

Aus dem Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. W. Tress

**Die Anwendung des Inventars zur Erfassung interpersoneller  
Persönlichkeitsstörungen in der Diagnostik psychogener und  
psychosomatischer Erkrankungen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Claudia Annette Schweinoch

2014

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf  
Dekan

Referent: Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Prof. Dr. Wölwer

## Vorwort

Sichere Wahrheit erkannte kein Mensch  
und wird keiner erkennen  
Über die Götter und alle die Dinge,  
von denen ich spreche.  
Sollte einer auch einst die voll-  
kommenste Wahrheit erkünden,  
Wissen könnt' er das nicht: Es ist  
alles durchwebt von Vermutung.

Xenophanes, um 500 v. Chr.

## Zusammenfassung

### 1. Einleitung

Das original Inventar zur Erfassung interpersoneller Persönlichkeitsstörungen (IIP-127) erschien 1988 in den USA. Die Kurzfassung wurde 1990 (IIP-64/IIP-C) veröffentlicht. Ziel der vorgelegten Arbeit ist die psychometrische Prüfung der deutschen Kurzversion (IIP-D).

### 2. Methodik

#### 2.1. Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

Die Stichprobe umfasste 2513 Patienten, die sich von 1992 bis 2002 in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Diagnostik und/oder Therapie befanden. Weiter Untergliederungen der Studiengruppe waren Schul-/Hochschulabschluss, Familienstand, Erwerbsfähigkeit, Geschlecht, Alter, sowie die Hauptdiagnosen F 1-6 entsprechend dem ICD-10 Schlüssel.

#### 2.2 Verwendete Messinstrumente

IIP-64, SCL-90-R (Symptom Check List), BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score), GBB (Giessener Beschwerdebogen), NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar).

#### 2.3. Statistiken

-Die **Reliabilität** wurde unter zu Hilfenahme der **Alpha** – Koeffizienz (**Cronbach** 1951) untersucht, der ein Maß für die innere Konsistenz von Persönlichkeitsskalen darstellt.

-Die **Konstruktvalidität** wurde durch Einsatz der **konfirmatorischen Faktorenanalyse** untersucht. Zur Beurteilung der Güte der Modellanpassung fanden die folgenden Fit-Indizes Verwendung: der GFI (Goodness of Fit Index), der AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), der RMR (Root Mean Square Residual) und der Range der Pfadkoeffizienten (Standardisierte Regressionsgewichte).

-Der Einfluss von Bildungsniveau, Erwerbsstatus, Familienstand Geschlecht und Alter auf die Skalenausprägung wurde mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht.

-Weiterhin wurde die **diskriminante Validität** des Fragebogens untersucht durch den Vergleich mit verschiedenen **diagnostischen Gruppen (F1-F6)** und die **konkurrierende Validität** durch Korrelationen des IIP mit **BSS, GBB, SCL-90-R** und dem **NEO-FFI**.

### 3. Ergebnisse

-Die interne Konsistenz aller acht Subskalen zeigte für die Patientenstichprobe ein gutes Ergebnis an.

-Die konfirmatorische Faktorenanalyse zeigte eine insgesamt gute Anpassung der Items an die von den Autoren des IIP vorgeschlagene Faktorenstruktur.

-Es zeigten sich signifikante Unterschiede für alle 8 IIP-Einheiten zwischen den Familienständen, den Geschlechtern und den vorgegebenen Altersklassen.

-Unterschiede der IIP-Skalen zwischen den Diagnosegruppen: Um eine Aussage darüber zu treffen, ob die IIP- Untereinheiten zwischen interpersonellen Problemen und Diagnosegruppen differenzieren können, erfolgte eine Varianzanalyse mit anschließendem post-hoc Mehrfachvergleich. Die höchsten Skalawertausprägungen der Diagnosegruppen finden sich dabei bei F6 (Persönlichkeitsstörungen).

-Hinsichtlich der konkurrierenden Validität zeigt sich ein starker, statistisch bedeutender Zusammenhang zwischen dem SCL-90-R und dem IIP-64.

### 4. Schlussfolgerung

Die in der internationalen Forschungsliteratur zur Reliabilität und Validität des IIP berichteten Ergebnisse konnten an dieser großen klinischen Stichprobe bestätigt werden. Das Instrument ist aus psychometrischer Sicht für den Einsatz in deutschen Patientenkollektiven geeignet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	1
1.1. Warum gerade ein Kreismodell?	1
1.2. Das Konstrukt „interpersonelle Probleme“ (von Leary-Kiesler)	5
1.3. Entstehung interpersoneller Probleme	11
1.3.1. Komplementäres System	13
1.3.2. Attachment Modell	16
1.3.3. Bindungsstile im Bezug zur zirkumplex Struktur	20
1.4. Nutzen des Konstrukts „interpersonelle Probleme“ und entsprechender Messverfahren	23
1.4.1. Beispiel aus dem klinischen Alltag: Depression	23
1.4.2. Beispiel aus dem klinischen Alltag: Spätfolgen	25
1.4.3. Therapiephasen, erfolgreiche, erfolglose Patienten	25
1.4.4. Therapie von interpersonellen Problemen	27
1.5. Instrumente zur Messung interpersoneller Probleme	29
1.5.1. Horowitz IIP-127 (1988)	29
1.5.2. Alden IIP-64 / IIP-C (1990)	33
1.5.3. Wie interpretiere ich den IIP heute?	35
1.5.4. Selbst- und Fremdbewertungsbögen kritisch hinterfragt	37
1.5.5. Einordnung von nonverbaalem Verhalten in das zirkumplex Modell	40
1.6. Die Fragestellungen dieser Studie	41
<b>2. Methodik</b>	42
2.1. Formaler Aufbau des IIP-127 und IIP-C, Unterschied & Gemeinsamkeit	42
2.2. Die anderen verwendeten Messinstrumente, Hypothesen	45
2.2.1. Symptom Checkliste (SLC-90-R)	45
2.2.2. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	48
2.2.3. NEO- Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)	50
2.2.4. Giessener Beschwerdebogen (GBB)	53
2.3. Beschreibung der Untersuchungsstichprobe	54
<b>3. Ergebnisse</b>	58
3.1. Die Skalen des IIP	58
3.1.1. Mittelwerte, Standardabweichungen und Interne Konsistenz	58
3.1.2. Die Interkorrelation des IIP, Vergleich Patienten mit Normstichprobe	60
3.1.3. Die Faktorenstruktur des IIP, (explorative & konfirmatorische Faktorenanalyse)	61
3.1.4. Einfluss von Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstatus, Erwerbs-Status auf Skalenebene mittels einfaktorieller Varianzanalyse	64
3.1.5. Einfluss von Alter, Geschlecht, Familienstand mittels mehrfaktorieller und multivariater Varianzanalyse	69
3.2. Unterscheidungsfähigkeit des IIP-Skalen zwischen den Diagnosegruppen	72
3.3. Externe Validität der IIP-Skalen	76
3.3.1. Korrelation und Zusammenhang mit dem GBB	76
3.3.2. Korrelation und Zusammenhang mit dem SCL-90-R	78
3.3.3. Korrelation und Zusammenhang mit dem BSS	79
3.3.4. Korrelation mit dem NEO-FFI	81
3.4. Rotierte Komponentenmatrix, zweidimensionale Struktur, zirkumplex-Modell	82
<b>4. Diskussion</b>	85
<b>5. Literaturverzeichnis</b>	104

## 1. Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist eine psychometrische Prüfung der deutschen Fassung des „Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme“ (64 Item-Version, kurz: IIP-C, auch IIP-64) in einer klinischen Stichprobe von 2513 Patienten, die zwischen 1992 und 2002 in der Poliklinik der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ambulant betreut wurden.

Um eine Einordnung der Arbeit in den Kontext der Erforschung interpersoneller Probleme und der Anwendung entsprechender Forschungsergebnisse im klinischen Alltag zu erleichtern, scheint es sinnvoll, zu Beginn einen – knapp gehaltenen – Einblick in das Gebiet der interpersonellen Probleme zu geben: Wie entstehen sie? Warum ist es wichtig sie zu diagnostizieren? Treten sie als isoliertes Problem auf, oder findet man sie im Zusammenhang mit anderen Diagnosegruppen oder körperlichen Beschwerden und wenn ja, wie beeinflussen sie diese oder wirken sich in einer daran anschließenden Therapie aus? Im Anschluss daran folgt ein selektiver Überblick über Vielfalt und Entwicklung der mittlerweile zur Verfügung stehenden Inventare zur Erfassung interpersoneller Probleme, bevor das im Mittelpunkt dieser Arbeit stehende Instrument IIP-C ausführlich beschrieben wird. Ferner wird die Darstellung des „Zirkumplex Modells“ (Kreismodells) ein zentrales Thema im Verlauf der Studie sein, so dass die Studie mit einem kleinen Überblick des Kreismodells in Zusammenhang mit der menschlichen Natur beginnen wird.

### 1.1. Warum gerade ein Kreismodell?

- Kreis, Quadrat, und die Organisation des Wissens -

Über die ersten Präsentationen von Kreismodellen der menschlichen Natur wird in einer Veröffentlichung von Wiggins 1996 berichtet. Bereits John Kepler (1571-1630) tätigte den Ausspruch: „Da wo Materie ist, ist auch Geometrie.“ Doch unser kleiner Ausflug sollte uns noch tiefer in die Geschichte eintauchen lassen.

Bereits in der Eisenzeit entstanden Kreismodelle, deren Entwicklung auf die griechische geometrische Astrologie zurückgeht, die elegant und präzise die Bewegungen der Himmelskörper aufzeichnete. Die Unterteilung des Firmamentes durch die Sterne erfolgte durch mesopotamische Priester zu Beginn des 8. Jahrhunderts v.Chr. Auch da wurde bereits ein Einfluss der Astrologie auf andere Wissenschaften angenommen, was die Bereiche Botanik, Medizin („Ptolemy's Tetrabiblos“), Mineralien und Zoologie anging. Die imaginäre Unterteilung des Himmels erfolgte in zwölf Sektoren von jeweils 30°. Darin enthalten waren die Sonne, der Mond und andere Hauptplaneten. Fixe Sterne, die mythologische Figuren darstellen und dadurch sichtbare Zeichen für die einzelne Unterteilung auf der Himmelskugel sind (z.B. zwei Fische, ein Skorpion), kommen in jedem Sektor zum Liegen. Ebenfalls ging man davon aus, dass die Lage zu den Himmelskörpern bei der Geburt eines Kindes einen starken Einfluss auf ihn ausübt. Je nach Lage werden dem Neugeborenen jeweils bestimmte charakteristische Züge zugeschrieben, Weissagungen für künftige Ereignisse getätigt.

Die Darstellung des Körpers, der Sternzeichen und des jeweiligen Einflusses der Planeten auf die Organe wurde bereits in einem Kreismodell mit dem Titel „The zodi-

ac and the body“ von den Autoren Parker & Parker (1991) veröffentlicht. Z.B. finden sich dort „zwei Fische“ (270°) in Verbindung mit „Problemen mit den Füßen“.

Als grober Überblick sei zu erwähnen, dass die Präsentation von menschlicher Natur in einem Kreismodell schon auf den alten Astrologen Leonardo Da Vinci (1452-1519) zurückgeht und mit der modernen Darstellung der interpersonellen Zirkumplex (IPC) Tradition, die mit Sullivan (1892-1949) begann, endet. Die „Kaiser Foundation Psychology Research Group“ entwickelte ein Schlüsselkonzept (Leary, 1957), das die Basis für das heutige Zirkumplex Modell lieferte, über das diese Studie im weiteren Verlauf noch umfassend berichten wird.

Die bereits o. g. Darstellung des Menschen in Form eines Kreismodells findet sich im „Vitruvian Man“ von Leonardo da Vinci (1485-1490). Dabei charakterisierte er einen Menschen als „wohl geformt“, wenn er gleichzeitig in ein Quadrat und einen Kreis passt.

Seine ursprüngliche Interpretation lautet nach da Vinci „Gott ist ein Kreis, dessen Zentrum überall und dessen Ende nirgendwo zu finden ist.“ Der Mensch wurde in diesem „da Vinci Modell“ ins Zentrum gesetzt, da sich dort laut dem Astrologen alle Richtungen treffen, und die Welt ihren Ruhepunkt hat.

