschung zu Selbstkritik, Sidney J. Blatt, griff die Idee der internalisierten Kindheitserfahrungen auf. Er ging davon aus, dass im Rahmen von frühen Eltern-Kind-Interaktionen sogenannte mentale Repräsentationen des Selbst und der anderen entstehen, die kognitive und affektive Elemente enthalten und mit zunehmendem Alter an Komplexität gewinnen (Blatt 1974; Blatt und Lerner 1983). In seiner psychodynamisch geprägten Entwicklungstheorie postulierte er, dass sich die Persönlichkeitsentwicklung in einem lebenslangen dialektischen Wechselspiel zwischen zwei Polen bewegt, die im Sinne solcher kognitiv-affektiven mentalen Repräsentationen verstanden werden können. Beim ersten Pol handelt es sich um die Entwicklungslinie der *Bezogenheit* („relatedness“), die die Entwicklung zunehmend reifer, intimer und gegenseitig befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen beschreibt. Der zweite Pol bezieht sich

auf die Entwicklungslinie des *Selbstverständnisses* („self-definition“), die die Entwicklung eines zunehmend differenzierten, integrierten, realistischen und im Wesentlichen positiven Selbstverständnisses meint (Blatt 1974; Blatt und Luyten 2009). Diesem Modell zufolge entstehen Persönlichkeitspathologien aufgrund eines erheblichen Ungleichgewichts zwischen diesen beiden Polen bzw. aufgrund einer defensiven und übermäßigen Beschäftigung mit einem der beiden grundlegenden Pole unter Vernachlässigung der anderen Entwicklungslinie. Im Zuge einer Überbeschäftigung mit dem Pol der Verbundenheit resultiert eine *anaklitische* oder abhängige Pathologie, bei der Menschen insbesondere mit zwischenmenschlichen Problemen wie Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Gefühlen des Verlustes und der Einsamkeit beschäftigt sind. Bei einer Überbetonung des Selbstverständnispols entsteht schließlich eine *introjektive* oder selbstkritische Pathologie, bei der eine übermäßige Beschäftigung mit Leistungsthemen, Selbstwert und Autonomie stattfindet sowie eine Vernachlässigung zwischenmenschlicher Beziehungen (Blatt 2008). Selbstkritische Menschen sind häufig kompetitiv, sie streben nach Perfektion, heben ständig die Messlatte für ihre Ansprüche an sich selbst an und ziehen keine Befriedigung aus Erfolgen (Blatt 1995; Blatt 1998; Blatt et al. 2001). Sie haben Angst davor, Fehler zu machen, kritisiert zu werden und befürchten ständig, die Anerkennung der anderen zu verlieren. Darüber hinaus sind selbstkritische Menschen besonders anfällig für Gefühle der Wertlosigkeit, Unzulänglichkeit, Unterlegenheit, Schuld und Scham (Blatt und Luyten 2009; Whelton und Greenberg 2005).

Obwohl Blatt Selbstkritik zunächst als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft konzeptualisierte, entwickelte er später zusammen mit Kollegen ein „state-trait“-Modell des Konstrukts, das davon ausgeht, dass das Vorhandensein, der Inhalt und die Struktur selbstkritischer Repräsentationen eher stabil sind, während die Zugänglichkeit dieser Repräsentationen in Abhängigkeit von der aktuellen Stimmung, dem sozialen Kontext und biologischen Faktoren variieren kann (Zuroff et al. 1999). Empirisch wurde dieses Modell von Zuroff et al. (2016) gestützt, die zeigen konnten, dass Selbstkritik im Sinne einer

Persönlichkeitseigenschaft tatsächlich zwischen Personen variiert, dabei aber gleichzeitig tägliche Fluktuationen innerhalb einer Person aufweist. Demzufolge kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Selbstkritik über die Lebensspanne hinweg gewissen Veränderungen unterliegt und auch im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung veränderbar ist (Blatt und Behrends 1987).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Selbstkritik fand nicht nur im Rahmen psychodynamischer Theorien statt, sondern fand auch in der kognitiven Schule der Psychotherapie Berücksichtigung (Beck et al. 1979). Aaron T. Becks Konzeptualisierung der kognitiven Triade postuliert drei Arten negativer automatischer Gedanken bei Depressionen: eine negative Sicht 1) der Welt, 2) der Zukunft und 3) der eigenen Person. Dabei können die negativen Bewertungen der eigenen Person – obwohl von Beck selbst nie explizit als solche bezeichnet – als selbstkritische Gedanken verstanden werden. Solche negativen, selbstbezogenen Gedanken werden auf Basis der ihnen zugrundeliegenden Grundüberzeugungen in spezifischen Situationen aktiviert (Beck und Alford 2009). Im Rahmen des kognitiven Ansatzes wurde Selbstkritik zunächst im Sinne eher kurzlebiger Gedanken und Überzeugungen in Bezug auf die eigene Person konzeptualisiert und weniger im Sinne einer Persönlichkeitsvariable wie bei Blatt. Solche negativen Inhalte entspringen jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit einer zugrundeliegenden selbstkritischen Persönlichkeitseigenschaft (Shahar 2015). Tatsächlich ergänzte Beck (1996) seine Theorie später durch sogenannte Schemata, die sowohl kognitive als auch affektive und motivationale Elemente enthalten und bewegte sich damit weg von einem rein kognitiven Ansatz hin zu einer Persönlichkeitstheorie, vergleichbar mit dem state-trait-Ansatz und dem Konzept der kognitiv-affektiven mentalen Repräsentationen von Blatt und Kollegen (Blatt 1974; Zuroff et al. 1999).

Hinsichtlich der Abgrenzung von anderen Konstrukten lässt sich vor allem eine inhaltliche Überschneidung zwischen Selbstkritik und Perfektionismus feststellen (Powers et



al. 2004). Beide Konzepte wurden in der Vergangenheit sogar häufig synonym gebraucht. Jüngere Forschungsergebnisse konnten jedoch zeigen, dass Selbstkritik enger gefasst ist als die meist breiteren Konzeptualisierungen von Perfektionismus. Dies geht aus den Arbeiten von Dunkley und Kollegen hervor, die an einer lebhaften wissenschaftlichen Debatte in Bezug auf die Dimensionalität von Perfektionismus teilhatten (Dunkley et al. 2006a; Hewitt et al. 2003). Die Autoren analysierten verschiedene Instrumente, die Selbstkritik und Perfektionismus erfassen und identifizierten zwei übergeordnete Perfektionismus-Dimensionen: 1) perfektionistische eigene Maßstäbe und 2) selbstkritischen Perfektionismus (Dunkley und Blankstein 2000; Dunkley et al. 2006a; Dunkley et al. 2006c). Perfektionistische eigene Maßstäbe beinhalten das Setzen von hohen persönlichen Standards und das Streben nach diesen. Diese Dimension bezieht sich auf die normale oder adaptive Komponente von Perfektionismus, die mit dem Erreichen guter Leistungen einhergeht. Selbstkritischer Perfektionismus hingegen markiert die pathologische und maladaptive Dimension. Dementsprechend hängen hohe persönliche Standards nicht bzw. nur schwach mit Psychopathologie zusammen, während selbstkritischer Perfektionismus einen konsistenten und starken Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen aufweist (Dunkley et al. 2006a; Dunkley et al. 2006c; Stoeber und Otto 2006). Es sind also nicht die hohen persönlichen Maßstäbe per se, die negative Konsequenzen für eine Person mit sich bringen, sondern es ist das selbstkritische, negativ bewertende Element im Perfektionismus, welches Fehlanpassungen begünstigt. Schließlich setzten Dunkley und Kollegen und auch andere Forscher die selbstkritische Perfektionismus-Dimension dem Konstrukt Selbstkritik gleich, sodass auch entsprechende Erfassungsinstrumente austauschbar gebraucht werden können (Dunkley et al. 2006c; Shahar 2015).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der persönlichkeitsorientierten Blattchen (1974) Konzeptualisierung von Selbstkritik. Konkret wurde folgende Definition gewählt: Bei Selbstkritik handelt es sich um eine Persönlichkeitseigenschaft, die andauernde und strenge

Selbstprüfungen beinhaltet sowie übermäßig kritische Bewertungen des eigenen Verhaltens, eine Unfähigkeit, Befriedigung aus Erfolgen zu ziehen, eine permanente Sorge, Fehler zu machen und eine Neigung, bei Misserfolgen mit Selbstentwertungen und Feindseligkeiten gegenüber dem eigenen Selbst zu reagieren (Blatt und Luyten 2009; Dunkley und Kyparissis 2008; Dunkley et al. 2003).

## 1.2 Erfassungsmethoden für Selbstkritik

Die Heterogenität des Konstrukts Selbstkritik schlägt sich auch in der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Messinstrumente nieder. Eines der am häufigsten verwendeten Instrumente zur Erfassung von Selbstkritik ist der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt et al. 1976). Blatt und Kollegen konzeptualisierten die Selbstkritik-Subskala des DEQ im Sinne einer Persönlichkeitsvulnerabilität für selbstkritische Depressionen. Die enthaltenen Items bilden die subjektive Wahrnehmung, den eigenen Idealen nicht gerecht zu werden sowie in Reaktion darauf erfolgende Selbstangriffe, ab. Die *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS; Gilbert et al. 2004) enthält ähnliche Facetten. Die Skala unterscheidet zwischen einer eher neurotischen Selbstkritik-Komponente, die sich auf das Kreisen um Fehler und ein Gefühl von Unzulänglichkeit bezieht und einer zweiten Komponente, die den Drang, sich selbst wehzutun und Gefühle von Selbsthass und Ekel gegenüber sich selbst beinhaltet und die eine schwerere, strukturbezogene Form der Psychopathologie abbildet. Weitere Fragebögen basieren auf verschiedenen Perfektionismusmodellen und enthalten ebenfalls Subskalen, die Selbstkritik erfassen. Dazu zählen bspw. die Subskala *Angst vor Fehlern* („Concern over mistakes“) der *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS; Frost et al. 1990) sowie die *Diskrepanz-Subskala* („discrepancy“) der *Almost Perfect Scale-Revised* (APS-R; Slaney et al. 2001). Ein weiteres häufig eingesetztes Instrument ist die *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS;

Weissman und Beck 1978), die Becks Konzeptualisierung kognitiver Dysfunktionen aufgreift und der Erfassung von stabilen negativen Einstellungen depressiver Menschen sich selbst gegenüber dient. Die vorgestellten Maße stellen keine vollständige Übersicht der zur Verfügung stehenden Messinstrumente für Selbstkritik dar, sondern illustrieren lediglich die gebräuchlichsten Skalen. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass Selbstkritik bis dato ausschließlich mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten erfasst wird. Rost et al. (2018) entwickelten kürzlich ein auf dem Q-Sort-Verfahren basierendes Fremdbeurteilungsinstrument zur Messung der anaklitischen und introjektiven Depression nach Blatt (1974). Jedoch erfasst diese Skala die breiter gefasste Erfahrung einer selbstkritischen Depression, zu der auch ein Hang zur Gewissenhaftigkeit und zu Regeln, ein logischer und rationaler Denkstil, eine Leugnung von Bedürfnissen nach Zuwendung und Trost, ein Streben nach moralischen und ethischen Standards, die Neigung, angenehme Emotionen zu unterdrücken und z.B. Ärger nur in einer passiven Weise zum Ausdruck zu bringen, zählen und nicht ausschließlich das hier interessierende, spezifischere Persönlichkeitskonstrukt der Selbstkritik, bei dem Bewertungen der eigenen Person und Selbstvorwürfe im Vordergrund stehen.

### **1.3 Selbstkritik im Rahmen von psychopathologischen Entwicklungen und Psychotherapie**

Wie bereits angeklungen, wurde Selbstkritik sowohl im Rahmen der psychodynamischen als auch der kognitiven Psychotherapieschule ursprünglich vor allem als Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung von Depressionen verstanden (Beck 1983; Blatt 1974). Eine Fülle empirischer Befunde bestätigte diesen Zusammenhang zwischen Selbstkritik und depressiven Symptomen (z.B. Blatt 1998; Cox et al. 2004c; Zuroff et al. 2005). Zudem wurde Selbstkritik mit dem Auftreten depressiver Rezidive in Verbindung

gebracht (Mongrain und Leather 2006). Weitere Forschungsergebnisse konnten jedoch zeigen, dass Selbstkritik nicht ausschließlich mit depressiven Symptomen zusammenhängt, sondern als transdiagnostischer Risikofaktor zu werten ist. So ist ein erhöhtes Ausmaß an Selbstkritik auch bei sozialen Ängsten (Cox et al. 2004a), posttraumatischen Belastungsstörungen (Cox et al. 2004b), Essstörungen (Dunkley und Grilo 2007; Fennig et al. 2008), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Kopala-Sibley et al. 2012), bipolaren Störungen (Francis-Raniere et al. 2006) und bei Suizidalität (Fazaa und Page 2009) zu beobachten. Längsschnittliche Studien bestätigten zudem den prädiktiven Wert von Selbstkritik für die Verschlechterung allgemeiner psychopathologischer Symptome. So fanden Dunkley et al. (2006b), dass Selbstkritik in einer klinischen Stichprobe einen Anstieg depressiver Symptome über einen Zeitraum von vier Jahren vorhersagte. In einer weiteren Studie sagte Selbstkritik in der Allgemeinbevölkerung eine Zunahme von Suizidgedanken in einem Intervall von drei Monaten vorher (O'Connor und Noyce 2008). Insgesamt weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass Selbstkritik bei der Behandlung zahlreicher psychischer Probleme relevant zu sein scheint.

Im Rahmen einer großen multizentrischen Studie des amerikanischen Nationalen Instituts für Psychische Gesundheit – dem „Treatment of Depression Collaborative Research Program“ (TDCRP) – in der die Wirksamkeit dreier Behandlungsverfahren für Depressionen (kognitiv-behaviorale Therapie, interpersonale Therapie und Pharmakotherapie) mit einer Placebobedingung verglichen wurde, konnte gezeigt werden, dass selbstkritische Patienten insgesamt weniger von Therapie profitieren (Blatt et al. 2010). Konkret behinderten erhöhte Ausprägungen von Selbstkritik, gemessen mit der DAS zu Beginn der Therapien, in allen drei Behandlungsverfahren den Behandlungserfolg in Form einer höheren depressiven Symptomlast am Ende der Therapien. Dabei trat der negative Einfluss von Selbstkritik auf den therapeutischen Fortschritt in der zweiten Hälfte des Behandlungsverlaufs auf. Die Autoren gingen davon aus, dass dieser Befund mit der zuvor festgelegten Beendigung der

Therapien nach nur 16 Sitzungen und dem von den Patienten dadurch während der zweiten Hälfte der Behandlung bereits antizipierten Ende der Therapie zusammenhing. Eine Reanalyse der Daten der Menninger Psychotherapiestudie lieferte zudem erste Hinweise darauf, dass selbstkritische depressive Patienten im Rahmen von psychoanalytischen Behandlungen mit längeren und zuvor nicht endgültig festgelegten Stundenkontingenten signifikant mehr positive Veränderungen zeigten (Blatt 1992). Dementsprechend schlussfolgerten Blatt und Kollegen, dass selbstkritische Patienten eher von einsichtsbasierten, langfristig ausgelegten Therapien profitieren als von fokussierteren Kurzzeitbehandlungen.

Neben dem prädiktiven Wert von Selbstkritik für den Therapieerfolg ist es gleichermaßen sinnvoll zu untersuchen, welchen Effekt eine Veränderung von Selbstkritik im Verlauf von Psychotherapie auf das symptomatische Ergebnis der Behandlung hat. Falls nämlich der Veränderung von Selbstkritik innerhalb einer Person eine Veränderung der Symptomatik folgt, könnte Selbstkritik im Sinne eines Veränderungsmechanismus verstanden werden. Dazu präsentierten Layne et al. (2006) eine Fallstudie einer psychodynamisch-kognitiven Behandlung einer selbstkritischen Patientin. Im Verlauf der Therapie gelang es der Patientin, ihre selbstkritischen Bewertungen aufzugeben und positivere und sich selbst akzeptierende Anteile in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Gleichzeitig reduzierte sich die depressive Symptomatik signifikant bis zum Ende der Behandlung. Psychodynamisch formuliert könnten diese Befunde im Sinne einer Veränderung des selbstkritischen Introjekts und damit als strukturelle Veränderung der Persönlichkeit der Patientin im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung verstanden werden. Verschiedene empirische Studien konnten die Reduktion von Selbstkritik tatsächlich mit einem positiveren Therapieergebnis in Zusammenhang bringen. So konnte in einer Studie gezeigt werden, dass die Reduktion von Selbstkritik im Verlauf einer kognitiv-behavioralen Therapie signifikant mit einem positiven Ergebnis im Hinblick auf soziale Ängste verbunden war (Cox et al. 2002). Eine weitere

Studie brachte das Ausmaß der Verringerung von Selbstkritik während einer psychodynamischen Behandlung mit dem Ausmaß des Rückgangs der Symptomatik im Verlauf der Therapie in Zusammenhang (Lowyck et al. 2016).

#### **1.4 Fragestellungen der Dissertation**

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Selbstkritik sowohl als einen Prädiktor für den Therapieerfolg als auch als potentiellen Veränderungsmechanismus näher zu untersuchen und zur Forschung in diesem Feld beizutragen. In einem ersten Schritt wird dazu ein systematisches Review mit Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome verfasst, um den Stand der Literatur systematisch und vollständig zu erfassen. Daran anschließend wird im Rahmen einer eigenen empirischen Studie ein neues Messinstrument für Selbstkritik entwickelt und psychometrisch überprüft. Das Ziel hierbei ist, eine Fremdbeurteilungsskala für Selbstkritik zu konzipieren, die sich für den wiederholten Einsatz in Psychotherapien eignet und somit zukünftige Forschung zu Selbstkritik als Veränderungsmechanismus zu ermöglichen.

## 2. Systematische Literaturzusammenfassung

Im Folgenden werden die Fragestellung, die Durchführung und die Ergebnisse sowie die Diskussion des systematischen Reviews dargestellt. Die Ergebnisse dieser ersten Studie der vorliegenden Dissertation wurden unter meiner Erstautorenschaft bereits in der Zeitschrift *Clinical Psychology Review* publiziert (Löw et al. 2020).

### 2.1 Fragestellung

Zahlreiche Einzelstudien konnten belegen, dass Selbstkritik mit einem geringeren Therapieerfolg zusammenhängt (z.B. Blatt et al. 2010). In Bezug auf die Höhe dieses Zusammenhangs finden sich jedoch widersprüchliche Befunde. Daher besteht ein wichtiger nächster Schritt zum besseren Verständnis einer etwaigen Vorhersage des Therapieerfolgs durch Selbstkritik in der Integration der bisherigen empirischen Befunde. Ziel des Reviews ist daher, die bisherige Empirie zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis unter Verwendung quantitativer, metaanalytischer Techniken systematisch zusammenzufassen. Moderatoranalysen ermöglichen dabei zusätzliche Erkenntnisse im Hinblick auf potentielle Faktoren, die den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieerfolg beeinflussen. Daher soll der Zusammenhang über eine Vielzahl psychischer Probleme und psychotherapeutischer Schulen hinweg überprüft werden. Das Vorhaben steht auch im Einklang mit der anhaltenden Debatte in Bezug auf persönlichkeitszentrierte, transdiagnostische Ansätze im DSM-5 und im Rahmen der vom amerikanischen Nationalen Institut für Psychische Gesundheit formulierten „Research Domain Criteria“ (RDoC; Clark et al. 2017; Ehrental und Benecke 2019). Die gewonnenen Erkenntnisse zur Beziehung zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome werden außerdem dazu beitragen, die psychotherapeutische Praxis zu bereichern, indem bspw. praktisch arbeitende Therapeuten für selbstkritische Prozesse im Rahmen der klinischen Diagnostik und Therapie sensibilisiert

werden. Denn falls Selbstkritik tatsächlich konsistent mit dem Therapieerfolg verbunden sein sollte, ist die frühzeitige und wiederholte Erfassung selbstkritischer Eigenschaften zu Beginn und im Verlauf von Therapien von großer Bedeutung hinsichtlich der Feststellung individueller Behandlungsbedürfnisse und entsprechender -angebote.

Konkret bezieht sich die erste Hauptfragestellung des systematischen Reviews auf die Höhe und Richtung des mittleren Gesamteffekts zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und Psychotherapieoutcome. Basierend auf der bisherigen Literatur wird angenommen, dass sich ein negativer Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und Behandlungserfolg zeigen wird, sodass ein höheres Ausmaß an Selbstkritik ein schlechteres Therapieergebnis vorhersagt. Ein weiteres Ziel der Studie ist es, potentielle Moderatoren für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis zu identifizieren. Dabei wird angenommen, dass die folgenden vier Moderatorvariablen systematisch den Haupteffekt beeinflussen: 1) die Art der psychischen Probleme, 2) das Behandlungsverfahren, 3) die Behandlungsdauer und 4) der Effektstärkentyp (Korrelation vs. standardisiertes Regressionsgewicht). Die zweite Hauptfragestellung besteht darin, die Rolle von Selbstkritik im Sinne eines Veränderungsmechanismus im Rahmen von Psychotherapie zu stärken. Daher wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine Reduktion von Selbstkritik im Verlauf von Therapie über viele Studien hinweg positiv mit dem Therapieergebnis korreliert. Im Falle einer zu geringen Teststärke für eine quantitative metaanalytische Auswertung aufgrund zu weniger Primärstudien, ist geplant, die gefundenen Ergebnisse narrativ zusammenzufassen.

## **2.2 Methode**

Das systematische Review mit Metaanalyse wurde entsprechend der „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ (PRISMA)-Richtlinien (Moher et al. 2009) geplant und durchgeführt. Das Studienprotokoll wurde im Vorfeld unter der



Registrierungsnummer CRD42017067711 bei der Datenbank „International Prospective Register of Systematic Reviews“ (PROSPERO) registriert und kann unter folgendem Link abgerufen werden:

[https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?RecordID=67711](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=67711).

### 2.2.1 Einschlusskriterien

Zur Auswahl geeigneter Primärstudien wurde eine Reihe von Einschlusskriterien definiert. Studien wurden in die Metaanalyse eingeschlossen, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten: 1) Die Studie wurde auf Englisch oder Deutsch veröffentlicht. 2) Es handelte sich um ein empirisches Studiendesign mit quantitativen Kenngrößen. Dementsprechend wurden qualitative Studien, Übersichtsarbeiten und Fallberichte mit weniger als fünf Probanden ausgeschlossen. 3) Es wurden erwachsene Studienteilnehmer untersucht (18 Jahre oder älter)<sup>2</sup>. 4) Die Stichprobe bestand aus Patienten, die aufgrund von psychischen Problemen eine Behandlung aufsuchten. Dabei war nicht zwangsläufig eine formale Diagnose erforderlich. Es wurden jedoch Stichproben ausgeschlossen, die keine signifikante psychische Belastung aufwiesen<sup>3</sup>. 5) Studienteilnehmer mussten eine psychologische Behandlung erhalten. Dazu zählten sowohl psychotherapeutische als auch psychologische Beratungsangebote sowie Behandlungen im Einzel- und im Gruppensetting. Interventionen wie Hypnose, Bibliotherapie, Entspannungs- oder Meditationsverfahren wurden nicht berücksichtigt, sofern sie nicht in ein breiteres psychotherapeutisches Behandlungsprogramm bspw. im Rahmen einer stationären Therapie integriert waren. Da

---

<sup>2</sup> Dingemans et al. (2014), Jordan et al. (2009) und Steele et al. (2011) enthielten  $n = 2$ ,  $n = 9$ , und  $n = 3$  Studienteilnehmer unter 18 Jahren (dies entsprach 2,7%, 16,1% und 2,6% der jeweiligen Stichprobe). Da der prozentuale Anteil an Jugendlichen in allen drei Studien gering war, wurde keine Auswirkung auf die Validität der Ergebnisse erwartet und die Studien wurden eingeschlossen.

<sup>3</sup> Eine signifikante psychische Belastung war gegeben, wenn eine Stichprobe zu Beginn der Behandlung einen klinisch bedeutsamen Cutoff-Wert in einem etablierten Instrument zur Erfassung von symptom- oder stressbezogenen Belastungen erreichte.

ausschließlich die Effekte von Behandlungen untersucht werden sollten, die im Rahmen eines regelmäßigen persönlichen Kontakts mit einem Therapeuten stattfanden, wurden auch solche Studien ausgeschlossen, die reine Selbsthilfe- oder internetbasierte Verfahren anwendeten oder deren Behandlungsdauer die Zahl von vier Sitzungen unterschritt.<sup>4</sup> Da es sich bei Kombinationsbehandlungen (Psychotherapie in Kombination mit psychopharmakologischen Behandlungen) um ein häufig eingesetztes Prozedere innerhalb der Primärstudien handelte, wurden entsprechende Studien berücksichtigt. 6) Studien mussten mindestens ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von Selbstkritik und 7) zur Erfassung des Therapieergebnisses einsetzen. 8) Studien mussten ein längsschnittliches Design aufweisen, bei dem Selbstkritik vor oder zu Beginn der Behandlung und das Therapieergebnis direkt nach dem Abschluss der Behandlung oder zu einem späteren Zeitpunkt („Follow-up“) erfasst wurde. 9) Studien mussten ausreichend quantitative Daten enthalten, sodass mindestens eine Effektstärke für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieergebnis extrahiert oder berechnet werden konnte. Zudem wurde die Art der Veröffentlichung einer Studie nicht beschränkt, sodass sowohl Zeitschriftenartikel, Bücher, Promotionsschriften als auch Konferenzbeiträge berücksichtigt wurden.

Zur Erfassung von Selbstkritik wurden nur solche Instrumente oder Subskalen berücksichtigt, die der nachfolgenden Definition entsprachen: Bei Selbstkritik handelt es sich um eine Persönlichkeitseigenschaft oder um dysfunktionale Einstellungen, die andauernde und strenge Selbstprüfungen beinhalten, sowie übermäßig kritische Bewertungen des eigenen Verhaltens, eine Unfähigkeit, Befriedigung aus Erfolgen zu ziehen, eine permanente Sorge, Fehler zu machen und die Tendenz, bei Misserfolgen mit Selbstentwertungen und Feindseligkeiten gegenüber dem eigenen Selbst zu reagieren. Die von Dunkley und Kollegen (Dunkley und Blankstein 2000; Dunkley et al. 2006a; Dunkley et al. 2006c) erarbeitete

---

<sup>4</sup> Steele et al. (2011) wurde eingeschlossen, da zusätzlich zu dem in der Studie durchgeführten Selbsthilfeprogramm regelmäßige Sitzungen mit einem Therapeuten stattfanden.

Übersicht von Messinstrumenten für Selbstkritik bzw. selbstkritischen Perfektionismus diente als Grundlage zur Auswahl geeigneter Maße und beinhaltete den DEQ, die DAS und die Subskala Angst vor Fehlern der FMPS. Instrumente oder Subskalen, die hohe persönliche Standards erfassen, die sich speziell auf selbstkritische Tendenzen im Rahmen von Zwangs- oder Essstörungssymptomen beziehen oder die selbstkritische Items mit anderen Konstrukten vermischen, wurden ausgeschlossen. Eine vollständige Übersicht mit allen berücksichtigten Instrumenten zur Erfassung von Selbstkritik ist in Anhang 1 zu finden.

Zur Messung der Therapieergebnisse wurde eine breite Auswahl an Outcomemaßen berücksichtigt. Dazu zählten sowohl primäre, symptombezogene Outcomes als auch sekundäre Outcomes wie Lebensqualität, interpersonales und psychologisches Funktionsniveau und psychologische Stressreaktivität. Instrumente, die vorrangig Veränderungsmechanismen im Rahmen von Psychotherapie und nicht das Therapieergebnis messen, wurden ausgeschlossen (z.B. Skalen zur Erfassung von Emotionsregulation oder kognitiven Verzerrungen). Ebenfalls nicht als Outcomemaße berücksichtigt wurden Instrumente, die sich im Sinne einer selbstevaluativen Haltung konzeptuell in einem zu hohen Maße mit Selbstkritik überschneiden (z.B. Skalen, die Selbstwert, Mitgefühl für das Selbst oder Selbstaufmerksamkeit erfassen)<sup>5</sup>.

### **2.2.2 Literaturrecherche**

Eine umfassende Literaturrecherche wurde durchgeführt, bei der insgesamt vier elektronische Datenbanken nach geeigneten Primärstudien durchsucht wurden: PsycINFO, PubMed, PsycARTICLES, und PSYINDEX. Dabei wurden die folgenden Kombinationen aus

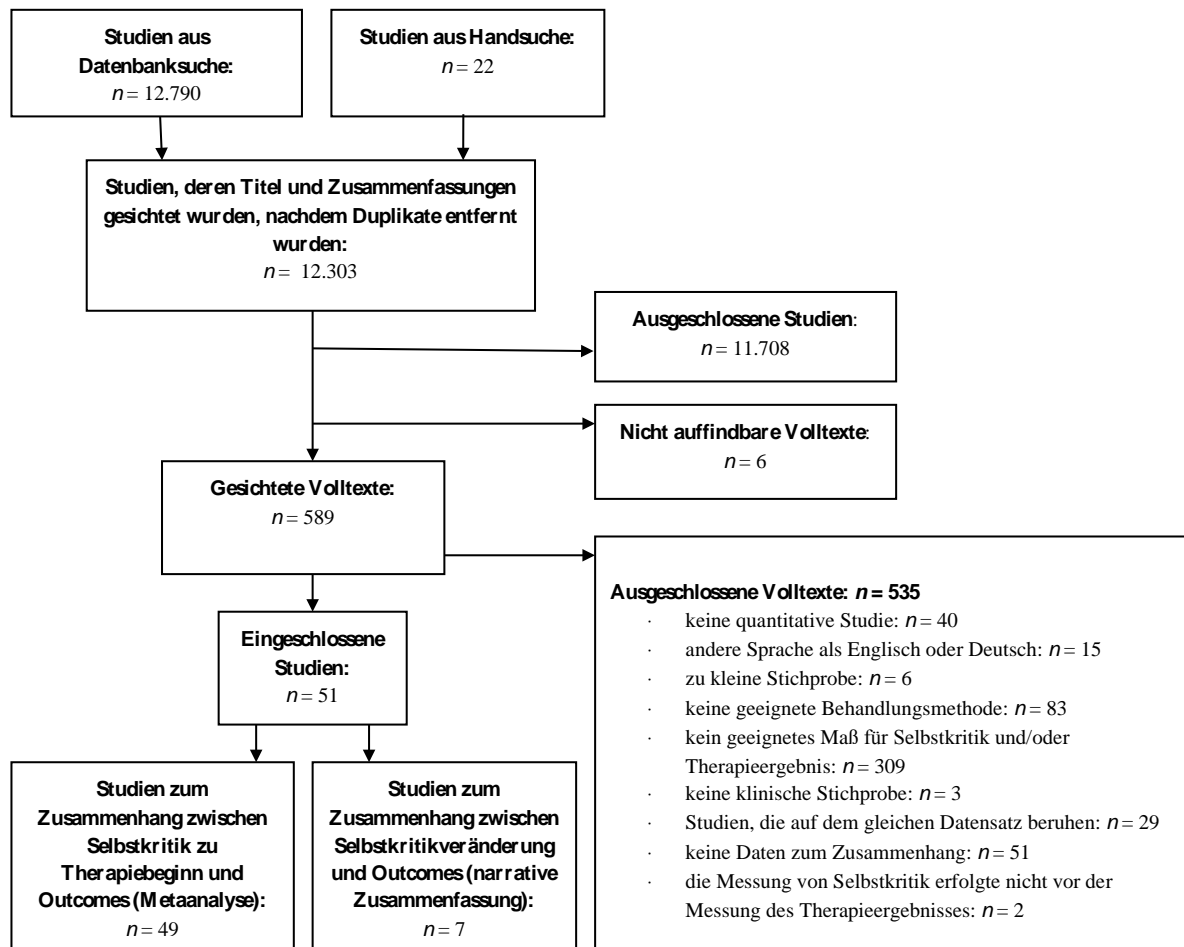
---

<sup>5</sup> Aufgrund der zu hohen inhaltlichen Überlappung mit Selbstkritik wurden folgende Instrumente ausgeschlossen: Self Compassion Scale (Neff 2003), Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg 1965), Social Self-Esteem Inventory (Lawson et al. 1979), Multidimensional Self-Esteem Scale (Schütz und Sellin 2006), Self Consciousness Scale (Fenigstein et al. 1975).

jeweils zwei Suchbegriffen verwendet: (“self-criticism” ODER “self-critical” ODER “perfectionism” ODER “self-hatred” ODER “self-hate” ODER “self-devaluation”) UND (“psychotherapy”, ODER “therapy” ODER “counseling”). Hinsichtlich des Veröffentlichungsdatums der Studien galten keine Beschränkungen. Die letzte Literatursuche wurde am 17. September 2018 durchgeführt. Zusätzlich wurden die Literaturlisten der relevanten Studien, wichtige Übersichtsartikel zum Thema und eine Metaanalyse zur Reduktion von Perfektionismus im Rahmen von Psychotherapie per Hand durchsucht (Kannan und Levitt 2013; Lloyd et al. 2015; Shahar 2015).