Für das interpersonelle Verhalten heißt das (bezogen auf das Modell von LaForge, 1985), dass das **Quadrat** den Zirkumplex auf die vier Basiskategorien reduziert: „feindliche“ und „freundliche Dominanz“ sowie „feindliche“ und „freundliche Unterwürfigkeit“ (Carson 1969).

Der **Kreis** des da Vinci-Modells spiegelt dagegen das zirkumplex Modell mit den darauf eingeordneten Skalen und Items wieder (in Bezug auf die vorliegende Arbeit die Circumplex Version of the Inventory of Interpersonal Problems, IIP-C, von Alden, Wiggins und Pincus 1990).

Anschauliche erste Zeichnungen von drei bekannten Wissenschaftlern zur Entwicklungsgeschichte des Kreismodells (alle Mitglieder der „Kaiser Foundation Psychology Research Group“) werden in einer Veröffentlichung von LaForge (1985) präsentiert. Freedman (1949) konstruierte das Quadrantenmodell „Entwicklung des interpersonellen Mechanismus“ und Leary (1950) veröffentlichte „Kombination von zwei Quadranten mit gegenteiligen Variablen, die die frühe Entwicklung des Kreises darstellt.“ 1954 veröffentlichten die drei Autoren bereits das erste Kreismodell „interpersonelle Dimensionen der Persönlichkeit.“

Eine anschauliche Version des Zirkumplex Modells bietet das "Steigenplex", das von W. Steig, einem brillianten Künstler gezeichnet und veröffentlicht wurde (1951),

In den 80er Jahren belegten einige weitere Autoren (Russel, 1980; Conte, 1981; Maki, 1979) dass es prinzipiell möglich ist, Personenbeschreibungen, Gefühle oder Motivationen in einer geometrischen Anordnung in Form eines Kreises darzustellen.

In den folgenden Kapiteln (1.2. „Konstrukt“; 1.3. „Entstehung“; 1.4. „Anwendung“) wird ein Überblick über „interpersonelle Probleme“ im Speziellen gegeben. Dazwischen finden sich einzelne Kapitel (1.2.1. „adaptives und maladaptives Verhalten“; 1.3.1. „Komplementäres System“; 1.3.2. „Attachment Modell“; 1.4.4. „Therapie von interpersonellen Problemen“) die über den üblichen Tellerrand hinaus schauen, um der Darbietung einen anschaulicheren und interessanteren Rahmen zu geben.

## **1.2. Das Konstrukt „interpersonelle Probleme“**

Seit Anfang des letzten Jahrhunderts beschäftigten sich Persönlichkeitstheoretiker mit der Erfassung von interpersonellen Störungen. Dabei entwickelte sich der zugrunde liegende Ansatz des „interpersonellen Modells“ von einer biologisch basierten hin zu einer objektbezogenen Annahme. Die ersten radikalen Zurückweisungen der biologisch basierten Annahme (entstammend aus der psychoanalytischen Theorie) gehen als erstes auf Adler zurück, der Widerspruch gegen das libido-basierte Modell von Freud einlegte. Nachfolgend rückten Horney (1937) und Sullivan (1940) umwelt- und kulturbedingte Faktoren in den Vordergrund.

Sullivan (1953) und Leary (1957) unternahmen erstmals Versuche Beziehungsmuster systematisch zu beschreiben, mit dem Ziel, adaptive wie maladaptive Interaktionen besser zu verstehen und empirisch beschreiben zu können.

Leary (1957) schlug zusammen mit zwei weiteren Persönlichkeitstheoretikern Benjamin (1974, 1993) und Wiggins (1979), ein „Circumplex- Modell“ vor, welches darauf beruht, dass sich interpersonelle Verhaltensweisen in einem zweidimensionalen semantischen Raum anordnen lassen. Dieses Modell wurde später unter dem Namen „interpersoneller Zirkel“ (IPC) bekannt und stellt auch heute noch die Basis des in dieser Arbeit vorgestellten Instrumentes dar.

Eine erste Dimension (s. Abb. 1, horizontale Achse) wird mit dem Titel „Zuneigung“ benannt und umfasst eine Verhaltensbreite, die von freundlich bis hin zur feindselig reicht. Die zweite Dimension (s. Abb. 1, vertikale Achse), die die Überschrift „Kontrolle / Dominanz“ trägt, beinhaltet eine Verhaltensvielfalt, die von dominant bis zu unterwürfig reicht.

Alle interpersonellen Verhaltensweisen können in den Raum, der durch die beiden Achsen gebildet wird, eingeordnet werden. Beispielsweise kann „schmollen“ als feindliche Unterwerfung und „tadeln“ als feindselige Dominanz, „nachgeben“ als freundliche Unterwerfung und „beraten“ als freundliche Dominanz aufgefasst werden. Darauf aufbauend gab es verschiedene Studien, die das zweidimensionale Achsenmodell als Grundlage nahmen, ihm aber teilweise andere Bezeichnungen gaben (Benjamin, 1974; Strong et al., 1988; Wiggins, 1982). Allen Arbeiten gemeinsam ist das Ziel der theoretischen und/oder empirischen Überprüfung des Modells.

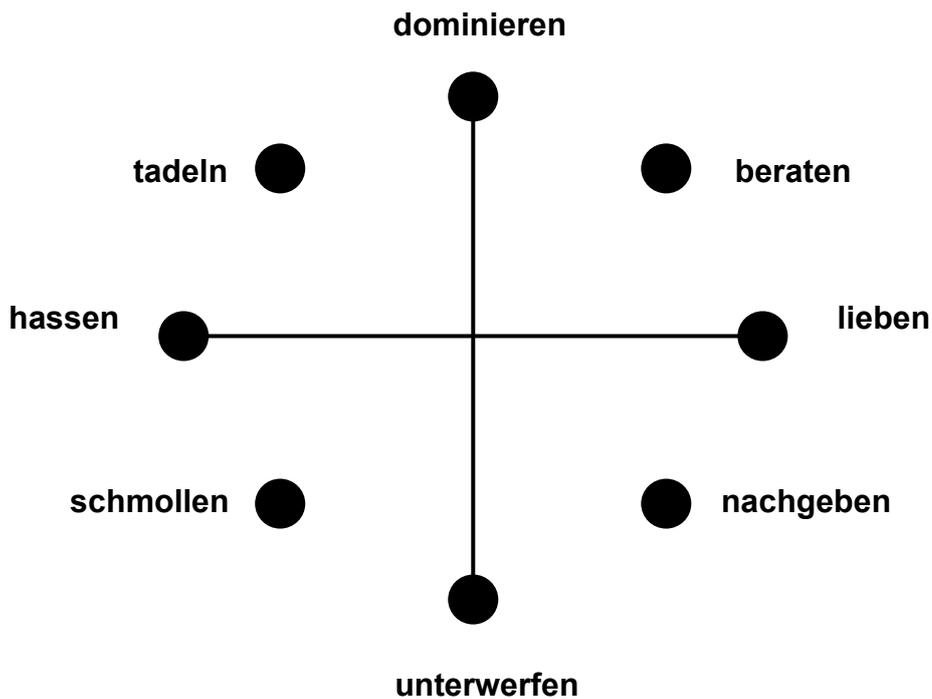


Abb. 1: Zweidimensionaler semantischer Raum interpersoneller Verhaltensweisen (nach Horowitz, Vitkus, 1986).

Anstatt der vier Aspekte (Leary) bzw. acht (Horowitz), s. Abb. 1, sind im folgenden bei (Kiesler) doppelt so viele, nämlich 16 Aspekte beschrieben.

### „Interpersonelles Kreismodell“ von Kiesler (1983)

Eine Erweiterung des Modells findet sich im „Interpersonellen Kreis“ von Kiesler (1983). Der Persönlichkeitstheoretiker entwickelte ein Kreismodell, das interpersonelles Verhalten auf zwei Ausprägungsebenen in jeweils 16 verschiedenen Aspekten beschreibt. Dem zentralen Kreis liegt die bereits beschriebene zweidimensionale Struktur (Dominanz / Zuneigung) zugrunde.

Die einzelnen interpersonalen Aspekte werden durch Buchstaben beschrieben, die von A auf zwölf Uhr in umgekehrter Uhrzeigerrichtung bis P auf zirka ein Uhr reichen. Dabei entspricht A der Eigenschaft Dominanz, I der Eigenschaft Unterwürfigkeit, E der Feindlichkeit und M der Freundlichkeit. Gegensätzliche Eigenschaften sind also gegenüberliegend angeordnet.

Die zweite Kreisebene beinhaltet die gleiche Anzahl von interpersonalen Aspekten, in einer mittleren Ausprägungsstufe. A1 entspricht hier der Kontrolle, I1 der Gefügigkeit, E1 einer antagonistisch-schädigenden Eigenschaft und M1 einer kooperativ-helfenden Eigenschaft.

Auf der dritten Ebene werden die interpersonellen Aspekte auf einer extremen Ausprägungsstufe beschrieben. A2 entspricht einer diktatorischen, I2 einer dienstbaren, E2 einer hasserfüllt-sadistischen und M2 einer devot-nachsichtigen Eigenschaft.

Je extremer eine Handlung ausgeführt wird, desto weniger ist sie an die Anforderungen der Situation angepasst, und desto größer ist die aversive Wirkung auf den Interaktionspartner. Maladaptives interpersonelles Verhalten ist charakterisiert durch eine starre, auf wenige der 16 Aspekte ausgelegte Reaktionsweise, die oft und intensiv ausgeführt wird, unabhängig davon, ob sie situationsbedingt angemessen ist oder nicht.

## **Adaptive und maladaptive Verhaltensweisen**

### **Adaptiertes und maladaptiertes Verhalten im Kreismodell und unterschiedliche Theorieansätze**

Leary (1956/57) beschreibt die zweidimensionale zirkumplex Struktur als eine Möglichkeit interpersonelles Verhalten bei „normalen“ und psychiatrischen Patienten zu bewerten. Der Hauptunterschied zwischen „mental illness“ (unangepasst, krank, abnormal) und „mental health“ (adaptiv, gesund, normal) findet sich in der Frequenz, Intensität, und der Natur der interpersonellen Haltung. Die Therapie zielt darauf ab, die Natur, Frequenz und Intensität von maladaptiver Handlung in die Richtung einer größeren Mäßigkeit, Angepasstheit, Effizienz, Flexibilität zu verschieben (Adams, 1962).

Das Autorenduo Sim & Rommey (1990) nahm Bezug auf die Theorie und ging davon aus, dass bei der „normalen“ Persönlichkeit eine gut balancierte Aufteilung in jeden Quadranten zu finden ist, mit ähnlicher Vektorenlänge. Bei der „abnormalen“ Gruppe geht man eher von einer Konzentration in ein oder zwei Quadranten aus. Tolerable Ergebnisse erzielte das Duo für die „normale“ und die klinische Gruppe in Bezug auf die zwei Kreismodelle, wenngleich die Aufteilung der Eckpunkte und Vektorenlängen optimaler in der nicht-klinischen Gruppe waren (es wurden mehr rigide und intensive Ergebnisse erzielt). Die Annahme von Leary 1957 konnte im Groben bestätigt werden.

Drei weitere Autoren Baumrind (1960) & Lorr, McNair (1963) nahmen an, dass die rechte Kreishälfte eine angepasste (sozial erwünscht, normal) und die linke (sozial unerwünscht, abnormal) eine schlecht angepasste Verhaltensform darstellte.

Diese Aussage kann von der Studie (Sim & Rommey, 1990) nicht untermauert werden, denn das würde heißen, dass die „schlecht angepasste Gruppe“ Unterschiede in der Intensität auf der linken Seite zeigen würde.

### **Formel für den „idealen psychologischen Status“- Reales Ziel oder Illusion?**

Bem (1974) schlägt zum Erreichen des „idealen psychologischen Status“ eines Individuums die These der „psychologischen Androgynität“ vor. Diese besagt, dass jede Person positive männliche und weibliche Persönlichkeitsmerkmale vorzuweisen hat. Menschen, die über „psychologische Androgynität“ verfügen, werden als interpersonell flexibel eingeschätzt (im Vergleich dazu haben Menschen, die rigide geschlechtstypische Verhaltensweisen darbieten, eine limitierte Flexibilität). Sie sind besser angepasst, haben mehr Selbstbewusstsein. Somit ist seine These ein Index für psychologische Gesundheit. Sein Modellvorschlag wies jedoch Grenzen auf. Ist

z.B. dominantes Verhalten gefragt, schneiden die Menschentypen, die eher „Weiblichkeit“ oder „Androgynität“ darstellen, schlechter ab als der „Männlichkeitspart“ (Paulhus, 1988).

### **1.3. Entstehung interpersoneller Probleme**

Bei der Betrachtung der Hintergründe, die zur Entstehung von interpersonellen Problemen führen, sind zwei Aspekte zu unterscheiden: Einerseits der unmittelbare Entstehungsmechanismus interpersoneller Probleme und andererseits die Verankerung entsprechender Verhaltensmuster in der Persönlichkeitsstruktur. Eine Erklärung des Entstehungsmechanismus liefert das im Circumplex-Modell interpersoneller Probleme eingebaute „Komplementaritätsprinzip“. Es besagt, dass zwei Personen, die miteinander interagieren, sich gegenseitig in ihrem Verhalten beeinflussen. Die reagierende Person kann entweder Verhalten der agierenden Person symmetrisch beantworten (Beispiel: dominant-feindselige Reaktion auf dominant-feindselige Aktion) oder komplementär ergänzen (zur Logik zwischenmenschlicher Kommunikation und den Begriffen der symmetrischen und der komplementären Kommunikation vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 2000).

Tritt beispielsweise eine Person dominant-feindselig auf, so äußert sich eine komplementäre Reaktion als unterwürfig-feindseliges Verhalten. Die reagierende Person nutzt damit die Möglichkeit, mit komplementärem Verhalten zu kontern und dadurch die Spannungen abzubauen, oder wie Horowitz et al. (1993) darlegen, „das Feld zu räumen“ (Näheres im Kapitel 1.1.5. „Komplementäres System“ nachzulesen).

Langfristig kann die habituierte Verwendung eines komplementären Anpassungsmechanismus zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls führen und Unzufriedenheit entstehen lassen. Mechanismen wie diese werden für die Verankerung interpersoneller Probleme in der Persönlichkeitsstruktur verantwortlich gemacht. So wird häufig die unbewusste Wiederholung internalisierter pathogener frühkindlicher Objektbeziehungen als Ursache dysfunktionalen oder maladaptierten Beziehungsverhaltens im Erwachsenenalter identifiziert.

Dabei wurde die Wechselwirkung zwischen intrapsychischen Vorgängen und interpersonellen Verhaltensweisen von zahlreichen Autoren beschrieben (Keller, 1993). Ein näheres Eingehen auf dieses Thema findet sich durch den nachfolgenden Text, der sich auf die Studien von Kiesler (1995) bezieht.

Namentlich erwähnt sei hier ebenfalls die Studie von Bartholomew und Horowitz (1991), die einen Zusammenhang zwischen Beziehungsproblemen (erfasst mit dem IIP) und dem Bindungsverhalten basierend auf der Bindungstheorie von Bowlby nachwies. Einen ausführlicheren Einblick bietet der nachfolgende Text, der Bezug auf die Studienergebnisse von Horowitz (1996) nimmt.

Ferner zeigte Köhler (1992) den Bezug zwischen Mutter-Kind-Interaktion (Bindungsstil bei Säuglingen und Kleinkinder) und dem späteren Bindungsverhalten als Erwachsener auf.

## **Der interpersonelle Transaktionskreis von Kiesler (1986, 1995)**

Der Kreis der Ursächlichkeiten im sozialen Transaktionsbereich wird dadurch beschrieben, dass interpersonelles Verhalten eines jeden in einer zwei oder mehr Teilnehmer einschließenden Beziehung dadurch charakterisiert ist, dass es gleichzeitig Ursache und Auswirkung auf das Verhalten des anderen hat.

Die allgemeine Vorarbeit, die den Rahmen zu diesem Modell setzte, fand sich in den Arbeiten von Kiesler (1982, 1983, 1986), Safran (1984), Strupp, Binder (1984) und Carson (1969). Das Modell zeigt einen Kreislauf zwischen zwei Teilnehmern, die durch die ersten beiden Alphabeten bezeichnet werden:

Person A besteht dabei aus zwei Einheiten, einem „von außen nicht einsehbaren Teilbereich“, der den intrapsychischen Vorgängen entspricht und durch die Begriffe Erfahrung, Kognition und Gefühl charakterisiert ist. Die daraus resultierende „offen gezeigte Aktion“ wird als interpersonelles Verhalten bezeichnet und stößt wiederum auf den „von außen nicht einsehbaren Teilbereich“ der Person B, der durch die Begriffe Gefühle, Attribution und Handlungstendenz beschrieben ist. Die daraus folgende „offene Reaktion“ der Person B kann wiederum stärkend oder belastend auf die Zweierbeziehung wirken.

Persönlichkeitstheoretiker sehen dieses Modell im Zentrum der Entwicklung und Aufrechthaltung von individuellen Persönlichkeitsunterschieden.

Das Modell liegt in einer angepassten und einer nicht angepassten Form vor. Ein Verhalten wird als maladaptive bezeichnet, wenn es starr oder einen extremeren Grad erreicht hat. Auch diesem Kreislauf liegt das Komplementärsystem zugrunde.

### **1.3.1. Komplementäres System**

#### **Komplementäres Verhalten im Bezug zu dem zirkumplex Modell**

Bei der Frage nach komplementärem Verhalten ist auch das exakte Platzieren von Verhalten auf dem Kreismodell wichtig. Die Entstehung des Kreismodells und die Anordnung von Verhalten im Rahmen dessen wurden durch Leary (1957) eingeläutet. Wiggins (1979) nahm eine Umbenennung der Oktanten vor, wobei Inhalt und Anordnung sehr ähnlich blieben. Kiesler (1983) brachte bipolar gelegene Adjektive ein, wobei deren gegenteilige Bedeutung auch spiegelbildlich im Kreis zum liegen kam.

Es gibt eine klare Definition nach der man komplementäres oder antikomplementäres Verhalten einstufen kann, bezogen auf das zweidimensionale Modell. Betrachtet man die Oktanten, wird diese Möglichkeit durch eine Bandbreite an akomplementären Verhaltensweisen ergänzt. Gegenüberliegende Verhaltensweisen sind komplementär, jeweils ein Oktant versetzt ist weniger komplementär, wobei drei Oktanten verschoben ein antikomplementäres Verhalten zeigt (Tracey, 1994).

## **Komplementäres Verhalten, dessen verschiedene Ebenen und Regellimits**

Komplementäres Verhalten lässt sich in einem Satz wie folgt charakterisieren: Jedes Verhalten trägt Informationen in Bezug darauf, wie der Gegenüber darauf reagieren wird, und damit, welches Verhalten man selbst erhält (Tracey, 1994).

Doch inwieweit ist die ursprüngliche These von Carson (1969) richtig, der das zweidimensionale Modell von Leary's interpersonellem Zirkumplex in einen komplementären Code übersetzte, der besagt, dass Dominanz Unterwürfigkeit nach sich zieht und reziprok, Freundlichkeit das gleichwertige hervorruft und Feindlichkeit auf selbige Art beantwortet wird?

Carson (1969) definiert drei Ebenen von komplementärem Verhalten, wobei jede Ebene eine andere Stressdimension in der Beziehung aufweist (Tracey, 1994):

**Komplementäre Verhaltensweise** beinhaltet gegensätzliches Auftreten, auf den Dimensionen Dominanz und Zuneigung, wodurch der andere ermutigt wird. Es wird nur ein niedriges Stressniveau erreicht (Strong, 1988).

Beispiele auf der zweidimensionalen Achse:

Dominanz = Unterwürfig

Freundlich = Freundlich

Hass = Hass

Beispiele als Oktagon/Quadrantenmodell:

Unterwürfig-freundlich = dominant-freundlich

**Akomplementäres Verhalten** zeigt ein Auftreten, das nur in einer Dimension komplementär ist. Dadurch wird ein mittleres Stressniveau erreicht.

Beispiele als Oktagon/Quadrantenmodell:

Unterwürfig-freundlich = dominant-feindlich

**Antikomplementäre Verhaltensweise** weist eine gegenteilige Reaktion (in Bezug auf die zwei Dimensionen) auf das Ursprungsverhalten auf und entmutigt dadurch den anderen (Strong, 1988). Ebenfalls wird damit ein erhebliches Stresspotential verursacht und der Fortbestand der Beziehung gefährdet.

Beispiele auf der zweidimensionalen Achse:

Dominanz = Dominanz

Freundlich = Hass

Beispiele als Oktagon/Quadrantenmodell:

Unterwürfig-freundlich = unterwürfig-feindlich

Orford (1986) steht der These von Carson eher skeptisch gegenüber, da seiner Meinung nach die Reaktionen in einer Beziehung von verschiedenen Variablen abhängen.

gen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang der Statusunterschied, die Dauer der Beziehung, individuelle Unterschiede in kognitiven und emotionalen Prozessen. Kiesler (1991) belegte, dass je größer die Intensität des einen Teilnehmers zum anderen in einer Verhaltensweise ist, desto mehr die Wahl der Antwort und dessen Intensität beeinflusst wird. Die soziale Rolle, die jemand ausfüllt, beeinflusst ebenfalls entscheidend die Reaktion. Gleiches gilt für die Dauer der Beziehung.

Unterstützung in dieser Behauptung fand er durch Forschungsarbeiten der Autoren Bluhm (1990), Moskowitz (1988), Tracey (1990,1989). Weitere Forschungsarbeiten (Billings (1979), Dietzel (1975), MacKenzie (1968), Mueller (1969), Strong (1988), Tracey (1989), Raush (1965)) zeigten, dass der Nachweis von komplementärem Verhalten auf der Oktantenbasis schwieriger zu belegen ist als auf der Quadrantenebene.

### **Unterschiedliches komplementäres Verhalten in Bezug zur jeweiligen „Lebensrolle“ und zu den Dimensionen Dominanz und Zuneigung**

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Verhalten in beruflicher Hinsicht sehr viel mit der „erwarteten Rolle“ zu tun haben. Es ist der Dimension Dominanz zuzurechnen. In der Arbeitswelt wurde die Interaktion der Handelnden in Bezug zu ihrem Statusniveau gesehen. Wobei dazu zu sagen ist, dass gleichgeschlechtliche Interaktionen zwischen unterschiedlichen Statuspartnern bei Männern mehr hierarchisch zu sehen sind als zwischen Frauen. Bestätigt wurde diese Aussage von dem Autor Strong (1988), der betonte, dass es einen allgemeinen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt, wenn Personen mit dem gleichen Geschlecht in komplementäre Interaktion treten.

Weniger findet sich dieser Einfluss auf privater Ebene wieder (Interaktionen, die sich zwischen engen Freunden und Familie abspielen, werden eher durch die Dimension „Zuneigung“ gekennzeichnet). Hier hat man eine größere Freiheit in Übereinstimmung mit seiner individuellen Verhaltenstendenz zu reagieren. Dazu gibt es eine bestätigende Studie (Kenny (1984) und (Kashy 91)) „Das soziale Beziehungsmodell“, das besagt, dass in Alltagssituationen (Freunde, Bekannte) eher die individuelle Verhaltensweise zu tragen kommt, wogegen im beruflichen Bereich die „soziale Rolle“, zum Tragen kommen. Romantische Beziehungen, egal wie lang man sich dabei zeitlich kennt, nehmen eine besondere Rolle dabei ein (weniger Dominanz, mehr unterwürfiges Verhalten) und sind nicht in die gleiche Gruppe mit den Freunden und Bekannten zu setzen (Moskowitz, 1994).

Die zentrale Aussage der beiden Autoren Widiger und Miele (1990) bekundet eher gegenteilige Meinung. Das komplementäre System liegt nicht in beiden Dimensionen (D/Z) gleichstark vor. Während die Dimension Status eher der Persönlichkeitsstruktur zugrunde liegt, beruht die Dimension Zuneigung stärker auf dem komplementären System.

Dominanz zieht keine Dominanz, Unterwürfigkeit keine Unterwürfigkeit nach sich. Es stellt lediglich eine Darbietung der Persönlichkeit dar (Abbildung des individuellen interpersonellen Stils), die sich nicht auf die Zuneigungsachse auswirkt (steht eher unter situationsbedingtem Einfluss). Freundliches Verhalten wurde am häufigsten gefunden, auch in Kombination mit Dominanz und Unterwürfigkeit.