### **2.2.3 Studienauswahl**

In Abbildung 1 ist ein Flussdiagramm der systematischen Literaturrecherche und des Prozesses der Studienauswahl dargestellt. Insgesamt ergaben sich aus der Suche in den Datenbanken und aus der Suche per Hand 12.812 Studien. Nach der Entfernung von Duplikaten fand in einem ersten Schritt ein Screening der Titel und Zusammenfassungen von 12.303 Studien statt. Anschließend wurden die Volltexte von 589 Studien auf die Einschlusskriterien hin überprüft. Dabei konnten insgesamt 51 relevante Primärstudien identifiziert werden. Davon enthielten 49 Studien Daten zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und dem Therapieergebnis und sieben Studien enthielten Daten zum Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik über den Therapieverlauf und dem Therapieergebnis.



**Abbildung 1: Flussdiagramm zum Prozess der Studiauswahl**

Anmerkung:  $n$  = Anzahl der jeweiligen Studien.

Basierend auf der Anzahl der identifizierten Primärstudien wurden a priori-Analysen zur Bestimmung der Teststärke in SAS Studio 3.6 (Cafri et al. 2009) durchgeführt. Unter Verwendung der Methode von Hedges und Pigott (2001) wurde dabei eine kleine Gesamteffektgröße angenommen. Diese Analysen ergaben auf Basis der verfügbaren 49 Studien für alle Stufen von Heterogenität eine hohe Teststärke (Teststärke  $\approx 1$ ) für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und dem Therapieergebnis und eine ungenügende Teststärke (Teststärke = ,25 - ,37 abhängig von der angenommenen Heterogenität zwischen den Effektstärken der Studien) für den Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik über den Therapieverlauf und dem Therapieergebnis. Infolgedessen fiel die Entscheidung, nur die Effektstärken zum Zusammenhang zwischen

Selbstkritik zu Therapiebeginn und Therapieergebnis für eine quantitative Metaanalyse zu berücksichtigen. Die Effektstärken der sieben Studien zum Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik über den Therapieverlauf und dem Therapieergebnis wurden stattdessen narrativ zusammengefasst. Eine Literaturübersicht der 49 in die Metaanalyse und der sieben in die narrative Zusammenfassung eingeschlossenen Studien findet sich in Anhang 2 und 3.

Im Fall von Schwierigkeiten bei der Auswahl der Studien wurde der Ein- oder Ausschluss einer Studie mit der Betreuerin der Dissertation diskutiert. Falls sich Hinweise darauf ergaben, dass eine Patientenstichprobe mehrfach analysiert und die Ergebnisse in verschiedenen Veröffentlichungen publiziert wurden, wurden die Autoren kontaktiert und um Klärung gebeten. Wenn zwei Primärstudien tatsächlich den gleichen Datensatz verwendeten, wurde die Studie eingeschlossen, die die umfassenderen Ergebnisse präsentierte.<sup>6</sup> Autoren von Studien wurden auch dann angeschrieben und um zusätzliche Informationen gebeten, wenn eine Studie zwar die Einschlusskriterien erfüllte, aber nicht alle notwendigen Daten aus dem Volltext gewonnen werden konnten. Grundsätzlich wurde eine konservative Vorgehensweise gewählt, bei der Studien ausgeschlossen wurden, wenn Unklarheiten in Bezug auf die Daten bestanden.

---

<sup>6</sup> Beevers und Miller (2004) wurde Beevers und Miller (2005) und Beevers et al. (2007) vorgezogen, da der Autor die gelieferten Effektstärken auf die erste Publikation bezog. Birgegård et al. (2009) wurde Björck et al. (2007) vorgezogen, da nur der erste Autor brauchbare Korrelationen zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis lieferte. Lloyd et al. (2014) wurde Lloyd (2015) vorgezogen, da der Autor diese Publikation empfahl. Palmeira et al. (2017a) wurde Palmeira et al. (2017b) aufgrund einer höheren Stichprobengröße vorgezogen. Steele et al. (2011) wurde Steele und Wade (2008) vorgezogen, da nur in der ersten Studie Zusammenhänge zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis berichtet wurden. Zuroff et al. (2000) wurde Blatt et al. (1995) und allen weiteren Publikationen, die auf dem TDCRP Datensatz beruhen, vorgezogen, da der Autor getrennte Effektstärken für die unterschiedlichen Behandlungsmethoden berichtete und somit Moderatoranalysen ermöglichte.

## 2.2.4 Kodierung der Studien

Basierend auf den Richtlinien von Lipsey und Wilson (2001) wurde ein Kodiermanual entwickelt, an fünf Studien getestet und nochmals angepasst. Anhand dieses Kodiermanuals wurden die Volltexte der eingeschlossenen Studien nach den relevanten Informationen durchsucht. Kodiert wurden die folgenden Kennwerte: (a) Autor(en) und Jahr der Veröffentlichung der Studie; (b) Art der Veröffentlichung (Zeitschriftenartikel, Buch(kapitel), Promotionsschrift oder Konferenzbeitrag); (c) Stichprobengröße; (d) Geschlecht (prozentualer Anteil weiblicher Patienten); (e) Alter (Mittelwert in Jahren); (f) psychische Probleme (ICD-/DSM-Diagnose oder jeweilige psychische Belastung); (g) Behandlungsverfahren (kognitiv-behaviorale Therapie, interpersonale Therapie, andere Therapie wie psychodynamische Behandlung oder Mischverfahren); (h) Behandlungsform (Einzelbehandlung, Gruppentherapie oder beides); (i) Behandlungssetting (ambulante oder stationäre Behandlung oder beides); (j) Behandlungsdauer (im Fall von ambulanten Therapien wurde die Anzahl der Behandlungsstunden kodiert und im Fall von stationären Therapien die Anzahl der Behandlungswochen); (k) Behandler (Psychologe, Psychiater, Sozialarbeiter, Pflegepersonal etc.); (l) Instrument für Selbstkritik (z.B. DEQ, DAS, FSCRS etc.); (m) Instrument für Behandlungsergebnis (z.B. BDI, IIP etc.); (n) Effektstärken zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome (Selbstkritik vor der Behandlung und Therapieoutcome, Veränderung von Selbstkritik und Therapieoutcome oder Veränderung von Selbstkritik und Veränderung des Therapieoutcomes); und (o) Effektstärkentyp (Korrelation oder standardisiertes Regressionsgewicht).

Falls Studien Ergebnisse für mehrere Behandlungsverfahren berichteten (z.B. für eine kognitiv-behaviorale und eine interpersonale Therapie), wurden die jeweiligen Effektstärken innerhalb der Metaanalyse als separate Primärstichproben gewertet, um anschließende Moderatoranalysen zu ermöglichen (Borenstein et al. 2009). Falls eine Studie verschiedene Behandlungsverfahren untersuchte, jedoch nur Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

berichtete, wurden die Autoren kontaktiert, um zusätzliche Ergebnisse für die Subgruppen zu erhalten. Wenn dies nicht zu differenzierteren Ergebnissen führte, flossen die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe in die Analyse ein und das Behandlungsverfahren wurde als Mischverfahren kodiert. Falls Studien mehrere Maße für Selbstkritik oder Therapieoutcome enthielten und aufgrund dessen mehrere Effektstärken resultierten, wurde die gemittelte Korrelation berechnet, sodass pro Studie nur eine Effektstärke in die Analyse einfluss. Falls eine Studie lückenhafte Ergebnisse präsentierte (z.B. wenn nur Ergebnisse für ein Outcomeinstrument berichtet wurden, obwohl mehrere Verwendung fanden), wurden die Autoren gebeten, die fehlenden Werte zu ergänzen. Falls in einer Studie ohne die Angabe eines Zahlenwerts ein nicht signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis beschrieben wurde, wurde eine Effektstärke von null für den Gesamteffekt berücksichtigt. Korrelationskoeffizienten wurden als Effektstärkenkennzahl favorisiert. Einige Studien lieferten jedoch nur standardisierte Regressionsgewichte aus multiplen Regressionsanalysen, die dann im Sinne von Näherungswerten für Korrelationen in die Analyse gingen (Peterson und Brown 2005). Effektstärken für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome wurden gegenüber Effektstärken zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und der Veränderung des Therapieoutcomes bevorzugt, falls eine Studie beide Kombinationen enthielt.

## **2.2.5 Statistische Analysen**

### ***2.2.5.1 Berechnung der Gesamteffektstärke im Rahmen der Metaanalyse***

Als primäre Effektstärkenkenngröße wurde der Korrelationskoeffizient gewählt. Die Effektstärken wurden so kodiert, dass negative Korrelationen zum Ausdruck bringen, dass ein höheres Ausmaß von Selbstkritik mit einem schlechteren Therapieergebnis zusammenhängt. In Vorbereitung auf die eigentliche Analyse wurden die direkt aus den Studien extrahierten



Korrelationskoeffizienten mittels der Korrekturformel von Olkin und Pratt (1958) bereinigt.

Die Korrekturformel lautet:

$$r_{\text{korr}} = r + \frac{r(1 - r^2)}{2(n - 4)},$$

mit  $r_{\text{korr}}$  als korrigiertem Korrelationskoeffizienten,  $r$  als direkt aus der Primärstudie kodiertem Korrelationskoeffizienten und  $n$  als jeweiliger Stichprobengröße. Vor der Berechnung der Gesamteffektstärke wurden zudem alle Korrelationen nach Fisher (1915) Z-transformiert und zur besseren Interpretierbarkeit nach der Analyse rücktransformiert.

Die Datenanalyse erfolgte anhand des *metafor* Zusatzprogramms (Viechtbauer 2010) in R Version 3.4.0 (R Core Team 2016). Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  (zweiseitig) gesetzt. Zur Schätzung der Modellparameter wurde die „restricted maximum likelihood“-Methode (REML; Viechtbauer 2005) verwendet. Zur Anpassung der Standardfehler der geschätzten Koeffizienten wurde zudem die Knapp und Hartung-Methode (2003) eingesetzt. Schließlich erfolgte die Schätzung der mittleren Gesamteffektstärke zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieoutcome. Zur Interpretation der Größe des Effekts wurden die Richtlinien nach Cohen (1992) verwendet. Dabei zeigt ein Wert von 0,10 einen kleinen Effekt, ein Wert von 0,30 einen mittleren und ein Wert von 0,50 einen großen Effekt an.

#### **2.2.5.2 Heterogenität, Sensitivität und Publikationsverzerrung**

Da in den Primärstudien verschiedene Stichproben, Instrumente und seelische Erkrankungen vorlagen und von weiteren unbekanntem Variationen auszugehen war, wurde a priori ein Random-Effects-Modell gewählt, welches eine signifikante Heterogenität zwischen den Studien zulässt (Borenstein et al. 2009). Die Heterogenität wurde mittels Cochranes  $Q$ -

Statistik, der geschätzten Standardabweichung der wahren Effektstärken  $\tau$ , und dem  $I^2$ -Index erfasst. Ein signifikanter  $Q$ -Test zeigt an, dass die Effektstärken der Primärstudien nicht zur gleichen Verteilung von Effektstärken gehören (Higgins und Thompson 2002). Ein Nachteil der  $Q$ -Statistik ist ihre geringe Teststärke bei wenigen Studien und ihre übermäßige Teststärke bei vielen Studien (Higgins et al. 2003). Aus diesem Grund wurden auch das geschätzte Ausmaß an Variabilität in den wahren Effektstärken  $\tau$  und der prozentuale Anteil der beobachteten Variabilität, der durch die wahre Heterogenität erklärt werden kann ( $I^2$ ), herangezogen (Borenstein et al. 2009). Werte von 25%, 50% und 75% auf dem  $I^2$ -Index zeigen eine jeweils niedrige, moderate und hohe Heterogenität an (Higgins und Thompson 2002).

Mittels Sensitivitätsanalysen wurde überprüft, ob Ausreißerstudien im Datensatz enthalten sind. Dabei wurde die „leave-one-out“-Strategie nach Greenhouse und Iyengar (2009) verwendet, bei der alle Analysen wiederholt durchgeführt werden, wobei jede Primärstudie einmalig aus den Analysen ausgeschlossen wird, um zu prüfen, ob die Gesamtergebnisse signifikant von der jeweiligen Studie abhängen. Das Vorliegen einer potentiellen Publikationsverzerrung wurde überprüft, indem der Funnel-Plot visuell untersucht wurde. Darüber hinaus wurde der auf Funnel-Plot-Asymmetrie prüfende Regressionstest nach Egger durchgeführt (Egger et al. 1997). Funnel-Plots stellen Effektstärken von Primärstudien in Abhängigkeit von der Studienpräzision, die wiederum über die Standardfehler der Studien abgebildet wird, dar. Eine sichtbare Asymmetrie in der Grafik kann auf eine Publikationsverzerrung hinweisen. Der Regressionstest nach Egger liefert darüber hinaus einen statistischen Test auf Funnel-Plot-Asymmetrie. Falls eine Publikationsverzerrung nachgewiesen werden sollte, ist geplant, den Gesamteffekt nochmals mittels der „trim-and-fill“-Prozedur nach Duval und Tweedie (2000) zu schätzen, um die Verzerrung zu beheben.

### **2.2.5.3 Moderatoranalysen**

Im Anschluss an die Hauptanalyse wurden im Rahmen von Mixed-Effects-Modellen Moderatoranalysen durchgeführt, die den systematischen Einfluss verschiedener zuvor definierter Variablen auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis untersuchten. Diese Analysen wurden mittels Metaregressionen realisiert, die im Wesentlichen den linearen Regressionsanalysen in den Primärstudien entsprechen, jedoch mit dem Unterschied, dass die gewichteten Effektstärken aus den Studien als abhängige Variable und die Studiencharakteristika als Prädiktoren fungieren (Borenstein et al. 2009). Die Knapp-Hartung-Korrektur wurde ebenfalls angewendet (Knapp und Hartung 2003). Die folgenden vier Moderatoren wurden a priori aus den kodierten Variablen ausgewählt:

- 1) Der Einfluss der psychischen Probleme der Patienten wurde als kategorialer Moderator berücksichtigt. Die Kategorien der Moderatorvariable wurden anhand der Auftretenshäufigkeit in den Primärstudien festgelegt. Um eine neue Kategorie zu bilden, mussten mindestens fünf Studien das entsprechende Merkmal aufweisen. Diese Vorgehensweise führte zu folgender Kategorisierung: „affektive Störungen“, „soziale Ängste“, „Essstörungen“ und „andere Diagnosen, psychologische Beeinträchtigungen oder gemischte Diagnosen“. Die letzte Kategorie enthielt Zwangsstörungen, psychotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Tourette-Syndrom, chronisches Erschöpfungssyndrom, stressbelastete Patienten und Stichproben mit gemischten Diagnosen.
- 2) Der Einfluss des Behandlungsverfahrens wurde ebenfalls als kategorialer Moderator getestet und erforderte ebenfalls mindestens fünf Studien zur Kategorienbildung. Daraus ergaben sich folgende Kategorien: „kognitiv-behaviorale Therapien“, „interpersonale Therapien“ oder „andere Therapien“. Die Verfahren der *dritten Welle* der Verhaltenstherapie wie bspw. die Akzeptanz- und Commitmenttherapie wurden ebenfalls zu den kognitiv-behavioralen Verfahren gezählt, da diese als kompatibel

angesehen werden können (Hofmann und Asmundson 2008), und metaanalytisch bestätigt werden konnte, dass entsprechende Verfahren eine effektive Behandlung für ein breites Spektrum von psychischen Störungen darstellen (Khoury et al. 2013). Die Kategorie „andere Therapien“ beinhaltete psychodynamische, emotionsfokussierte, klientenzentrierte, supportive und integrative Therapieformen. Da für einige Primärstudien keine getrennten Effektstärken für die verschiedenen, in der Studie angewendeten Behandlungsverfahren berichtet wurden, wurde eine vierte Kategorie mit dem Label „gemischte Therapien“ gebildet.

- 3) Die Variable Behandlungsdauer wurde in Form der Anzahl der Behandlungsstunden erfasst und dementsprechend als kontinuierliche Moderatorvariable aufgenommen.<sup>7</sup>
- 4) Der Einfluss des Effektstärkentyps wurde als kategorialer Moderator berücksichtigt und erfasste ein statistisches Merkmal des bivariaten Zusammenhangs zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis. Die beiden möglichen Kategorien waren „Korrelation“ oder „standardisiertes Regressionsgewicht“.

## 2.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse wird untergliedert in die quantitativen metaanalytischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und Therapieoutcome und in die narrative Zusammenfassung der Befunde zum Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik und Therapieoutcome.

---

<sup>7</sup> Für diese Moderatoranalyse wurden nur die ambulanten Patientenstichproben verwendet, da die Behandlungsdauer der stationären Therapien auf keine sinnvolle Weise in Behandlungsstunden übersetzt werden konnte.

## **2.3.1 Metaanalyse: Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und Therapieergebnis**

### **2.3.1.1 Studienmerkmale**

Die 49 in die Metaanalyse eingeschlossenen Primärstudien enthielten 56 unabhängige Effektstärken und beinhalteten insgesamt  $N = 3277$  Patienten. Die Mehrheit von 46 Studien wurde in Form von Zeitschriftenartikeln veröffentlicht, zwei Studien waren Promotionsschriften (Bisgaier 2018; Ortmann 2016) und bei einer Studie handelte es sich um einen Konferenzbeitrag (Schauenburg und Dinger 2018). Das mittlere Alter über alle Studien hinweg betrug 35,32 Jahre ( $SD = 7,65$ ; Spannweite = 20,5 – 46,4) und 74,22% der Patienten waren weiblich. Die durchschnittliche Stichprobengröße betrug 59 Patienten ( $SD = 57$ ; Spannweite = 5 – 368). Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien und ihrer Merkmale ist in Anhang 4 dargestellt.

Es zeigte sich eine große Vielfalt an psychischen Beeinträchtigungen: 19 Studien untersuchten affektive Störungen, sieben Studien behandelten Essstörungen, sechs Studien beschäftigten sich mit sozialen Ängsten, sieben Studien beinhalteten diagnostisch gemischte Stichproben und weitere 10 Studien untersuchten andere psychische Belastungen wie Zwangsstörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Tourette-Syndrom, chronisches Erschöpfungssyndrom, repetitive Verhaltensweisen wie Trichotillomanie und stressbelastete Patienten. Auch hinsichtlich ihrer theoretischen Orientierung in Bezug auf das eingesetzte Behandlungsverfahren unterschieden sich die Studien: Kognitiv-behaviorale Verfahren wurden 33 mal eingesetzt, interpersonale Therapien sechs mal und weitere 11 Behandlungen umfassten andere Verfahren wie psychodynamische (4x), emotionsfokussierte (3x), klientenzentrierte (1x), supportive (1x), psychiatrische Milieutherapie (1x) und integrative Therapien (1x). In einer Studie konnte die verwendete Methode nicht klar identifiziert werden. Weitere fünf Studien setzten mehrere Behandlungsverfahren ein, berichteten jedoch

nur Effektstärken für die Gesamtstichprobe, sodass diese Effekte als „gemischte Therapien“ einfließen.

Von den insgesamt 49 Studien setzten 25 Studien neben den psychologischen Behandlungsverfahren zusätzlich psychopharmakologische Therapien ein. Davon berichteten 14 Studien, dass zu Beginn der Psychotherapien entweder keine Veränderung der Medikamentendosierung stattgefunden haben durfte oder dass in einem 4- bis 12-wöchigen Zeitraum vor Studienbeginn keine psychopharmakologische Behandlung begonnen werden durfte. Innerhalb von 13 Studien wurden detaillierte Angaben zum prozentualen Anteil der Patienten gemacht, der Medikamente einnahm (Spannweite: 3,6% bis 100% der Stichproben). In sechs Studien wurde eine 1-4 Wochen andauernde medikationsfreie Zeitspanne als Voraussetzung zur Studienteilnahme beschrieben und in drei Studien war die Einnahme von Psychopharmaka ein explizites Ausschlusskriterium. Die verbleibenden 15 Studien machten keine Angaben zur Einnahme von Medikamenten.

Die psychologischen Behandlungen wurden in 27 Studien in Form von Einzeltherapien angeboten, in 13 Studien als Gruppentherapien und in sechs Studien als Kombinationen aus diesen beiden Varianten. In drei Studien konnte das Behandlungsformat nicht klar ausfindig gemacht werden. Die Behandler innerhalb der Studien variierten hinsichtlich ihrer Berufsgruppe und der Höhe ihres Bildungsgrades: In neun Studien führten (klinische) Psychologen die Behandlungen durch, in weiteren neun Studien postgraduale Trainees (vornehmlich aus dem Fach klinische Psychologie), in 16 Studien eine Mischung oder ein Team aus verschiedenen Therapeuten (Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter, Pflegepersonal und Ergotherapeuten) und in 15 Studien wurden keine Angaben zum Berufsstatus der Therapeuten gemacht. Die Mehrzahl von 40 Studien untersuchte ambulante Patienten. In acht Studien wurden nur Patienten eingeschlossen, die stationär behandelt wurden und in einer Studie wurde eine Kombination aus ambulanten und stationären

Patienten untersucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in den ambulanten Behandlungen lag bei 14,3 Behandlungsstunden ( $SD = 5,8$ ; Spannweite: 4 – 36).

Über alle Studien hinweg wurden acht verschiedene Instrumente zur Erfassung von Selbstkritik und 54 verschiedene Instrumente zur Erfassung des Therapieergebnisses verwendet. Alle 49 in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien setzten mindestens ein primäres, symptombezogenes Outcomeinstrument ein. Achtzehn Studien verwendeten zusätzlich sekundäre Outcomemaße, die die Lebensqualität, das interpersonale oder psychologische Funktionsniveau oder die Stressreaktivität erfassten. In der Mehrzahl der Studien wurde das Therapieergebnis direkt nach Beendigung der jeweiligen Behandlung erfasst. Nur in fünf Studien wurde das Therapieergebnis erst nach einer gewissen Zeitspanne im Follow-up gemessen. Der bivariate Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis konnte in 49 Fällen als Korrelationskoeffizient und in sechs Fällen als standardisiertes Regressionsgewicht dargestellt werden. Für eine Studie (Judge et al. 2012) konnte nur eine Korrelation zwischen Selbstkritik zu Therapiebeginn und einem Veränderungswert des Therapieoutcomes im Verlauf der Behandlung extrahiert werden. Aufgrund der statistischen Ähnlichkeit dieser Korrelation zu einem standardisierten Regressionsgewicht wurde diese Effektstärke als Regressionsgewicht gewertet.

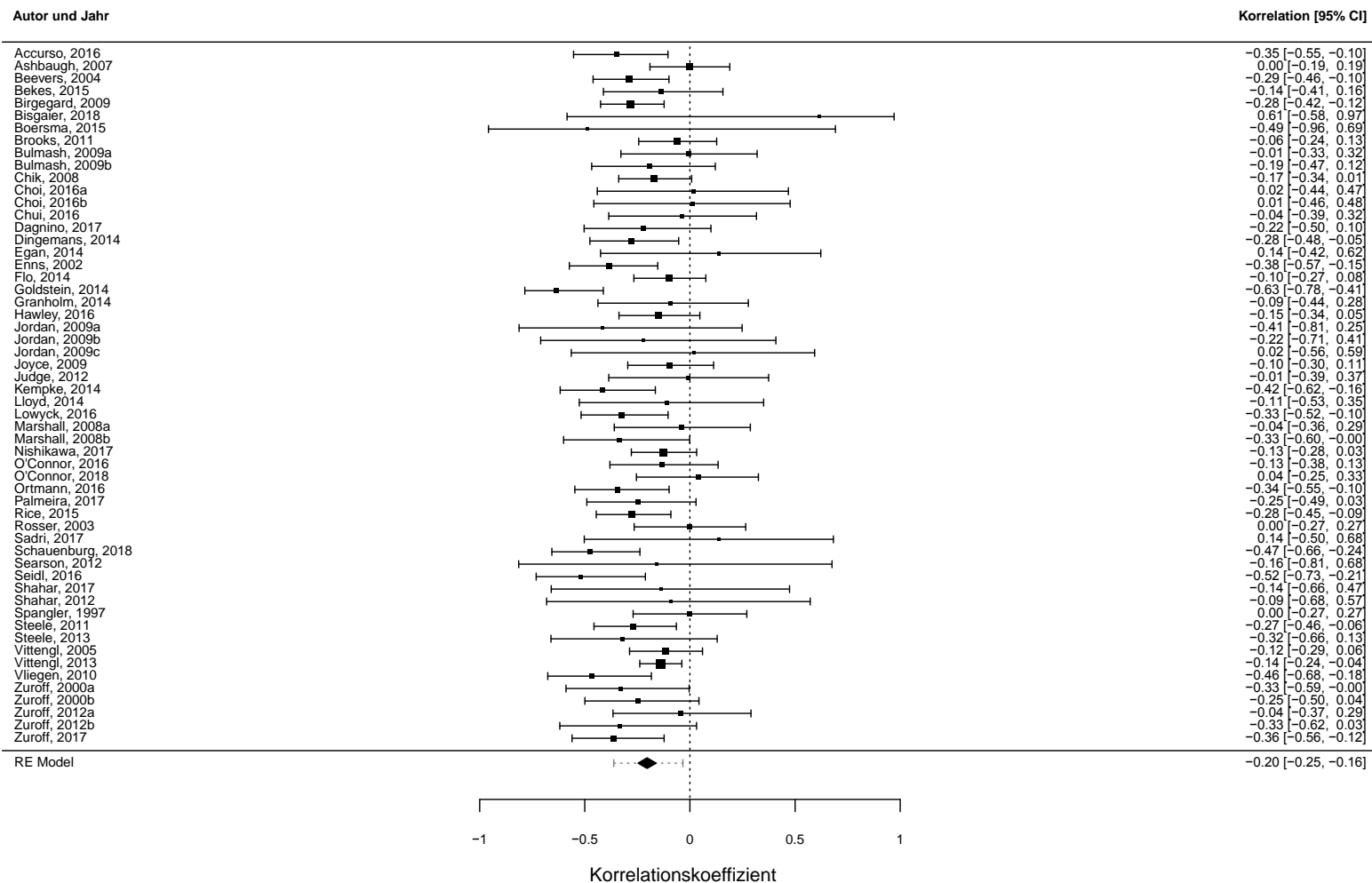
### **2.3.1.2 Mittlere Gesamteffektstärke und Heterogenität**

Das Random-Effects-Modell erzielte eine signifikante mittlere Gesamteffektstärke von  $r = -,20$  (95% CI =  $-,25 - -,16$ ;  $p < ,0001$ ) für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Behandlungsbeginn und Psychotherapieergebnis. Gemäß den Richtlinien nach Cohen (1992) entspricht dies einem kleinen bis mittelgroßen Effekt. Die einzelnen Effektstärken und 95%-Konfidenzintervalle sind in Abbildung 2 dargestellt. Die Ergebnisse des  $Q$ -Tests ergaben eine marginal nicht signifikante Heterogenität der Effektstärken,  $Q(55) = 73,16$ ;  $p = ,0512$ . Die geschätzte Standardabweichung der wahren Effekte lag bei  $\tau = 0,08$  (95% CI =  $0,00 - 0,15$ ).

Der Anteil der beobachteten Varianz, der die Varianz in den wahren Effektstärken widerspiegelt, lag mit  $I^2 = 27,46\%$  bei einem verhältnismäßig geringen Ausmaß an Heterogenität zwischen den Effektstärken.

Explorative Analysen wurden durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Selbstkritik zu Behandlungsbeginn und Therapieergebnis getrennt für bestimmte Outcomekategorien zu bestimmen. Eine separate mittlere Effektstärke wurde berechnet, wenn ausreichend viele Primärstudien für eine Kategorie von Outcomes vorlagen. Diese Vorgehensweise ergab eine kleine bis moderate mittlere Effektstärke für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und symptombezogenen Outcomes ( $r = -,21$  [95% CI =  $-,25 - -,16$ ;  $p < ,0001$ ;  $k = 56$ ]) und eine ähnlich hohe mittlere Effektstärke für Outcomes, die das interpersonale Funktionsniveau erfassten ( $r = -,22$  [95% CI =  $-,30 - -,14$ ;  $p < ,001$ ;  $k = 8$ ]). Die Effektstärken für Outcomes, die die Lebensqualität und das psychologische Funktionsniveau erfassten, waren ebenfalls signifikant, aber im Bereich einer kleinen Effektstärke ( $r = -,16$  [95% CI =  $-,27 - -,05$ ;  $p = ,01$ ;  $k = 13$ ]). Outcomes, die die Stressreaktivität erfassten, wurden lediglich in zwei Studien erfasst, sodass keine mittlere Effektstärke berechnet werden konnte.



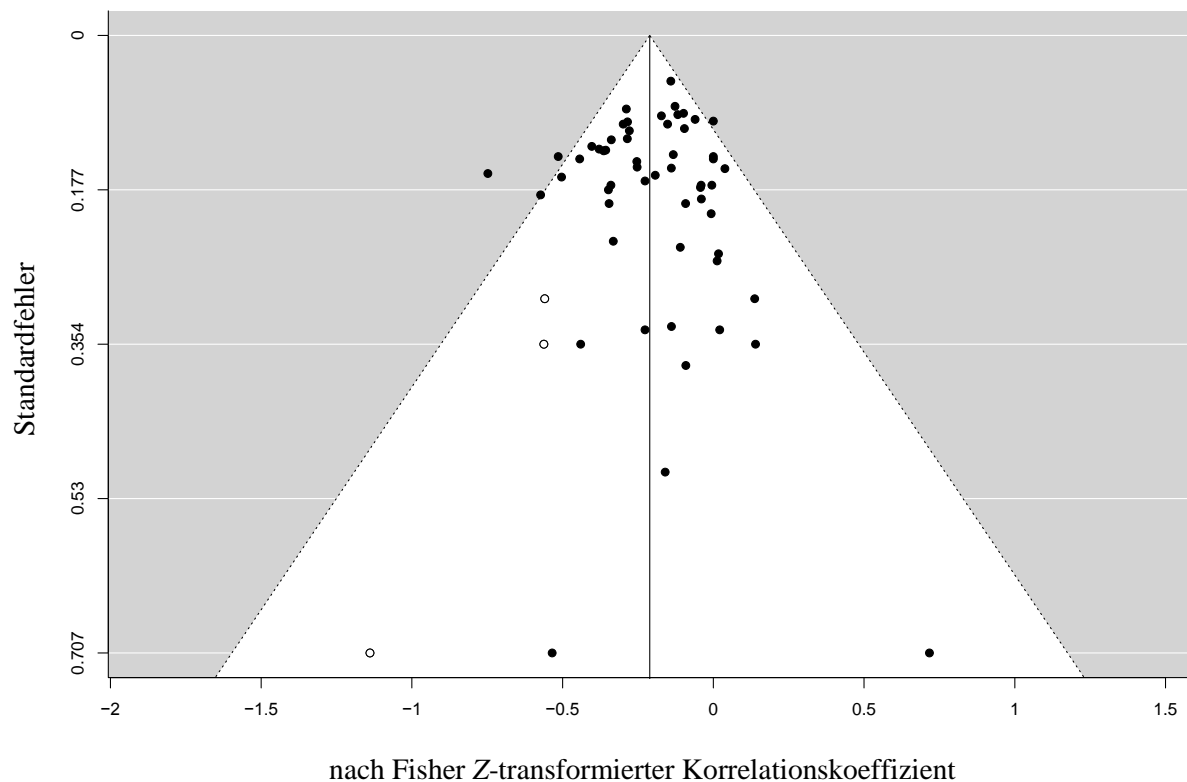


**Abbildung 2: Forest-Plot der Effektstärken zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis**

*Anmerkungen:* Die Quadrate repräsentieren die Effektstärken für die jeweilige Studien, die Größe des Quadrats spiegelt die relative Gewichtung der jeweiligen Studie innerhalb der Metaanalyse wider und die Länge der horizontalen Linien zeigen die 95%-Konfidenzintervalle an. Der Diamant am unteren Ende der Abbildung repräsentiert die geschätzte mittlere Gesamteffektstärke, die Breite des Diamanten zeigt das 95%-Konfidenzintervall an und die gestrichelte Linie das Vorhersageintervall. Wenn mehrere Effektstärken aus einer Studie extrahiert wurden, sind diese als separate Studien aufgeführt und mit einem zusätzlichen Buchstaben neben dem Publikationsjahr versehen. CI = Konfidenzintervall; RE Model = Random-Effects-Modell.