Ferner lassen sich auch Unterschiede in der Dimension Zuneigung finden. Es zeigte sich, dass positives komplementäres Verhalten (das primäre Verhalten zieht eine

positive Reaktionsweise nach sich und damit einen „high outcome“ laut Henry (1986)) sich besser mit der These deckt als negatives komplementäres Verhalten (das primäre Verhalten führt zu einer negativen Reaktionsweise, so dass dadurch ein „poor outcome“ laut Henry (1986) erreicht wird). Freundliches Verhalten hat mehr Macht, die nach sich ziehende Reaktion zu beeinflussen als primär negatives Verhalten.

Gleichzeitig wurde bei feindseligem Verhalten festgestellt (im Gegensatz zu der These von Carson, 1969; Kiesler, 1983; Leary, 1957; Strong, 1991; dass die Intensität des Verhaltens der Kommunikationsteilnehmer gleich gespiegelt wird), dass es nicht mit gleicher Intensität beantwortet wird, sondern sich eine Steigerung zeigt des feindseligen Verhaltens bei demjenigen, der damit konfrontiert wird (Tracey, 1994).

Nichts desto trotz erklären interpersonelle Theoretiker, dass ein interpersonelles Verhalten ein Ergebnis ist von beiden interpersonellen Situationen und interpersonellen Problemen (Kiesler, 1983, Leary, 1957, Strong 1988).

### **Teufelskreis und Lösungswege**

Der komplementäre Teufelskreis zeigt sich anhand von zwei Beispielen.

Menschen, die sich als einsam bezeichnen, werden im Bereich der interpersonellen Persönlichkeitsstörungen eher im „gehemmt sein“ als in „sozial abweisendem“ Part liegend gesehen. Dies würde dem Quadranten „feindlich-unterwürfig“ entsprechen. Nach dem komplementären Prinzip würde das Verhalten mit feindlicher Dominanz (Zurückweisung) beantwortet werden, was den Teufelskreis fortsetzen würde (Gurtman 1991).

Menschen, die als passiv-aggressiv (feindlich unterwürfig) bezeichnet werden, sollte nicht mit feindlicher Dominanz begegnet werden (da diese Verhalten den anderen in seiner verärgerten Position gefangen halten würden), sondern erst mit freundlicher Dominanz und dann immer mehr in Richtung freundlich Unterwürfigkeit (McLemore, 1987).

Ein allgemeiner Rat würde also heißen, dass man zuerst mit einem Verhalten antwortet, das halb komplementär und halb nicht komplementär ist (Beier, Young 1984).

### **Gefahr von komplementärem Verhalten in der Therapie**

Es herrschen komplementäre Rollen auch zwischen Patient und Therapeuten. Ist der Patient dominant, reagiert der Therapeut mit Unterwürfigkeit, ist ersterer gekennzeichnet durch Selbstaufgabe, wird darauf mit Kontrollausübung geantwortet. Ist der Patient abweisend, ist die darauf folgende Reaktion durch Distanz gekennzeichnet.

Ziel ist es deshalb, den Patienten genau aus diesen Mustern herauszuholen. Der Therapeut muss also die komplementäre Macht erkennen und den Patienten aus dem Muster durch antikomplementäres Verhalten ziehen, durch Erlernen neuer adaptierter Verhaltensformen (Maling 1995).

### 1.3.2. Bindungsstile und interpersonelle Probleme

#### Das Konstrukt (Entstehung, Modell, Beschreibung)

Interpersonelle Probleme spiegeln sich oft in einem Konflikt wider, zwischen dem Wunsch ein bestimmtes Verhalten auszudrücken und der Angst vor der Konsequenz, die dieses Verhalten nach sich zieht. Dieser Konflikt entsteht aus der individuellen interpersonellen Lerngeschichte, die sich aus dem „ Bindungsstil “ entwickelt (Horowitz, 1996).

Bowlby (1977) führte eine Studie durch, in der er den Bindungsstil der Patienten in der Kindheit in Vergleich setzte zu den Problemen, die sie als Erwachsene äußerten. Bowlby nahm an, dass Kinder im Laufe der Entwicklung bestimmte Bindungserfahrungen internalisieren und diese Internalisierung nutzen, um zu beurteilen, ob eine Bindungsperson eine Person ist, die auf die Bitte um Unterstützung und Schutz reagiert oder nicht und ob die eigene Person bei anderen Menschen Unterstützung hervorrufen kann.

Aus den Ergebnissen entwickelte er ein Modell, auf das Bartholomew (1990) und Bartholomew & Horowitz (1991) aufbauten und das nachfolgend dargestellt wird.

#### Vier theoretische „Bindungsstile“- „Attachment Style“

		<u>Modell des Selbst</u>	
		positiv	negativ
<u>Modell des Anderen</u>	positiv	Feld 1: <u><b>Sicherheit</b></u> sich wohl fühlen Eigenverantwortlichkeit ausüben	Feld 2: <u><b>Anklammernd</b></u> Voreingenommen sein im zwischenmenschlichen Bereich
	negativ	Feld 4: <u><b>Abweisend</b></u> Zurückweisung von Nähe Unabhängigkeitsstreben	Feld 3: <u><b>Ängstlich vermeidend</b></u> Angst vor Nähe sozial vermeidend

Abb. 2: Attachment Style"

Die erste Beurteilung bezieht sich auf das Bild eines Kindes von anderen Menschen, die zweite bezieht sich auf das Selbstbild des Kindes. Durch eine Dichotomisierung beider Variablen würde man ein Vierfelder-Schema mit vier prototypischen Bindungsformen erhalten. Es finden sich sowohl die Selbstbilder einer Person sowie die Bilder von anderen nach ihrer Qualität (positiv/negativ) dichotomisierte. Im ersten Fall bezieht sich die Dichotomie auf die Frage, ob das Selbst der Liebe und Unterstützung

anderer für würdig befunden wird, im zweiten Fall, ob andere Personen als vertrauenswürdig, verfügbar oder als unzuverlässig und zurückweisend erlebt werden. Die Namensgebung der vier Felder (Sicherheit, Voreingenommensein, Furchtsamkeit, Zurückweisung) erfolgte durch die Autoren Hazan & Shaver, (1987) und Main & Kaplan & Cassidy (1985), s. Abb. 2.

## **Attachment Modell - Erklärung der Quadranten**

**I. Sicherheit ausstrahlender Typ:** warme und reagierende Eltern in der Vorgeschichte. Gutes Bild von sich und anderen (hat die Erwartung, von anderen akzeptiert zu werden und dass sie ihm positiv zugewandt sind). Erwachsene beschreiben sich als sicher und erfüllt, sind durch hohes Selbstwertgefühl und Abwesenheit von interpersonellen Problemen charakterisiert.

**II. Anklammernder Typ:** berichtet über unsensible und inkonsistente Eltern, ambivalentes Verhalten. Als Ergebnis zeigt sich ein überabhängiger Typ, der als Beziehungspartner als harmonisch, unterstützend, freundlich, angenehm, unterwürfig beschrieben wird. Es wird über geringes Selbstwertgefühl berichtet, kombiniert mit einer positiven Bewertung anderer Menschen gegenüber, die dazu führt, dass die entsprechende Person Selbstakzeptanz zu erreichen sucht, indem sie Akzeptanz durch wichtige Bezugspersonen erfährt.

**III. Ängstlicher-frustranter Versorgungstyp** (entspricht dem Quadranten „feindselige Unterwürfigkeit“ nach Gifford, O'Connor, 1987): bewusster Wunsch nach sozialem Kontakt und Intimität ist da, aber durch Erfahrung ist ein Misstrauen und Angst vor Konsequenz (soziale Zurückweisung) da, die sie an der Ausführung hindern. Es besteht eine Hypersensibilität gegenüber sozialen Kontakten. Kennzeichen sind subjektiver Distress und gestörte soziale Kontakte. Um aktiv diesem Problem aus dem Weg zu gehen, tritt ein Vermeiden von sozialen Situationen und engen Beziehungen auf, zum Schutz der Verletzlichkeit gegen Zurückweisung. Gekennzeichnet ist diese Gruppe durch Einsamkeit und Depression. Es besteht ein Problem mit Autonomie und Intimität.

**IV. Abweisender Versorgungstyp** (entspricht dem Quadranten „feindliche Dominanz“ nach Gifford, O'Connor, 1987): Es herrscht eine Abwehr der Notwendigkeit sozialen Kontakt zu brauchen (Inaktivierung des Attachment Systems). Sie legen Wert auf Unabhängigkeit (Autonomiebestreben und Selbstbewusstsein geht auf Kosten der Intimität), ihr Fokus besteht in impersonellen Aspekten des Lebens wie Hobby oder Beruf. Da sie ein positives Bildnis von sich selbst haben, beklagen sie weniger Distress, ähnlich der schizoiden Persönlichkeit, die durch einen Mangel an sozialem Interesse gekennzeichnet ist.

Horowitz (1993) berichtet in Bezug auf eine Therapie mit Patienten der III. und IV. Gruppe (die tendenziell mehr interpersonelle Probleme besitzen als die ersten beiden Gruppen, Wiseman 2007), da sie auf Grund der Tatsache, dass sie über wenig soziale Kontakte verfügen, es ihnen schwer fällt, Mitmenschen zu beschreiben. Da ein Hauptteil der Therapie darauf abzielt interpersonelle Beziehungen zu bearbeiten, ist dieses Defizit eindeutig zum Nachteil (Loborsky, 1984; Strupp, 1984). Empfehlenswert wären medikamentöse Behandlungen oder Langzeittherapie ggf. auch in Gruppenform.

## **Attachment Theorie**

Die „Attachment Theorie“ ist ursprünglich eingeführt worden, um die vielen Formen von emotionalem „Distress“ und Persönlichkeitsstörungen (inklusive Angst, Depression..), die durch unfreiwillige Trennung entstehen (Bowlby, 1977), zu erklären. Das Ziel des Attachment Systems hat das Gefühl von Sicherheit zu erhalten. Die Wurzel der Entstehungsgeschichte liegt in der Beziehung Kind - Versorger und dem Grad auf dem das Kind lernt sich auf die versorgende Person als eine Quelle der Sicherheit zu verlassen (Ainsworth, 1978). Der Prozess beinhaltet eine Serie von Kontakten, Trennungen, Wiedervereinigungen. Beim Kind kann dann eine Steigerung von Stress und eine Angst vor Trennung beobachtet werden.

### **Drei Antwortstile konnten bei der Wiedervereinigung zwischen Kind und Versorger nach Main (1981) beobachtet werden:**

- a. Das Kind heißt den Versorger willkommen. Ist schnell zufrieden.
- b. Ambivalenz zum Versorger wird gezeigt, bestehend aus Angst und der Unfähigkeit zufrieden zu sein.
- c. Das Kind zeigt direkte körperliche Ablehnung gegenüber dem Versorger.

### **Dazu passend gibt es drei reziproke Reaktionsweisen des Versorgers nach Ainsworth (1978):**

- a. Mütter können ein Sicherheitsgefühl aufbauen, gehen sehr verantwortlich mit der Aufgabe um, zeigen Wärme in Interaktionen.
- b. Dagegen zeichnen sich Mütter, die ambivalente Kinder haben, durch einen Mangel an Sensibilität für die Bedürfnisse ihrer Kinder aus, ihr Verhalten ist inkonsistent.
- c. Mütter vermeidende Kinder zeigen dagegen eine deutliche Unsensibilität und Zurückweisung. Sie vermeiden körperlichen Kontakt, sind direkt feindlich oder kritisch den Kindern gegenüber.

### **Auswirkung auf die Kindheitsentwicklung (Sicherheit/Vermeidungsstil):**

Es zeigte sich, dass einmal in eine dieser Gruppen eingeordnet (3.-6. Monat), das Verhalten stabil bleibt. Zwischen dem 12.-18. Monat ließ sich nur 4 % Änderungsrate feststellen.

Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass Zweijährige, die ein sicheres Attachment Beziehungsmuster erlernten, autonomer und kompetenter in der Lösungssuche sind, als vergleichbare Kinder, die weniger Sicherheitsgefühl aufbauen konnten (Matas, 1976). Ferner wiesen sie größere Zuversicht in der Erforschung der Umgebung auf, haben ein größeres Interesse darin mit freundlichen, unbekanntem Erwachsenen zu spielen (Main, 1981). Höhere soziale Kompetenz konnte bei 3,5-jährigen festgestellt werden, sie konnten besser Gefühle teilen, sind weniger aggressiv (Waters, 1979). Das soziale Verhalten von vermeidenden Kindern ist durch tiefes Misstrauen gegenüber anderen gekennzeichnet und einer Unfähigkeit sozial konform der reziproken Norm zu reagieren. Dies führt zu sozialer Zurückweisung und das Misstrauen wird dadurch bestätigt. 6 Jahre alte Kinder waren unfähig mit Trennungssituationen um-

zugehen (Kaplan 87). Sie suchen z.B. häufig indirekten Kontakt aber flüchten bei direktem.

### **Rückblick der Erwachsenen auf ihre Kindheit nach Kobak (1988)**

- a. Der Sicherheit ausstrahlende Typ erinnert sich durchwegs nur an positive Erlebnisse was das Verhältnis zum Versorger betrifft.
- b. Ein Mix aus Nähe zu den Eltern und frustriertem Warten auf elterlicher Unterstützung wird vom ambivalenten Typen geäußert.
- c. Der vermeidender Typ tendiert dazu die Wichtigkeit der Beziehung herunter zu spielen, und den Einfluss der kindlichen Beziehung auf die heutige Funktion. Eltern werden als kalt, zurückweisend, desinteressiert beschrieben. Eine Zeit ohne Unterstützung und viel Stress. Dabei zeichnet sich die Gruppe im Erwachsenenalter durch ein hohes Level an Feindlichkeit aus und einem mittleren im Angstbereich im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Sie beschreiben sich als einsam und beklagen ein Mangel an sozialer Unterstützung.

### **Auswirkung auf das Erwachsenenalter:**

Der individuelle Attachment Stil hat Auswirkung auf die Fähigkeit emotionale Bande im Erwachsenenalter zu knüpfen und ist somit für zahlreiche Problemstellungen verantwortlich. Hierunter seien zu nennen Ehekonflikte, Ärger mit Kindern, neurotische Symptome, Persönlichkeitsstörungen (Bowlby 1977,80,82). Ainsworth (1982, 1989) erklärte, dass Erwachsene, Paare, Eltern, sexuelle Partner als „Attachment-Figuren“ über die Lebensspanne hinweg operieren.

Bartholomew (1990) berichtete darüber, dass Eltern sich in ihrem erlernten Attachmentstil auch ihren Kindern gegenüber verhalten und diesen somit auf die nächste Generation übertragen. Z.B. zeigen Eltern die in die IV. Gruppe fallen gegenüber ihren Kindern einen kühlen Interaktionsstil, ein Defizit in emotionaler Verfügbarkeit und Sensibilität. Von ihren Eltern werden die Kinder animiert, dass die Erreichung von Zielen z.B. in Schule und Sport wichtiger ist als enge Beziehung. Ein Mangel an enger Beziehung wird nicht als negativ auf sich selbst interpretiert.

### **Auswirkungen auf den Bereich „romantische Liebe“ nach Hazan (1987):**

- a. Der Sicherheit ausstrahlender Typ ist in der Lage einfach Vertrauen aufzubauen, kann schnell mit jemandem Nähe aufbauen.
- b. Der Wunsch sich mit jemandem zu verbinden, gekoppelt mit der Angst nicht genügend geliebt zu werden, wird dem ambivalenten Typ zugerechnet. Sie äußern mehr Selbstzweifel als die erste Gruppe und neigen zu Eifersucht und emotionalen Extremen in der Beziehung.
- c. Der vermeidende Typ hat Probleme mit Nähe, Vertrauen, äußert Angst jemandem zu nahe zu kommen. Der Liebespartner möchte mehr Nähe haben, als dem Befragten angenehm ist

Die letzten beiden Gruppen geben an, weniger Glauben an die Liebe zu besitzen und mehr negative Erlebnisse in dem Bereich gehabt zu haben. Eine Geschichte von kurzen romantischen Beziehungen findet sich oft in ihrer Autobiographie.

Bartholomew (1990) benennt z.B. zum Typ c., dass eine Frau, die sich in Liebesdingen durch ein hohes Maß an Verteidigung auszeichnet, weniger verliebt ist, weniger Intimität erfährt, weniger gemocht wird und weniger Favorisierung von Seiten der Männer findet.

Ferner berichtet er zum Thema Partnerwahl, dass Typen dieser Gruppe dazu neigen, sich eine Ehe aufzubauen, in der das Desinteresse an einer engen Beziehung widergespiegelt wird.

### **1.3.3. Bindungsstile und interpersonelle Probleme in Bezugnahme zu der zirkumplex Struktur nach Horowitz**

Betrachtet man Menschen der o. g. vier Bindungsstile und ihre dazugehörigen interpersonellen Probleme und setzt diese in Beziehung zu der zirkumplex Struktur, so erhält man bestimmte Skalenzuweisungen (auf die im Vorgriff auf die Konstruktion und Benennung der Skalen des aktuell in dieser Studie untersuchten IIP-C hier schon eingegangen wird) zu den vier Bindungsstilen.

Menschen, die zum ersten Feld gezählt werden, zeichnen sich durch eine Skalenausprägungen auf der „warm-freundlichen Seite“ des interpersonellen Zirkels aus, wobei keine extremen Skalenwerte erreicht werden. Besonders sind hier die Skalen LM (fürsorglich, freundlich) und JK (ausnutzbar, nachgiebig) hervorzuheben.

Menschen, die dem zweiten Feld zugehörig sind, zeichnen sich durch eine Skalenausprägung auf der „kalt-feindlichen Seite“ des interpersonellen Zirkels aus. Hierunter gehören die Skalen DE (kalt, abweisend), BC (rachsüchtig, konkurrierend) und FG (introvertiert, sozial vermeidend).

Personen, die dem dritten Feld zugehören, werden durch eine Betonung in dem „Dominanzbereich“ und einer Abnahme im „warm-freundlichen Bereich“ des interpersonellen Zirkels charakterisiert. Betonte Skalen sind hier PA (dominant, autokratisch) und NO (expressiv, aufdringlich).

Menschen, die dem vierten Feld zugehören, zeichnen sich durch eine Hervorhebung der Skalen besonders im introvertierten Bereich aus, die durch die Skalen FG (sozial vermeidend, introvertiert) aber auch durch HI (unterwürfig, selbstunsicher) und JK (ausnutzbar, nachgiebig) charakterisiert werden.

Laut Horowitz sind demzufolge unterschiedliche Arten interpersoneller Probleme mit unterschiedlichen Bindungsstilen gekoppelt.

### **Ableitung der Bindungsstile und interpersonellen Probleme auf die daraus folgende Therapiewahl und der Prognose im Rahmen einer Psychotherapie**

Horowitz leitete daraus eine grobe Richtlinie ab, die hier nur kurz angerissen wird, da sie im späteren Verlauf noch eingehend dargelegt wird:

Menschen, die als „freundlich-unterwürfig“ bezeichnet werden, unterliegen besseren Behandlungschancen und sind einer kurzen dynamischen Therapie gut zugänglich.

Menschen, die als „feindlich-dominant“ benannt werden, haben eine wesentlich schlechtere Prognose und reagieren besser auf eine langfristige dynamische Therapie, eine kognitive oder pharmazeutische Therapie.

#### **1.4. Nutzen des Konstrukts „interpersonelle Probleme“ und entsprechender Messverfahren**

##### **1.4.1. Beispiel aus dem klinischen Alltag: Depression**

Mit Hilfe des Konstrukts „interpersonelle Probleme“ und der zugeordneten Messverfahren wie dem IIP lassen sich interpersonelle Probleme beschreiben, analysieren und identifizieren. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die mit interpersonellen Problemen verbundenen psychischen Konflikte und dysfunktionalen Beziehungsmuster in einer psychotherapeutischen Behandlung bearbeitet werden können. Dies geschieht entweder, weil interpersonelle Probleme die eigentliche, den Leidensdruck bedingende Störung darstellen (interpersonelle Probleme als unmittelbare Zielgröße der Behandlung), oder aber Beitrag zur Entstehung des im Mittelpunkt der Behandlung stehenden Leidens liefern und somit indirekt Zielgröße einer Behandlung im Sinne einer kausal orientierten Therapie sind (interpersonelle Probleme als abgeleitete Zielgröße der Behandlung). Zweitens ist auch in der Psychotherapie die zwischenmenschliche, in dem Fall die therapeutische Beziehung, der wichtigste Wirkfaktor, über den intrapsychische Strukturen beeinflusst und maladaptive Beziehungsmuster verändert werden können (interpersonelle Probleme als Größe, die Therapieaufnahme, -verlauf und -erfolg mitbestimmt). Nicht zuletzt deshalb stehen zwischenmenschliche Beziehungsmuster weiterhin im Mittelpunkt aktueller Psychotherapieforschung und Therapiemanuale (Luborsky 1984, Strupp 1984).

In den folgenden Abschnitten soll der diesbezügliche „doppelte“ praktische Nutzen des Konstrukts „interpersoneller Probleme“ und seiner Messung anhand ausgewählter klinischer Beispiele verdeutlicht werden.

Ein klinisches Beispiel soll die Auswirkung und Entwicklung von interpersonellen Problemen, die durch Hilfe des IIP dokumentiert werden konnten, im Rahmen einer Therapie darstellen. Die untersuchte Patientenprobe ist dabei der Diagnosegruppe F3 (Depression) zu zuordnen.

Bekannterweise begeben sich depressive Patienten häufig in psychotherapeutische Behandlung. Dabei ist die Therapieindikation von zentraler Bedeutung. Neben der Unterteilung in die Untergruppen der endogenen und der neurotischen Depression durch die „Newcastle Depressionsdiagnostikskala“, ist die gleichzeitige Anwendung des IIP von entscheidender Bedeutung.

1993 erfolgte eine Studie in der die Autoren Schauenburg, Pekrum, Leiging die Diagnostik der interpersonellen Probleme bei depressiven Störungen untersuchten. Dabei konnten sie erfolgreich belegen, dass die aus Literatur (Fels und Blatt, 1993) und Erfahrung bekannte Unterteilung depressiver Patienten durch Zuhilfenahme des

IIP gelang. Die Stärke der Depression hatte dabei auf die Differenzierungsfähigkeit des IIP keinen Einfluss.

Die **erste Gruppe** der Depressiven ist laut der Autorengruppe dadurch charakterisiert, dass sie ihr inneres Gleichgewicht stärker von der zustimmenden Teilnahme anderer abhängig machen und sich deshalb eher unterwürfig, anklammernd und ggf. altruistisch verhalten. Ein Depressionsauslöser wäre z.B. ein personeller Verlust. Im Vorgriff auf die Konstruktion und Benennung der Skalen des IIP-C, würden sich hier vordringlich interpersonelle Probleme in den Skalenbereichen HI (unterwürfig, selbstunsicher), JK (ausnutzbar, nachgiebig), LM (fürsorglich, freundlich) finden.

Mongrain (2004) beschrieb diese Gruppe als „abhängige Persönlichkeit“. Menschen dieser Kategorie werden als warm, freundlich empfunden. Man fühlt sich in ihrer Umgebung wohl, dies führt zu höherer Akzeptanz und weniger Zurückweisung. Mit diesem Typ werden eher Frauen als Rollenfunktion beschrieben. Insgesamt wollen sie eher Harmonie erzielen und halten. Sie wollen innige Beziehungen haben, neigen dazu, anderen alles recht zu machen, können ihre eigenen Bedürfnisse nicht äußern. Eine Therapie zielt auf diese Problematik ab. Teufelskreis: Betroffener reagiert mit freundlicher Unterwürfigkeit und erhält als Antwort freundliche Dominanz. Als Effekt entsteht daraus Hilflosigkeit.

Die **zweite Gruppe** ist betont autonom bzw. pseudounabhängig. Sie zeigt häufig eher dominantes, z. T. feindseliges Auftreten. Sie bezieht ihr Selbstwertgefühl stärker aus narzisstischen Phantasien eigener Kraft und Größe und einer Betonung von Getrenntheit. Depressionsauslöser wäre z.B. eine Kränkung oder ein Scheitierungserlebnis. Die vordringlichen interpersonellen Probleme würden sich hier in den Skalenbereichen PA (zu dominant), BC (zu konkurrierend), DE (zu kalt) finden.

Diese Gruppe wurde von Mongrain (2004) als „selbstkritische Persönlichkeit“ bezeichnet. Menschen, die dort eingruppiert werden, gelten eher als kalt, irritiert, klagend, sie vermitteln ihrer Umgebung eher ein negatives Gefühl, erhalten eine schlechte Akzeptanz und eine höhere Zurückweisungsrate. Mit diesem Typ wird eher die Männerrolle beschrieben (weshalb auch klar wird, warum männliche Depression weniger Unterstützung findet). Der Betroffene bekommt keine positive Bestätigung, kein Gefühl liebenswürdig zu sein, hat ein schlechtes Selbstwertgefühl. Dies ist Therapieansatz. Teufelskreis: Patient agiert mit feindlicher Unterwürfigkeit, erntet daraufhin feindliche Dominanz. Als Effekt entsteht daraus Zurückweisung.

Entsprechend ihrer interpersonellen Präferenzen reagieren die Gruppen unterschiedlich auf psychotherapeutische Intervention. (Cronbach 1957, Frank, 1971)

Es ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Patienten in einer Psychotherapie mit analoger Distanzierung bzw. Anklammerung reagieren werden (Muran et al. 1994). Interventionsstrategien müssen berücksichtigen, dass auf Autonomie bedachte Patienten Zeit brauchen, ihre Abhängigkeitsbedürfnisse wahr- und anzunehmen. Abhängige Patienten müssen sich von Beginn an mit den Grenzen der therapeutischen Beziehung auseinandersetzen.

In zahlreichen Studien konnte ein Zusammenhang belegt werden zwischen der als „unabhängig“ benannten Patientengruppe und dem vermehrten Auftreten von Schwierigkeiten im Aufbau und in der Aufrechthaltung einer therapeutischen Bezie-

hung. Genau diese Tatsache konnte von Leary (1957); Horowitz et al. (1988) sowie Muran, Segal, Sarnstg, Crawford (1994) für Patienten beobachtet werden, die hohe Skalenwerte im dominant / autokraten sowie im konkurrierenden / feindseligen Bereich aufwiesen.

#### **1.4.2. Beispiel aus dem klinischen Alltag: Spätfolgen (selbstschädigendes Verhalten, vorzeitiger Tod)**

Felliti et al (1998) ging der Frage nach, inwieweit Faktoren aus der Kindheit als ursächliche Gründe für risikoreiches Gesundheitsverhalten sowie schwere Erkrankungen im Erwachsenenalter verantwortlich sein können. Je ausgeprägter Persönlichkeitsstörungen wie auch interpersonelle Probleme (die hierunter grob eingeordnet zu sein scheinen) vorhanden sind, desto höher ist das Risiko gesundheitlich riskante Verhaltensweisen an den Tag zu legen. Bewusste oder unbewusste Coping-Strategien (z.B. Rauchen, Alkoholismus, Drogenabusus, abnormales Essverhalten, Promiskuität) werden zur Bewältigung chronischer Stresszustände mit körperlicher Spannung umbesetzt und führen zu chronischen Erkrankungen oder vorzeitigem Tod (z.B. KHK, Karzinom, chronische Lungenerkrankung, Depression, Suizid). Auf dieser Grundlage empfiehlt es sich zu Beginn einer Therapie das Vorhandensein von interpersonellen Problemen und damit deren Mitverantwortlichkeit an der selbstschädigenden Handlung des Patienten festzustellen.

#### **1.4.3. Therapiephasen, erfolgreiche, erfolglose Patienten**

Vergleicht man eine große Anzahl von IIP- Auswertungen, die zu Beginn, im Verlauf und zum Ende einer Therapie erhoben wurden, so lässt sich ein grob einheitliches Schema feststellen.

Drei Therapiephasen und Entwicklung der jeweiligen Oktanten darin:

##### **Therapiebeginn**

Das größte Ausmaß der angegebenen Probleme findet sich in den unteren Oktanten des zweidimensionalen Zirkumplex-Modells. Die zugehörigen Skalenbereiche sind: HI (zu unterwürfig), JK (zu ausnutzbar), LM (zu entgegenkommend).

Eine Erklärung dafür wäre, dass Abhängigkeitsprobleme sozial besser akzeptiert werden, weniger im Widerspruch stehen zum eigenen Idealbild und daher leichter wahrgenommen werden.

##### **Therapieverlauf**

Die Psychotherapie führt bei fast allen Skalen zunächst zu einer Zunahme der beklagten interpersonellen Probleme, besonders in den oberen Oktanten (PA (zu dominant), BC (zu konkurrierend), DE (zu kalt)), um dann jedoch zum Ende der Behandlung unter das Ausgangsniveau abzufallen.

Eine mögliche Erklärung liegt im regressiven Angebot im Rahmen der Therapie, dass bei vielen Patienten Abhängigkeitswünsche auslöst, die anfangs vermehrt abgewehrt

werden. Das dadurch ausgelöste Streben nach Dominanz führt zu dessen besserer Wahrnehmung.

## **Therapieende**

Das Ausmaß der Besserung zum Ende der Behandlung ist abhängig von der Therapiedauer und ist umso deutlicher, je länger die Therapie gedauert hat. Tendenziell lässt sich feststellen, dass eine geringe Senkung der Skalenwerte in den oberen und eine deutliche Senkung in den unteren Oktanten erzielt wird.

Eine Erklärung dafür ist, dass die Probleme in den unteren Oktanten sich leichter und stärker durch eine Psychotherapie bessern, wohingegen die Probleme in den oberen Oktanten schwierig zu bessern sind.

Es gibt zwei Patientengruppen, die sich nach dem unterschiedlichen Ausmaß des Therapieerfolges differenzieren lassen: die erfolgreiche und erfolglose Gruppe.

## **Woran erkennt man erfolgreiche und erfolglose Gruppen?**

### **„Wenig erfolgreiche“ Therapiegruppe**

Sie zeigt durch die Therapie nur wenige Veränderungen. Bestätigung fand diese Aussage durch das Autorentrio Franke, Hoffmann, Frommer (2005) sowie das Duo Kasoff, Pincus (2002) insoweit, dass die Probleme die im „dominant freundlichem Bereich“ (PA, BC, DE) lagen am schlechtesten zu beeinflussen sein. Wiseman (2007) präziserte diese Aussage dadurch, in dem er berichtete, dass weniger als 30% Verbesserungstendenz erzielt werden können. Tendenziell findet sich eine Zunahme (laut der Autoren Schauenburg, Pekrum, 1993) der Probleme im Bereich Dominanz, Streitsucht und Kälte. Verlaufskontrollen ein Jahr nach Therapieabschluss bestätigen das Ergebnis und zeigten dadurch, dass es sich um zeitresistente Veränderungen handelt.

Eine Erklärung mag sein, dass durch die Therapie entweder eine bessere Wahrnehmung dieser Probleme bewirkt, oder dass diese Entwicklung im Sinne einer Abwehrreaktion auf die Therapie zu verstehen ist, sich in den therapeutischen Prozess einzulassen. Berücksichtigt man, dass diese Gruppe zu Beginn mehr Probleme in den unteren Oktanten angab als die „erfolgreiche“ Gruppe, so ist davon auszugehen, dass sie sich mehr ausgeliefert fühlten und weniger Möglichkeiten fanden ihre „Opferrolle“ zu verändern.

### **„Erfolgreiche“ Therapiegruppe**

Hier nehmen die interpersonellen Probleme in allen Skalen, besonders in den unteren Oktanten ab. Bestätigt wurde diese Aussage durch die Autoren Jung & Ahrens (1996) und Kasoff, Pincus (2002) die ebenfalls gute Erfolge in den Bereichen introvertiert, selbstunsicher, ausnutzbar, fürsorglich und expressiv beschrieben. Gleiches gilt für die Ergebnisse, die man nach einem Jahr nach Abschluss der Therapie als Verlaufskontrolle durchführte. Generell wurden mehr Mittel- und weniger Extremwerte in den Beantwortungen gefunden. Wiseman (2007) äußerte, dass man besonders in den Skalen HI, JK eine ca. 90% Verbesserungstendenz finden kann. Diese

Patienten lernen im Vergleich zur nicht erfolgreichen Gruppe im Verlauf der Therapie mehr Autonomie, fühlen sich weniger ausgeliefert.

Zusammenfassend lassen sich damit folgende praktische Anwendungsmöglichkeiten des Konstrukts „interpersonelle Probleme“ und entsprechender Messverfahren festhalten: Erstens kann eine Erfassung interpersoneller Probleme dazu dienen, den Charakter der vorliegenden Störung zu identifizieren und Behandlungsziel und -prozess differenziert zu planen. Zweitens ermöglicht sie Prognosen über Therapieverlauf und -erfolg und erleichtert die Auswahl einer Behandlungsstrategie. Drittens kann sie zur Kontrolle des Therapieverlaufs und des Therapieergebnisses herangezogen werden.

#### **1.4.4. Therapie von interpersonellen Problemen**

##### **Wie lange sollte die Therapie sein?**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle darüber berichtenden Studien eine Kurztherapie nicht für sinnvoll hielten was die Behandlung von interpersonellen Problemen angeht.

Kurztherapien (4-6 Wochen) sind eine Option für die Behandlung von akuten Geschehnissen, starker Symptombelastung. Häufig finden sich hier Anpassungs-, Belastungsstörungen nach kritischen Lebenskrisen, sowie Angststörungen. Langzeittherapien sind adäquate Möglichkeiten bei chronischen Problemen (Essstörungen, Hautkrankheiten), Depressionen oder auch interpersonellen Problemen. Ferner gibt es Indikatoren, die eine längere Behandlungsdauer wahrscheinlicher machen, wie ledige Patienten, geringes Lebensalter, arbeitslose Frauen, Persönlichkeitsstörungen (Beutel, 2005).

Insgesamt zeigt sich, dass egal ob es sich um eine stationäre oder ambulante Therapie handelt, oder um eine Verhaltens- oder analytische Therapie, ein schneller effizienter Erfolg nicht zu erwarten ist.

Die Autoren Jung, Ahrens (1996) stellten fest, dass 60% der Patienten noch nach einem Jahr in Behandlung waren. Laut Sack (2002) schlossen 70% bereits nach einem Jahr die Therapie ab.

Zwar ergaben Studien (Nosper 1999), dass bereits deutliche Verbesserungen zwischen den erzielten Ergebnissen zwischen der 3. und 7. Behandlungswoche zu finden waren, wengleich darauf hingewiesen wurde, dass erst eine längere Behandlungsdauer tief liegende Konflikte zu Tage fördert (Milch, 2000).

Die Autoren Franke, Hoffmann, Frommer (2005) erklärten, dass eine vier wöchige Psychotherapie nicht genügt, um eine optimale Verbesserung der psychischen und interpersonellen Probleme zu erreichen. In Bezug auf die Stabilität des erzielten Effektes zeigt sich, dass sich in den ersten vier Wochen angestoßene Veränderungen bis zur Entlassung und darüber hinaus noch ein Jahr später positiv weiter entwickeln, wengleich es Unterschiede in den einzelnen Oktanten gibt.

Bestätigung findet die Aussage durch die Autoren Jakobsen, Brockmann (2007), die Langzeitpsychotherapien untersuchten, gemessen durch den IIP-D. Es fand sich eine hohe signifikante Reduzierung der Probleme im interpersonellen Bereich. Auch in den Verlaufskontrollen (1-Jahr-Katamnese) zeigte sich eine ansteigende Tendenz.

Der Autor Chris-Christoph (2005) stellte fest, dass eine Therapie länger dauern sollte als 12-16 Wochen, da in dieser Zeit die zugrunde liegenden IIP noch nicht vollständig austherapiert sind.

Brockmann (2003) dokumentierte, dass sich substantielle Veränderungen im interpersonellen Bereich (IIP-D) mit fortschreitendem Therapieverlauf (2,5-3,5 Jahren) zeigten.

## **Therapiekombination**

Viele Studien, die interpersonelle Probleme untersuchten, befassten sich mit den Diagnosegruppen Angststörungen und Depression, da interpersonelle Probleme die Menschen oft anfällig für die Entwicklung dieser Krankheiten machen.

Studien ergaben (End, Heimberg 2006), dass bei Angststörungen, sowie auch bei Depression, eine Variation von interpersonellen Problemen auf hoher Ebene durch den IIP-C zu messen waren. Ebenfalls gaben sie einen hohen interpersonellen Distress an (Salzer 2008).