### **2.3.1.3 Sensitivitätsanalysen und Risikobestimmung für eine Publikationsverzerrung**

Die Sensitivitätsanalysen mittels der leave-one-out-Strategie ergaben 56 mittlere Effektstärken, deren Werte zwischen  $r = -,21$  und  $r = -,20$  ( $p < ,0001$ ) schwankten. Einige der assoziierten Tests auf Heterogenität wurden signifikant ( $60,97 \leq Q \leq 73,15$ ), wobei das Ausmaß der Heterogenität auf einem niedrigen Niveau blieb ( $16,13 \leq I^2 \leq 29,40$ ). Damit zeigten sich die Ergebnisse der Metaanalyse nicht maßgeblich durch eine Einzelstudie beeinflusst. Anhand von Abbildung 3 kann die visuelle Überprüfung des Funnel-Plots nachvollzogen werden. Dabei zeigte sich lediglich eine geringfügige Asymmetrie mit fehlenden Studien auf der linken Seite der Grafik. Dieses Muster ist untypisch für eine Publikationsverzerrung, da auf der linken Seite des Funnel-Plots Studien mit großen Effektstärken abgetragen sind. Dementsprechend ergab auch Eggers Regressionstest (1997) mit einem nicht signifikanten Ergebnis keine Hinweise auf eine Publikationsverzerrung ( $t = 0,41$ ;  $p = .68$ ). Dennoch wurde die trim-and-fill-Prozedur nach Duval und Tweedie (2000) eingesetzt, um eine mögliche Verzerrung zu quantifizieren. Die Analyse ergab, dass drei hypothetische Studien eingefügt werden müssten, um eine Symmetrie im Funnel-Plot zu gewährleisten. Diese drei zusätzlichen Studien würden zu einer unverfälschten mittleren Gesamteffektstärke von  $r = -,21$  (95% CI =  $-,26 - -,17$ ;  $p < ,0001$ ) führen und damit nur zu einer unwesentlichen Abweichung von der ursprünglich geschätzten mittleren Effektstärke. Abbildung 3 gibt auch die von der trim-and-fill-Prozedur eingefügten Daten wider.



**Abbildung 3: Funnel-Plot zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieergebnis**

*Anmerkungen:* Auf der x-Achse sind die nach Fisher Z-transformierten Korrelationskoeffizienten aufgetragen und auf der y-Achse die Studienpräzision in Form der Standardfehler. Die schwarzen Punkte repräsentieren die beobachteten Effektstärken der Primärstudien und die weißen Punkte die durch die trim-and-fill-Prozedur identifizierten fehlenden Effektstärken hypothetischer Studien. Die durchgezogene vertikale Linie zeigt den mittleren Gesamteffekt an.

#### **2.3.1.4 Moderatoranalysen**

Trotz der verhältnismäßig geringen Heterogenität wurden die a priori geplanten Moderatoranalysen durchgeführt. Die Analyse zum Einfluss der psychischen Probleme basierte auf der Gesamtzahl der 56 in die Metaanalyse eingeschlossenen Effektstärken. Der Omnibustest ergab, dass die Art des psychischen Problems den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis signifikant moderierte ( $F(3, 52) = 4,08; p < 0.05$ ). Dabei zeigten Essstörungen den größten mittleren Effekt ( $r = -,33$ ), gefolgt von affektiven Störungen ( $r = -,23$ ), Stichproben mit anderen Diagnosen oder psychischen Beeinträchtigungen und gemischten Stichproben ( $r = -,16$ ) und sozialen Ängsten ( $r = -,09$ ).

Das Behandlungsverfahren ( $k = 55$ ;  $p = 0,16$ ), die Behandlungsdauer ( $k = 46$ ;  $p = 0,16$ ) und der Effektstärkentyp ( $k = 56$ ;  $p = 0,48$ ) zeigten keinen moderierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis.

### **2.3.2 Narrative Zusammenfassung: Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik und Therapieergebnis**

Insgesamt sieben Studien enthielten Daten zum Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik im Verlauf von Psychotherapie und dem Therapieergebnis. Diese Daten wurden nochmals untergliedert in 1) Studien, die eine Veränderung von Selbstkritik mit dem Therapieoutcome direkt nach Beendigung der Behandlung in Verbindung brachten und 2) Studien, die eine Veränderung von Selbstkritik mit einer Veränderung eines Therapieoutcomes in Zusammenhang brachten.

#### **2.3.2.1 Zusammenhang: Veränderung von Selbstkritik und Therapieergebnis direkt nach Therapieende**

Drei Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen einer Veränderung von Selbstkritik im Verlauf einer Behandlung und dem Therapieergebnis direkt im Anschluss an die Behandlung. Die erste Studie konnte zeigen, dass die Reduktion von Selbstkritik im Rahmen einer kognitiv-behavioralen Therapie nicht das Ausmaß von sozialen Ängsten am Ende der Behandlung vorhersagen konnte, nachdem für die sozialen Ängste am Anfang und für die Veränderung von allgemeiner Psychopathologie kontrolliert wurde (Ashbaugh et al. 2007). Die zweite Studie lieferte ähnliche Ergebnisse, da die Reduktion von Selbstkritik nicht signifikant mit den Depressivitätswerten am Ende einer psychodynamischen Behandlung assoziiert war (Chui et al. 2016). Entgegen dieser Befunde bestätigte die letzte Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Reduktion von Selbstkritik während einer

kognitiv-behavioralen Therapie und depressiven Symptomen am Ende, auch nachdem für die Depressionswerte am Anfang der Behandlung kontrolliert wurde (Enns et al. 2002). Mit zwei Studien, die keinen Effekt finden konnten und lediglich einer Studie, die einen Effekt zwischen der Reduktion von Selbstkritik und dem Therapieergebnis fand, lässt sich insgesamt keine eindeutige Schlussfolgerung ziehen und die Ergebnisse sollten aufgrund der kleinen Studienanzahl mit Vorsicht interpretiert werden.

### ***2.3.2.2 Zusammenhang: Veränderung von Selbstkritik und Veränderung von Therapieergebnis***

Der Zusammenhang zwischen einer Veränderung von Selbstkritik und der Veränderung von Therapieoutcomes wurde in insgesamt fünf Studien untersucht und gibt eine Kovariation von Veränderung wider, da Selbstkritik und Outcomes parallel jeweils zu Anfang und am Ende der Therapien erfasst wurden. Die erste dieser Studien fand keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Reduktion von Selbstkritik und der Reduktion der depressiven Symptomatik im Rahmen einer psychodynamischen Behandlung (Chui et al. 2016). In Übereinstimmung damit war auch die Reduktion von Selbstkritik während einer kognitiven Therapie nicht maßgeblich mit der Veränderung verschiedener Outcomemaße verbunden (O'Connor et al. 2018). Die verbleibenden drei Studien konnten jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen den Veränderungswerten von Selbstkritik und Outcomes nachweisen. So konnte eine Reduktion von Selbstkritik während einer kognitiv-behavioralen Therapie die Reduktion von depressiven-, Angst- und Essstörungssymptomen vorhersagen und war darüber hinaus mit einem Anstieg an Lebensqualität verbunden (Handley et al. 2015). Zudem konnte eine Reduktion von Selbstkritik mit einer Reduktion der allgemeinen psychischen Belastung im Rahmen einer psychodynamischen Therapie in Verbindung gebracht werden (Lowyck et al. 2016) sowie mit einer Reduktion depressiver Symptome im

Rahmen einer kognitiven Behandlung (Rector et al. 2000). Dennoch können mit insgesamt nur drei Studien, die einen signifikanten Effekt belegen und zwei Studien, die keinen solchen Effekt nachweisen konnten, auch hier keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

## **2.4 Diskussion**

Das Ziel des systematischen Reviews war es, einen Schätzer für den mittleren Gesamteffekt des Zusammenhangs zwischen Selbstkritik zu Behandlungsbeginn und Psychotherapieergebnis zu berechnen. Dabei wurde auch der Einfluss potentieller Moderatoren berücksichtigt. Aufgrund der geringen Anzahl von Studien, die Veränderungswerte von Selbstkritik mit Therapieoutcomes in Verbindung brachten, wurden diese Befunde narrativ zusammengefasst.

### **2.4.1 Selbstkritik zu Behandlungsbeginn und Therapieergebnis**

Die Metaanalyse beinhaltete insgesamt 49 Studien (56 unabhängige Effektstärken) und ergab einen kleinen bis moderaten negativen mittleren Gesamteffekt zwischen Selbstkritik und Psychotherapieergebnis. Je höher also das Ausmaß an Selbstkritik zu Anfang einer Behandlung, desto schwächer fällt das Therapieergebnis aus. Da es keine Hinweise für eine Publikationsverzerrung gab, kann die Präzision der Schätzung des Gesamteffekts als hoch betrachtet werden. Die Gefahr der selektiven Veröffentlichung von Studien mit signifikanten, hohen Ergebnissen war auch deshalb als klein einzuschätzen, da sich die Hauptfragestellung der meisten eingeschlossenen Studien nicht primär auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome richtete. Der gefundene Gesamteffekt kann also als verlässlicher Indikator für den wahren Populationseffekt betrachtet werden.

Für den negativen Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis können verschiedene Erklärungsansätze in Betracht gezogen werden. So könnte sich der gefundene Zusammenhang aufgrund von spezifischen zwischenmenschlichen Problemen bei selbstkritischen Patienten bzw. aufgrund eines Mangels an Verbundenheit zu anderen zeigen. Dies wird gestützt von Befunden, die belegen, dass Selbstkritik mit einem distanzierten, kühlen, zynischen und offen feindseligen zwischenmenschlichen Verhalten sowie mit weniger Selbstoffenbarungen in intimen Beziehungen einhergeht (Dinger et al. 2015a; Dunkley und Kyparissis 2008; Mongrain et al. 2004; Zuroff und Duncan 1999; Zuroff und Fitzpatrick 1995). Solche Verhaltensweisen könnten die Qualität des sozialen Netzwerks entsprechender Patienten beeinflussen. Dementsprechend fanden Shahar et al. (2004), dass das Ausmaß von Selbstkritik zu Beginn einer Psychotherapie ein weniger gutes soziales Netzwerk im Verlauf der Behandlung vorhersagte. Dabei zeigten selbstkritische Patienten Schwierigkeiten, befriedigende soziale Beziehungen außerhalb der Behandlung zu initiieren und aufrechtzuerhalten, was wiederum eine geringere Symptombesserung am Ende der Therapie vorhersagte. Weitere Ergebnisse in diese Richtung konnten belegen, dass die Selbstkritik von Patienten zu Anfang einer Behandlung das Ausmaß der erhaltenen, sozialen Unterstützung beeinträchtigte und dies wiederum negativ das Therapieergebnis am Ende beeinflusste (Blatt et al. 2010). Jedoch scheinen nicht nur die sozialen Bezüge außerhalb der Therapie durch die selbstkritischen Tendenzen beeinträchtigt zu sein, sondern auch die therapeutische Beziehung selbst. Verschiedene Studien bestätigten den schädlichen Effekt von Selbstkritik auf die therapeutische Arbeitsbeziehung (Blatt et al. 2010; Whelton et al. 2007; Zuroff et al. 2000). Dabei hatten selbstkritische Patienten größere Probleme, mit ihrem Therapeuten eine tragfähige Beziehung aufzubauen und zu erhalten. Dies wirkte sich dann wiederum negativ auf das Behandlungsergebnis aus. Darüber hinaus konnte Selbstkritik mit einem unsicheren, insbesondere mit einem unsicher-vermeidenden, aber auch mit einem unsicher-ängstlichen Bindungsstil in Zusammenhang gebracht werden (Dagnino et al. 2017). Insgesamt sprechen

diese Forschungsergebnisse dafür, dass der Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome durch Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen vermittelt wird. Dieser Erklärungsmechanismus für den gefundenen Zusammenhang passt gut zu den bipolaren Modellen der Persönlichkeitsentwicklung, die annehmen, dass Persönlichkeitspathologien aufgrund eines Ungleichgewichts zwischen dem Pol der Selbstdefinition und dem Pol der Bezogenheit entsteht (Beck 1983; Blatt und Luyten 2009). Auf die hier gewonnenen Ergebnisse übertragen, könnte eine übermäßige Betonung von Selbstkritik auf Kosten von interpersonaler Bezogenheit im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung dazu führen, dass die Fähigkeit beeinträchtigt wird, intime und wechselseitig befriedigende Beziehungen aufzubauen. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die korrelativen Ergebnisse nicht notwendigerweise Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zwischen den diskutierten Variablen nahelegen.

Eine weitere Erklärung für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis könnte die Beziehung zwischen Selbstkritik und strukturellen Persönlichkeitsdefiziten liefern. Unter strukturellen Persönlichkeitsdefiziten verstehen sich Beeinträchtigungen in basalen psychologischen Fertigkeiten, die sich sowohl auf das Funktionsniveau des Selbst als auch auf das zwischenmenschliche Funktionieren beziehen (Bender et al. 2011; Morey et al. 2013; OPD Task Force 2008). Erste Studien konnten zeigen, dass selbstkritische Patienten größere Defizite im Strukturniveau ihrer Persönlichkeit aufweisen (de la Parra et al. 2017; Schauenburg und Dinger 2018). Konkret war Selbstkritik mit Schwächen in den Fertigkeiten, *Objektbeziehungen zu regulieren* und eine *Bindung zu internalisierten Objekten herzustellen*, verbunden. Die Autoren der Studien erklärten dieses spezifische Muster der Persönlichkeitsbeeinträchtigung mit der typischen Eigenschaft selbstkritischer Personen, andere Menschen aufgrund ihrer introjektiven Haltung und ihrer vorrangig auf das eigene Selbst gerichteten Aufmerksamkeit weniger wahrzunehmen. Um den Objektbezug erfolgreich zu regulieren, ist es jedoch erforderlich, Beziehungen zu schützen,



Interessen auszugleichen und die Reaktionen anderer Menschen auf das eigene Verhalten zu antizipieren. Selbstkritischen Personen könnten eben diese Fertigkeiten fehlen. Die eingeschränkte Bindungsfähigkeit selbstkritischer Menschen könnte zudem auf das Fehlen positiver, internalisierter Repräsentationen wichtiger Bezugspersonen zurückzuführen sein. Defizite im Bereich dieser basalen Fertigkeiten könnten den Behandlungserfolg selbstkritischer Patienten beeinträchtigen. In einer Studie von Schauenburg und Dinger (2018) konnte tatsächlich gezeigt werden, dass in einer depressiven Stichprobe, in der bei mehr als der Hälfte der Patienten die Kriterien einer BPS erfüllt waren und die im Rahmen eines psychodynamischen, multimodalen Therapieprogramms behandelt wurden, der Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome vom Strukturniveau der Persönlichkeit mediiert wurde.

#### **2.4.2 Moderatoranalysen**

Obwohl das Ausmaß an Heterogenität gering ausfiel, wurde geprüft, ob der Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcomes von Moderatorvariablen beeinflusst wurde. Dabei fand sich ein signifikanter Moderatoreffekt für psychische Probleme, mit der größten negativen Korrelation zwischen Selbstkritik und dem Behandlungsergebnis bei Essstörungen, mit der kleinsten negativen Korrelation bei Patienten mit sozialen Ängsten und mit dazwischen liegenden Korrelationen für Patienten mit affektiven Störungen und Stichproben mit anderen Diagnosen/gemischten Stichproben. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund stellt das relativ hohe Ausmaß an Anorexiepatienten in den Essstörungsstichproben dar. Anorektische Individuen könnten die selbstkritische Einstellung gegenüber ihrem eigenen Körper positiver bewerten als andere Patientengruppen und mit ihrer Selbstkritik Vorteile verbinden, indem sie bspw. einen zunehmenden Gewichtsverlust als Mittel einsetzen, um Respekt von anderen zu gewinnen (Egan et al. 2013). Dementsprechend könnten Anorexiepatienten weniger motiviert sein, ihre

selbstkritische Haltung während einer therapeutischen Behandlung zu verändern und eher rigide an dieser festhalten, was das Therapieergebnis in besonderem Maße gefährden könnte. Zudem könnte der gewöhnlich hohe Grad an Chronizität bei erwachsenen Anorexiepatienten eine ebenfalls hohe Chronizität der Selbstkritik implizieren und zu dem gefundenen, besonders ausgeprägten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis in dieser Patientengruppe beitragen. Eine alternative Erklärung für den Moderatoreffekt bietet die variierende inhaltliche Überlappung zwischen den Maßen für Selbstkritik und den Outcomemaßen für unterschiedliche Störungen. Während die meisten Maße für Essstörungen explizit negative Bewertungen der eigenen Person in Form von Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper beinhalten, enthalten Maße für soziale Ängste weniger Items mit solchen expliziten negativen Selbstbewertungen. Zukünftige Studien sollten zu einer weiteren Klärung der moderierenden Rolle verschiedener psychischer Probleme beim Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis beitragen und dabei neben Depressionen, sozialen Ängsten und Essstörungen insbesondere weitere Diagnosen wie bspw. Persönlichkeits- und Zwangsstörungen berücksichtigen, die in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert waren.

Der Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis wurde nicht vom Behandlungsverfahren und der Behandlungsdauer moderiert. Dieses Ergebnis stellt die Annahme infrage, dass selbstkritische Patienten insbesondere von einsichtsbasierten, psychoanalytischen Langzeittherapien und weniger von kürzeren Therapieformaten profitieren (Blatt 1992; Blatt et al. 2010). Die meisten in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien untersuchten jedoch kognitiv-behaviorale Therapien. Andere Therapieverfahren einschließlich einsichtsbasierter psychodynamischer Behandlungen wurden in einer Kategorie der Moderatorvariable zusammengefasst. Darüber hinaus wurden in der Hälfte der eingeschlossenen Studien Kurzzeittherapien mit 12 oder weniger Sitzungen angeboten. In nur drei Studien wurden mehr als 20 Therapiesitzungen abgehalten, sodass insgesamt kaum Langzeitstudien in die Analyse eingeflossen sind. Ob einsichtsbasierte Langzeittherapien bei

selbstkritischen Patienten besser wirken, kann basierend auf den bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden Daten also noch nicht eindeutig beantwortet werden. Um den Einfluss des Behandlungsverfahrens auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieerfolg besser zu verstehen, sollte zukünftige Forschung ein breites Spektrum an verschiedenen Therapiemodalitäten untersuchen und dabei ein besonderes Augenmerk auf Langzeittherapien richten.

Schließlich zeigte sich auch beim Effektstärkentyp kein signifikanter Moderatoreffekt. Daraus ergibt sich, dass es sich für den Haupteffekt als irrelevant erwies, ob es sich bei den Effektstärken der Primärstudien um Korrelationen oder um standardisierte Regressionsgewichte handelte. Da die Regressionsgewichte in der Regel aus multiplen Regressionsanalysen stammten, in denen neben Selbstkritik auch für andere Prädiktorvariablen kontrolliert wurde, unterstreicht das nicht signifikante Ergebnis die Robustheit des Gesamteffekts. Jedoch bleibt festzuhalten, dass die Moderatoranalysen mit Bezug auf die Simulationsstudien der Teststärke von Moderatoranalysen in Metaanalysen von Hempel et al. (2013) grundsätzlich unter einer eher geringen statistischen Teststärke von etwa 0,40 und weniger litten. Zur Lösung dieses Problems und zur Stärkung der Interpretierbarkeit der Moderatoranalysen sollten die Anzahl der Primärstudien und die Größe der Patientenstichproben zukünftig steigen. Nichtsdestotrotz konnte ein signifikanter Moderator identifiziert werden. Dies spricht für die Größe des Moderatoreffekts der psychischen Probleme.

Obwohl Qualitätseinschätzungen von Primärstudien häufig eingesetzt werden, um für Verzerrungstendenzen in Metaanalysen zu kontrollieren, wurde dies aufgrund der Empfehlungen von Ahn und Becker (2011) in der vorliegenden Studie nicht realisiert. Die Autoren argumentieren gegen eine Gewichtung der Effektstärken basierend auf den Qualitätsratings der Primärstudien, da Forscher nie abschätzen können, ob qualitätsbedingte Verzerrungen vorliegen. In der Psychotherapieforschung werden Qualitätsmaße häufig im

Rahmen von Metaanalysen zu Effektivitätsstudien verwendet, in denen eine Form der Psychotherapie mit einer anderen verglichen wird. Aufgrund der großen Relevanz dieser Studien für gesundheitspolitische Entscheidungen, aber auch für die persönlichen Karrierewege der entsprechenden Forscher, sind Qualitätsbeurteilungen wichtig, um die faire Bewertung von Behandlungen zu garantieren. Die Idee hinter solchen Qualitätskontrollen in Metaanalysen ist die Annahme, dass Ergebnisse aus qualitativ hochwertigeren Studien näher an der „wahren“ Effektstärke liegen und weniger anfällig für Verzerrungen aufgrund des Treue-Effekts („allegiance bias“) oder anderer Einflussgrößen sind. Eine Metaanalyse zum systematischen Einfluss von Qualitätsratings auf den Behandlungseffekt in Metaanalysen randomisiert-kontrollierter Studien konnte jedoch zeigen, dass Qualitätsmaße nicht signifikant mit der Größe des Behandlungseffekts zusammenhängen (Balk et al. 2002). Da in der vorliegenden Arbeit zudem keine klare Hypothese zum Einfluss der Studienqualität auf die Ergebnisse formuliert werden konnte, wurde auf ein entsprechendes Qualitätsrating verzichtet. Darüber hinaus war aufgrund unserer strengen Einschlusskriterien, z.B. in Bezug auf die ausschließliche Berücksichtigung von Studien mit validen und reliablen Messinstrumenten für Selbstkritik, nur eine sehr geringe Varianz in potentiellen Qualitätsratings zu erwarten. Zudem wurden die problematischsten Qualitätsaspekte in Primärstudien (kleine Stichproben und kein direkter Zugriff auf Korrelationen) durch die unterschiedliche statistische Gewichtung der Studien und den Einschluss des Moderators Effektstärkentyp berücksichtigt. Ein mögliches Verzerrungsrisiko (z.B. Publikationsbias) wurde auch aufgrund der Tatsache, dass die Hauptfragestellung der meisten eingeschlossenen Studien nicht auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis fokussierte, als gering eingeschätzt.

### **2.4.3 Veränderung von Selbstkritik im Verlauf von Therapie**

Die narrative Zusammenfassung zum Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik im Verlauf der Therapien und den Behandlungsergebnissen zeigt die bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt uneinheitliche Befundlage auf. Etwa die Hälfte der eingeschlossenen Effektstärken ergab einen signifikanten Zusammenhang, während die andere Hälfte keinen Zusammenhang lieferte. Insgesamt sollten die Ergebnisse dieser Zusammenfassung aufgrund der beschriebenen Inkonsistenzen und der kleinen Anzahl eingeflossener Effektstärken mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch sollte die Reduktion von Selbstkritik im Verlauf einer Behandlung und deren Einfluss auf den Therapieerfolg zukünftig weiter Berücksichtigung finden. Es ist wichtig zu untersuchen, ob eine Reduktion von Selbstkritik als potentieller Veränderungsmechanismus im Rahmen von Psychotherapie zu betrachten ist. Dies würde auch die Frage beantworten, ob es von Vorteil ist, wenn Psychotherapeuten explizit auf die Veränderung selbstkritischer Haltungen bei ihren Patienten fokussieren.

### **2.4.4 Limitationen und Ausblick**

In der vorliegenden Studie wurde der Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieoutcomes systematisch mittels einer metaanalytischen Vorgehensweise untersucht. Der größte Vorteil dieses Ansatzes besteht in der quantitativen Synthese relevanter Ergebnisse über eine Vielzahl von Einzelstudien hinweg. Dabei wurden nicht nur Studien eingeschlossen, die verschiedene Therapieverfahren und Studiendesigns umsetzten, sondern auch solche, die ein breites Spektrum an psychischen Problemen und Outcomemaßen berücksichtigten. Die Ergebnisse der Studie liefern aus einer Vogelperspektive Informationen darüber, was Forscher bisher über die Verbindung zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis herausgefunden haben. Für die grundsätzliche Validität der Ergebnisse sprechen die nicht vorhandene Publikationsverzerrung sowie das geringe Ausmaß an

Heterogenität, das eine hohe Vergleichbarkeit der Primärstudien nahelegt. Damit sieht sich die Studie nicht mit dem häufig beschriebenen Kritikpunkt des Vergleichs von Äpfeln und Birnen im Rahmen von Metaanalysen konfrontiert.

Neben diesen Stärken müssen auch einige Limitationen im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie benannt werden. Obwohl davon ausgegangen wird, dass Selbstkritik die schlechten Therapieergebnisse vorhersagt, können aufgrund der nicht-experimentellen und korrelativen Daten aus den Primärstudien keine kausalen Schlüsse gezogen werden. Dementsprechend könnte es sich mit der Kausalität auch umgekehrt verhalten, indem nämlich eine hohe Ausprägung anfänglicher Symptome dazu führen könnte, dass Patienten selbstkritischer mit sich sind, was wiederum das Ausmaß der Symptomatik am Ende der Behandlungen beeinflussen könnte. Zudem könnten auch dritte Einflussgrößen für den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieerfolg verantwortlich sein. In die Metaanalyse flossen ausschließlich längsschnittliche Studien ein, die Selbstkritik zum Anfang der Behandlung mit dem Therapieerfolg am Ende der Behandlung oder später in Beziehung setzten. Obwohl konfundierende Variablen damit nicht gänzlich ausgeschlossen werden können, wird das Risiko einer umgekehrten Wirkrichtung durch diese zeitliche Abfolge von Selbstkritik und Therapieergebnis zumindest vermindert. Im Rahmen der narrativen Zusammenfassung von Veränderungswerten von Selbstkritik war es zudem nicht möglich, die Reduktion von Selbstkritik als Veränderungsmechanismus in der Psychotherapie nachzuweisen. Da die in den narrativen Review eingeschlossenen Studien ein einfaches prä-post-Design mit zwei Messzeitpunkten verwendeten, spiegelt sich in dem untersuchten Zusammenhang zwischen der Veränderung von Selbstkritik und der Veränderung in den Outcomemaßen keine zeitliche Reihenfolge wider, sondern lediglich eine Kovariation von Veränderung. Um den kausalen Einfluss von Selbstkritik auf das Therapieergebnis und die wechselseitigen Beziehungen zwischen Selbstkritik und Symptomatik im Verlauf von Therapie zu untersuchen, sollten zukünftige Studien prospektive

Designs mit mehreren Messzeitpunkten verwenden, die auch weitere Prozessvariablen und potentiell konfundierende Variablen berücksichtigen. Dennoch stellen die korrelativen Befunde der vorliegenden Studie einen bedeutsamen ersten Schritt dar, um Selbstkritik als Prädiktor des Therapieerfolgs zu etablieren. Welche Rolle Selbstkritik als potentieller Veränderungsmechanismus im Rahmen von Psychotherapie spielt, bleibt jedoch weiterhin offen.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass es nicht möglich war, differenzielle Effekte verschiedener Subtypen von Selbstkritik auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis zu identifizieren, da die Mehrzahl der Primärstudien nicht zwischen verschiedenen Subtypen unterschiedet. Die ursprüngliche Konzeptualisierung von Selbstkritik als eher neurotische Persönlichkeitsdisposition nach Blatt (1974) wurde von den meisten Instrumenten zur Messung von Selbstkritik übernommen. Neuere Studien legen jedoch nahe, dass dieser neurotische Subtyp durch eine „aggressivere“ Facette von Selbstkritik ergänzt werden kann, die sich vor allem in aktiven Selbstangriffen und Selbsthass äußert. So konnte bspw. in einer Stichprobe depressiver Patienten mit einer komorbiden BPS gezeigt werden, dass Selbstkritik in dieser Patientengruppe mit selbstdestruktiven Verhaltensweisen und Identitätsstörungen einherging (Levy et al. 2007). In einem systematischen Review zur Qualität von Depressionen bei Patienten mit BPS im Vergleich zu Patienten, die lediglich unter einer depressiven Störung litten, fanden die Autoren ein erhöhtes Maß an Selbstkritik und Aggressivität bei den Patienten mit BPS, was die Idee eines aggressiven oder „bösewütenden“ Subtyps von Selbstkritik in depressiven BPS Patienten stützt (Köhling et al. 2015). Folglich könnte Selbstkritik in Abhängigkeit vom Integrationsniveau der Persönlichkeit unterschiedlich gestaltet sein. Diese verschiedenen Subtypen von Selbstkritik könnten dann wiederum auf unterschiedliche Weise mit dem Behandlungserfolg in Verbindung stehen. So ist bspw. anzunehmen, dass ein aggressiverer Subtyp von Selbstkritik den therapeutischen Prozess und den Behandlungserfolg in besonderem Maße beeinträchtigt. Das

Forschungsinteresse sollte sich in Zukunft vermehrt auf den Effekt verschiedener Subtypen von Selbstkritik auf das Behandlungsergebnis richten. Dazu müssen angemessene Instrumente zur Verfügung stehen, die diese Subtypen reliabel erfassen können. Die FSCRS (Gilbert et al. 2004) stellt dabei eine erste wichtige Entwicklung in diese Richtung dar, da der Fragebogen sowohl eine eher neurotische Facette von Selbstkritik misst (Inadäquates Selbst) als auch eine aggressivere Form (Verhasstes Selbst). Die zweite Teilstudie der vorliegenden Dissertationsarbeit greift diesen Aspekt auf und trägt zur Entwicklung geeigneter Instrumente bei.

Eine dritte Einschränkung der Studie besteht in der Schwerpunktsetzung auf den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen. Andere Behandlungsmöglichkeiten wie bspw. medikamentöse Ansätze wurden nicht explizit berücksichtigt. Etwa die Hälfte der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien erlaubte die gleichzeitige Einnahme von Psychopharmaka. Dies könnte als konfundierender Faktor verstanden werden, der die Interpretierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Jedoch musste die Medikation in einer Vielzahl der Studien für einen bestimmten Zeitraum vor Beginn der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung stabil gehalten werden, sodass der Einfluss der pharmakologischen Behandlungen minimiert wurde. Das besondere Interesse an dem fokussierten Zusammenhang mit Psychotherapieerfolg ist in der Annahme begründet, dass Selbstkritik ein relationales Konstrukt ist. Es wird angenommen, dass Selbstkritik im Rahmen von frühen Beziehungserfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen entsteht (Blatt 1974), den Therapieerfolg aufgrund von Defiziten im zwischenmenschlichen Bereich beeinträchtigt (Dinger et al. 2015a; Shahar et al. 2004) und potentiell im Kontext einer psychotherapeutischen Beziehung veränderbar ist (Shahar et al. 2012). Nichtsdestotrotz könnte es von theoretischer und klinischer Bedeutsamkeit sein, die Beziehung zwischen Selbstkritik und Therapieergebnis im Rahmen von pharmakologischen Behandlungen zu



untersuchen. Um differenzielle und sich überschneidende kausale Mechanismen beider Behandlungsansätze zu identifizieren, sollte zukünftige Forschung die psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungen explizit trennen und die Effekte beider Ansätze systematisch kontrastieren (Chui et al. 2016).