Hervorgehoben wurde, dass es wichtig sei, die zugrunde liegenden interpersonellen Störungen zu erkennen und einen Fokus in der Therapie zu legen (neben intra- sollten interpersonelle Störungen ein Therapiefokus sein). Passiert dies nicht, so zeigen sich diese in weiteren Verlauf in Ehe-, Familien- und sozialen Problemen (Salzer 2008, Watson, Greenberg 2000). Unterstützung fand die Aussage dadurch, dass je mehr interpersonelle Probleme (und Ausprägungsstärke) vorhanden sind, desto weniger Outcome bei der Behandlung zu erwarten ist (Howard, 2006).

Hilfreich fand sich in diesem Zusammenhang auch neben einer therapeutischen Behandlung der Einsatz eines medikamentösen Therapieversuches über eine Dauer von 6 Monaten. Gute Erfolge zeigten sich hierbei bei Angststörungen (Chris-Christoph 2005) und Depression (Bellino, 2007).

## **Therapie und Allianz**

In Studien der Autoren Horvath (1991), Martin (2000), Howard (2006) kamen neben der Depressionsskala auch der IIP-C zum Einsatz. Es wird berichtet, dass die therapeutische Allianz einer der stärksten Indikationen darstellt was den „Outcome“ betrifft. Eine frühe gute Allianz führt zur Steigerung des Selbstbewusstseins und zur Symptomreduktion.

Studien der Autoren Loentzen, Sexton (2004), die Langzeittherapie untersuchten (Bewertung erfolgte durch SCL-90-R und IIP-C), zeigten, dass es in den ersten zwei Jahren zu einem stetigen Anstieg an Verbesserung der Beziehung von Seiten des Therapeuten und des Patienten kam (sowie eine stetige Verbesserung in Symptomen und interpersonellen Problemen in gleicher Zeitspanne), wenngleich es sich auch zeigte, dass die Allianzbewertung von Sitzung zu Sitzung variierte.

Dies unterscheidet sich von den bisher bekannten Untersuchungen in Kurzzeittherapien, wobei die Allianz sehr schnell ein hohes Level erreichte.

Am höchsten fand sich das Level der therapeutischen Allianz (aus beiden Sichten eine Übereinstimmung) zwischen der 16-30 Sitzung. Danach konnte dieses Niveau beibehalten werden.

## **Unterschiedliche Patientenreaktionsweisen in der Therapie**

Lorr, McNair (1963) fanden heraus, dass einige interpersonell gestörte Personen bestimmte Reaktionen während einer Therapie zeigen. So neigen z.B. Dominante oder Aufmerksamkeitssuchende dazu, ausspielend, selbstgefällig zu reagieren, während kooperative Menschen selbstbestrafend, ablehnend darauf reagieren, dass irgendetwas „falsch läuft“, oder mit Regression antworten. Unterwürfige tendieren dazu, gegen sich selbst zu „schießen“, während kalte und ablehnende Personen eher Anschuldigungen gegen andere erheben und mit Bestrafung oder Rückzug agieren.

Gurtman (1996) unterteilte jeweils Patienten innerhalb der vier Quadranten des zirkumplex Modells. „Freundlich dominante“ Patienten zeigen sich positiv komplementär in Bezug auf die Allianz (Henry 1986; Tracy 1993). Personen, die in die Kategorie „feindlich dominant“ eingeordnet wurden, bauten eine negative Allianz auf, die durch Wut, Beschuldigungen, Distanz gekennzeichnet ist. Sie versuchten Kontrolle und Einfluss zu gewinnen, der „Outcome“ war gering. Die „freundlich unterwürfige“ Gruppe wies eine reflektierte und offene Art zu der Patientenrolle und zur Selbsterfahrung auf, zeigte eine gute Impulskontrolle, war offen für Veränderungen (positive Allianz). Probleme im Bereich Abhängigkeit, Selbstkritik und Unterwürfigkeit werden oft beklagt. Insgesamt kann ein gutes „Outcome“ erzielt werden. Die letzte Gruppe „feindlich unterwürfig“ redet oft über Probleme, die mit Einsamkeit oder Depression zu tun haben. Sie verhalten sich oftmals gehemmt und passiv. Ihre Erwartungen sind häufig unerfüllbar.

### **1.5. Instrumente zur Messung interpersoneller Probleme**

Wenn nun die Identifikation interpersoneller Probleme ein so nützliches Verfahren darstellt, Behandlungsnotwendigkeiten zu identifizieren, Behandlungen zu planen und ihren Erfolg zu kontrollieren, so kommt ihrer Messung bzw. einem angemessenen und wissenschaftlichen Standards genügenden Verfahren der Konstruktion entsprechender Messinstrumente besondere Bedeutung zu. In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Entwicklung des ursprünglichen Messinstruments, des IIP-127, ausführlich beschrieben (Kap. 1.2.1). Dem folgt ein selektiver Überblick über verschiedene Weiterentwicklungen und Kurzversionen ohne Anspruch auf Vollständigkeit (Kap. 1.4.2).

#### **1.5.1 IIP-127**

Während seiner 20jährigen klinischen Tätigkeit begann Horowitz sich immer mehr für den Aspekt der interpersonellen Persönlichkeitsstörungen zu interessieren, da er feststellte, dass sie zu den am meist genannten Beschwerden zählen, die Patienten in eine Psychotherapie bringen (Horowitz, 1979). Inspiriert durch die Theorie und die Forschungsarbeiten von Leary (1957) begannen Horowitz und seine Kollegen (Rosenberg, Baer, Ureno, Villasenor) sich damit zu beschäftigen ein Instrument zu schaffen, das dem Therapeuten eine unabhängige Einschätzung eines Patienten ermöglicht. Das erfasste maladaptive Interaktionsmuster sollte dem Therapeuten unabhängig von dem geplanten Therapiekonzept einen Ansatzpunkt für den Behandlungsfokus liefern.

Obwohl Fortschritt im Bereich der Messung interpersonellem Verhalten erzielt wurde und es schon Instrumente gab, die interpersonelle Probleme gut erfassen konnten (e.g. Benjamin, 1974, 1986; Kiesler, 1983; Lorr, 1986; Lorr, Mc Nair, 1963; Wiggins, 1979), fehlte noch ein einfach zu verwaltender Selbstbeschreibungsfragebogen, der die interpersonellen Persönlichkeitsstörungen beschreibt.

Horowitz hatte drei Zielsetzungen aufgestellt, die es galt zu erfüllen:

1. Es war bekannt, dass interpersonelle Probleme nicht nur in den Arbeitsbereich der Psychotherapie fallen, sondern dort auch relativ oft anzutreffende Probleme darstellen. Dennoch gab es keine Norm, in die sich die Probleme einordnen und dadurch vergleichen ließen. Ziel war es, die häufigsten interpersonellen Probleme aufzulisten (Horowitz, 1979; Horowitz, de Sales French, 1979; Horowitz, de Sales French, Anderson, 1982; Horowitz, Vitkus, 1986).
2. Das neu entwickelte Verfahren sollte eine unabhängige Darstellung von Therapieverläufen aufzeigen, und so dem Patienten und dem Therapeuten als Rückmeldung dienen, welche Aspekte sich durch die Therapie schon verbessert haben und wo noch Bedarf besteht.
3. Das Verfahren soll Hilfestellung leisten zwischen interpersonellen Problemen und solchen, die nicht- interpersonell entstanden sind, zu unterscheiden. Dies ist ein wichtiges Kriterium zur Findung der geeigneten Behandlung und zur Prognosestellung.

### **Itemsuche des IIP**

Horowitz und Mitarbeiter (1978) sammelten auf der Basis von Transkriptionen bei 100 psychoanalytischen Erstinterviews (die videoüberwacht waren) die von den Patienten geäußerten interpersonellen Probleme und entwickelten daraus die Items des IIP (Horowitz et al. 1994). Zwei Beobachter nahmen dabei Problemaussagen auf, die mit der Aussage begannen: „Ich kann nicht...“ und „Ich habe zu...“. Als Ergebnis wurden 192 individuelle Probleme erzielt. Eine Anzahl von etablierten Psychotherapeuten werteten die Aussagen danach aus, ob es sich um interpersonelle Probleme handelt oder nicht. Der Fragebogen, der aus 127 Items bestand, enthielt eine große Bandbreite von interpersonellen Problemen (Alden, Wiggins, Pincus, 1990; Horowitz, Rosenberg, Bartholomew, 1993). Die Items wurden unterteilt in zwei Abschnitte: „It is hard for me to...“ und „These are things I do too much“.

Horowitz erklärte die zwei resultierenden Fragetypen damit, dass die maladaptiven Verhaltensweisen eine negative Selbstreflexion ergeben können. Menschen, die sich selbst als passiv, unterwürfig und hilflos beschreiben, fühlen sich unzufrieden mit ihrem Selbstbild und diese Unzufriedenheit führt zu einer Depression. Die Patienten möchten zwar diese dysfunktionalen interpersonellen Verhaltensweisen ändern, aber der sich daraus ergebende Konflikt ist stark und die sich daraus abzeichnenden Konsequenzen werden als sehr bedrohlich wahrgenommen.

Die Patienten beklagen sich darüber, dass sie dominanter, feindlicher, durchsetzungsstärker sein wollen, so dass es zu den Aussagen kommt: „Es ist hart für mich (etwas erwünschtes) zu tun“, oder „Ich tue (etwas Ungewolltes) zu viel.“

Nach Erstellung des Fragebogens wurde dieser an einer Studentengruppe getestet und bewies eine stabile interne Konsistenz (Horowitz, de Sales French, Gani, Lapid, 1980; Horowitz, Wecker, Doren, 1983). 1988 erfolgte eine klinische Studie an der 103 Patienten teilnahmen.

Über Schwierigkeiten, interpersonelle Probleme zu untersuchen, wurde bereits früh geklagt. Einerseits liegt dies zum Teil daran, dass bestimmte Typen von interpersonellen Problemen eher dazu führen, dass Betroffene einen Therapeuten aufsuchen als andere (Horowitz et al., 1988; Kiesler, 1983). Andererseits existieren in der klinischen sowie der Normstichprobe interpersonelle Probleme im Vergleich zu psychopathologischen Symptomen in einer großen Varianz und einem Ausprägungsgrad.

### **Skalenbildung des IIP**

Als erster Schritt wurden die nicht-ipsatierten Items miteinander korreliert. Dabei zeigte sich, dass die Skalen hoch miteinander korrelierten, was dem „general complaint factor“ zugeschrieben wurde. Dieser Faktor erklärt sich aus einer allgemeinen Tendenz über Probleme zu berichten, die systematisch von Patient zu Patient variiert. Dadurch kommt es zu einer systematischen Erhöhung oder Senkung der Werte auf allen Skalen, und sukzessive zu einer Erhöhung der Werte bei der Interkorrelation.

Aus der Interkorrelationsmatrix erfolgte eine Hauptkomponentenanalyse, aus der hervorging, dass interpersonelle Probleme eine dreifaktorielle Struktur haben: Der erste unrotierte Faktor, der später unter dem Begriff „general distress faktor“ bekannt wurde (Gutmann, 1992; Tracey, Rounds, Gurtman, 1996), erklärte eine Varianz von 23%. Alle Items, die darauf lagen, hatte eine positive Ladung. Erklärung dafür ist ebenfalls der „general complaint factor“. Die anderen zwei Faktoren sollten später unter den Begriffen „Dominanz“ und „Zuneigung“ bekannt werden.

Daran schloss sich eine rotierte Varianzanalyse an, in der die ersten sieben rotierten Faktoren eine Varianz von 51 % aufwiesen. Nachdem einer der Faktoren als instabil gewertet und eliminiert wurde, stellte sich eine 6 Skalen umfassende Struktur dar (wobei es sich um sechs unbalancierte, unipolare Skalen handelt), bei der die Itemanzahl zwischen 10 und 21 variierte. 44 Items konnten dabei keiner Skala zugeordnet werden. Die sechs Skalen wurden einer erneuten Hauptkomponentenanalyse mit Varimax unterzogen. Die beiden „interpersonellen Faktoren“ (Dominanz und Zuneigung) erklärten dabei eine Varianz von 70%.

### **Die sechs Skalen des „Inventar zur Erfassung interpersoneller Persönlichkeitsstörungen“ stellen sich wie folgt dar:**

#### **1. „hard to be assertive“**

Probleme haben sich zu behaupten, durchsetzen.