Eine weitere Limitation ist darin zu sehen, dass die inhaltliche Überschneidung zwischen Selbstkritik und den Outcomemaßen einen Teil des gefundenen Zusammenhangs erklären könnte. Zum Beispiel erfassen einige Items des häufig verwendeten *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al. 1996) Selbstkritik und Instrumente zur Messung von Essstörungen beinhalten Items, die verwandte Konstrukte wie Perfektionismus und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper erfassen (z.B. *Eating Disorder Inventory-II*; Garner 1991). Um diese geteilte Varianz zu reduzieren, wurden solche Instrumente als Outcomemaße ausgeschlossen, die sich mit Selbstkritik hinsichtlich der Bewertung des eigenen Selbst zu sehr überschneiden (darunter fielen Skalen zur Erfassung von Selbstwert, Mitgefühl für das Selbst und Selbstwahrnehmung). Der Ausschluss aller selbstevaluativen Subskalen war jedoch nicht möglich, da Bewertungen der eigenen Person häufig mit der Erfassung von Symptomen vermischt sind und die Symptomlast eine Hauptkategorie für das Behandlungsergebnis in der vorliegenden Studie darstellte. Letztlich könnte das Problem der inhaltlichen Überschneidung zwischen Selbstkritik und Therapieergebnismaßen sowohl die Interpretation des Haupteffekts als auch die des signifikanten Moderators kompromittiert haben. Während also die Richtung des gefundenen Zusammenhangs mit Sicherheit interpretiert werden kann, untergräbt die beschriebene Messproblematik jedoch möglicherweise die Höhe des Zusammenhangs. Um diese Problematik abzumildern, wurden ausschließlich Instrumente eingeschlossen, die Selbstkritik im Sinne eines Persönlichkeitskonstrukts konzeptualisieren. Insgesamt stellt die Konfundierung zwischen Prädiktor und Kriterium in der Psychotherapieforschung jedoch ein häufiges Problem dar und spielt bei vielen einflussreichen Variablen eine Rolle (wie z.B. bei Rumination).

Schließlich ist kritisch anzumerken, dass nur eine Person die Daten aus den Primärstudien extrahierte und die Berechnung einer Interrater-Reliabilität und damit die Kontrolle potentieller, subjektiver Verzerrungen nicht möglich war. Jedoch wurden in der Studie sehr klare und transparente Einschlusskriterien sowie ein detailliertes Kodiermanual mit eindeutigen Instruktionen verwendet. Zudem wurden Entscheidungsschwierigkeiten in Bezug auf den Einschluss und die Kodierung von Studien zwischen der Autorin und der Betreuerin der vorliegenden Arbeit diskutiert, per Konsens aufgelöst und die Ergebnisse dieser Vorgehensweise genau dokumentiert, wie von Belur et al. (2018) empfohlen. Dieses Prozedere minimierte die Subjektivität innerhalb der vorliegenden Arbeit und gewährleistete ein konsistentes Vorgehen über alle Stufen des Screening- und Datenextraktionsprozesses hinweg.

#### **2.4.5 Schlussfolgerungen**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um den ersten systematischen Review mit Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Psychotherapieergebnis. Insgesamt war ein höheres Ausmaß von Selbstkritik zu Behandlungsbeginn mit einem schlechteren Therapieergebnis verbunden. Die Höhe dieses Zusammenhangs variierte in Abhängigkeit von der Art des psychischen Problems. Daten zu Veränderungswerten von Selbstkritik im Verlauf von Therapie ergaben kein eindeutiges Ergebnis. Obwohl weitere Forschung zum besseren Verständnis der dem gefundenen Zusammenhang zugrundeliegenden Mechanismen notwendig ist, stellt die vorliegende Studie einen Ausgangspunkt für gezieltere Forschungsvorhaben und eine Weiterentwicklung der klinischen Behandlungspraxis dar.

### **3. Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer neuen Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala**

Im Folgenden werden die Fragestellung, die Methodik, die Ergebnisse und die Diskussion der Instrumentenentwicklungs- und psychometrischen Überprüfungsstudie für die neue Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala dargestellt. Die Ergebnisse dieser zweiten Studie des Dissertationsprojekts wurden unter meiner Erstautorenschaft bereits bei der Zeitschrift *Psychoanalytic Psychology* eingereicht (Löw et al. Manuskript eingereicht zur Publikation).

#### **3.1 Fragestellung**

Das systematische Review zeigte, dass zur Frage von Selbstkritik als möglichem Veränderungsmechanismus bisher nur sehr wenige Studien vorliegen. Um den kausalen Effekt von Selbstkritikveränderungen auf den Behandlungserfolg besser zu verstehen und um die Reduktion von Selbstkritik als Veränderungsmechanismus in der Psychotherapieforschung zu etablieren, sind Untersuchungen mit längsschnittlichen Studiendesigns und multiplen Messzeitpunkten für Selbstkritik und Therapieoutcome notwendig (Falkenström et al. 2017; Moldovan und Pinteau 2015). Dazu wird ein ökonomisches Erfassungsinstrument für Selbstkritik benötigt, das während des Therapieprozesses wiederholt eingesetzt werden kann. Bisher wird Selbstkritik ausschließlich mittels Selbstbeurteilungsskalen wie dem DEQ (Blatt et al. 1976) erfasst. Obwohl Fragebögen einfach und schnell eingesetzt werden können, weisen sie auch einige Nachteile auf. Dazu zählen bspw. Verzerrungen, die aufgrund von Abwehrprozessen, sozialer Erwünschtheit oder Selbstdarstellungstendenzen zustande kommen und die zu einer Über- oder Unterbewertung bestimmter Eigenschaften führen (McDonald 2008) sowie potentielle Verzerrungen aufgrund einer eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung im Zusammenhang mit z.B. einer aktuellen depressiven Symptomatik (Westen und Weinberger 2004). Um die Erfassung von

Persönlichkeitseigenschaften zu verbessern, wird zudem empfohlen, ein Konstrukt mittels verschiedener Methoden zu messen und dadurch den Facettenreichtum des Konstrukts und generell die Stabilität der konstruktbezogenen Forschungsergebnisse zu stärken (Sackett und Lievens 2008). So könnten Fragebögen im Falle von Selbstkritik lediglich bestimmte Facetten des Konstrukts erfassen, während subtilere, nuanciertere oder gar unbewusste Aspekte außer Acht gelassen werden. Ein weiterer Vorteil eines Instruments zur Fremdbeurteilung von audio- oder videografierten Therapiesitzungen ist, dass damit die retrospektive Auswertung bestehender Datensätze ermöglicht wird. Ein Fremdbeurteilungsinstrument könnte einige Nachteile von Fragebögen überwinden und zu einem besseren Verständnis beitragen, wie genau sich Selbstkritik in der konkreten therapeutischen Situation manifestiert.

Daher besteht ein zweites Ziel der Dissertation in der Entwicklung und psychometrischen Überprüfung eines neuen Fremdbeurteilungsinstruments für Selbstkritik – der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS). Dabei soll ein zeitökonomisches und reliables Instrument entwickelt werden, das von Studenten mit begrenzter klinischer Erfahrung eingesetzt werden kann. Die Skalenentwicklung und erste Anwendungstests erfolgen an zwei unabhängigen Stichproben.

Eine weitere Stichprobe wird verwendet, um das neue Instrument psychometrisch zu überprüfen. Um die zugrundeliegende Komponentenstruktur der neuen Skala zu bestimmen, wird eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Die Konstruktvalidität wird bestimmt, indem die Korrelationen zwischen der neuen Skala und vier weiteren Instrumenten berechnet wird. Dazu zählen das *Beck Depression Inventory* (BDI; Hautzinger et al. 1994), die *Symptom Checklist-Revised* (SCL-90-R; Franke 1995), das *Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex* (IIP-C; Horowitz et al. 2000) und der *Structural Analysis of Social Behavior (SASB) INTREX Introject Questionnaire* (Tress 1993). Selbstkritik ist ein integraler Bestandteil der depressiven Erfahrung und Korrelationen zwischen mit Fragebögen erfasster Selbstkritik und Depressivität schwanken zwischen  $r = ,30$  und  $r = ,70$  (Shahar 2015).

Aufgrund der abweichenden Erfassungsmethode (Fremdbeurteilung) und dem assoziierten Ausbleiben der gemeinsamen Methodenvarianz zwischen Selbstkritik und depressiven Symptomen wird eine moderate positive Korrelation zwischen der SK-FS und den beiden Symptommaßen angenommen (BDI und SCL-90-R). In der Literatur findet sich zudem ein Zusammenhang zwischen Selbstkritik und interpersonalen Problemen bzw. einem Mangel an Verbundenheit zu anderen, was sich in einer geringen Qualität des sozialen Netzwerks selbstkritischer Patienten (Shahar et al. 2004), weniger sozialer Unterstützung (Blatt et al. 2010) und in Schwierigkeiten in der Initiierung und Erhaltung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung zeigt (Blatt et al. 2010; Whelton et al. 2007; Zuroff et al. 2000). Zwei Studien untersuchten explizit den Zusammenhang zwischen mit Fragebögen erfasster Selbstkritik und dem IIP (Desmet et al. 2007; Dinger et al. 2015a). Die Ergebnisse zeigten, dass Selbstkritik speziell mit interpersonalen Problemen zusammenhängt, die mit zu wenig Affiliation und einem zu distanzierten und kühlen Verhalten anderen gegenüber einhergehen. Auf Grundlage dieser Befunde wird ein ähnliches Muster an zwischenmenschlichen Problemen erwartet. Da der INTREX Introject Fragebogen als eine der Vorlagen für die Konstruktion der neuen Fremdbeurteilungsskala diente (s. Methode), wird eine moderate positive Korrelation zwischen der SK-FS und den beiden relevanten INTREX Subskalen „Selbstbeschuldigung“ und „Selbsthass“ erwartet.

Zur Bestimmung der Veränderungssensitivität des neuen Instruments werden Multilevel-Modelle angewendet. Dabei wird basierend auf den Befunden von psychodynamischen Psychotherapieergebnisstudien, in denen Selbstkritik mittels Fragebögen erfasst wurde (Chui et al. 2016; Joyce et al. 2009; Lowyck et al. 2016), angenommen, dass die via Fremdbeurteilung erfasste Selbstkritik sowohl im Verlauf von analytischer als auch von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie abnimmt. Da von Blatt und Kollegen angenommen wurde, dass selbstkritische Patienten eher von hochfrequenter, einsichtsbasierter psychoanalytischer Langzeittherapie profitieren (Blatt 1992; Blatt et al. 2010), wird das

Behandlungsverfahren als Moderator berücksichtigt und angenommen, dass Selbstkritik in den analytischen Behandlungen stärker abnimmt als in den tiefenpsychologisch fundierten Therapien.

Um die prädiktive Validität der neuen Skala – auch im Sinne eines Veränderungsmechanismus – zu bestimmen, wird getestet, ob Selbstkritik zu Therapiebeginn oder die Veränderung von Selbstkritik im Verlauf der Therapie die nachfolgende Symptomschwere oder die Veränderung der Symptomatik im Verlauf vorhersagt. Hierbei wird ein moderater Zusammenhang zwischen der mit der SK-FS erfassten Selbstkritik und der nachfolgenden, mit dem BDI gemessenen, depressiven Symptomatik erwartet.

## **3.2 Methode**

### **3.2.1 Entwicklung der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala**

Die SK-FS wurde entwickelt, um die Erfassung von Selbstkritik auf der Basis von Fremdbeurteilungen zu ermöglichen. Die Skala wurde auf Deutsch verfasst. Die Entwicklung des Instruments basierte auf in der Literatur zu findenden klinischen Beschreibungen von Selbstkritik und auf bereits existierenden Selbstbeurteilungsskalen. Dazu wurde eine umfassende Auswahl an relevanten Selbstbeurteilungsinstrumenten für Selbstkritik durchsucht, um die wichtigsten Facetten des Konstrukts zu identifizieren. Selbstkritik wurde definiert als Persönlichkeitseigenschaft, die andauernde und scharfe Selbstüberprüfung beinhaltet sowie übermäßig kritische Bewertungen des eigenen Verhaltens, eine Unfähigkeit, Befriedigung aus Erfolgen zu ziehen, die permanente Sorge, Fehler zu machen und negative Reaktionen auf subjektiv wahrgenommene Fehler in Form von aktiven Selbstangriffen und Feindseligkeiten gegenüber dem eigenen Selbst (Blatt und Luyten 2009; Dunkley und Kyparissis 2008; Dunkley et al. 2003). Drei Fragebögen erfassten diese Aspekte von Selbstkritik am besten: der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt et al. 1976),

die *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS; Gilbert et al. 2004) und der *SASB INTREX Questionnaire* (Benjamin 1983). Die Items dieser drei etablierten Instrumente dienten als Vorlagen für die Konstruktion der neuen Skala und wurden in einem iterativen Prozess kombiniert und modifiziert, um Beobachtern die Beurteilung von Selbstkritik in Video- oder Audioaufzeichnungen von Therapiesitzungen zu ermöglichen.

In Anlehnung an die zwei Subskalen der FSCRS sollte die neue Skala ebenfalls zwei Subtypen von Selbstkritik erfassen. Der erste Subtyp („Inadäquates Selbst“) sollte eine neurotische Form von Selbstkritik abbilden, bei der Personen selbstkritisch um eigene Fehler kreisen und passive Gefühle von Unzulänglichkeit erleben. Der zweite Subtyp („Verhasstes Selbst“) sollte eine strukturelle Komponente von Selbstkritik erfassen, bei der Personen das eigene Selbst aktiv angreifen oder diesem schaden wollen und bei dem Gefühle von Selbsthass und Ekel gegenüber dem Selbst im Vordergrund stehen (siehe Rudolf 2013, für eine Unterscheidung zwischen neurotischen und strukturellen Psychopathologien).

Die erste Version des neuen Instruments enthielt 15 Items. Eine erste Überprüfung der Anwendbarkeit der Items erfolgte an  $n = 12$  ausgewählten Videoaufnahmen von Therapiesitzungen, die von Psychotherapeuten in Ausbildung am Heidelberger Institut für Psychotherapie durchgeführt wurden. In diesem Stadium der Instrumentenentwicklung wurde außerdem geprüft, ob Selbstkritik am besten mittels Häufigkeitszählungen und/oder mittels Intensitätsratings relevanter Patientenäußerungen erfasst werden kann. Um die Skala möglichst einfach zu halten und da die Intensität selbstkritischer Aussagen bereits in den beiden Subtypen abgebildet war (Die Subskala Verhasstes Selbst kann als intensiver bzw. aggressiver aufgefasst werden als die Subskala Inadäquates Selbst), wurde der Fokus auf das Erfassen der Häufigkeit selbstkritischer Aussagen gelegt. Dies führte zu einer ersten Itemrevision. In einem nächsten Schritt wurden die Items anhand der Daten der „Day-clinic and inpatient psychotherapy of depression“ (DIP-D; Dinger et al. 2015b) - Studie im Hinblick

auf ihre Klarheit und Augenscheinvalidität geprüft. Bei der DIP-D-Studie handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie querschnittlicher Daten von stationären und tagesklinischen Patienten, die in der psychosomatischen Abteilung des Universitätsklinikums Heidelberg behandelt wurden. Das Instrument wurde an  $n = 42$  Audiobändern von Einzeltherapiesitzungen getestet. Die Patienten hatten eine diagnostizierte depressive Störung, ein mittleres Alter von 35 Jahren ( $SD = 11,7$ ; Spannweite: 18 – 55) und 50% der Stichprobe waren weiblich. Die retrospektive Prozessauswertung des DIP-D Datensatzes wurde im Ethikvotum Nummer S-013/2010 der Medizinischen Fakultät Heidelberg genehmigt. Sechs Items wurden aufgrund von Redundanzen eliminiert, sodass eine finale Version mit insgesamt acht Items resultierte, bei der jeweils vier Items einer der beiden Subskalen zugeordnet wurden (s. Abbildung 4).

Die Audiobänder wurden auch zur Entwicklung eines Kodiermanuals verwendet, das detaillierte Erläuterungen, Kodierregeln und konkrete Beispiele zu den einzelnen Items enthielt (s. Anhang 5). Eine Psychotherapiesitzung repräsentierte eine Messeinheit der neuen Skala. Um einen einfachen und praktikablen Ratingprozess zu gewährleisten, wurden die Therapiesitzungen in 10-Minuten-Intervalle unterteilt und nach jedem Intervall die selbstkritischen Äußerungen evaluiert. Für eine Therapiesitzung liefert die SK-FS einen Gesamtwert für das Ausmaß der Selbstkritik sowie zwei weitere Werte für die Subskalen Inadäquates Selbst und Verhasstes Selbst. Die Skalenwerte ergeben sich aus den mittleren Summenscores der jeweiligen Items, wobei die Summenscores an der jeweiligen Sitzungsdauer standardisiert werden.

Die Audiobänder der Vortestung dienten zudem Trainingszwecken zur Skalenanwendung. Das Training wurde von der Autorin der vorliegenden Dissertation durchgeführt und einer fortgeschrittenen Masterstudentin der Psychologie gegeben. Es nahm etwa 20 Stunden in Anspruch und begann mit einer theoretischen Einführung zur SK-FS und zum Manualgebrauch. Es folgten gemeinsame Ratings von Audioaufnahmen von



Therapiesitzungen mit anschließender Diskussion und Supervision der Einschätzungen. Schließlich mündete das Training in unabhängigen Einschätzungen von Audiobändern, bis eine hohe Interrater-Reliabilität erzielt wurde (Pearsonkorrelationen  $\geq ,90$ ).

---

#### Inadäquates Selbst

---

- 1) Der Patient äußert sich selbstkritisch oder erinnert sich an seine Misserfolge, Fehler oder Schwächen.
- 2) Der Patient macht sich Vorwürfe für Dinge, die er getan oder gesagt hat.
- 3) Der Patient denkt, dass er seine eigenen Maßstäbe und Ideale nicht erfüllt.
- 4) Der Patient äußert Gefühle der Unzulänglichkeit, der Enttäuschung oder des Ärgers über sich selbst, der Schuld, Wertlosigkeit oder Beschämung, wenn bei ihm etwas schief läuft.

---

#### Verhasstes Selbst

---

- 5) Der Patient erniedrigt sich selbst oder klagt sich selbst an.
  - 6) Der Patient ist voller Wut oder Ablehnung gegenüber sich selbst.
  - 7) Der Patient äußert Gefühle der Wertlosigkeit, Beschämung oder des Angewidertseins von sich selbst.
  - 8) Der Patient denkt darüber nach, wie er sich selbst verletzen oder zerstören kann.
- 

### **Abbildung 4: Die Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS)**

## **3.2.2 Psychometrische Überprüfung der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala**

### **3.2.2.1 Stichprobe und Prozedere**

Die erste psychometrische Überprüfung der SK-FS wurde an einer Teilstichprobe der Münchner Psychotherapiestudie vorgenommen (MPS; Huber et al. 2012). Die MPS wurde in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München durchgeführt. Es handelte sich um eine vergleichende Prozess-Ergebnis-Studie dreier psychotherapeutischer Verfahren: psychoanalytische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und kognitiv-behaviorale Therapie. Die retrospektive Verwendung

der MPS-Prozessdaten wurde im Rahmen des externen Ethikvotums der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München genehmigt.

Die MPS verwendete ein längsschnittliches, quasiexperimentelles Studiendesign mit Messzeitpunkten vor und direkt nach den Behandlungen sowie nach einem Katamnesezeitraum von einem, zwei und drei Jahren. Zusätzlich wurden halbjährliche Prozesserhebungen durchgeführt. Testbatterien verschiedenster Ergebnis- und Prozessmaße wurden verwendet, um die Effektivität der drei Behandlungsansätze auf einer symptomatischen, interpersonellen und intrapsychischen Ebene zu untersuchen. Zudem wurden die Therapiesitzungen anhand von Tonbandgeräten aufgezeichnet. Alle Patienten erhielten primär die Diagnose einer depressiven Störung. Konkret erforderten die Einschlusskriterien, dass die Patienten (1) mindestens einen Wert von 16 im BDI (Hautzinger et al. 1994) und (2) eine primäre ICD-10-Diagnose einer moderaten oder schweren depressiven Episode (F32), einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) oder einer „double depression“ (F32/F33 und F34.1) im Aufnahmeinterview erhielten. Bei den Behandlungen handelte es sich um nicht manualisierte, repräsentative Psychotherapien, die unter Alltagsbedingungen von sehr erfahrenen Psychotherapeuten mit einer durchschnittlichen Arbeitserfahrung von 18 Jahren (Spannweite: 8-19) und einem Durchschnittsalter von 49 Jahren (Spannweite: 39-56) durchgeführt wurden. Weitere Informationen zum Studiendesign sind in Huber et al. (2012) und Huber et al. (2013) beschrieben.

Die vorliegende Studie fokussierte ausschließlich auf die psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen, zu denen die Patienten per Randomisierung zugeordnet wurden. Bei der psychoanalytischen Therapie handelt es sich um eine „hauptsächlich verbale, interpretierende und einsichtsbasierte Form der Behandlung, die darauf abzielt maladaptive Beziehungsrepräsentationen zu modifizieren oder zu restrukturieren..., die psychologischen Beeinträchtigungen zugrunde liegen“ (Fonagy und

Kaechele 2009, S. 1337). Die durchschnittliche Dauer dieser Therapieform variiert zwischen 160 und 240 Stunden. Die Sitzungen finden zwei- bis dreimal wöchentlich im Liegen statt. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie basiert auf den gleichen theoretischen und technischen Prinzipien, ist jedoch im Hinblick auf die Tiefe des therapeutischen Prozesses und die Ziele limitierter. Dabei wird eher auf die symptomaufrechterhaltenden aktuellen Konflikte fokussiert, ohne im therapeutischen Prozess Regression zu fördern (Huber et al. 2012). Durchschnittlich werden zwischen 50 und 80 Sitzungen durchgeführt mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche im Sitzen. In der MPS dauerten die psychoanalytischen Therapien im Mittel 39 Monate (Spannweite: 3 – 91) und die tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen 34 Monate (Spannweite: 3 – 108). Die mittlere Gesamtsitzungszahl lag bei den psychoanalytischen Behandlungen bei 238 ( $SD = 97$ ; Spannweite: 30 – 370) und bei den tiefenpsychologisch fundierten Therapien bei 101 ( $SD = 68$ ; Spannweite: 30 – 313). Für die vorliegende Studie wurde ein längsschnittliches Studiendesign mit drei Messzeitpunkten gewählt: zu Behandlungsbeginn, nach 18 Monaten Therapie und nach 36 Monaten Therapie. Die BDI-Werte, die zu diesen Messzeitpunkten erfasst wurden, wurden aus dem Datenpool der MPS als primäres Ergebnismaß für Depressivität verwendet. Weitere Maße aus der MPS waren die SCL-90-R (Franke 1995), das IIP-C (Horowitz et al. 2000) und der SASB INTREX Introject Questionnaire (Tress 1993). Die verwendeten Instrumente sind in Anhang 6 bis 9 aufgeführt. Die SK-FS wurde zur Erfassung von Selbstkritik in den Audiobändern der Therapiesitzungen eingesetzt (s. Anhang 10). In Abhängigkeit von der Länge der jeweiligen Behandlungen, wurden ein, zwei oder maximal drei Audiobänder pro Patient beurteilt. Es wurde immer das Audioband ausgewählt, das zeitlich am dichtesten zum jeweiligen Messzeitpunkt aufgenommen wurde. Wenn ein Audioband eine geringe Qualität aufwies, wurde es durch das Band ersetzt, das am zweitnächsten am jeweiligen Messzeitpunkt lag. Alle Bänder wurden von der Autorin der vorliegenden Arbeit mittels der SK-FS beurteilt ( $n = 103$ ). Eine Teilstichprobe ( $n = 59$ ) wurde

zusätzlich von einer geschulten Masterstudentin der Psychologie beurteilt um die Interrater-Reliabilität zu berechnen. Um eine hohe Interrater-Reliabilität zu gewährleisten, wurde nach jeder zehnten von der Masterandin beurteilten Sitzung eine Supervision von der Autorin der Arbeit durchgeführt. Dabei bewerteten beide Beurteiler unabhängig voneinander ein weiteres Audioband, das nicht zur Stichprobe der Studienbänder gehörte, und diskutierten dies im Anschluss. Während des Ratingprozesses waren beide Beurteiler im Hinblick auf die Zugehörigkeit der Therapiebänder zu den drei Messzeitpunkten und die beiden Behandlungsverfahren verblindet.

Die Stichprobe bestand aus  $N = 51$  Patienten mit einem mittleren Alter von 32,92 Jahren ( $SD = 6,74$ ; Spannweite: 23 – 49). Weiblich waren 66,7% der Stichprobe. Die soziodemografischen Informationen und klinischen Diagnosen der Studienteilnehmer sind in Tabelle 1 dargestellt. Alle Patienten litten unter einer aktuellen depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei 56,9% ( $n = 29$ ) eine „double depression“ aufwiesen. Eine komorbide Persönlichkeitsstörung lag bei 31,4% ( $n = 16$ ) der Stichprobe vor und 27,5% ( $n = 14$ ) litten unter einer anderen komorbiden Störung. Insgesamt  $n = 27$  Patienten erhielten psychoanalytische Therapien und  $n = 24$  erhielten tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien. Die Anzahl der beurteilten Audiobänder variierte in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt mit  $n = 51$  Bändern zu Behandlungsbeginn,  $n = 33$  Bändern nach 18 Monaten und  $n = 19$  Bändern nach 36 Monaten.

### **3.2.2.2 Instrumente**

**Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS).** Die neu entwickelte Skala erfasst das Ausmaß von Selbstkritik bei Patienten. Geschulte Beobachter beurteilen dabei die Häufigkeit selbstkritischer Aussagen in Video- oder Audioaufzeichnungen von Psychotherapiesitzungen. Die Skala besteht aus acht Items und misst zwei Subtypen von

Selbstkritik: Inadäquates Selbst und Verhasstes Selbst. Höhere Werte auf der SK-FS zeigen ein höheres Ausmaß an Selbstkritik an. Die Anwendung des Instruments nimmt die Dauer der entsprechenden Therapiesitzung sowie etwa zehn zusätzliche Minuten in Anspruch.

**Tabelle 1: Soziodemografische Daten und klinische Diagnosen der gesamten Stichprobe zu Beginn der Behandlung**

Merkmal	<i>n</i>	%
<b>Bildung</b>		
noch in Ausbildung	8	15,7
geringer als Universitätsabschluss	21	41,2
Universitätsabschluss	19	37,3
kein Abschluss	1	2,0
sonstige	2	3,9
<b>Beziehungsstatus</b>		
alleinstehend	36	70,6
verheiratet	8	15,7
getrennt	7	13,7
<b>Primäre depressive Diagnose nach ICD-10</b>		
depressive Episode, mittelschwer oder schwer	23	45,1
rezidivierende depressive Störung, aktuell		
mittelschwere oder schwere Episode	28	54,9
<b>sekundäre depressive Diagnose nach ICD-10</b>		
Dysthymie	29	56,9
<b>Komorbide Störungen nach ICD-10</b>		
Angststörungen	3	6,0
somatoforme Störungen	7	13,8
sonstige	5	9,9
<b>Komorbide Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10</b>		
schizoide Persönlichkeitsstörung	5	9,8
emotional instabile Persönlichkeitsstörung	2	3,9
abhängige Persönlichkeitsstörung	1	2,0
andere spezifische Persönlichkeitsstörungen	8	15,7
<b>Dauer der Depression</b>		
Monate	<i>M</i> 53,1	<i>SD</i> 70,3

*Anmerkung:* Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von  $N = 51$  Patienten.  $n$  = jeweilige Anzahl der Studienteilnehmer;  $M$  = arithmetischer Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung.

**Beck Depression Inventory (BDI).** Das BDI (Beck et al. 1961; Deutsche Version: Hautzinger et al. 1995) ist eines der am häufigsten verwendeten Maße zur Messung der depressiven Symptomschwere. Das Selbstbeurteilungsinstrument enthält 21 Items, die auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden. Die Items decken eine Reihe emotionaler, kognitiver, motivationaler und somatischer Symptome der klinischen Depression ab, die mit den diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode des DSM-IV übereinstimmen (American Psychiatric Association 1994). Die Befragten werden gebeten, die Intensität jedes Symptoms über die letzte Woche anzugeben. Höhere Werte repräsentieren dabei eine schwerere Symptomatik. Das Ausfüllen der Skala nimmt ca. fünf bis zehn Minuten in Anspruch. Das BDI wies insgesamt eine gute Reliabilität und Validität auf (Beck et al. 1988).

**Symptom Checklist-Revised (SCL-90-R).** Bei der SCL-90-R (Derogatis 1992; Deutsche Version: Franke 1995) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das zur Messung eines breiten Spektrums an psychischen Problemen innerhalb der letzten sieben Tage entwickelt wurde. Die Items werden auf einer Likert-Skala mit fünf Antwortmöglichkeiten beurteilt. Insgesamt neun psychopathologische Dimensionen werden erfasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Zusätzlich können drei globale Kennwerte berechnet werden, die Auskunft über die allgemeine Symptombelastung geben: der “Global Severity Index” (GSI), der “Positive Symptom Total” (PST), und der “Positive Symptom Distress Index” (PSDI). Für diese Studie wurden nur der GSI und die Depressivitätssubskala verwendet. Höhere Werte auf der SCL-90-R signalisieren ein höheres Ausmaß an Psychopathologie. Zahlreiche Studien belegen die Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit des Instruments (Derogatis und Savitz 2000; Hessel et al. 2001).

**Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C).** Das IIP-C (Alden et al. 1990; Deutsche Version: Horowitz et al. 2000) ist ein weit verbreitetes Instrument zur

Identifikation der markantesten zwischenmenschlichen Probleme einer Person basierend auf dem Interpersonalen Circumplex-Modell (Leary 1957). Das IIP-C besteht aus 64 Items, die Defizite in Bezug auf bestimmte zwischenmenschliche Verhaltensweisen erfassen. Für jedes Item wird der entsprechende Leidensdruck auf einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet. Für diese Studie wurde der globale Kennwert verwendet, bei dem höhere Werte eine höhere Ausprägung interpersonaler Probleme widerspiegeln, die Werte der beiden Hauptachsen des Circumplex-Modells (Affiliation und Dominanz) sowie die acht Subskalen zu spezifischen zwischenmenschlichen Schwierigkeiten (zu autokratisch/dominant, zu streitsüchtig/rachsüchtig, zu abweisend/kalt, zu introvertiert/vermeidend, zu unterwürfig/nicht durchsetzungsfähig, zu ausnutzbar, zu fürsorglich/selbstaufopfernd, zu aufdringlich/bedürftig). Huber et al. (2007) und Hughes und Barkham (2005) berichteten gute psychometrische Kennwerte für die Skala.

**Structural Analysis of Social Behavior (SASB) INTREX Introject Questionnaire, Kurzform.** Bei der Kurzform des INTREX Introject Fragebogens (Benjamin 1983, 2000; Deutsche Version: Tress 1993) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument basierend auf der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin 1974). Die Skala misst die Persönlichkeitsstruktur in Form von selbstbezogenen Schemata oder Introjekten. Das Introjekt stellt eines der drei Foki im SASB-Modell dar. Das Instrument besteht aus acht Items, die auf einer Skala von 0 bis 100 erfragen, wie die Teilnehmer sich selbst in guten und auch in schlechten Zeiten behandeln. Jedes Item der Kurzversion repräsentiert eines der acht SASB Dimensionen. Zur Validierung der SK-FS wurden lediglich die beiden Dimensionen „Selbstbeschuldigung in schlechten Zeiten“ (operationalisiert durch das Item: „Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel und Selbsterniedrigung.“) und „Selbsthass in schlechten Zeiten“ (operationalisiert durch das Item: „Ohne Gedanken an die Folgen bin ich voller Ablehnung und Zerstörungswut mir gegenüber.“) verwendet. Höhere Werte auf diesen

beiden Dimensionen entsprechen einem höheren Ausmaß an Selbstbeschuldigung und Selbsthass.

### **3.2.2.3 Statistische Analysen**

Sofern nicht anders angegeben, wurden alle Analysen mit SPSS Statistics 22 für Windows durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde mittels Pearsonkorrelationen die Interrater-Reliabilität der SK-FS berechnet. Zur Identifikation der Komponentenstruktur der SK-FS wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Strategien zur Bestimmung einer angemessenen Anzahl an zugrundeliegenden Komponenten umfassten die Verwendung des Kaiser-Guttman-Kriteriums (Eigenwerte  $> 1$ ; Kaiser 1960), eine visuelle Inspektion des Scree-Plots sowie das Ausmaß der Varianzaufklärung. Für die Komponentenanalyse wurden die SK-FS Sitzungsratings zu Therapiebeginn verwendet ( $n = 51$ ). Die Konstruktvalidität wurde anhand von Pearsonkorrelationen des SK-FS mit den Subskalen Selbstbeschuldigung und Selbsthass des INTREX Introject Fragebogens, dem IIP-C, dem BDI und der SCL-90-R zu Beginn der Behandlungen untersucht.

Um die Veränderungssensitivität der SK-FS zu bestimmen, wurde aufgrund der hierarchischen Datenstruktur ein Multilevel-Modell gerechnet (Hox et al. 2018). Dabei wurde ein hierarchisches Modell mit zwei Ebenen verwendet, bei dem die Messzeitpunkte auf Ebene 1 und die Patienten auf Ebene 2 angesiedelt wurden. Die SK-FS Selbstkritikratings dienten als abhängige Variable. Zur Schätzung der Modellparameter wurde die Maximum-Likelihood-Methode verwendet. Entsprechend der Richtlinien zur Spezifikation von Multilevel-Modellen von Bell et al. (2013) wurde ein fünfschrittiges Prozedere zur Modellbildung gewählt. In einem ersten Schritt wurden keine Prädiktoren, sondern lediglich die Zufallseffekte für den Achsenabschnitt eingeschlossen („intercept-only-Modell“). Das Ergebnis dieses Modells wurde zur Berechnung des Intraklassen-Korrelations-Koeffizienten (ICC) verwendet, der



angibt, wie viel Varianz in den Selbstkritikratings auf Unterschiede zwischen den Patienten zurückgeführt werden kann. In einem zweiten Schritt wurde der feste Ebene-1-Effekt „Zeit“ (operationalisiert durch die Sitzungsnummer) eingeführt, um zu testen, ob Selbstkritik sich im Verlauf der Behandlungen verändert („random-intercept-Modell“). Der dritte Schritt ergänzte den Ebene-1-Prädiktor Zeit um eine zufällige Steigung („random slope“), um festzustellen, ob die Beziehung zwischen Zeit und Selbstkritik zwischen Patienten variiert („random-coefficient-Modell“). Im vierten Schritt wurde ein Level-2-Prädiktor (Behandlungsgruppe: psychoanalytische Therapie vs. tiefenpsychologisch fundierte Therapie) als fester Effekt eingeführt, um den Einfluss des Behandlungsverfahrens auf Selbstkritik zu evaluieren, wobei gleichzeitig für die Depressivität (BDI) zu Beginn der Behandlungen kontrolliert wurde („Modell mit Level-2-Prädiktor“). Der fünfte Schritt berücksichtigte einen Interaktionsterm (Sitzungsnummer  $\times$  Behandlungsgruppe), der den moderierenden Effekt des Behandlungsverfahrens auf den Zusammenhang zwischen Zeit und Selbstkritik untersuchte („Modell mit cross-level Interaktion“). Die Modellpassung wurde basierend auf dem Akaike-Informationskriterium (AIC) und dem Bayes-Informationskriterium (BIC) beurteilt. Diese statistischen Kennzahlen ermöglichen den Vergleich zwischen verschiedenen Modellen, wobei kleinere Werte eine bessere Modellpassung anzeigen (Raftery 1995). Prädiktoren wurden in den nachfolgenden Schritten beibehalten, wenn die Passungsindizes eine Modellverbesserung suggerierten. Die individuellen Modellparameter wurden anhand der durch ein Bootstrapping-Verfahren ermittelten 95%-Konfidenzintervalle bewertet. Die Multilevelanalysen wurden mittels R Version 3.5.0 (R Core Team 2018) unter Verwendung des Softwarepakets *lme4* (Bates et al. 2015) berechnet.

Schließlich wurde die prädiktive Validität des SK-FS beurteilt, indem drei Regressionsmodelle berechnet wurden. Im ersten Modell wurde die Selbstkritik zu Therapiebeginn verwendet, um die Symptomlast nach 18 Monaten vorherzusagen. Das zweite Modell verwendete einen residualisierten Veränderungswert, der die Veränderung von

Selbstkritik zwischen Behandlungsbeginn und 18 Monaten aufzeigte, um die Symptomschwere nach 18 Monaten vorherzusagen. Das dritte Modell sagte die residuelle Veränderung der Symptomschwere zwischen Behandlungsbeginn und 18 Monaten durch die Selbstkritik zu Therapiebeginn vorher.

### **3.3 Ergebnisse**

#### **3.3.1 Reliabilität**

Die Interrater-Reliabilität für die beiden Beurteiler erwies sich mit  $r = ,74$  für die Gesamtskala,  $r = ,77$  für die Subskala Inadäquates Selbst und  $r = ,67$  für die Subskala Verhasstes Selbst als gut. Aufgrund dieser hohen Übereinstimmung zwischen den Beurteilern wurden die Werte der SK-FS Selbstkritikratings beider Beurteiler für die nachfolgenden Analysen gemittelt.

#### **3.3.2 Hauptkomponentenanalyse**

Die explorative Hauptkomponentenanalyse schloss alle acht Items der SK-FS ein und der signifikante Bartlett-Test auf Sphärizität bestätigte, dass die Mindestanforderungen für eine Komponentenanalyse gegeben waren ( $\chi^2 (28) = 103,19; p < ,001$ ). Es wurde die direkte Oblimin Rotationsmethode verwendet. Der Scree-Plot wies auf drei Komponenten mit Eigenwerten  $> 1$  hin, die 67,7% der Varianz erklärten. Entsprechend der angenommenen Struktur der SK-FS luden die Items 1 bis 4 auf Komponente 1, die die Subskala Inadäquates Selbst repräsentierte. Items 5 bis 7 luden auf Komponente 2, die die Subskala Verhasstes Selbst abbildete. Item 8, das ebenfalls zur Subskala Verhasstes Selbst zählen sollte, lud nicht nur auf Komponente 2, sondern auch auf eine unerwartete dritte Komponente. Das Item erfasst Aussagen, bei denen Patienten darüber sprechen, wie sie sich selbst körperlich oder emotional schaden können und beinhaltet insbesondere auch suizidale Gedanken und

Handlungen. Damit berücksichtigt das Item einen eher handlungsorientierten, autodestruktiven Aspekt von Selbsthass, sodass entschieden wurde, Item 8 weiterhin der Subskala Verhasstes Selbst zuzurechnen und die beiden ursprünglichen Subskalen des SK-FS beizubehalten. Tabelle 2 gibt die schief rotierten Komponentenladungen aller acht Items für eine erzwungene Zwei-Komponenten-Lösung wider, die 53,4% der Varianz erklärte. Alle nachfolgenden Analysen wurden auf Basis der acht ursprünglichen Items der neuen Skala durchgeführt.

**Tabelle 2: Komponentenladungen der acht Items der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS)**

Item	Komponente 1: Inadäquates Selbst	Komponente 2: Verhasstes Selbst
Item 1	<b>,85</b>	,07
Item 2	<b>,62</b>	,07
Item 3	<b>,88</b>	-,06
Item 4	<b>,63</b>	-,07
Item 5	-,15	<b>,78</b>
Item 6	-,04	<b>,83</b>
Item 7	,01	<b>,70</b>
Item 8	,13	<b>,41</b>

*Anmerkung:* Die Analyse schloss  $N = 51$  Patienten ein und basierte auf den SK-FS Ratings zu Therapiebeginn.

### 3.3.3 Zusammenhänge mit anderen Maßen

Die Korrelationsmatrix zwischen den SK-FS Selbstkritikratings und den verschiedenen Maßen aus der MPS zu Therapiebeginn ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Konstruktvalidität

**Tabelle 3: Pearsonkorrelationen zwischen der Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS) und anderen Instrumenten zu Therapiebeginn**

Instrument	<i>M</i>	<i>SD</i>	SK-FS		
			<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
INTREX					
INTREX Selbsthass in schlechten Zeiten	4,86	3,18	-,31*	,031	49
INTREX Selbstbeschuldigung in schlechten Zeiten	6,90	3,08	-,22	,137	49
IIP-C Gesamt					
IIP-C Affiliation	1,80	0,39	,33*	,020	51
IIP-C Dominanz	0,30	0,58	-,02	,908	51
IIP-C zu autokratisch/dominant	3,36	0,78	-,04	,777	51
IIP-C zu streitsüchtig/rachsüchtig	1,15	0,61	,15	,311	51
IIP-C zu streitsüchtig/rachsüchtig	1,31	0,52	,23	,098	51
IIP-C zu abweisend/kalt	1,38	0,69	,15	,309	51
IIP-C zu introvertiert/vermeidend	2,02	0,87	,19	,181	51
IIP-C zu unterwürfig/nicht durchsetzungsfähig	2,45	0,69	,30*	,031	51
IIP-C zu ausnutzbar	2,22	0,63	,13	,349	51
IIP-C zu fürsorglich/selbstaufopfernd	2,27	0,64	,19	,194	51
IIP-C zu aufdringlich/bedürftig	1,63	0,69	,17	,240	51
BDI	26,24	7,96	,15	,301	51
SCL-90-R					
SCL-90-R GSI	1,29	0,52	,14	,331	51
SCL-90-R Subskala Depressivität	1,96	0,79	,15	,290	51

*Anmerkungen:* BDI = Beck Depression Inventory; IIP-C = Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex; INTREX = Structural Analysis of Social Behavior (SASB) INTREX Introject Questionnaire; SCL-90-R = Symptom Checklist-Revised; \* $p < ,05$ .

wurde anhand von Zusammenhängen mit der Selbstbeschuldigungs- und Selbsthass-Subskala des SASB INTREX Introject Fragebogens, des IIP-C, BDI und der SCL-90-R untersucht. Entgegen den Erwartungen zeigte sich eine signifikante negative Korrelation zwischen der SK-FS und der Selbsthass-Subskala in schlechten Zeiten. Die SK-FS zeigte weder mit dem BDI noch mit der Depressivitätssubskala und dem GSI der SCL-90-R einen signifikanten Zusammenhang. Jedoch resultierte eine signifikante moderate Korrelation zwischen der SK-

FS und dem IIP-C-Gesamtwert sowie zwischen der SK-FS und der zu unterwürfig/nicht durchsetzungsfähig-Subskala des IIP-C.<sup>8</sup>

### 3.3.4 Veränderungssensitivität

Die Ergebnisse der schrittweisen Multilevelanalyse zur Ermittlung der Veränderung von Selbstkritik im Verlauf der Behandlungen sind in Tabelle 4 dargestellt. Das „intercept-only-Modell“ (Modell 1) ergab eine ICC von 0,11, was bedeutet, dass 11% der Variabilität der Selbstkritikratings auf Unterschiede zwischen Patienten zurückzuführen ist, während die restliche Variabilität auf zeitliche Veränderungen im Verlauf zurückgeht. Im nachfolgenden Schritt wurde der feste Effekt für die Zeit (Sitzungsnummer) eingeführt, was zu einer signifikanten Modellverbesserung führte. Selbstkritik reduzierte sich also mit zunehmender Sitzungszahl im Verlauf der Behandlungen (Modell 2). Die Hinzunahme einer zufälligen Steigung für den Prädiktor Zeit (Modell 3) verminderte die Modellpassung wieder, sodass dieser Effekt in den nachfolgenden Modellen nicht mehr berücksichtigt wurde. Als nächstes wurden die beiden festen Effekte für die Behandlungsgruppe und die Depressivität zu Behandlungsbeginn mitaufgenommen (Modell 4). Dies verbesserte die Modellpassung nicht und zeigte auf, dass Selbstkritik nicht mit dem Behandlungsverfahren und der depressiven Symptomschwere zusammenhing. Die Einführung des Interaktionsterms (Sitzungsnummer x Behandlungsgruppe) in Modell 5 verbesserte die Modellpassung ebenfalls nicht und wies darauf hin, dass die Behandlungsmethode den Zusammenhang zwischen Zeit und Selbstkritik nicht moderierte. Insgesamt zeigte Modell 2 die beste Passung und demonstrierte, dass die SK-FS-Ratings eine Reduktion von Selbstkritik während der Therapien erfassen konnte.

---

<sup>8</sup> Die korrelativen Analysen wurden auch für die beiden SK-FS Subskalen durchgeführt. Dabei zeigte die Subskala Inadäquates Selbst vergleichbare Korrelationen mit den anderen Instrumenten. Die einzige Ausnahme bestand in dem knapp nicht mehr signifikanten Zusammenhang zwischen Inadäquatem Selbst und der INTREX Selbsthass-Subskala. Die SK-FS Selbsthass-Subskala wies keine signifikante Korrelation mit einem anderen Maß auf.

**Tabelle 4: Feste- und Zufallseffekte für die schrittweise Modellbildung zur Vorhersage von Selbstkritik**

Parameter	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Feste Effekte					
Achsenabschnitt	2,408*** [2,039; 2,769]	2,743*** [2,314; 3,199]	2,743*** [2,286; 3,161]	2,527*** [1,367; 3,736]	2,192** [0,810; 3,586]
Sitzungsnummer	--	-0,005* [-0,009; -0,001]	-0,005** [-0,009; -0,001]	-0,005* [-0,009; -0,001]	0,002 [-0,010; 0,014]
Behandlungsgruppe	--	--	--	0,217 [-0,630; 0,977]	0,549 [-0,291; 1,501]
Depressivität zu Therapiebeginn	--	--	--	0,005 [-0,037; 0,045]	0,008 [-0,037; 0,054]
Sitzungsnummer x Behandlungsgruppe	--	--	--	--	-0,008 [-0,020; 0,004]
Fehlervarianz					
Residuum	2,723	2,546	2,454	2,519	2,508
Achsenabschnitt	0,348	0,345	0,633	0,364	0,326
Steigung (Sitzungsnummer)	--	--	0,000	--	--
Modellpassung					
AIC	413,0	408,7	412,0	412,3	412,7
BIC	420,9	419,2	427,8	428,1	431,1

Anmerkungen: ICC = 0,11; Die Werte basieren auf der Maximum-Likelihood-Schätzmethode. In Klammern stehen die per Bootstrapping-Verfahren ermittelten parametrischen 95%-Konfidenzintervalle; \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ .

### 3.3.5 Prädiktive Validität

Hinsichtlich der prädiktiven Validität von Selbstkritik auf die nachfolgende Symptomatik zeigte sich ein Trend in Richtung einer im Therapieverlauf ansteigenden, wengleich nicht signifikant bleibenden, positiven Korrelation zwischen Selbstkritik gemessen mit der SK-FS zu Therapiebeginn und Depressivität gemessen mit dem BDI nach

18 Monaten ( $r = ,25$ ;  $n = 33$ ;  $p = ,16$ ). Die prädiktive Validität der SK-FS wurde darüber hinaus mittels dreier linearer Regressionsmodelle getestet. Selbstkritik zu Therapiebeginn war kein signifikanter Prädiktor für die Symptomschwere (BDI) nach 18 Monaten Behandlung,  $n = 33$ ;  $\beta = ,25$ ;  $p = ,164$ . Selbstkritik zu Therapiebeginn sagte nicht die residuelle Veränderung der Symptomschwere zwischen Therapiebeginn und 18 Monaten vorher,  $n = 33$ ;  $\beta = ,15$ ;  $p = ,301$ , und auch die residuelle Veränderung von Selbstkritik zwischen Therapiebeginn und 18 Monaten sagte die Symptomschwere (BDI) nach 18 Monaten nicht signifikant vorher,  $n = 33$ ;  $\beta = ,25$ ;  $p = ,164$ .<sup>9</sup> Jedoch zeigten die beobachteten Zusammenhänge in die erwartete Richtung und befanden sich von der Größenordnung her im Rahmen der im systematischen Review zusammengefassten Zusammenhänge.

### **3.4 Diskussion**

#### **3.4.1 Entwicklung und psychometrische Überprüfung der neuen Skala**

Ziel der Studie war es, ein neues Fremdbeurteilungsinstrument für Selbstkritik zu entwickeln und eine erste psychometrische Überprüfung durchzuführen. Die resultierende SK-FS beinhaltet acht Items und erlaubt geschulten Beobachtern, Selbstkritik im Rahmen von Video- oder Audioaufzeichnungen von Psychotherapiesitzungen zu erfassen. Die Interrater-Reliabilität war gut und stellte eine genaue, einheitliche und unter Berücksichtigung der mit angemessenem Aufwand durchführbaren Beobachterschulung ökonomische Anwendbarkeit der neuen Skala unter Beweis. Die Komponenteanalyse bestätigte die Präsenz der beiden Subskalen Inadäquates Selbst und Verhasstes Selbst. Die Multilevelanalysen demonstrierten die Veränderungssensitivität der SK-FS in Form einer Reduktion von Selbstkritik im Verlauf von psychodynamischer Psychotherapie. Dieses Ergebnis entspricht früheren Befunden von Psychotherapieergebnisstudien (Chui et al. 2016; Joyce et al. 2009; Lowyck et al. 2016).

---

<sup>9</sup> Die gleichen Regressionsanalysen wurden auch mit dem GSI der SCL-90-R als Maß für die Symptomschwere durchgeführt und ergaben vergleichbare Ergebnisse.

Dabei moderierte die Behandlungsmethode jedoch nicht den Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Zeit, sodass die Annahme, dass selbstkritische Patienten eher von intensiver, psychoanalytischer Langzeittherapie profitieren (Blatt et al. 2010), basierend auf den verwendeten Daten nicht gestützt werden konnte.

Die Ergebnisse der Studie lieferten insgesamt nur schwache Hinweise auf die Konstruktvalidität der SK-FS. Entgegen den Erwartungen zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der SK-FS und den Maßen für Depressivität und allgemeiner Symptomlast zu Therapiebeginn (BDI und SCL-90-R). Gleichwohl wies der positive Zusammenhang zwischen fremdbeobachteter Selbstkritik und mittels Fragebogen erfasster Depressivität in die erwartete Richtung und bewegte sich im Verlauf der Behandlungen tendenziell in Richtung einer größer werdenden, positiven Korrelation. Die ausbleibende Signifikanz dieses Zusammenhangs kann auf die verhältnismäßig kleine Stichprobengröße zurückgeführt werden. Den Hypothesen entsprechend zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der SK-FS und interpersonalen Problemen, die mit dem IIP-C erfasst wurden. Dies entspricht den bisherigen Befunden zu sozialen Defiziten bei selbstkritischen Patienten, zu denen eine geringere Qualität des sozialen Netzwerks, weniger soziale Unterstützung und Schwierigkeiten bei der Initiierung und Aufrechterhaltung befriedigender Beziehungen innerhalb und außerhalb der Therapie zählen (Blatt et al. 2010; Shahar et al. 2004; Whelton et al. 2007; Zuroff et al. 2000). Im Speziellen war Selbstkritik mit der zu unterwürfig/nicht durchsetzungsfähig-Subskala des IIP-C verbunden. Personen mit hohen Ausprägungen auf dieser Subskala berichten von Schwierigkeiten, anderen gegenüber ihre Bedürfnisse zu kommunizieren, von Unwohlsein in der Rolle einer Autorität und einem Unvermögen, anderen gegenüber standfest und durchsetzungsfähig aufzutreten (Alden et al. 1990). Scheinbar widerspricht dieser Befund zunächst dem bisher gefundenen Muster, nach dem selbstkritische Individuen eher dominant, distanziert und kühl erscheinen (Desmet et al. 2007; Dinger et al. 2015a). Obwohl selbstkritische Menschen in vielen Situationen kalt und



abweisend zu sein scheinen, könnte ein solches Verhalten auch als Kompensation oder gar unbewusste Abwehr ihrer eigentlich wahrgenommenen Schwäche und ihrer häufig auftretenden Gefühle der Minderwertigkeit, Fehlerhaftigkeit, Schuld und Scham (Blatt und Luyten 2009; Whelton und Greenberg 2005) verstanden werden. Unter bestimmten Bedingungen, wenn die narzisstische Abwehr geschwächt ist wie bspw. unter Leidensdruck zu Beginn einer Behandlung, könnten selbstkritische Patienten sich selbst als unsicher, nicht durchsetzungsfähig und unterwürfig wahrnehmen und dies auch in einem Fragebogen wie dem IIP-C entsprechend ankreuzen.

Der signifikant negative Zusammenhang zwischen der SK-FS und der Selbsthass-Subskala des INTREX Introject Fragebogens widersprach den Annahmen der Studie. Dieses Ergebnis war im Hinblick darauf, dass die INTREX Selbsthass-Subskala als Vorlage für die Konstruktion der Subskala Verhasstes Selbst des neuen Fremdbeurteilungsinstruments diente, besonders überraschend. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass sich die verwendete Stichprobe für die Erfassung von Selbsthass, welche eher im Rahmen schwererer Psychopathologien zu erwarten ist, aufgrund der durchschnittlich nur mittelgradigen depressiven Symptomlast und aufgrund des geringen Prozentsatzes an Patienten mit komorbider BPS nicht eignete. Daher wurde womöglich eher eine neurotische Form der Selbstkritik, die sich qualitativ von der eher strukturellen Selbsthass-Skala des INTREX unterscheidet, gemessen. Darüber hinaus wurde in der MPS die Kurzversion des INTREX Fragebogens verwendet, bei der Selbsthass lediglich durch ein Item repräsentiert wird. Obwohl Skalen mit nur einem Item verschiedene Vorteile bieten, leiden sie doch grundsätzlich unter einem Mangel an Reliabilität und bilden konzeptuell komplexe Konstrukte wie Selbsthass möglicherweise nicht adäquat ab (Loo 2002; Nunnally und Bernstein 1994; Wanous und Hudy 2001).

Schließlich konnte auch die prädiktive Validität der SK-FS nicht bestätigt werden. Selbstkritik zu Therapiebeginn sagte weder die Depressivität nach 18 Monaten

Psychotherapie noch die Veränderung der depressiven Symptomatik im Verlauf der Behandlungen vorher. Auch die Veränderung von Selbstkritik im Verlauf der Therapien konnte die Depressivität zu einem späteren Zeitpunkt während der Behandlung nicht vorhersagen. Diese Ergebnisse stimmen mit einigen Studien überein, die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen der Reduktion von Selbstkritik und dem späteren Behandlungserfolg finden konnten, widersprechen jedoch anderen Studien, die eine solche Verbindung identifizieren konnten (s. narrative Zusammenfassung im Rahmen des systematischen Reviews). Statistisch betrachtet beweisen nichtsignifikante Ergebnisse jedoch im Falle von zu kleinen Stichproben und einer damit verbundenen geringen Teststärke nicht, dass es keinen Zusammenhang gibt. Dementsprechend sollte der prädiktive Wert von Selbstkritik basierend auf den vorliegenden Daten noch nicht ausgeschlossen werden, sondern in größeren Stichproben überprüft werden.

Aufgrund der wenigen hypothesenkonformen Zusammenhänge mit anderen Maßen stellt sich die Frage, was mit der SK-FS eigentlich erfasst wurde. Das neue Fremdbeurteilungsinstrument fokussierte explizit auf den sprachlichen Ausdruck von Selbstkritik. Mit dieser Herangehensweise war es unter Umständen nicht möglich, bestimmte innere, für die Erfassung des Konstrukts relevante Prozesse wie bspw. die emotionale Beteiligung, angemessen zu erfassen. So scheint Selbstkritik ganz besonders schädlich zu sein, wenn starke negative Gefühle gegenüber dem eigenen Selbst beteiligt sind (Gilbert et al. 2004). Obwohl typische, mit Selbstkritik assoziierte Emotionen, wie Gefühle der Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit, Scham, Ärger auf und Ekel gegenüber sich selbst, in die Items aufgenommen wurden, mussten diese emotionalen Zustände von den Patienten explizit verbalisiert und mit eigenen Fehlern oder Schwächen in Verbindung gebracht werden, um gezählt zu werden (z.B.: „Nach der schlechten Note hatte ich das Gefühl, einfach nicht gut genug zu sein.“). Selbstbeurteilungsinstrumente für Selbstkritik könnten diese emotionale Komponente der Selbstkritik aufgrund ihrer subjektiven Beschaffenheit naturgemäß besser

erfassen. Die Validität der SK-FS könnte von einer Integration weiterer akustischer und visueller Informationsquellen zu selbstkritischen Emotionen profitieren und bspw. mimische und körperliche Informationen, paralinguistische Merkmale der Sprache sowie nichtsprachliche Vokalisierungen berücksichtigen (Reisenzein et al. 2014). Um all diese Informationen angemessen erfassen zu können, sollten zukünftig außerdem vermehrt Videoaufnahmen von Therapiesitzungen für die Validierung der SK-FS zur Anwendung kommen.

Ein weiteres Problem könnte in der Verwendung der Häufigkeitszählungen selbstkritischer Aussagen bestanden haben. Die Ergebnisse könnten im Falle von längeren Schweigepausen, wie sie in psychodynamischen Therapiesitzungen häufiger vorkommen, Verzerrungen unterliegen und nicht das „wahre“ Ausmaß der Selbstkritik abbilden. Die Hinzunahme von Intensitätsratings, wie sie bspw. in der Hamilton Depressionsskala (Hamilton 1960) zum Einsatz kommen, könnte dieses Problem lösen. Im Zuge der Skalenentwicklung wurde bewusst auf Intensitätsratings verzichtet, da das Instrument möglichst einfach und reliabel gehalten werden sollte und davon ausgegangen wurde, dass die Unterscheidung zwischen Inadäquatem Selbst und Verhasstem Selbst bereits ausreichend zwischen verschiedenen Intensitätsstufen selbstkritischer Äußerungen differenziert. Eine feiner abgestufte Beurteilung der Intensität könnte jedoch nützlich sein und die bereits im vorherigen Abschnitt beschriebenen affektiven Aspekte von Selbstkritik miteinschließen. So könnte die mit einem humorvollen Ton getroffene Aussage „Ich habe einen schlechten Orientierungssinn“ bspw. weniger intensiv beurteilt werden als die in einem ärgerlichen Tonfall gemachte Aussage „Ich gebe mir die Schuld daran, nicht fähig zu sein, für die Prüfung zu lernen“. Da die SK-FS beide Aussagen gleich zählen würde, ist es denkbar, dass die Skala in ihrer jetzigen Fassung pathologische Formen der Selbstkritik mit weniger pathologischen oder gar adaptiven Formen der Selbstreflexion und Selbstexploration vermischt. Selbstreflexion ist ein integraler Bestandteil und gleichzeitig ein Ziel

psychodynamischer Psychotherapie (Shedler 2010), sodass die potentielle Konfundierung mit Selbstkritik in der vorliegenden Studie teilweise die geringen Korrelationen der SK-FS mit Depressivität erklären könnte.

### **3.4.2 Limitationen und Ausblick**

Die größte Einschränkung der Studie besteht in der verhältnismäßig kleinen Stichprobengröße und der damit assoziierten geringen Teststärke im Hinblick auf die korrelativen- und Regressionsanalysen. Daher müssen die Ergebnisse insbesondere in Bezug auf die Testung der Validität der SK-FS als vorläufig betrachtet werden. Um die Wahrscheinlichkeit für Zufallsbefunde zu minimieren, sollten zukünftige Studien die durchgeführten Analysen zur Validität des neuen Fremdbeurteilungsinstruments mit einer größeren Anzahl von Studienteilnehmern replizieren. Eine weitere wichtige Limitation ist im Fehlen eines Vergleichs der SK-FS mit einem alternativen Instrument für Selbstkritik zu sehen. Zum Beispiel hätte die Verwendung des DEQ oder der FSCRS eine direktere Testung der Konstruktvalidität ermöglicht. Aufgrund des retrospektiven Studiendesigns und der Reanalyse bereits bestehender Daten aus der MPS war dies allerdings nicht möglich, da die Auswahl der Instrumente eingeschränkt war. Die Testung der Übereinstimmung zwischen der SK-FS und einem Selbstbeurteilungsinstrument für Selbstkritik stellt einen bedeutsamen nächsten Schritt in der Überprüfung der Validität und Nützlichkeit der neuen Skala dar.

Schließlich wurden nur drei Messzeitpunkte berücksichtigt und es stellt sich die Frage, inwiefern Selbstkritik in einer aus einer viele Sitzungen umfassenden Psychotherapie zufällig ausgewählten Therapiesitzung überhaupt in Erscheinung tritt. Obwohl Selbstkritik als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft konzeptualisiert wurde, existieren auch Konzeptualisierungen variablerer selbstkritischer Zustände (Zuroff et al. 1999; Zuroff et al. 2016). Zukünftige Studien sollten längsschnittliche Studiendesigns mit möglichst vielen

Messzeitpunkten wählen, um Selbstkritik genauer zu erfassen und um eine Retest-Reliabilität zu berechnen.

### **3.4.3 Schlussfolgerungen**

Selbstkritik hängt mit einer Vielzahl psychologischer Schwierigkeiten wie Depressivität, Ängstlichkeit, Essstörungen, Suizidalität und zwischenmenschlichen Problemen zusammen (Kannan und Levitt 2013). Bei der neu entwickelten SK-FS handelt es sich um das erste Fremdbeurteilungsinstrument für Selbstkritik. Die vorläufigen Ergebnisse bestätigen die reliable Anwendbarkeit der Skala durch geschulte Beobachter, eine theoretisch fundierte Komponentenstruktur, die Veränderungssensitivität des Instruments in Form einer Reduktion von Selbstkritik im Therapieverlauf, eine positive Korrelation von Selbstkritik mit interpersonalen Problemen und einen Trend hin zu einer positiven Korrelation mit Depressivität. Trotz der diskutierten Limitationen und trotz der Notwendigkeit weiterer Validierungsversuche und einer Verbesserung der Skala stellt die SK-FS ein ökonomisches Instrument dar, das wiederholt im Verlauf einer Behandlung eingesetzt werden kann, um Selbstkritik im Sinne eines Veränderungsmechanismus im Rahmen von Psychotherapie zu untersuchen.

## 4. Allgemeine Diskussion: Implikationen für die klinische Praxis

Neben den bereits diskutierten Implikationen für potentielle zukünftige Forschungsprojekte enthält die vorliegende Dissertation auch verschiedene Implikationen im Hinblick auf die klinische Diagnostik und Behandlung selbstkritischer Patienten. Das Hauptergebnis des systematischen Reviews, demzufolge Selbstkritik mit einem schlechteren Therapieergebnis verbunden ist, sollte praktisch arbeitende Therapeuten dafür sensibilisieren, ein besonderes Augenmerk auf die selbstkritischen Äußerungen ihrer Patienten zu legen. Um festzustellen, welche Patienten potentiell weniger von Psychotherapie profitieren, sollten selbstkritische Eigenschaften zudem möglichst früh im therapeutischen Prozess erfasst werden. Dafür lieferte die zweite Teilstudie der Arbeit ein reliables Fremdbeurteilungsinstrument, mit dem potentiell auch Praktiker das Ausmaß und die Art der Selbstkritik ihrer Patienten beurteilen könnten.

In einem nächsten Schritt könnten selbstkritischen Patienten dann auch spezialisierte Behandlungsangebote gemacht werden. In diesem Sinne könnten die Ergebnisse der Dissertation auch zur Entwicklung neuer Behandlungsansätze oder zur Verbesserung bestehender Methoden beitragen, indem bspw. spezifisch auf Selbstkritik abzielende Interventionen hinzugefügt werden. Dieser Ansatz entspricht der laufenden Debatte zu personalisierten Psychotherapien, die durch individuell angepasste Interventionen die bestmögliche Übereinstimmung zwischen Patient und Behandlung gewährleisten sollen (Cuijpers et al. 2016; Strack und Millon 2013). Während es als gesichert gilt, dass Selbstkritik durch Psychotherapie abgemildert werden kann (z.B. Lloyd 2015), bleibt bisher unklar, ob spezifische Interventionen dabei effektiver sind als andere. Ein Ansatz, der speziell für die Bedürfnisse selbstkritischer Patienten entwickelt wurde, ist das „Compassionate Mind Training“ (CMT; Gilbert und Procter 2006). CMT soll Patienten dabei helfen, zu verstehen, warum sie selbstkritisch denken und handeln und dabei unterstützen, selbstbezogenes

Mitgefühl, Wärme gegenüber sich selbst sowie die Fähigkeit zur Selbstbestärkung und Selbstberuhigung zu entwickeln, um den selbstkritischen und feindseligen inneren Stimmen etwas entgegenzusetzen. Ein weiterer vielversprechender Ansatz, insbesondere für besonders selbstkritische Individuen bzw. für Patienten mit besonders aggressiven selbstkritischen Tendenzen, stellt die Anwendung der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2013) dar. Dieser therapeutische Ansatz könnte sich gezielt mit den Persönlichkeitsdefiziten, die mit Selbstkritik einhergehen, wie bspw. mit der Fähigkeit, Objektbeziehungen zu regulieren, beschäftigen.

## 5. Zusammenfassung

Ein Ergebnis der jahrzehntelangen Psychotherapieoutcomeforschung ist, dass Psychotherapie wirkt. Die Frage nach den zugrundeliegenden Wirkmechanismen konnte jedoch noch nicht abschließend geklärt werden. Neben allgemeinen und behandlungsspezifischen Wirkfaktoren spielt auch die Persönlichkeit der behandelten Patienten eine bedeutsame Rolle für den Erfolg von Psychotherapie. Eine in diesem Zusammenhang potentiell relevante Persönlichkeitseigenschaft, die mit zahlreichen psychischen Störungen in Verbindung steht, ist Selbstkritik. Selbstkritische Menschen neigen zu einer permanenten und strengen Selbstprüfung, zu übermäßig kritischen Bewertungen des eigenen Verhaltens, sie haben häufig Angst, Fehler zu machen und entwerten sich selbst bei Misserfolgen. Diese Eigenschaften und ihre Veränderung könnten sich auf den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen auswirken.

Das Ziel der vorliegenden Dissertation war es, Selbstkritik sowohl als Prädiktor für den Therapieerfolg als auch als potentiellen Veränderungsmechanismus im Rahmen von Psychotherapie näher zu untersuchen und zur Forschung in diesem Feld beizutragen. Dazu wurde in einem ersten Schritt ein systematisches Review mit Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Behandlungsergebnis durchgeführt. In einem zweiten Schritt wurde im Rahmen einer eigenen empirischen Arbeit ein neues Fremdbeurteilungsinstrument für Selbstkritik entwickelt und psychometrisch überprüft, das für den wiederholten Einsatz in Psychotherapien konzipiert ist und somit zukünftige Forschung zu Selbstkritik als Veränderungsmechanismus ermöglichen soll.

Im Rahmen des systematischen Reviews konnten insgesamt 49 längsschnittliche Studien metaanalytisch ausgewertet werden. Die resultierende mittlere Gesamteffektstärke von  $r = -.20$  zeigt an, dass ein hohes Ausmaß an Selbstkritik zu Beginn einer Behandlung über zahlreiche Studien hinweg mit einem geringeren psychotherapeutischen Erfolg assoziiert



ist. Die Größe dieses Zusammenhangs schwankte zudem in Abhängigkeit von der psychischen Grunderkrankung. Lediglich sieben Studien enthielten Informationen zum Zusammenhang zwischen einer Veränderung von Selbstkritik im Verlauf von Psychotherapie und dem Therapieergebnis. Eine narrative Zusammenfassung dieser Studien ergab kein eindeutiges Ergebnis und konnte die Reduktion von Selbstkritik im Verlauf von Therapie nur teilweise mit einem besseren Behandlungsergebnis verknüpfen.

Unter Verwendung zweier unabhängiger Stichproben konnte im nächsten Schritt die aus acht Items bestehende Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala entwickelt werden. Anhand einer weiteren Stichprobe konnte die neue Skala erstmals an Audioaufzeichnungen von Therapiesitzungen eingesetzt und psychometrisch überprüft werden. Das neue Instrument wies eine gute Interrater-Reliabilität auf und im Rahmen einer explorativen Hauptkomponentenanalyse konnte die theoretisch angenommene, zweifaktorielle Struktur der Skala mit den Subskalen Inadäquates Selbst und Verhasstes Selbst bestätigt werden. Zudem war die Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala in der Lage, eine signifikante Reduktion von Selbstkritik im Verlauf von psychodynamischer Psychotherapie abzubilden. Die Konstruktvalidität konnte nur bedingt bestätigt werden, wobei die mittels Fremdbeurteilung ermittelte Selbstkritik mit zwischenmenschlichen Problemen in Verbindung gebracht werden konnte. Der prädiktive Wert von Selbstkritik für den späteren Therapieerfolg konnte nicht nachgewiesen werden.

Insgesamt kann Selbstkritik infolge der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch nicht als Veränderungsmechanismus im eigentlichen Sinne verstanden werden. Die Befunde unterstreichen jedoch die Bedeutsamkeit dieser Persönlichkeitseigenschaft für den psychotherapeutischen Erfolg und liefern einen Ausgangspunkt und ein vielversprechendes Instrument für die ökonomische Erfassung von Selbstkritik im Rahmen zukünftiger Forschungsarbeiten zur Beantwortung der Frage, ob eine Veränderung einer selbstkritischen Einstellung im Verlauf von Therapie zu einem besseren Endergebnis beiträgt.

## 6. Literaturverzeichnis

- Ahn, S. und Becker, B. J. (2011). **Incorporating quality scores in meta-analysis**. *Journal of Educational and Behavioral Statistics* 36, 555-585, doi: 10.3102/1076998610393968.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. und Pincus, A. L. (1990). **Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems**. *Journal of Personality Assessment* 55, 521-536, doi: 10.1080/00223891.1990.9674088.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Aronfreed, J. (1964). **The origin of self-criticism**. *Psychological Review* 71, 193-218, doi: <https://doi.org/10.1037/h0047689>.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E. und Swinson, R. P. (2007). **Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia**. *Depression and Anxiety* 24, 169-177, doi: 10.1002/da.20219.
- Balk, E. M., Bonis, P. A., Moskowitz, H., Schmid, C. H., Ioannidis, J. P., Wang, C. und Lau, J. (2002). **Correlation of quality measures with estimates of treatment effect in meta-analyses of randomized controlled trials**. *Journal of the American Medical Association* 287, 2973-2982, doi: 10.1001/jama.287.22.2973.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. und Walker, S. (2015). **Fitting linear mixed-effects models using lme4**. *Journal of Statistical Software* 67, doi: 10.18637/jss.v067.i01
- Beck, A. T. (1983). **Cognitive therapy of depression: New perspectives**. In: *Treatment of depression: Old controversies and new approaches.*, Hrsg. Clayton, P. J. und Barrett, J. E., Raven, New York, S. 265-290.
- Beck, A. T. (1996). **Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology**. In: *Frontiers of cognitive therapy.*, Hrsg. Salkovskis, P., Guilford, New York, NY, S. 1-25.
- Beck, A. T. und Alford, B. A. (2009). **Depression: Causes and treatment**. , 2. Aufl., University of Pennsylvania Press, Baltimore, MD.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. und Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression.**, Guilford, New York, NY.
- Beck, A. T., Steer, R. A. und Brown, G. (1996). **BDI-II: Beck Depression Inventory-II manual.**, Psychological Corporation, New York, NY.
- Beck, A. T., Steer, R. A. und Garbin, M. G. (1988). **Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation**. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100, doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. und Erbaugh, J. (1961). **An inventory for measuring depression**. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571, doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Beevers, C. G. und Miller, I. W. (2004). **Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation**. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34, 126-137, doi: 10.1521/suli.34.2.126.32791.
- Beevers, C. G. und Miller, I. W. (2005). **Unlinking negative cognition and symptoms of depression: Evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, 68-77, doi: 10.1037/0022-006X.73.1.68.
- Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A. und Miller, I. W. (2007). **Efficiently assessing negative cognition in depression: An item response theory analysis of the Dysfunctional Attitude Scale**. *Psychological Assessment* 19, 199-209, doi: 10.1037/1040-3590.19.2.199.
- Bell, B. A., Ene, M., Smiley, W. und Schoeneberger, J. A. (2013). **A multilevel model primer using SAS® PROC MIXED**. Sitzungsbericht des jährlichen SAS Global Forums 2013, URL: <http://support.sas.com/resources/papers/proceedings13/433-2013.pdf> [Stand: 19.06.2020].
- Belur, J., Tompson, L., Thornton, A. und Simon, M. (2018). **Interrater reliability in systematic review methodology: Exploring variation in coder decision-making**. *Sociological Methods and Research*, 1-29, doi: <https://doi.org/10.1177/0049124118799372>.
- Bender, D. S., Morey, L. C. und Skodol, A. E. (2011). **Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods**. *Journal of Personality Assessment* 93, 332-346, doi: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Benjamin, L. S. (1974). **Structural analysis of social behavior**. *Psychological Review* 81, 392-425, doi: <https://doi.org/10.1037/h0037024>.
- Benjamin, L. S. (1983). **The INTREX user's manual. Part I and II.**, INTREX Interpersonal Institute, Madison, WI.
- Benjamin, L. S. (2000). **SASB Intrex user's manual.**, University of Utah, Utah.
- Birgegård, A., Björck, C., Norring, C., Sohlberg, S. und Clinton, D. (2009). **Anorexic self-control and bulimic self-hate: Differential outcome prediction from initial self-image**. *International Journal of Eating Disorders* 42, 522-530, doi: 10.1002/eat.20642.
- Bisgaier, S. (2018) **Acceptance and commitment therapy for the treatment of perfectionism**. Psychologische Dissertation, Widener University.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. und Norring, C. (2007). **Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up**. *Eating Behaviors* 8, 398-406, doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.12.002.

- Blatt, S. J. (1974). **Levels of object representation in anaclitic and introjective depression.** *Psychoanalytic Study of the Child* 29, 107–157, doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>.
- Blatt, S. J. (1992). **The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited.** *Journal of the American Psychoanalytic Association* 40, 691-724, doi: 10.1177/000306519204000303.
- Blatt, S. J. (1995). **The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression.** *American Psychologist* 50, 1003-1020, doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1003.
- Blatt, S. J. (1998). **Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression.** *Journal of the American Psychoanalytic Association* 46, 723-752, doi: <https://doi.org/10.1177/00030651980460030301>.
- Blatt, S. J. (2008). **Polarities of experiences: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.**, American Psychological Association, Washington, DC.
- Blatt, S. J. und Behrends, R. S. (1987). **Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action.** *The International Journal of Psychoanalysis* 68, 279-297.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. und Quinlan, D. M. (1976). **Experiences of depression in normal young adults.** *Journal of Abnormal Psychology* 85, 383-389, doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383.
- Blatt, S. J. und Lerner, H. D. (1983). **The psychological assessment of object representation.** *Journal of Personality Assessment* 47, 7-28, doi: 10.1207/s15327752jpa4701\_2.
- Blatt, S. J. und Luyten, P. (2009). **A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span.** *Development and Psychopathology* 21, 793-814, doi: 10.1017/S0954579409000431.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. und Shea, M. T. (1995). **Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 125-132, doi: 10.1037/0022-006X.63.1.125.
- Blatt, S. J., Shahar, G. und Zuroff, D. C. (2001). **Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions.** *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38, 449-454, doi: 10.1037/0033-3204.38.4.449.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L. und Auerbach, J. S. (2010). **Predictors of sustained therapeutic change.** *Psychotherapy Research* 20, 37-54, doi: 10.1080/10503300903121080.

- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. und Rothstein, H. R. (2009). **Introduction to meta-analysis.**, John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- Cafri, G., Kromrey, J. D. und Brannick, M. T. (2009). **A SAS macro for statistical power calculations in meta-analysis.** Behavior Research Methods 41, 35-46, doi: 10.3758/brm.41.1.35.
- Chang, E. C. (2008). **Introduction to self-criticism and self-enhancement: Views from ancient Greece to the modern world.** In: Self-criticism and self-enhancement: Theory, research, and clinical implications., Hrsg. Chang, E. C., American Psychological Association, Washington, DC, S. 3-15.
- Chui, H., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Barrett, M. S. und Barber, J. P. (2016). **Dependency and self-criticism in treatments for depression.** Journal of Counseling Psychology 63, 452-459, doi: 10.1037/cou0000142.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernandez, R., Narrow, W. E. und Reed, G. M. (2017). **Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC).** Psychological Science in the Public Interest 18, 72-145, doi: 10.1177/1529100617727266.
- Cohen, J. (1992). **A power primer.** Psychological Bulletin 112, 155-159, doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155.
- Cox, B. J., Fleet, C. und Stein, M. B. (2004a). **Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey.** Journal of Affective Disorders 82, 227-234, doi: 10.1016/j.jad.2003.12.012.
- Cox, B. J., MacPherson, P. S., Enns, M. W. und McWilliams, L. A. (2004b). **Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample.** Behaviour Research and Therapy 42, 105-114, doi: 10.1016/S0005-7967(03)00105-0.
- Cox, B. J., McWilliams, L. A., Enns, M. W. und Clara, I. P. (2004c). **Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample.** Comprehensive Psychiatry 45, 246-253, doi: 10.1016/j.comppsy.2004.03.002.
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W. und Karpinski, D. C. (2002). **Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment.** Behavior Therapy 33, 479-491, doi: 10.1016/S0005-7894(02)80012-0.
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G. und Cristea, I. A. (2016). **Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review.** Behavior Therapy 47, 966-980, doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.007>.
- Cuijpers, P., Reijnders, M. und Huibers, M. J. H. (2019). **The role of common factors in psychotherapy outcomes.** Annual Review of Clinical Psychology 15, 207-231, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.

- Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S. und Krause, M. (2017). **Depression and attachment: How do personality styles and social support influence this relation?** *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 20, 53-62, doi: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.237>.
- de la Parra, G., Dagnino, P., Valdés, C. und Krause, M. (2017). **Beyond self-criticism and dependency: Structural functioning of depressive patients and its treatment.** 20, 43-52, doi: 10.4081/ripppo.2017.236.
- Derogatis, L. R. (1992). **The Symptom Checklist-90-revised.**, NCS Assessments, Minneapolis, MN.
- Derogatis, L. R. und Savitz, K. L. (2000). **The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care.** In: *Handbook of psychological assessment in primary care settings.*, Hrsg. Maruish, M. E., Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, S. 297–334.
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J. und Bogaerts, S. (2007). **The Depressive Experiences Questionnaire.** *European Journal of Psychological Assessment* 23, 89-98, doi: 10.1027/1015-5759.23.2.89.
- Dingemans, A. E., Danner, U. N., Donker, J. M., Aardoom, J. J., van Meer, F., Tobias, K., van Elburg, A. A. und van Furth, E. F. (2014). **The effectiveness of cognitive remediation therapy in patients with a severe or enduring eating disorder: A randomized controlled trial.** *Psychotherapy and Psychosomatics* 83, 29-36, doi: 10.1159/000355240.
- Dinger, U., Barrett, M. S., Zimmermann, J., Schauenburg, H., Wright, A. G., Renner, F., Zilcha-Mano, S. und Barber, J. P. (2015a). **Interpersonal problems, dependency, and self-criticism in major depressive disorder.** *Journal of Clinical Psychology* 71, 93-104, doi: 10.1002/jclp.22120.
- Dinger, U., Köhling, J., Klipsch, O., Ehrenthal, J. C., Nikendei, C., Herzog, W. und Schauenburg, H. (2015b). **Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D)—Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie.** *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65, 261-267, doi: 10.1055/s-0035-1545306.
- Dunkley, D. M. und Blankstein, K. R. (2000). **Self-Critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach.** *Cognitive Therapy and Research* 24, 713-730, doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005543529245>.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M. und Grilo, C. M. (2006a). **Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003).** *Behaviour Research and Therapy* 44, 63-84, doi: 10.1016/j.brat.2004.12.004.
- Dunkley, D. M. und Grilo, C. M. (2007). **Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients.** *Behaviour Research and Therapy* 45, 139-149, doi: 10.1016/j.brat.2006.01.017.

- Dunkley, D. M. und Kyparissis, A. (2008). **What is DAS self-critical perfectionism really measuring? Relations with the five-factor model of personality and depressive symptoms.** *Personality and Individual Differences* 44, 1295–1305, doi: 10.1016/j.paid.2007.11.022.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M. und McGlashan, T. H. (2006b). **Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators.** *Comprehensive Psychiatry* 47, 106-115, doi: 10.1016/j.comppsy.2005.06.003.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C. und Blankstein, K. R. (2003). **Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping.** *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 234-252, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.234>.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C. und Blankstein, K. R. (2006c). **Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment.** *Personality and Individual Differences* 40, 665-676, doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008>.
- Duval, S. und Tweedie, R. (2000). **Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis.** *Biometrics* 56, 455-463, doi: 10.1111/j.0006-341x.2000.00455.x.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S. und Hagger, M. S. (2013). **A clinical investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in perfectionism.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41, 565-578, doi: 10.1017/s135246581200063x.
- Egger, M., Davey Smith, G., Schneider, M. und Minder, C. (1997). **Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test.** *British Medical Journal* 315, 629-634, doi: 10.1136/bmj.315.7109.629.
- Ehrental, J. C. und Benecke, C. (2019). **Tailored treatment planning for individuals with personality disorders: The Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) approach.** In: *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client.*, Hrsg. Kramer, U., Elsevier, Cambridge, MA, S. 291-314.
- Enns, M. W., Cox, B. J. und Pidlubny, S. R. (2002). **Group cognitive behaviour therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response.** *Cognitive Behaviour Therapy* 31, 31-40, doi: 10.1080/16506070252823643.
- Falkenström, F., Finkel, S., Sandell, R., Rubel, J. A. und Holmqvist, R. (2017). **Dynamic models of individual change in psychotherapy process research.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85, 537-549, doi: 10.1037/ccp0000203.
- Fazaa, N. und Page, S. (2009). **Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups.** *Archive of Suicide Research* 13, 31-45, doi: 10.1080/13811110802572122.

- Fenigstein, A., Scheier, M. F. und Buss, A. H. (1975). **Public and private self-consciousness: Assessment and theory.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43, 522-527, doi: <https://doi.org/10.1037/h0076760>.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. und Shahar, G. (2008). **Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females.** *The International Journal of Eating Disorders* 41, 762-765, doi: 10.1002/eat.20573.
- Fisher, R. A. (1915). **Frequency distribution of the values of the correlation coefficient in samples of an indefinitely large population.** *Biometrika* 10, 507-521, doi: 10.2307/2331838
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M. und Macdonald, S. (2002). **Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis.** In: *Perfectionism: Theory, research, and treatment*, Hrsg. Flett, G. L. und Hewitt, P. L., American Psychological Association, Washington, DC, S. 89–132.
- Fonagy, P. und Kaechele, H. (2009). **Psychoanalysis and other long-term dynamic psychotherapies.** In: *New Oxford textbook of psychiatry.*, Hrsg. Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J. und Andreasen, N., Oxford University Press, Oxford, S. 1337-1349.
- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B. und Abramson, L. Y. (2006). **Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis.** *Bipolar Disorders* 8, 382-399, doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00337.x.
- Franke, G. (1995). **Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R). Deutsche Version. Manual.**, Beltz, Göttingen.
- Freud, S. (1917). **Trauer und Melancholie.** In: *Gesammelte Werke. Band X: Werke aus den Jahren 1913-1917.*, Hrsg. Freud, A., Bibring, E. und Hoffer, W., S. Fischer, Frankfurt am Main, S. 428-447.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. und Rosenblate, R. (1990). **The dimensions of perfectionism.** *Cognitive Therapy and Research* 14, 449-468, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01172967>.
- Gao, S., Assink, M., Cipriani, A. und Lin, K. (2017). **Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review.** *Clinical Psychology Review* 57, 59-74, doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.007.
- Garner, D. M. (1991). **EDI-2: Eating Disorder Inventory-2. Professional manual.**, Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. und Irons, C. (2004). **Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students.** *British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50, doi: 10.1348/014466504772812959.



- Gilbert, P. und Procter, S. (2006). **Compassionate Mind Training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach.** *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353-379, doi: 10.1002/cpp.507.
- Greenhouse, J. B. und Iyengar, S. (2009). **Sensitivity analysis and diagnostics.** In: *The handbook of research synthesis and meta-analysis.*, Hrsg. Cooper, H., Hedges, L. V. und Valentine, J. C., Russell Sage Foundation, New York, S. 417–433.
- Hamilton, M. (1960). **A rating scale for depression.** *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 23, 56-62, doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T. und Rees, C. S. (2015). **A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism.** *Behaviour Research and Therapy* 68, 37-47, doi: 10.1016/j.brat.2015.02.006.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W. und Shafran, R. (2004). **Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment.**, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. und Keller, F. (1994). **Beck-Depressions-Inventar (BDI).** Huber, Göttingen.
- Hedges, L. V. und Pigott, T. D. (2001). **The power of statistical tests in meta-analysis.** *Psychological Methods* 6, 203-217, doi: 10.1037//1082-989X.6.3.203.
- Hempel, S., Miles, J. N. V., Booth, M. J., Wang, Z., Morton, S. C. und Shekelle, P. G. (2013). **Risk of bias: A simulation study of power to detect study-level moderator effects in meta-analysis.** *Systematic Reviews* 2, 107, doi: 10.1186/2046-4053-2-107.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. und Strupp, H. H. (1990). **Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 768-774, doi: 10.1037//0022-006x.58.6.768.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. und Brähler, E. (2001). **Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe.** *Diagnostica* 47, 27-39, doi: <https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.1.27>.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B. und McGee, B. (2003). **Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002).** *Behaviour Research and Therapy* 41, 1221-1236, doi: 10.1016/S0005-7967(03)00021-4.
- Higgins, J. P. und Thompson, S. G. (2002). **Quantifying heterogeneity in a meta-analysis.** *Statistics in Medicine* 21, 1539-1558, doi: 10.1002/sim.1186.
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J. und Altman, D. G. (2003). **Measuring inconsistency in meta-analyses.** *British Medical Journal* 327, 557-560, doi: 10.1136/bmj.327.7414.557.

- Hofmann, S. G. und Asmundson, G. J. G. (2008). **Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?** *Clinical Psychology Review* 28, 1-16, doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.003.
- Horney, K. (1950). **Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization.**, Norton, New York.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. und Kordy, H. (2000). **Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme.**, Beltz, Weinheim.
- Hox, J. J., Moerbeek, M. und Van de Schoot, R. (2018). **Multilevel analysis: Techniques and applications.** Routledge, New York.
- Huber, D., Henrich, G., Clarkin, J. und Klug, G. (2013). **Psychoanalytic versus psychodynamic therapy for depression: A three-year follow-up study.** *Psychiatry* 76, 132-149, doi: 10.1521/psyc.2013.76.2.132.
- Huber, D., Henrich, G. und Klug, G. (2007). **The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change.** *Psychotherapy Research* 17, 474-481, doi: <https://doi.org/10.1080/10503300600856160>.
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G. und Klug, G. (2012). **Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients: A three-year follow-up study.** *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58, 299-316, doi: 10.13109/zptm.2012.58.3.299.
- Hughes, J. und Barkham, M. (2005). **Scoping the Inventory of Interpersonal Problems, its derivations and short forms: 1988–2004.** *Clinical Psychology and Psychotherapy* 12, 475–496, doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.466>.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., McIntosh, V. V. W., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. M. A. und Bulik, C. M. (2009). **The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale in women with anorexia nervosa: What is it measuring?** *International Journal of Eating Disorders* 42, 267-274, doi: 10.1002/eat.20605.
- Joyce, A. S., Ennis, L. P., O'Kelly, J. G., Ogrodniczuk, J. S. und Piper, W. E. (2009). **Depressive manifestations and differential patterns of treatment outcome in an intensive partial hospitalization treatment program.** *Psychological Services* 6, 154-172, doi: 10.1037/a0014126.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K. und Gilbert, P. (2012). **An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team.** *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420-429, doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.420.
- Kaiser, H. F. (1960). **The application of electronic computers to factor analysis.** *Educational and Psychological Measurement* 20, 141–151, doi: <https://doi.org/10.1177/001316446002000116>.
- Kannan, D. und Levitt, H. M. (2013). **A review of client self-criticism in psychotherapy.** *Journal of Psychotherapy Integration* 23, 166-178, doi: 10.1037/a0032355.

- Kazdin, A. E. (2007). **Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research.** Annual Review of Clinical Psychology 3, 1-27, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K. und Hofmann, S. G. (2013). **Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis.** Clinical Psychology Review 33, 763-771, doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Knapp, G. und Hartung, J. (2003). **Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate.** Statistics in Medicine 22, 2693-2710, doi: 10.1002/sim.1482.
- Köhling, J., Ehrenthal, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H. und Dinger, U. (2015). **Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis.** Clinical Psychology Review 37, 13-25, doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.002.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S. und Paris, J. (2012). **Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism.** Journal of Abnormal Psychology 121, 680-691, doi: 10.1037/a0028513.
- Lambert, M. J. (2013). **The efficacy and effectiveness of psychotherapy.** In: Handbook of psychotherapy and behavior change., Hrsg. Bergin, A. E. und Garfield, S. L., Wiley, New York, S. 169-218.
- Lambert, M. J. (2015). **Effectiveness of psychotherapeutic treatment.** Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung 2, 87-100.
- Lawson, J. S., Marshall, W. L. und McGrath, P. (1979). **The social self-esteem inventory.** Educational and Psychological Measurement 39, 803-811, doi: <https://doi.org/10.1177/001316447903900413>.
- Layne, G., Porcerelli, G. und Shahar, G. (2006). **Psychotherapy of self-criticism in a woman with mixed anaclitic-introjective depression.** Clinical Case Studies 5, 421-436, doi: 10.1177/1534650106290370.
- Leary, T. (1957). **Interpersonal diagnosis of personality,** Ronald, New York.
- Levy, K. N., Edell, W. S. und McGlashan, T. H. (2007). **Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder.** The Psychiatric Quarterly 78, 129-143, doi: 10.1007/s11126-006-9033-8.
- Lipsey, M. W. und Wilson, D. B. (2001). **Practical meta-analysis.,** Sage, Thousand Oaks.
- Lloyd, S. (2015) **Perfectionism in anorexia nervosa: Performance based evidence, the relationship with other features of the disorder, familial and treatment aspects.** Psychologische Dissertation, King's College London.

- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U. und Tchanturia, K. (2014). **Targeting perfectionism in anorexia nervosa using a group-based cognitive behavioural approach: A pilot study**. *European Eating Disorders Review* 22, 366-372, doi: 10.1002/erv.2313.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M. und Tchanturia, K. (2015). **Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis**. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43, 705-731, doi: 10.1017/S1352465814000162.
- Löw, C. A., Grimm, I., Huber, D., Schauenburg, H. und Dinger, U. (Manuskript eingereicht zur Publikation). **Assessing self-criticism: Development and preliminary psychometric evaluation of the Self-Criticism Observer Rating (SC-OR)**. *Psychoanalytic Psychology*.
- Löw, C. A., Schauenburg, H. und Dinger, U. (2020). **Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis**. *Clinical Psychology Review* 75, 1-19, doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>.
- Loo, R. (2002). **A caveat on using single-item versus multiple-item scales**. *Journal of Managerial Psychology* 17, 68-75, doi: 10.1108/02683940210415933.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y. und Vansteelandt, K. (2016). **Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach**. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 8, 268-274, doi: 10.1037/per0000189.
- McDonald, J. (2008). **Measuring personality constructs: The advantages and disadvantages of self-reports, informant reports and behavioural assessments**. *Enquire* 1, 75-94.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. und Altman, D. G. (2009). **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement**. *PLOS Medicine* 6, e1000097, doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
- Moldovan, R. und Pintea, S. (2015). **Mechanisms of change in psychotherapy: Methodological and statistical considerations**. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal* 19, 299-311.
- Mongrain, M. und Leather, F. (2006). **Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression**. *Journal of Clinical Psychology* 62, 705-713, doi: 10.1002/jclp.20263.
- Mongrain, M., Lubbers, R. und Struthers, W. (2004). **The power of love: Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics**. *Personality and Social Psychology Bulletin* 30, 94-105, doi: 10.1177/0146167203258861.
- Morey, L. C., Bender, D. S. und Skodol, A. E. (2013). **Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for**

- personality disorder.** *The Journal of Nervous and Mental Disease* 201, 729-735, doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8.
- Neff, K. D. (2003). **Development and validation of a scale to measure self-compassion.** *Self and Identity* 2, 223-250, doi: 10.1080/ 15298860309027.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. und Lyubomirsky, S. (2008). **Rethinking rumination.** *Perspectives on Psychological Science* 3, 400-424, doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x.
- Nunnally, J. C. und Bernstein, I. H. (1994). **Psychometric theory.**, McGraw-Hill, New York.
- O'Connor, K., Lavoie, M., Desaulniers, B. und Audet, J. S. (2018). **Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults: An open trial.** *Journal of Clinical Psychology* 74, 273-285, doi: 10.1002/jclp.22501.
- O'Connor, R. C. und Noyce, R. (2008). **Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation.** *Behaviour Research and Therapy* 46, 392-401, doi: 10.1016/j.brat.2008.01.007.
- Olkin, I. und Pratt, J. W. (1958). **Unbiased estimation of certain correlation coefficients.** *The Annals of Mathematical Statistics* 29, 201-211, doi: <https://www.jstor.org/stable/2237306>
- OPD Tssk Force (2008). **Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD–2: Manual of diagnosis and treatment planning.**, Hogrefe & Huber, Cambridge, MA.
- Ortmann, M. (2016) **Burnout und Perfektionismus: Ein SMS-Nachsorgeprogramm zur Modifikation perfektionistischer Kognitionen stationärer Burnout-Patienten.** Psychologische Dissertation, Universität Koblenz-Landau.
- Palmeira, L., Cunha, M. und Pinto-Gouveia, J. (2017a). **Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity.** *Journal of Health Psychology* 1/2017, doi: 10.1177/1359105316686668.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. und Cunha, M. (2017b). **Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness and compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial.** *Appetite* 112, 107-116, doi: 10.1016/j.appet.2017.01.027.
- Peterson, R. A. und Brown, S. P. (2005). **On the use of beta coefficients in meta-analysis.** *The Journal of Applied Psychology* 90, 175-181, doi: 10.1037/0021-9010.90.1.175.
- Powers, T. A., Zuroff, D. C. und Topciu, R. A. (2004). **Covert and overt expressions of self-criticism and perfectionism and their relation to depression.** *European Journal of Personality* 18, 61-72, doi: <http://dx.doi.org/10.1002/per.499>.
- R Core Team (2016). **R: A language and environment for statistical computing.** URL: <https://www.r-project.org/> [Stand 19.06.2020].

- R Core Team (2018). **R: A language and environment for statistical computing**. URL: <https://www.r-project.org/> [Stand 19.06.2020] .
- Raftery, A. (1995). **Bayesian model selection in social research**. *Sociological Methodology* 25, 111-163, doi: 10.2307/271063.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T. und Levitt, A. (2000). **Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy**. *Cognitive Therapy and Research* 24, 571-584, doi: 10.1023/A:1005566112869.
- Reisenzein, R., Junge, M., Studtmann, M. und Huber, O. (2014). **Observational approaches to the measurement of emotions**. In: *International Handbook of Emotions in Education*, Hrsg. Pekrun, R. und Linnenbrink-Garcia, L., Routledge/Taylor & Francis Group, S. 580-606.
- Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image**., Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Rost, F., Luyten, P. und Fonagy, P. (2018). **The Anaclitic-Introjective Depression Assessment: Development and preliminary validity of an observer-rated measure**. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25, 195-209, doi: 10.1002/cpp.2153.
- Rudolf, G. (2013). **Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen**., Schattauer, Stuttgart.
- Sackett, P. R. und Lievens, F. (2008). **Personnel selection**. *Annual Review of Psychology* 59, 419-450, doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093716.
- Scharff, J. S. und Tsigounis, S. A. (2003). **Self-hatred in psychoanalysis: Detoxifying the persecutory object**., Brunner-Routledge, New York, NY.
- Schauenburg, H. und Dinger, U. (2018). **How does self-criticism overlap with personality functioning and depression severity?** Ergebnisse präsentiert auf der 49. jährlichen Konferenz der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Amsterdam.
- Schütz, A. und Sellin, I. (2006). **MSWS. Multidimensionale Selbstwertskala**., Hogrefe, Göttingen, Germany.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. und Arkowitz, H. (2012). **A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism**. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19, 496-507, doi: 10.1002/cpp.762.
- Shahar, G. (2015). **Erosion: The psychopathology of self-criticism**., Oxford University Press, New York, NY.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L. und Sotsky, S. M. (2004). **Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for**

- depression.** *Journal of Social and Clinical Psychology* 23, 140-154, doi: 10.1521/jscp.23.2.140.31017.
- Shedler, J. (2010). **The efficacy of psychodynamic psychotherapy.** *American Psychologist* 65, 98-109, doi: 10.1037/a0018378.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. und Ashby, J. S. (2001). **The Revised Almost Perfect Scale.** *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 34, 130-145, doi: <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>.
- Steele, A. L., Bergin, J. und Wade, T. D. (2011). **Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa.** *The International Journal of Eating Disorders* 44, 389-396, doi: 10.1002/eat.20830.
- Steele, A. L. und Wade, T. D. (2008). **A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study.** *Behaviour Research and Therapy* 46, 1316-1323, doi: 10.1016/j.brat.2008.09.006.
- Stoeber, J. und Otto, K. (2006). **Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges.** *Personality and Social Psychology Review* 10, 295–319, doi: 10.1207/s15327957pspr1004\_2.
- Strack, S. und Millon, T. (2013). **Personalized psychotherapy: A treatment approach based on Theodore Millon's integrated model of clinical science.** *Journal of Personality* 81, 528-541, doi: 10.1111/jopy.12013.
- Tress, W. (1993). **INTREX-Kurzform-Fragebogen: Formulare, Itemformulierungen und Fragestellungen.** In: SASB. *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens.*, Hrsg. Tress, W., Asange, Heidelberg, S. 259–263.
- Viechtbauer, W. (2005). **Bias and efficiency of meta-analytic variance estimators in the random-effects model.** *Journal of Educational and Behavioral Statistics* 30, 261-293, doi: <https://doi.org/10.3102/10769986030003261>.
- Viechtbauer, W. (2010). **Conducting meta-analyses in R with the metafor package.** *Journal of Statistical Software* 36, 1-48, doi: 10.18637/jss.v036.i03.
- Wanous, J. P. und Hudy, M. J. (2001). **Single-item reliability: A replication and extension.** *Organizational Research Methods* 4, 361–375, doi: <https://doi.org/10.1177/109442810144003>.
- Weissman, A. N. und Beck, A. T. (1978). **Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale.** Ergebnisse präsentiert auf dem jährlichen Kongress der American Educational Research Association in Toronto, Canada.
- Westen, D. und Weinberger, J. (2004). **When clinical description becomes statistical prediction.** *American Psychologist* 59, 595-613, doi: 10.1037/0003-066X.59.7.595.
- Whelton, W. J. und Greenberg, L. S. (2005). **Emotion in self-criticism.** *Personality and Individual Differences* 38, 1583-1595, doi: 10.1016/j.paid.2004.09.024.

- Whelton, W. J., Paulson, B. und Marusiak, C. W. (2007). **Self-criticism and the therapeutic relationship.** *Counselling Psychology Quarterly* 20, 135-148, doi: 10.1080/09515070701412423.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., III, Bondi, C. M. und Pilkonis, P. A. (1999). **Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability.** *Journal of Abnormal Psychology* 108, 76-89, doi: 10.1037/0021-843X.108.1.76.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., III und Simmens, S. (2000). **Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 114-124, doi: 10.1037//0022-006x.68.1.114.
- Zuroff, D. C. und Duncan, N. (1999). **Self-criticism and conflict resolution in romantic couples.** *Canadian Journal of Behavioural Science* 31, 137-149, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0087082>.
- Zuroff, D. C. und Fitzpatrick, D. K. (1995). **Depressive personality styles: Implications for adult attachment.** *Personality and Individual Differences* 18, 253-265, doi: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00136-G](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00136-G).
- Zuroff, D. C., Sadikaj, G., Kelly, A. C. und Leybman, M. J. (2016). **Conceptualizing and measuring self-criticism as both a personality trait and a personality state.** *Journal of Personality Assessment* 98, 14-21, doi: 10.1080/00223891.2015.1044604.
- Zuroff, D. C., Santor, D. und Mongrain, M. (2005). **Dependency, self-criticism, and maladjustment.** In: *Relatedness, self-definition and mental representation. Essays in honor of Sidney J. Blatt.*, Hrsg. Auerbach, J. S., Levy, K. N. und Schaffer, C. E., Routledge/Taylor & Francis Group, New Yor, NY, S. 75-90.



## 7. Eigenanteil an Datenerhebung und –auswertung und eigene Veröffentlichungen

Im Rahmen des systematischen Reviews wurden Entscheidungsschwierigkeiten in Bezug auf die Kodierung und den Einschluss von Primärstudien in die Metaanalyse zwischen mir und einem weiteren Mitglied meiner Arbeitsgruppe diskutiert. Alle weiteren Teile der Datenerhebung und -auswertung wurden vollständig von mir durchgeführt.

Im Rahmen der Instrumentenentwicklungs- und Validierungsstudie wurde eine Teilstichprobe von  $n = 59$  Therapieaudiobändern von einer von mir geschulten und betreuten Masterstudentin der Psychologie beurteilt, um die Interrater-Reliabilität zu berechnen. Alle weiteren Teile der Datenerhebung und -auswertung wurden ebenfalls vollständig von mir durchgeführt.

Aus der vorliegenden Dissertation hervorgegangene Publikationen:

- 1) Löw, C. A., Schauenburg, H. und Dinger, U. (2020). **Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis**. *Clinical Psychology Review* 75, 1-19, doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>.
- 2) Löw, C. A., Grimm, I., Huber, D., Schauenburg, H. und Dinger, U. (Manuskript eingereicht zur Publikation). **Assessing self-criticism: Development and preliminary psychometric evaluation of the Self-Criticism Observer Rating (SC-OR)**. *Psychoanalytic Psychology*.

**Publikation 1** basiert auf den Ergebnissen des systematischen Reviews der vorliegenden Dissertation. Mein Eigenanteil der Publikation erstreckt sich auf die Erhebung und Auswertung der Daten sowie auf das Schreiben des Manuskriptentwurfs. Lediglich bei Entscheidungsschwierigkeiten in Bezug auf die Kodierung und den Einschluss von Primärstudien in die Metaanalyse diskutierte ich betreffende Studien mit der Co-Betreuerin der Arbeit (Ulrike Dinger-Ehrenthal).

**Publikation 2** beruht auf den Ergebnissen der zweiten Teilstudie dieser Dissertation. Mein Eigenanteil der Publikation umfasst auch hier die Erhebung und Auswertung der Daten sowie das Schreiben des Manuskriptentwurfs. Lediglich zur Berechnung der Interrater-Reliabilität verwendete ich die von einer von mir betreuten Psychologie-Masterandin beurteilten 59 Therapieaudiobänder.

Weitere eigene Publikationen:

- Barnow, S., Löw, C. A., Dodek, A. und Stopsack, M. (2014). **Gefühle im Griff – Emotionen intelligent regulieren**. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(7), 284-289.
- Barnow, S., Löw, C. A., Arens, E., Schäfer, A. und Pruessner, L. (2019). **Die Bedeutung von Akzeptanz für psychische Probleme im höheren Lebensalter**. *Psychotherapeut* 64, 272-280.

## **Anhang**

Im Folgenden werden die Fragebögen und ausführlicheren Tabellen der beiden Teilstudien des Dissertationsprojekts präsentiert.

**Anhang 1:** Übersicht aller in der Metaanalyse berücksichtigten Instrumente zur Erfassung von Selbstkritik

**Anhang 2:** In die Metaanalyse eingeschlossene Studien

**Anhang 3:** In die narrative Zusammenfassung eingeschlossene Studien

**Anhang 4:** Merkmale der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien

**Anhang 5:** Kodiermanual mit Erläuterungen, Kodierregeln und Beispielen zu den acht Items der SK-FS

**Anhang 6:** Beck Depression Inventory (BDI)

**Anhang 7:** Symptom Checklist-Revised (SCL-90-R)

**Anhang 8:** Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C)

**Anhang 9:** Structural Analysis of Social Behavior (SASB) INTREX Introject Questionnaire, Kurzform

**Anhang 10:** Die Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS)

## Anhang 1: Übersicht aller in der Metaanalyse berücksichtigten Instrumente zur Erfassung von Selbstkritik

Instrument	Autor/en	Jahr der Veröffentlichung	Anzahl der Items	Subskalen <sup>a</sup>	Reliabilität
DEQ	Blatt et al.	1976	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Selbstkritik</b></li> <li>- Abhängigkeit</li> <li>- Selbstwirksamkeit</li> </ul>	<p>Interne Konsistenz der Selbstkritik-Skala: Cronbachs <math>\alpha = ,75</math> für Frauen und <math>\alpha = ,77</math> für Männer (Zuroff et al. 1990). Die Retest-Reliabilität für Selbstkritik schwankt zwischen <math>r = ,68</math> und <math>r = ,83</math> für Intervalle von 5 und 13 Wochen (Zuroff et al. 1983).</p>
FSCRS	Gilbert et al.	2004	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inadäquates Selbst</b></li> <li>- <b>Verhasstes Selbst</b></li> <li>- Beruhigendes Selbst</li> </ul>	<p>Die internen Konsistenzen in klinischen Stichproben schwankten zwischen Cronbachs <math>\alpha = ,87</math> und <math>\alpha = ,89</math> für Inadäquates Selbst und zwischen <math>\alpha = ,83</math> und <math>\alpha = ,86</math> für Verhasstes Selbst (Gilbert et al. 2004). Die Retest-Reliabilität betrug <math>r = ,72</math> für Inadäquates Selbst und <math>r = ,78</math> für Verhasstes Selbst im Rahmen eines 4-Wochen Intervalls (Castilho et al. 2015).</p>
DAS	Weissman und Beck	1978	40	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Perfektionismus</b></li> <li>- Bedürfnis nach Bestätigung</li> </ul>	<p>Interne Konsistenz für die DAS Perfektionismus-Subskala: Cronbachs <math>\alpha = ,88</math> (Dunkley und Kyparissis 2008). Die Retest-Reliabilität für die DAS betrug <math>r = ,73</math> über ein 6-Wochen Intervall (Oliver und Baumgart 1985).</p>
FMPS	Frost et al.	1990	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Angst vor Fehlern („concern over mistakes“)</b></li> <li>- persönliche Standards</li> <li>- elterliche Erwartungen</li> <li>- elterliche Kritik</li> <li>- Zweifel in Bezug auf die eigenen Handlungen</li> <li>- Ordnung und Organisation</li> </ul>	<p>Die interne Konsistenz für die Subskala Angst vor Fehlern betrug Cronbachs <math>\alpha = ,87</math> (Dunkley et al. 2000). Die Retest-Reliabilität für die Subskala Angst vor Fehlern betrug <math>r = ,70</math> für ein 1-Jahr Intervall (Cox und Enns 2003).</p>
APS-R	Slaney et al.	2001	23	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Diskrepanz („discrepancy“)</b></li> <li>- hohe Standards</li> <li>- Ordnung</li> </ul>	<p>Die interne Konsistenz für die APS-R Diskrepanz-Subskala betrug Cronbachs <math>\alpha = ,91</math> (Slaney et al. 2001).</p>

					Die Retest-Reliabilität für die Diskrepanz-Subskala betrug $r = ,86$ für ein 10-Wochen Intervall (Rice und Aldea 2006).
Selbstkritische Tagebucheintragungen	Boersma et al./ Gilbert und Proctor	2015/2006	3/9	<b>- Selbstkritik</b>	-
SASB INTREX	Benjamin	2000	36	<b>- Selbstbeschuldigung</b> <b>- Selbsthass</b> - freie Spontaneität - wohlwollendes sich-erforschen - Selbstliebe - sich umsorgen und fördern - Selbstkontrolle - Selbstvernachlässigung	Die interne Konsistenz für den SASB INTREX Fragebogen betrug Cronbachs $\alpha = ,74$ (Benjamin 2000). Die Retest-Reliabilität schwankte zwischen $r = ,79$ und $r = ,87$ in Abhängigkeit von der verwendeten Fragebogenversion und assoziierten Itemanzahl (Benjamin et al. 2006).

*Anmerkungen:* DEQ = Depressive Experiences Questionnaire; FSCRS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; DAS = Dysfunctional Attitudes Scale; FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; APS-R = Almost Perfect Scale-Revised; SASB = Structural Analysis of Social Behavior INTREX Questionnaire.

<sup>a</sup> Bei den fett hervorgehobenen Begriffen handelt es sich um die für die Metaanalyse relevanten Subskalen der jeweiligen Instrumente.

## Literaturliste für Anhang 1

Benjamin, L. S. (2000). *SASB Intrex user's manual*, University of Utah, Utah.

Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C. und Critchfield, K. L. (2006). **The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool**. Annual Review of Clinical Psychology 2, 83-109, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095337.

Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. und Quinlan, D. M. (1976). **Experiences of depression in normal young adults**. Journal of Abnormal Psychology 85, 383-389, doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383.

Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E. und Johansson, I. (2015). **Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety**. Journal of Contemporary Psychotherapy 45, 89-98, doi: 10.1007/s10879-014-9286-8.

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. und Duarte, J. (2015). **Exploring self-criticism: Confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples**. Clinical Psychology and Psychotherapy 22, 153-164, doi: 10.1002/cpp.1881.

Cox, B. J. und Enns, M. W. (2003). **Relative stability of dimensions of perfectionism in depression**. Canadian Journal of Behavioural Science 35, 124-132, doi: 10.1037/h0087194.

- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M. und Winkworth, G. (2000). **The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators.** *Journal of Counseling Psychology* 47, 437-453, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.437>.
- Dunkley, D. M. und Kyriakou, A. (2008). **What is DAS self-critical perfectionism really measuring? Relations with the five-factor model of personality and depressive symptoms.** *Personality and Individual Differences* 44, 1295–1305, doi: 10.1016/j.paid.2007.11.022.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. und Rosenblate, R. (1990). **The dimensions of perfectionism.** *Cognitive Therapy and Research* 14, 449-468, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01172967>.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. und Irons, C. (2004). **Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students.** *British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50, doi: 10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P. und Procter, S. (2006). **Compassionate Mind Training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach.** *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353-379, doi: 10.1002/cpp.507.
- Oliver, J. M. und Baumgart, E. P. (1985). **The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population.** *Cognitive Therapy and Research* 9, 161-167, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01204847>.
- Rice, K. G. und Aldea, M. A. (2006). **State dependence and trait stability of perfectionism: A short-term longitudinal study.** *Journal of Counseling Psychology* 53, 205-213, doi: 10.1037/0022-0167.53.2.205.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. und Ashby, J. S. (2001). **The Revised Almost Perfect Scale.** *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 34, 130-145, doi: <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>.
- Weissman, A. N. und Beck, A. T. (1978). **Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale.** Ergebnisse präsentiert auf dem jährlichen Kongress der American Educational Research Association in Toronto, Canada.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A. und Franko, D. L. (1983). **Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the depressive experiences questionnaire.** *Journal of Research in Personality* 17, 226-241, doi: [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(83\)90033-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(83)90033-8).
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M. und Blatt, S. J. (1990). **Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population.** *Journal of Personality Assessment* 55, 65-72, doi: 10.1080/00223891.1990.9674047.

## Anhang 2: In die Metaanalyse eingeschlossene Studien

- Accurso, E. C., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Berg, K. C. und Peterson, C. B. (2016). **Predictors and moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for adults with symptoms of bulimia nervosa.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84, 178-184, doi: 10.1037/ccp0000073.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E. und Swinson, R. P. (2007). **Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia.** *Depression and Anxiety* 24, 169-177, doi: 10.1002/da.20219.
- Beevers, C. G. und Miller, I. W. (2004). **Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34, 126-137, doi: 10.1521/suli.34.2.126.32791.
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Foley, J. E., Myhr, G. und Westreich, R. (2015). **Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism.** *Behavior Therapy* 46, 478-492, doi: 10.1016/j.beth.2015.02.003.
- Birgegård, A., Björck, C., Norring, C., Sohlberg, S. und Clinton, D. (2009). **Anorexic self-control and bulimic self-hate: Differential outcome prediction from initial self-image.** *International Journal of Eating Disorders* 42, 522-530, doi: 10.1002/eat.20642.
- Bisgaier, S. (2018) **Acceptance and commitment therapy for the treatment of perfectionism.** Psychologische Dissertation, Widener University.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E. und Johansson, I. (2015). **Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety.** *Journal of Contemporary Psychotherapy* 45, 89-98, doi: 10.1007/s10879-014-9286-8.
- Brooks, S. K., Rimes, K. A. und Chalder, T. (2011). **The role of acceptance in chronic fatigue syndrome.** *Journal of Psychosomatic Research* 71, 411-415, doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.08.001.
- Bulmash, E., Harkness, K. L., Stewart, J. G. und Bagby, R. M. (2009). **Personality, stressful life events, and treatment response in major depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 1067-1077, doi: 10.1037/a0017149.
- Chik, H. M., Whittal, M. L. und O'Neill, M. L. (2008). **Perfectionism and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder.** *Cognitive Therapy and Research* 32, 676-688, doi: 10.1007/s10608-007-9133-2.
- Choi, B. H., Pos, A. E. und Magnusson, M. S. (2016). **Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression.** *Psychotherapy Research* 26, 484-499, doi: 10.1080/10503307.2015.1041433.

- Chui, H., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Barrett, M. S. und Barber, J. P. (2016). **Dependency and self-criticism in treatments for depression.** *Journal of Counseling Psychology* 63, 452-459, doi: 10.1037/cou0000142.
- Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S. und Krause, M. (2017). **Depression and attachment: How do personality styles and social support influence this relation?** *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 20, 53-62, doi: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.237>.
- Dingemans, A. E., Danner, U. N., Donker, J. M., Aardoom, J. J., van Meer, F., Tobias, K., van Elburg, A. A. und van Furth, E. F. (2014). **The effectiveness of cognitive remediation therapy in patients with a severe or enduring eating disorder: A randomized controlled trial.** *Psychotherapy and Psychosomatics* 83, 29-36, doi: 10.1159/000355240.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R. und Wade, T. D. (2014). **A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism.** *Behaviour Research and Therapy* 63, 107-113, doi: 10.1016/j.brat.2014.09.009.
- Enns, M. W., Cox, B. J. und Pidlubny, S. R. (2002). **Group cognitive behaviour therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response.** *Cognitive Behaviour Therapy* 31, 31-40, doi: 10.1080/16506070252823643.
- Flo, E. und Chalder, T. (2014). **Prevalence and predictors of recovery from chronic fatigue syndrome in a routine clinical practice.** *Behaviour Research and Therapy* 63, 1-8, doi: 10.1016/j.brat.2014.08.013.
- Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E. und Touyz, S. W. (2014). **The treatment of perfectionism within the eating disorders: A pilot study.** *European Eating Disorders Review* 22, 217-221, doi: 10.1002/erv.2281.
- Granholt, E., Holden, J., Link, P. C. und McQuaid, J. R. (2014). **Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82, 1173-1185, doi: 10.1037/a0037098.
- Hawley, L. L., Rector, N. A. und Lapsa, J. M. (2016). **Examining the dynamic relationships between exposure tasks and cognitive restructuring in CBT for SAD: Outcomes and moderating influences.** *Journal of Anxiety Disorders* 39, 10-20, doi: 10.1016/j.janxdis.2016.01.010.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., McIntosh, V. V. W., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. M. A. und Bulik, C. M. (2009). **The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale in women with anorexia nervosa: What is it measuring?** *International Journal of Eating Disorders* 42, 267-274, doi: 10.1002/eat.20605.
- Joyce, A. S., Ennis, L. P., O'Kelly, J. G., Ogrodniczuk, J. S. und Piper, W. E. (2009). **Depressive manifestations and differential patterns of treatment outcome in an intensive partial hospitalization treatment program.** *Psychological Services* 6, 154-172, doi: 10.1037/a0014126.

- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K. und Gilbert, P. (2012). **An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team.** *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420-429, doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.420.
- Kempke, S., Luyten, P., Van Wambeke, P., Coppens, E. und Morlion, B. (2014). **Self-critical perfectionism predicts outcome in multidisciplinary treatment for chronic pain.** *Pain Practice* 14, 309-314, doi: 10.1111/papr.12071.
- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U. und Tchanturia, K. (2014). **Targeting perfectionism in anorexia nervosa using a group-based cognitive behavioural approach: A pilot study.** *European Eating Disorders Review* 22, 366-372, doi: 10.1002/erv.2313.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y. und Vansteelandt, K. (2016). **Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach.** *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, doi: 10.1037/per0000189.
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C. und Bagby, R. M. (2008). **Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression.** *Journal of Clinical Psychology* 64, 231-244, doi: 10.1002/jclp.20438.
- Nishikawa, Y., Lapos, J. M., Regev, R. und Rector, N. A. (2017). **Social anxiety and fear of causing discomfort to others: Diagnostic specificity, symptom correlates and CBT treatment outcome.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 382–400, doi: 10.1017/S135246581700008X.
- O'Connor, K., Lavoie, M., Blanchet, P. und St-Pierre-Delorme, M. E. (2016). **Evaluation of a cognitive psychophysiological model for management of tic disorders: An open trial.** *The British Journal of Psychiatry* 209, 76-83, doi: 10.1192/bjp.bp.114.154518.
- O'Connor, K., Lavoie, M., Desaulniers, B. und Audet, J. S. (2018). **Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults: An open trial.** *Journal of Clinical Psychology* 74, 273-285, doi: 10.1002/jclp.22501.
- Ortmann, M. (2016) **Burnout und Perfektionismus: Ein SMS-Nachsorgeprogramm zur Modifikation perfektionistischer Kognitionen stationärer Burnout-Patienten.** Psychologische Dissertation, Universität Koblenz-Landau.
- Palmeira, L., Cunha, M. und Pinto-Gouveia, J. (2017). **Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity.** *Journal of Health Psychology* 1/2017, doi: 10.1177/1359105316686668.
- Rice, K. G., Sauer, E. M., Richardson, C. M. E., Roberts, K. E. und Garrison, A. M. (2015). **Perfectionism affects change in psychological symptoms.** *Psychotherapy* 52, 218-227, doi: 10.1037/a0036507.



- Rosser, S., Issakidis, C. und Peters, L. (2003). **Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy.** *Cognitive Therapy and Research* 27, 143-151, doi: 10.1023/A:1023505108426.
- Sadri, S. K., Anderson, R. A., McEvoy, P. M., Kane, R. T. und Egan, S. J. (2017). **A pilot investigation of cognitive behavioural therapy for clinical perfectionism in obsessive compulsive disorder.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45, 312-320, doi: 10.1017/S1352465816000618.
- Schauenburg, H. und Dinger, U. (2018). **How does self-criticism overlap with personality functioning and depression severity?** Ergebnisse präsentiert auf der 49. jährlichen Konferenz der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Amsterdam.
- Searson, R., Mansell, W., Lowens, I. und Tai, S. (2012). **Think effectively about mood swings (TEAMS): A case series of cognitive-behavioural therapy for bipolar disorders.** *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 43, 770-779, doi: 10.1016/j.jbtep.2011.10.001.
- Seidl, M.-H., Limberger, M. F. und Ebner-Priemer, U. W. (2016). **Entwicklung und Evaluierung eines Stressbewältigungsprogramms für Studierende im Hochschulsetting.** *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 24, 29-40, doi: 10.1026/0943-8149/a000154.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E. und Alon, E. (2017). **Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85, 238-249, doi: 10.1037/ccp0000166.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O. und Arkowitz, H. (2012). **A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism.** *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19, 496-507, doi: 10.1002/cpp.762.
- Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M. und Thase, M. E. (1997). **Respond to cognitive-behavioral therapy in depression: Effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 568-575, doi: 10.1037/0022-006X.65.4.568.
- Steele, A. L., Bergin, J. und Wade, T. D. (2011). **Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa.** *International Journal of Eating Disorders* 44, 389-396, doi: 10.1002/eat.20830.
- Steele, A. L., Waite, S., Egan, S. J., Finnigan, J., Handley, A. und Wade, T. D. (2013). **Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: A case-series evaluation.** *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41, 129-143, doi: 10.1017/S1352465812000628.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. und Jarrett, R. B. (2005). **Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, 173-182, doi: 10.1037/0022-006x.73.1.173.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E. und Jarrett, R. B. (2013). **Nomothetic and idiographic symptom change trajectories in acute-phase cognitive therapy for**

**recurrent depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81, 615-626, doi: 10.1037/a0032879.

Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kempke, S. und Tang, E. (2010). **Stability and change in levels of depression and personality: A follow-up study of postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother-infant unit.** *Journal of Nervous and Mental Disease* 198, 45-51, doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c8aa57.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., III und Simmens, S. (2000). **Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 114-124, doi: 10.1037/0022-006X.68.1.114.

Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C. und Bagby, R. M. (2012). **Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression.** *Journal of Social and Clinical Psychology* 31, 903-932, doi: 10.1521/jscp.2012.31.9.903.

Zuroff, D. C., McBride, C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S. und Bagby, R. M. (2017). **Autonomous and controlled motivation for interpersonal therapy for depression: Between-therapists and within-therapist effects.** *Journal of Counseling Psychology* 64, 525-537, doi: 10.1037/cou0000239.

### Anhang 3: In die narrative Zusammenfassung eingeschlossene Studien

- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E. und Swinson, R. P. (2007). **Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia.** *Depression and Anxiety* 24, 169-177, doi: 10.1002/da.20219.
- Chui, H., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Barrett, M. S. und Barber, J. P. (2016). **Dependency and self-criticism in treatments for depression.** *Journal of Counseling Psychology* 63, 452-459, doi: 10.1037/cou0000142.
- Enns, M. W., Cox, B. J. und Pidlubny, S. R. (2002). **Group cognitive behaviour therapy for residual depression: Effectiveness and predictors of response.** *Cognitive Behaviour Therapy* 31, 31-40, doi: 10.1080/16506070252823643.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T. und Rees, C. S. (2015). **A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism.** *Behaviour Research and Therapy* 68, 37-47, doi: 10.1016/j.brat.2015.02.006.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y. und Vansteelandt, K. (2016). **Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach.** *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 8, 268-274, doi: 10.1037/per0000189.
- O'Connor, K., Lavoie, M., Desaulniers, B. und Audet, J. S. (2018). **Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults: An open trial.** *Journal of Clinical Psychology* 74, 273-285, doi: 10.1002/jclp.22501.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T. und Levitt, A. (2000). **Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy.** *Cognitive Therapy and Research* 24, 571-584, doi: 10.1023/A:1005566112869.

#### Anhang 4: Merkmale der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien

Autor (Jahr)	N	Behandlungsverfahren	Behandlungsdauer <sup>a</sup>	Psychisches Problem	Instrument/e für Selbstkritik	Outcomeinstrument/e	Effektstärkentyp <sup>b</sup>
Accurso (2016)	60	integrative kognitiv-affektive Therapie, KVT-E	21	Symptome der Bulimia nervosa	SASB	EDE, BDI, STAI	1
Ashbaugh (2007)	107	KVT	12	soziale Ängste	FMPS-CM	SPS, SIAS	2
Beevers (2004)	100	psychiatrische Millieuthérapie	2 Wochen	Depressionen	DAS	BHS, MSSI, BDI	1
Békés (2015)	46	KVT	15,7	Depressionen	DEQ, DAS, FMPS-CM, APS-R-D	BDI, HRSD, UCLA-LSI	1
Birgegård (2009)	144	naturalistische Behandlung	-	Essstörungen	SASB	RAB, EDI-2, SCL-63	1
Bisgaier (2018)	5	Akzeptanz- und Commitmenttherapie	9,5	gemischt	APS-R-D (Kurzform), PCI	CCAPS-34	1
Boersma (2015)	5	CFT	8	soziale Ängste	selbstkritische Tagebucheinträge	SPSQ, SIAS,	1
Brooks (2011)	111	KVT	12	chronisches Erschöpfungssyndrom	FMPS-CM	HADS, CFS, SF-36, WSAS	1
Bulmash (2009a)	37	KVT	16	Depressionen	DEQ	HRSD	1
Bulmash (2009b)	42	IPT	16	Depressionen	DEQ	HRSD	1
Chik (2008)	121	kognitive Therapie, Exposition mit Reaktionsverhinderung	12	Zwangsstörungen	FMPS-CM	YBOCS, BDI	1
Choi (2016a)	19	klientenzentrierte Therapie	18	Depressionen	DEQ	BDI, SCL-90, IIP	1
Choi (2016b)	18	emotionsfokussierte Therapie	18	Depressionen	DEQ	BDI, SCL-90, IIP	1
Chui (2016)	32	psychodynamische Therapie	16	Depressionen	DEQ	HRSD, BDI	1
Dagnino (2017)	39	naturalistische Behandlung	16	Depressionen	DEQ	BDI	1
Dingemans (2014)	75	stationäre Behandlung inkl. KVT + kognitive Remediation Therapie, stationäre Behandlung inkl. KVT	6 Wochen	Essstörungen	FMPS-CM	EDE-Q, EDQOL, BDI, SF-36, STAI, BMI	1

Egan (2014)	14	KVT	8	gemischt/klinisch relevante DASS-21 Werte	FMPS-CM, DAS	DASS-21, EDE-Q, Q-LES-Q-18	1
Enns (2002)	65	KVT	12	Residuelle Depressionen	DEQ	BDI, SF-36	2
Flo (2014)	129	KVT	15,3	chronisches Erschöpfungssyndrom	FMPS-CM	CFS, SF-36, HADS, WSAS	1
Goldstein (2014)	43	KVT	3,5 Wochen	Essstörungen	FMPS-CM	EDE-Q	1
Granholt (2014)	30	Kognitiv-behaviorales Fertigkeitentraining sozialer Kompetenzen (CBSST), aktiver zielorientierter supportiver Kontakt (GFSC)	36	psychotische Störungen	DAS	ILSS, MASC, PANSS	1
Hawley (2016)	100	KVT	12	soziale Ängste	DAS	SPS	1
Jordan (2009a)	11	supportives klinisches Management	20	Anorexia nervosa	FMPS-CM	HRSD, GAF, YBC-EDS, EDE, EDI	1
Jordan (2009b)	12	KVT	20	Anorexia nervosa	FMPS-CM	HRSD, GAF, YBC-EDS, EDE, EDI	1
Jordan (2009c)	12	IPT	20	Anorexia nervosa	FMPS-CM	HRSD, GAF, YBC-EDS, EDE, EDI	1
Joyce (2009)	91	psychodynamische Therapie	18 Wochen	Symptome von Persönlichkeitsstörungen	DEQ	BDI, BSI, STAI, IIP, SAS	1
Judge (2012)	27	CFT	13	gemischt	FSCRS, selbstkritische Tagebucheinträge	BDI, BAI	2
Kempke (2014)	53	KVT	4	chronischer Schmerz/klinisch relevante HADS Werte	DEQ	MGPQ	2
Lloyd (2014)	20	KVT	6 Wochen	Anorexia nervosa	FMPS-CM	BMI	1
Lowyck (2016)	73	psychodynamische Therapie	38 Wochen	Persönlichkeitsstörungen	DEQ	BSI	1
Marshall (2008a)	37	KVT	16	Depressionen	DEQ	HRSD	1
Marshall (2008b)	35	IPT	16	Depressionen	DEQ	HRSD	1
Nishikawa (2017)	155	KVT	12	Soziale Ängste	DAS	SA-DOS, SIAS, SPS	1
O'Connor (2016)	57	kognitive psychophysiologische Behandlung	10	Tourette Syndrom, chronische Tic-Störungen	FMPS-CM	TSGS, YGTSS, BDI, BAI, BIS, PI	1
O'Connor (2018)	54	kognitive	10	körperbezogene	FMPS-CM	TSGS, BDI, BAI, BIS, PI,	1

		psychophysiologische Behandlung		repetitive Verhaltensauffälligkeiten		MGH-HPS	
Ortmann (2016)	61	KVT	10 Wochen	Burnout-Syndrom	FMPS-CM, APS-R-D	MBI-GS-D, BDI	1
Palmeira (2017)	51	Therapie basierend auf den Akzeptanz- und Commitment-, Achtsamkeits-, und Compassion Ansätzen	12	klinisch relevante GHQ- 28 Werte	FSCRS	ORWELL-97, TFEQ-R21, GHQ-28	1
Rice (2015)	105	integrative Therapie	6,5	gemischt	APS-R-D (Kurzform)	OQ-45	1
Rosser (2003)	55	KVT	11	soziale Ängste	FMPS-CM	SPS, SIAS	2
Sadri (2017)	11	KVT	8	Zwangsstörungen	FMPS-CM, CPQ	YBOCS	1
Schauenburg (2018)	55	psychodynamische Therapie	9	Depressionen	DEQ	BSI, BDI	1
Searson (2012)	7	KVT	12	Bipolare Störungen	FSCRS	ISS, BDI, BAI, BRI, PANAS, WSAS	1
Seidl (2016)	33	KVT	7	Stresssymptome	FMPS-CM	PSQ, CES-D, GBB-24, PAF	1
Shahar (2017)	12	emotionsfokussierte Therapie	26,5	soziale Ängste	FSCRS	LSAS, SPIN, BFNE, BDI	1
Shahar (2012)	10	emotionsfokussierte Therapie	6,5	klinisch relevante BDI/BAI Werte	DEQ, FSCRS	BDI, BAI	1
Spangler (1997)	53	KVT	20	Depressionen	DAS	HRSD	2
Steele (2011)	87	mittels KVT angeleitete Selbsthilfe	8	Bulimia nervosa	FMPS-CM	EDE	2
Steele (2013)	21	KVT	7	gemischt	FMPS-CM, CPQ, DAS	DASS-21	1
Vittengl (2005)	125	kognitive Therapie	20	Depressionen	DAS	HRSD, BDI, IDS, SAS, IIP	1
Vittengl (2013)	369	kognitive Therapie	18	Depressionen	DAS	HRSD, BDI, IDS, SAS, IIP, BHS	1
Vliegen (2010)	41	-	-	postpartale Depressionen	DEQ	BDI	1
Zuroff (2000a)	37	KVT	16	Depressionen	DAS	BDI, HRSD, SCL-90, GAS, SAS	1
Zuroff (2000b)	47	IPT	16	Depressionen	DAS	BDI, HRSD, SCL-90, GAS, SAS	1
Zuroff (2012a)	36	KVT	16	Depressionen	DEQ	BDI	1
Zuroff (2012b)	30	IPT	16	Depressionen	DEQ	BDI	1
Zuroff (2017)	62	IPT	16	Depressionen	DAS	BDI	1

*Anmerkungen:* N = Anzahl Studienteilnehmer; *Behandlungsverfahren:* KVT = Kognitiv-Behaviorale Therapie; KVT-E = Kognitiv-Behaviorale Therapie-erweitert; CFT = Compassion-fokussierte Therapie; IPT = Interpersonale Psychotherapie; *Instrumente für Selbstkritik:* SASB = Structural Analysis of Social Behavior INTREX Questionnaire; FMPS-CM = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; Subskala Angst vor Fehlern (Concern over Mistakes); DAS = Dysfunctional Attitudes Scale; DEQ = Depressive Experiences Questionnaire; APS-R-D = Almost Perfect Scale Revised, Subskala Diskrepanz (Discrepancy); FSCRS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale;

*Outcomeinstrumente:* EDE (-Q) = Eating Disorder Examination (Questionnaire); BDI = Beck Depression Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; BHS = Beck Hopelessness Scale; MSSSI = Modified Scale for Suicidal Ideation; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; UCLA-LSI = UCLA Life Stress Interview; RAB = Rating of Anorexia and Bulimia; EDI = Eating Disorder Inventory; SCL = Symptom Checklist; CCAPS-34 = Counseling Center Assessment of Psychological Symptoms-34; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; CFS = Chalder Fatigue Scale; SF = Short Form Health Survey; WSAS = Work and Social Adjustment Scale; YBOCS = Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale; IIP = Inventory of Interpersonal Problems; EDQOL = Eating disorder-specific health-related quality of life; BMI = Body Mass Index; DASS = Depression Anxiety and Stress Scale; Q-LES-Q = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; ILSS = Independent Living Skills Survey; MASC = Maryland Assessment of Social Competence; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale; GAF = Global Assessment of Functioning; YBC-EDS = Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; SAS = Social Adjustment Scale; MGPQ = McGill Pain Questionnaire; SA-DOS = Social Anxiety-Discomfort to Others Scale; TSGS = Tourette Syndrome Global Scale; YGTSS = Yale Global Tourette Syndrome Scale; BIS = Barratt Impulsiveness Scale; PI = Padua Inventory; MBI-GS-D = Maslach Burnout Inventory General Survey; GHQ = General Health Questionnaire; ORWELL = Obesity Related Well-Being Questionnaire; TFEQ = Three Factor Eating Questionnaire; OQ = Outcome Questionnaire; ISS = Internal State Scale; BRI = Beche Rafaelsen Semi-structured Interview; PANAS = Positive and Negative Affect Scale; PSQ = Perceived Stress Questionnaire; CES-D = Epidemiological Studies Depression Scale; GBB = Gießener Beschwerdebogen; PAF = Prüfungsangstfragebogen; LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale; SPIN = Social Phobia Inventory; BFNE = Brief Fear of Negative Evaluation Scale; IDS = Inventory of Depressive Symptomatology; GAS = Global Assessment Scale; EBQ = Eating Behavior Questionnaire; BIT = Body Image Test; MGH-HPS = Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale.

<sup>a</sup> Die Behandlungsdauer ist im Fall von ambulanten Behandlungen in Form der Sitzungsanzahl angegeben und im Fall von stationären Behandlungen in Wochen.

<sup>b</sup> Der Effektstärkentyp gibt an, welche statistische Kenngröße zum Zusammenhang zwischen Selbstkritik und Therapieoutcome verwendet wurde: 1 = Korrelationskoeffizient; 2 = standardisiertes Regressionsgewicht.

## Anhang 5: Kodiermanual mit Erläuterungen, Kodierregeln und Beispielen zu den acht

### Items der SK-FS

#### Inadäquates Selbst

##### **Item 1: Der Patient äußert sich selbstkritisch oder erinnert sich an seine Misserfolge, Fehler oder Schwächen.**

###### Beschreibung:

Hier werden alle Aussagen geratet, bei denen der Patient kritisch mit sich selbst ist, bei denen er über Misserfolge, Fehler, Schwächen oder Unzulänglichkeiten spricht.

Auch vermeintlich „deskriptive“ Aussagen zu eigenen Defiziten werden hier geratet. Geratet werden auch Aussagen, bei denen der Patient bereits auf einer „Metaebene“ seine selbstkritische Haltung benennt oder wenn der Patient in der ganz aktuellen therapeutischen Situation selbstkritisch ist.

###### Beispiele:

- „Ich habe da wirklich gemerkt, dass ich nicht gut mit meinem Kind umgehe.“
- „Ich reagiere immer zu extrem.“ (Kontext: aggressive Reaktionen)
- „Ich mache mir Vorwürfe, dass ich einfach nicht schaffe, zu lernen. Wenn ich wirklich wollen würde, könnte ich schon lernen.“
- „Wenn ich etwas bei der Arbeit mache, gehe ich eigentlich immer davon aus, dass es nicht richtig war. Gestern habe ich mich bei der Arbeit so gefühlt, als ob ich das zum ersten Mal gemacht hätte... Ich mache mich dann gedanklich selbst so runter.“
- „Normal wache ich mit einem schlechten Gewissen auf, wenn ich so spät aufstehe, habe dann ein unbefriedigendes, unwohles Gefühl, frage mich, wie ich so lange schlafen konnte, da ich ja weit darüber hinaus war, was man hätte schlafen müssen, um fit zu sein.“

###### „deskriptive“ Aussagen:

- „Da fehlt mir noch ein ganzes Stück zum Erwachsensein.“
- „Ich weiß, ich habe ein schlechtes Orientierungsvermögen.“
- „Das ist bei mir zeitlebens so, dass ich mich vor Dingen drücke, vor denen ich mich fürchte.“

###### Selbstkritik auf „Metaebene“:

- „Da habe ich wieder den Fehler bei mir gesucht.“
- „Dann kommen wieder alle Selbstzweifel hoch.“

###### Selbstkritik in der therapeutischen Situation:

- „Das klingt ja jetzt total bescheuert, was ich da erzähle.“

##### **Item 2: Der Patient macht sich Vorwürfe für Dinge, die er getan oder gesagt hat.**

###### Beschreibung:

Der Patient erinnert konkrete Situationen (keine Zeitspannen, auch wenn nur wenige Wochen), in denen er Dinge getan oder gesagt hat bzw. auch Situationen, in denen er versäumt hat, Dinge zu sagen/tun.

Allgemeineres Sprechen über z.B. nicht lernen können, werden hier nicht geratet, wenn nicht Bezug genommen wird auf eine konkrete Situation (s. Beispiel). Geratet wird aber, wenn sich der Pat. in der konkreten therapeutischen Situation Vorwürfe macht in Bezug darauf, was er gesagt oder getan hat.

###### Beispiele:

- „Dann habe ich mich dumm gefühlt, weil ich bei meiner Freundin saß und gar nichts zu



erzählen hatte.“

- „Dann bin nicht nach Stuttgart gefahren, weil ich lernen wollte, habe dann aber nichts geschafft.“
- „Ich werfe mir immer noch vor, dass ich mit meinem Bruder vor zwei Jahren nicht weggegangen bin.“
- „Am Freitag habe ich dann versucht, noch einmal zu weinen, da ging es dann aber nicht und dann rege ich mich darüber auf.“
- „Ich habe mir große Sorgen gemacht, dass ich ihn da alleine gelassen habe und mache mir deswegen immer noch sehr große Vorwürfe.“

Selbstkritik in der therapeutischen Situation:

- „Das klingt jetzt total meschugge, was ich da sage.“

### **Item 3: Der Patient denkt, dass er seine eigenen Maßstäbe und Ideale nicht erfüllt.**

Beschreibung:

Hier werden Aussagen geratet, in denen eine Diskrepanz deutlich wird zwischen Maßstäben, Idealen oder Zielen des Patienten und dem aktuellen Ist-Zustand. Diese Maßstäbe/Ideale/Ziele müssen explizit benannt werden oder der Pat. muss im Gesprochenen explizit aussprechen, dass der Ist- vom Soll-Zustand abweicht (die Diskrepanz muss ausgesprochen werden).

Dabei zählen auch Aussagen, bei denen der Patient annimmt, dass er Maßstäbe/Ideale/Ziele zukünftig nicht erreichen wird.

Beispiele (Ideale/Ziele direkt benannt):

- „Ich bin unzufrieden damit, dass ich es trotz dieser Unzufriedenheit nicht schaffe, bei der Arbeit Perfektion zu erreichen.“
- „Ich wäre gerne lockerer und entspannter mit anderen, bin aber meistens angespannt, rede wenig, bin so schüchtern.“
- „Ich strenge mich auf der Arbeit an, positiver zu sein als ich eigentlich bin, mich weniger hängen zu lassen.“
- „Es stinkt mir, immer der Liebe und Brave zu sein, ich will auch mal anders sein, mal was ausprobieren.“
- „Mein Optimum wäre schon, meine Sache gut zu machen mit dem Lernen, aber ich habe das Gefühl, dieser Wunsch ist mit dem, wie ich gestrickt bin, nicht zu vereinbaren.“
- „Ich bin halt manchmal nicht so gut drauf, im Gegensatz zu meiner Mitbewohnerin, die immer fröhlich ist und selbstbewusst.“
- „Ich wälze da Aufgaben auf meine Mutter ab... sollte da einfach mal Verantwortung übernehmen.“
- „Da ist die Sorge, dass ich in der schweren Zeit für meinen Sohn nicht da war..., denn für seine Kinder sollte man immer Zeit haben.“

Diskrepanz wird ausgesprochen:

- „Ich bin vier Stunden in der Bibliothek und habe trotzdem nicht das Gefühl, meinem Ziel näher gekommen zu sein.“
- „Ich konnte mir nicht vorstellen, was ich mein ganzes Leben lang beruflich machen will... Kann ich jetzt ja auch noch nicht.“
- „Dazu müsste ich mich halt im richtigen Moment abfangen können und zwar ich mich selbst, das klappt halt nicht.“
- „Ich habe nicht so viel geschafft, wie ich eigentlich wollte, weil ich immer direkt erschöpft war.“
- „Ich will die Gefühle für meinen Mann ja wiederfinden, aber ich weiß nicht wie, ich kann es einfach nicht beschleunigen.“
- „Ich will mir den Schuh ja gar nicht anziehen, aber ich ziehe ihn mir immer wieder an.“
- „Es ging nicht, ich war voll, ich habe es einfach nicht hingekriegt, ich konnte nicht sagen,

dass ich gerade nicht zuhören kann.“

- „Da habe ich mich selbst dann wieder klein gemacht, du bist ja nicht mal fähig gesund zu werden trotz der vielen Hilfsangebote und Werkzeuge, die ich hier bekomme.“
- „Meine positive Seite kommt noch zu selten hervor, weil das pessimistische Ich noch die Oberhand hat.“
- „Ich mache alle möglichen Dinge, aber lerne nicht.“

Diskrepanz bezogen auf die Zukunft:

- „Ich glaube nicht, dass ich den Notendurchschnitt dafür schaffen werde.“
- „Ich habe Angst davor, dass ich in den Klausuren nicht gut genug bin, dass ich meinen Abschluss hier nicht machen kann.“

#### **Item 4) Der Patient äußert Gefühle der Unzulänglichkeit, der Enttäuschung oder des Ärgers über sich selbst, der Schuld, Wertlosigkeit oder Beschämung, wenn bei ihm etwas schief läuft.**

Beschreibung:

Hier sollen nur Äußerungen geratet werden, bei denen der Patient im Zusammenhang mit Misserfolgen/Schwächen explizit folgende Gefühle zum Ausdruck bringt:

- 1) Gefühl des „nicht gut genug seins“/der Unzulänglichkeit
- 2) Enttäuschung mit sich selbst oder mildere Gefühle des Ärgers oder der Frustration über sich selbst
- 3) Schuldgefühle
- 4) Gefühle der Wertlosigkeit oder Scham

In Abgrenzung zu den Items 6 & 7 beziehen sich die hier gerateten Emotionen auf spezifischere Teilaspekte der Person bzw. eingrenzbarere Situationen und nicht auf die Person als Ganzes (z.B. Leistungen im Studium oder Defizite im interpersonellen Bereich). Außerdem zeigen sich die hier gemeinten Emotionen eher reaktiv auf Fehler/Defizite und wirken daher passiv im Gegensatz zu den aktiveren, aggressiveren Emotionen bei Items 6 & 7.

Beispiele:

- 1) „Nach der schlechten Note hatte ich das Gefühl, einfach nicht gut genug zu sein.“
- 1) „Ich fühle mich dann unzulänglich/ungenügend/unzureichend.“
- 1) „Die Angst zu versagen ist immer größer geworden.“
- 1) „Ich habe Angst davor, dass ich in den Klausuren nicht gut genug bin, dass ich meinen Abschluss hier nicht machen kann.“
  
- 2) „Dann bin ich enttäuscht von mir, dass ich es in dem Moment wieder nicht hinbekommen habe, eine Grenze zu ziehen.“ (Enttäuschung)
- 2) „Dann bin ich auf mich wütend, weil ich etwas falsch gemacht habe.“ (milder Ärger)
- 2) „Ich bin unzufrieden mit meinem Lernen.“ (Frustration)
- 2) „Am Freitag habe ich dann versucht, noch einmal zu weinen, da ging es dann aber nicht und dann rege ich mich darüber auf.“ (milder Ärger)
  
- 3) „Ich fühle mich schuldig, wenn ich meine Eltern etwas gefragt habe und sie sich dann streiten.“
- 3) „Ich denke, es ist alles ein Spiegel wie meine Kinder sich mir gegenüber verhalten, ich fühle mich dann verantwortlich dafür.“
- 3) „Ich habe dann ein schlechtes Gewissen, weil ich mit ihr dann nichts unternehmen will.“
  
- 4) „Wenn sie dann mit dabei ist, fühle ich mich unwichtig und irgendwie überflüssig, als wäre ich gar nicht mehr interessant für die anderen.“
- 4) „Ich habe mich dann so schäbig und nutzlos gefühlt, weil ich es wieder nicht geschafft habe, ihm da zu helfen.“

- 4) „Wenn dann alle wieder eine 1,0 haben und ich nicht, habe ich das Gefühl, weniger wert zu sein.“
- 4) „Es ist mir peinlich, wenn andere nach meinem Wochenende fragen und ich nie was sagen kann, weil ich nie etwas unternehme.“

## Verhasstes Selbst

### Item 5: Der Patient erniedrigt sich selbst oder klagt sich selbst an.

#### Beschreibung:

Hier werden Aussagen geratet, bei denen sich der Patient aktiv und aggressiv selbst erniedrigt/entwertet oder sich in einer aggressiven Weise selbst beschuldigt. Dies zeigt sich vor allem in einer aggressiveren Wortwahl oder in einem aggressiveren Tonfall.

#### Beispiele:

- „Das ist so peinlich und unangenehm, das entspricht einfach nicht der Norm, ist unnormale, abartig, wie ich da bin.“
- „Ich bekomme gar nichts auf die Reihe, ich fühle mich wie Scheiße.“
- „Andere entwickeln sich, heiraten, bekommen Kinder und ich dumme Kuh schaffe es einfach nicht.“
- „Sogar noch hässlichere Leute als ich haben Partner und ich nicht, ich bin da einfach so unnormale.“
- „Wenn ich in den Spiegel schaue, dann denke ich, warum siehst du nur so aus?“
- „Eigentlich bedarf es keinen, der mich mobbt. Ich bin der schlimmste Mobber meiner eigenen Person. Ich mache alles schlecht, was ich tue, was ich bin. Ich kenne am besten meine Schwächen und da haue ich dann auf die Kerbe.“

### Item 6: Der Patient ist voller Wut oder Ablehnung gegenüber sich selbst.

#### Beschreibung:

Hier werden Aussagen geratet, die ein deutliches Ausmaß an Aggressivität oder Ablehnung gegenüber sich selbst deutlich werden lassen und bei denen der Patient gegenüber sich selbst feindselig und angreifend wirkt. Die Ablehnung gegenüber sich selbst wird hier entweder aggressiv vorgetragen oder bezieht sich tendenziell auf die Person als Ganzes (und weniger auf Teilaspekte der Person oder einzelne Leistungsbereiche).

#### Beispiele:

- „Ich bin abartig, ich hasse mich, ich hasse mich.“
- „Immer wenn ich dusche, dann wird der Hass auf mich größer, dann denke ich, du bist hässlich, du bist eklige.“
- „Thema ist meine Wut, Aggression, die dann umkippt in Selbstzweifel, Selbsthass und die vermehrten Gedanken, dass es besser wäre, zu sterben.“
- „Dann kommt dann diese Wut auf, das nicht zu können. Warum kannst du das nicht? Die anderen bekommen es doch auch hin.“ (aggressiver Tonfall)
- „Habe dann richtig Zorn auf mich bekommen, war richtig böse auf mich, weil ich wieder nicht schlafen konnte.“
- „Dann steigt was in mir hoch, dann denke ich, warum kannst du das nicht, das gibt's doch gar nicht, das geht dann richtig zur Sache.“
- „Die meiste Zeit über mag ich mich nicht.“ (globale Aussage)

**Item 7: Der Patient äußert Gefühle der Wertlosigkeit, Beschämung oder des Angewidertseins von sich selbst.**

**Beschreibung:**

Hier sollen nur Äußerungen geratet werden, bei denen der Patient explizit folgende Gefühle zum Ausdruck bringt:

- 1) Gefühle der Wertlosigkeit oder Scham
- 2) Gefühle von Ekel/Abscheu gegenüber sich selbst

In Abgrenzung zu Item 4 zeigt sich Wertlosigkeit oder Scham hier globaler (die ganze Person ist gemeint) oder mit einem aggressiveren/destruktiveren Element, bei dem sich der Patient aktiv selbst angreift (auch sichtbar in Wortwahl oder Stimmlage).

**Beispiele:**

- 1) „das ist so peinlich und unangenehm, das entspricht einfach nicht der Norm, ist unnormal, abartig, wie ich da bin.“
- 1) „Ich schäme mich dann so für mich selbst, wie kann man sich in so einer Situation nur so dumm und lächerlich verhalten.“
- 1) „Ich bin nichts wert, ich hasse mich.“
- 2) „Ich finde mich dann so widerlich, ekle mich vor mir selbst, wenn ich das mache und mich übergebe nach dem Essen.“
- 2) „Ich habe damit wieder angefangen, weil ich mich eklig, hässlich und zu dick gefühlt habe.“
- 2) „Alleine meine Stimme gerade, die ärgert mich gerade, bäääh.“

**Item 8: Der Patient denkt darüber nach, wie er sich selbst verletzen oder zerstören kann.**

**Beschreibung:**

Hier sollte der Patient beschreiben, wie er sich körperlich oder psychisch selbst verletzen könnte oder wie er es getan hat. Auch suizidale Gedanken und Handlungen werden hier berücksichtigt.

**Beispiele:**

- „Dann habe ich mich wieder geschnitten und verbrannt.“
- „Ich habe dann so Fantasien, wie ich meinen Kopf gegen die Wand schlage.“
- „Dann bin ich wieder losgezogen und mit dem nächstbesten Typen ins Bett gestiegen, um mich scheiße dabei zu fühlen und zu bestrafen.“
- „Weil ich mich damit ja selbst bestrafe, mich selbst zerstöre, irgendetwas ist in meinem Kopf, was nicht zulässt, gescheit zu essen.“
- „Da war die Todessehnsucht wieder so groß.“
- „... und die vermehrten Gedanken, dass es besser wäre zu sterben, als weiter zu machen.“
- „Ich denke, dass die Welt ohne mich besser wäre.“
- „Dieser Wunsch zu sterben ist eigentlich immer da und wenn es mir schlecht geht, wird er überdimensional.“
- „Selbstmordgedanken habe ich in letzter Zeit auch wieder öfter.“

## Anhang 6: Beck Depression Inventory (BDI)

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A	0	Ich bin nicht traurig.
	1	Ich bin traurig.
	2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
	3	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
B	0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
	1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.
	2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
	3	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.
C	0	Ich fühle mich nicht als Versager.
	1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
	2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
	3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
D	0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
	1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
	2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
	3	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
E	0	Ich habe keine Schuldgefühle.
	1	Ich habe häufig Schuldgefühle.
	2	Ich habe fast immer Schuldgefühle.
	3	Ich habe immer Schuldgefühle.
F	0	Ich habe nicht das Gefühl, bestraft zu sein.
	1	Ich habe das Gefühl vielleicht bestraft zu werden.
	2	Ich erwarte, bestraft zu werden.
	3	Ich habe das Gefühl bestraft zu gehören.
G	0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
	1	Ich bin von mir enttäuscht.
	2	Ich finde mich fürchterlich.
	3	Ich hasse mich.
H	0	Ich habe nicht das Gefühl schlechter zu sein als die anderen.
	1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
	2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
	3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

I	0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
	1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
	2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
	3	Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
J	0	Ich weine nicht öfter als früher.
	1	Ich weine jetzt mehr als früher.
	2	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
	3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
	1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
	2	Ich fühle mich dauernd gereizt.
	3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
	1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
	2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
	3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	0	Ich bin so entschlossen wie immer.
	1	Ich schiebe Erledigungen jetzt öfter als früher auf.
	2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
	3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
	1	Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
	2	Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen eintreten.
	3	Ich finde mich hässlich.
O	0	Ich kann so gut arbeiten wie früher.
	1	Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
	2	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
	3	Ich bin unfähig zu arbeiten.
P	0	Ich schlafe so gut wie sonst.
	1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
	2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
	3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	0	Ich ermüde nicht stärker als sonst.
	1	Ich ermüde schneller als früher.
	2	Fast alles ermüdet mich.
	3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
	1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.

	2	Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
	3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
S	0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
	1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
	2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
	3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
		Ich esse absichtlich weniger um abzunehmen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
T	0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
	1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
	2	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
	3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
U	0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
	1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
	2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
	3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

## Anhang 7: Symptom Checklist-Revised (SCL-90-R)

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

Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Schwierigkeiten sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Gedanken an den Tod oder ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. dem Drang sich zu überessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anhang 8: Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C)

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

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

**Es fällt mir schwer...**

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	0	1	2	3	4
3. mich Gruppen anzuschließen	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurecht zu kommen	0	1	2	3	4

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

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

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zu viel mit anderen	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown	0	1	2	3	4
48. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen zu leicht	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zu viel Angst	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen	0	1	2	3	4

60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0	1	2	3	4

**Anhang 9: Structural Analysis of Social Behavior (SASB) INTREX Introject  
Questionnaire, Kurzform**

**So gehe ich in meinen besten Zeiten mit mir um**

	stimmt überhaupt nicht										stimmt voll und ganz
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Unbekümmert und wie selbstverständlich tue und lasse ich, wonach mir der Sinn steht.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ohne einen Gedanken an die Folgen bin ich voller Ablehnung und Zerstörungswut mir gegenüber.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Im Umgang mit mir selbst setze ich einiges daran, fürsorglich, achtsam und interessiert an meiner eigenen Entwicklung zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel und Selbsterniedrigung.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich nehme mich so wie ich bin, mit all meinen Stärken und Schwächen.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Gedankenlos und rücksichtslos vernachlässige ich mich, manchmal so, als wäre ich ganz egal.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich achte darauf, dass ich alles richtig mache und halte mich selbst unter genauer Beobachtung und Kontrolle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

**So gehe ich in meinen schlechtesten Zeiten mit mir um**

	stimmt überhaupt nicht										stimmt voll und ganz
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Unbekümmert und wie selbstverständlich tue und lasse ich, wonach mir der Sinn steht.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ohne einen Gedanken an die Folgen bin ich voller Ablehnung und Zerstörungswut mir gegenüber.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Im Umgang mit mir selbst setze ich einiges daran, fürsorglich, achtsam und interessiert an meiner eigenen Entwicklung zu sein.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel und Selbsterniedrigung.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich nehme mich so wie ich bin, mit all	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100



meinen Stärken und Schwächen.											
Gedankenlos und rücksichtslos vernachlässige ich mich, manchmal so, als wäre ich ganz egal.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ich achte darauf, dass ich alles richtig mache und halte mich selbst unter genauer Beobachtung und Kontrolle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

### Anhang 10: Die Selbstkritik-Fremdbeurteilungsskala (SK-FS)

Inadäquates Selbst	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	> 50	Gesamthäufigkeit/ Gesamtminuten	Datum:	Beurteiler:	Sitzungsnr.:	Pat.chiffre.:				
1) Der Patient äußert sich selbstkritisch oder erinnert sich an seine Misserfolge, Fehler oder Schwächen.															
2) Der Patient macht sich Vorwürfe für Dinge, die er getan oder gesagt hat.															
3) Der Patient denkt, dass er seine eigenen Maßstäbe und Ideale nicht erfüllt.															
4) Der Patient äußert Gefühle der Unzulänglichkeit, der Enttäuschung oder des Ärgers über sich selbst, der Schuld, Wertlosigkeit oder Beschämung, wenn bei ihm etwas schief läuft.															
							Mittelwert								
Verhasstes Selbst	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	> 50	Gesamthäufigkeit/ Gesamtminuten								
5) Der Patient erniedrigt sich selbst oder klagt sich selbst an.															
6) Der Patient ist voller Wut oder Ablehnung gegenüber sich selbst.															
7) Der Patient äußert Gefühle der Wertlosigkeit, Beschämung oder des Angewidertseins von sich selbst.															
8) Der Patient denkt darüber nach, wie er sich selbst verletzen oder zerstören kann.															
							Mittelwert								
							Gesamt-Mittelwert								

# Lebenslauf

## PERSONALIEN

Name und Vorname: Löw, Christina Alexandra  
Geburtsdatum und -ort: 06. Mai 1988 in Darmstadt  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Familienstand: ledig

## SCHULISCHER WERDEGANG

1994 – 1998 Tannenberg Grundschule Seeheim-Jugenheim  
1998 – 1999 Lichtenberg Gymnasium Darmstadt  
1999 – 2007 Gymnasialer Zweig Schuldorf Bergstraße Seeheim-Jugenheim  
13. Juni 2007 Abitur (Note: 1,0)

## UNIVERSITÄRER WERDEGANG

WS 2008/2009 Beginn des Studiums der Molekularen Biotechnologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
WS 2009/2010 Beginn des Studiums der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
01. Oktober 2012 Bachelor of Science Abschluss in Psychologie (Note: 1,1)  
September 2013 – Mai 2014 Auslandsstudium der Klinischen Psychologie am Teachers College der Columbia University in New York City, USA  
03. März 2015 Master of Science Abschluss in Psychologie (Note: 1,0)  
März 2015 Beginn der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie am Heidelberger Institut für Psychotherapie  
seit Mai 2017 Doktorandin an der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
April – Oktober 2017 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg  
30. März 2020 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Note: 1,66)

Heidelberg, 30.06.2020

---

Christina Löw

## Danksagung

Der größte Dank in Bezug auf diese Dissertationsarbeit gilt Dr. Ulrike Dinger-Ehrental und Prof. Dr. Henning Schauenburg für die fachlich sehr kompetente Betreuung und Begleitung und dafür, dass ich während der gesamten Promotionszeit die Möglichkeit bekommen habe, durch größtmögliche Freiheit und Unabhängigkeit auf eine Weise zu forschen, die sich für mich gut angefühlt hat.

Ich danke auch Frau Prof. Dr. Dorothea Huber von der International Psychoanalytic University Berlin für die Zurverfügungstellung der MPS-Daten für das zweite Teilprojekt meiner Arbeit und Ihrer Doktorandin Imke Grimm für die gute Zusammenarbeit und vor allem für den sehr freundschaftlichen Austausch.

Der Landesgraduiertenförderung der Universität Heidelberg danke ich für die finanzielle Förderung dieser Arbeit und für die mir dadurch mögliche Unabhängigkeit und Fokussierung auf mein Forschungsthema.

Herrn Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich (und seinem Vorgänger Prof. Dr. Wolfgang Herzog) danke ich für die Überlassung des Themas meiner Dissertation sowie die Möglichkeit, an diesem Lehrstuhl promovieren zu können.

Mein Dank gilt darüber hinaus meiner Bürokollegin und guten Freundin Simone Jennissen für ihre methodischen Hilfestellungen und auch Stabi und Charlotte für das sehr aufmerksame Korrekturlesen der Arbeit.

All meinen Kolleginnen und Kollegen der letzten Jahre danke ich für die zahlreichen gemeinsamen Kaffee- und Mittagspausen, den Klinik-Tratsch, die unterhaltsamen Kongresse in Berlin und Amsterdam, die zwischen-Tür-und-Angel-Intervisionen und das Gefühl, zu dieser „Familie“ dazuzugehören. Viele von Euch sind über die Jahre sehr gute Freunde geworden und dass es mir so schwer fällt, dieses Umfeld zu verlassen, liegt vor allem an Euch!

Ich danke auch all den Patienten, die es überhaupt erst ermöglichen, dass diese Form der Forschung gemacht werden kann und die bereit sind, solche intimen Therapiemomente zu teilen. Für mich als praktisch arbeitende Therapeutin war es ein großes Geschenk den zahlreichen Therapiesitzungen zu lauschen und auf diese Weise lernen zu können.

Meinen Eltern danke ich für ihre immer währende Unterstützung und dafür, dass sie mich mit einer kräftigen und durchsetzungsstarken Seite im Leben ausgestattet haben.

Und schließlich bin ich vor allem all meinen großartigen Freunden dankbar für Eure unmittelbare und liebevolle Zuneigung, Eure Wärme, Stärke und Bestätigung, Eure ehrliche Kritik und das gemeinsame Lachen. Ihr habt es geschafft, mich durch sehr schwierige Zeiten zu tragen, habt mir endlos zugehört und Halt gegeben. Für Euer Da-Sein und dafür, dass ihr mich so nehmt, wie ich bin, bin ich für immer sehr dankbar.

## Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zum Thema Selbstkritik als Veränderungsmechanismus in der Psychotherapie handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Heidelberg, 30.06.2020

---

Christina Löw