#### **2. „hard to be submissive“**

Probleme haben sich unterzuordnen, unterwürfig zu sein, wenn die Situation es erfordert.

#### **3. „hard to be sociable“**

Probleme haben sich umgänglich oder gesellig zu geben, Menschen einzuladen, auch wenn der Wunsch danach besteht.

#### **4. „hard to be intimate“**

Probleme haben Vertrauen aufzubauen, Gefühle mit anderen zu teilen.

#### **5. „too controlling“**

Stetiger Wunsch über andere Menschen Kontrolle zu erlangen.

#### **6. „too responsible“**

Sich anderen gegenüber zu verantwortungsbewusst zu geben, dazu neigen, sich selbst die Schuld zu geben, wenn etwas nicht funktioniert.

1979 erklärte Horowitz, dass es drei Hauptdimensionen gibt, in die sich interpersonelles Verhalten einordnen lässt. Bei den Dimensionen handelt es sich einerseits um „Freundlichkeit versus Feindlichkeit“ und andererseits um „Dominanz versus Unterwürfigkeit“. Für die dritte Dimension finden sich in der Literatur zwei unterschiedliche Beschreibungen, die von Kiesler (2003) als „die Absicht haben andere zu beeinflussen, zu ändern oder zu kontrollieren“ und die von Gude et al. (2000) „aufdringlich versus vermeidend“ beschrieben werden. Im gleichen Jahr berichtet Horowitz, dass seine gefundenen Dimensionen denen von Leary (1957) ähnlich sehen.

1988 erweiterte Horowitz seine Aussage dahingehend, dass er einerseits zwei seiner aufgestellten Dimensionen durch seine Studie bestätigen konnte und andererseits, dass diese in Einklang mit den bereits aufgestellten interpersonellen Theorien von Wiggins (1979) und Kiesler (1983) gebracht werden konnten.

**1 Dimension: Zuneigung** mit den beiden gegensätzlichen Polen freundlich („too responsible“) – feindlich („hard to be intimate“; „hard to be submissive“).

**2 Dimension: Dominanz** mit den beiden gegensätzlichen Polen dominant („too controlling“; „hard to be submissive“) – unterwürfig („hard to be assertive“).

Weiterhin konnte Horowitz in seine Studie die bereits eingangs unter Punkt drei aufgestellte Arbeitshypothese beantworten.

Faktorenanalysen, die bei Fragebögen, die Symptome messen, angewandt wurden, haben bereits demonstriert, dass die dort gestellten Fragen, die interpersonellen Problemen abfragen, sich von denen unterscheiden, die nach Symptomen psychiatrischer Syndrome pfanden (z.B. Depression, Angststörungen) suchen (Mueller, Lambert, Burlingame, in press; Williams, Lipman, Rickels, Covi, Uhlenhuth, Mattson, 1968).

Auf Grund eines ähnlichen Aufbaus zwischen dem IIP und dem SCL-90-R entschieden sich Horowitz und sein Team diese beiden Verfahren zu benutzen, um zu überprüfen, ob der IIP zuverlässig interpersonelle Probleme und die SCL-90-R (Symptomcheck-Liste) subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Beschwerden messen. Obwohl es eine Überlappung zwischen dem IIP und der SCL-90-R gibt, die sichtbar wird durch die hohen Korrelationswerte der beiden, liefert das IIP dennoch eine andere Perspektive auf interpersonelle Probleme bei Patienten. Dies wird auf Grund einiger Korrelationskoeffizienten sichtbar, die sich signifikant voneinander unterscheiden.

Die Studie bewies, dass der Fragebogen zwischen interpersonellen Problemen und nicht-interpersonellen Problemen unterscheiden kann. Es ist davon auszugehen, dass das IIP andere Probleme als das SCL-90-R misst.

Auch die unter Punkt Zwei aufgestellte Arbeitshypothese wurde von Horowitz beantwortet. Dies war dem Autorenteam ein wichtiges Anliegen, da die Messung von Ver-

besserungen, die durch eine Therapie von interpersonellen Problemen erzielt werden, davor ein vernachlässigter Bereich war (Froyd, Lambert, Froyed, 1996). Das neue Instrument sollte in der Lage sein, Veränderungen während einer Therapie zu erfassen, also sensitiv sein. Eine Therapie sollte dazu dienen, den Distress-Patientenlevel zu senken, den man dann an gesenkten Scores im Verlauf der Therapie ablesen kann. Zu diesem Zweck wurden zu Beginn, im Verlauf und zum Ende einer kurzen dynamischen Psychotherapie Patientenbefragungen (IIP und SCL-90-R) durchgeführt. Der Autor fand heraus, dass sowohl interpersonelle Probleme sowie subjektive Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Probleme kontinuierlich durch die Therapie abnahmen. Die SCL-90-R konnte Verläufe während der ersten 10 Stunden aufzeigen, wobei das IIP Verläufe über die Gesamtbreite von 20 Stunden erfolgreich darstellte.

Erklärung auf Therapieniveau:

Interpersonelle Schwierigkeiten verbessern sich in einem anderen Ausmaß als psychiatrische Symptome (Howard, Leger, Maling, Martinovich, 1993). Es konnte bewiesen werden, dass das Erzielen von signifikanten Verbesserungen durch eine Therapie bei vielen psychiatrischen Symptomen eher vorgefunden wird, als bei interpersonellen Problemen (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, Villasenor, 1988) (Kopta, Howard, Lowry, Beutler, 1994).

Erklärung auf Itemniveau:

Das IIP-127 enthält Items, die interpersonelle Probleme beinhalten, die sich in der allgemeinen Bevölkerung widerspiegeln. Dagegen enthält das SCL-90-R Items, die psychiatrische Symptome darlegen. Das IIP scheint ein sensitiveres Messinstrument für Distress zu sein, wenn sich die befragten Patienten auf einem niedrigeren Niveau von psychologischem Unbehagen befinden. Genau diese Tatsache kann die unterschiedliche Ergebnisse (IIP und SCL-90-R) erklären (Horowitz et al., 1988), die sich in der Verlaufstudie zur Psychotherapie zeigten.

Fazit:

Horowitz et al. (88') belegte, dass die Anwendung des IIP-127 im Stande ist Therapieverläufe aufzuzeigen und das Instrument zwischen Patienten unterscheiden kann, die erfolgreich oder erfolglos eine Therapie beendeten. Dabei kam es zu einer großen Übereinstimmung zwischen dem Ausfüllen des Selbstbewertungsbogen durch den Patienten und der Beurteilung durch den Therapeuten und eines unabhängigen Beobachters.

### **1.5.2. Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C)**

Um die nachfolgende Studie von Alden et al. (1990) besser verstehen zu können, erfolgt ein kleiner Vorgriff auf eine Studie von Vittengl (2003), die sich mit der dreifaktoriellen Struktur des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme beschäftigte. Wie bereits erwähnt, stellte Horowitz neben den interpersonellen Faktoren „Dominanz“ und „Zuneigung“ einen ersten Faktor fest, der dann später als „general distress faktor“ bekannt wurde. Dieser Faktor stellt ein wichtiges aber allgemeines Abbild der Persönlichkeit dar, während die beiden anderen Faktoren (Dominanz und Zuneigung) bleibende Aspekte der interpersonellen Verhaltensweise darstellen. Es konnte belegt werden, dass der „general distress faktor“ dafür verantwortlich ist, dass das IIP-C sensitiv auf Veränderungen reagiert (z.B. kommt es zu einem durchschnittli-

chem Abfall des Itemscore während einer Therapie und zu einem Anstieg der sozialen Anpassung), wogegen die anderen beiden Faktoren unverändert (stabil) gegenüber einer Therapie bleiben, weshalb sie auch oft als Persönlichkeitskonstrukt bezeichnet werden. Diese Bestätigung der Stabilität der zweidimensionalen Struktur ist ein wichtiger Aspekt zur Validität der Messung der Persönlichkeit und der zugrunde liegenden Theorie.

Um den „general distress faktor“, auf dem alle liegenden Items positiv luden (und das dem „general Complaint factor“ zugeschrieben wurde) bei der Untersuchung der Zirkumplex-Struktur zu kontrollieren, schlugen einige Forscher die Ipsatierung aller Items vor (Alden et al. ,1990; Soldz et al. ,1993). Das bedeutet, dass von dem Item-Rohwert jeder einzelnen Person der über allen 127 Items gebildete Mittelwert dieser Person subtrahiert wird. Diese personenbezogene Transformation wird häufig angewendet, um eine persönliche Antworttendenz „im Sinne einer Klagsamkeit“ einer Person zu neutralisieren und so das individuelle Muster der Itemantworten stärker hervortreten zu lassen. Nachteil dieses Verfahrens ist, dass Vergleiche von Patientengruppen oder Veränderungen über einen Zeitverlauf dadurch nur eingeschränkt möglich werden. Im Anschluss daran wurden die Items miteinander korreliert und einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Dieser zweite Schritt ist wichtig, stellt er nämlich eine Möglichkeit dar, die Trennung der zwei Faktoren (Dominanz und Zuneigung) von dem „distress faktor“ zu erwirken (Alden et al. ,1990; Horowitz et al., 2000). Nach Extraktion und Rotation, im Sinne der zirkumplex Methodologie (La Forge, Suczek, 1955; Leary, 1957) stellten sich zwei Komponenten dar, die als die beiden Dimensionen „Dominanz“ und „Zuneigung“ bezeichnet werden konnten und die den zweidimensionalen interpersonalen Kreis beschrieben (Kiesler, 1983; Wiggins, 1979). Die orthogonale Rotation ist dabei ein wichtiges Element, da sie das Ziel hat, dem vorgeschlagenen Zweiachsenmodell maximal gerecht zu werden, d.h. die Abweichung zum theoretischen Modell so gering wie möglich zu halten.

Im Weiteren wurde der durch die beiden Hauptkomponenten aufgespannte Raum in insgesamt acht Sektoren unterteilt, die sich durch die Grade: 45 – 90 – 135 – 180 – 225 – 270 – 315 – 360 charakterisieren ließen. Innerhalb jedes Sektors wurden diejenigen acht Items ausgewählt, die die höchste Korrelation zu den beiden Hauptkomponenten aufwiesen. Eine weitere Hauptkomponentenanalyse zeigte, dass die erstellte Acht-Skalenstruktur gut durch das zweidimensionale Zirkumplex-Modell dargestellt wurde. Es zeigte sich eine erklärte Varianz von **65 %**. Zur Validierungsstudie wurde ein neuer Datensatz verwendet. Dabei führte die Hauptkomponentenanalyse der Korrelationsmatrix der acht Skalen auch diesmal zu einem zweidimensionalen Zirkumplex-Modell, das die Datenstruktur angemessen beschrieb. Die erklärte Varianz lag bei **65%**.

Die interpersonelle Theorie des neuen Instrumentes konnte in vielen sich daran anschließenden Studien, die hauptsächlich in den USA durchgeführt wurden, gut bestätigt werden (Horowitz et al. 1993, Kiesler, 1992; Matano, Locke, 1995; Soldz, Budman, Demby, Merry, 1993; Soldz et al. 1995).

Ferner belegten weitere psychometrische Forschungen der 64 Item umfassenden Kurzversion des IIP, hauptsächlich in englischsprachigen Ländern, seine Validität und Reliabilität (Acton, Revelle, 2002; Horowitz et al., 2000; Tracey, Rounds, Gurtman, 1996; Vittengl et al., 2003). Dabei findet sich im dortigen Sprachraum der synonyme Begriff IIP-C.

**Entwicklung der deutsche Version des IIP-C (IIP-D)**

1987 übersetzten die beiden Autoren Strauß und Kordy erstmalig die Items des IIP-127 in die deutsche Sprache. Die gute theoretische Einbettung des Fragebogens in die interpersonelle Theorie und der Wunsch nach möglichst maximaler Vergleichbarkeit mit der bereits bestehenden englischen Version (IIP-C) war Grund genug auf eine unabhängige Neukonstruktion zu verzichten. Die Übertragbarkeit auf deutsche Patienten wurde anhand eines erneuten Datensatzes überprüft.

Nach durchgeführter Hauptkomponentenanalyse mit Rotation und Extraktion erklärten die beiden interpersonellen Faktoren eine Gesamtvarianz von 66,7%. Dies wurde als Beleg gesehen für die zweidimensionale Struktur, s. Abb. 3.

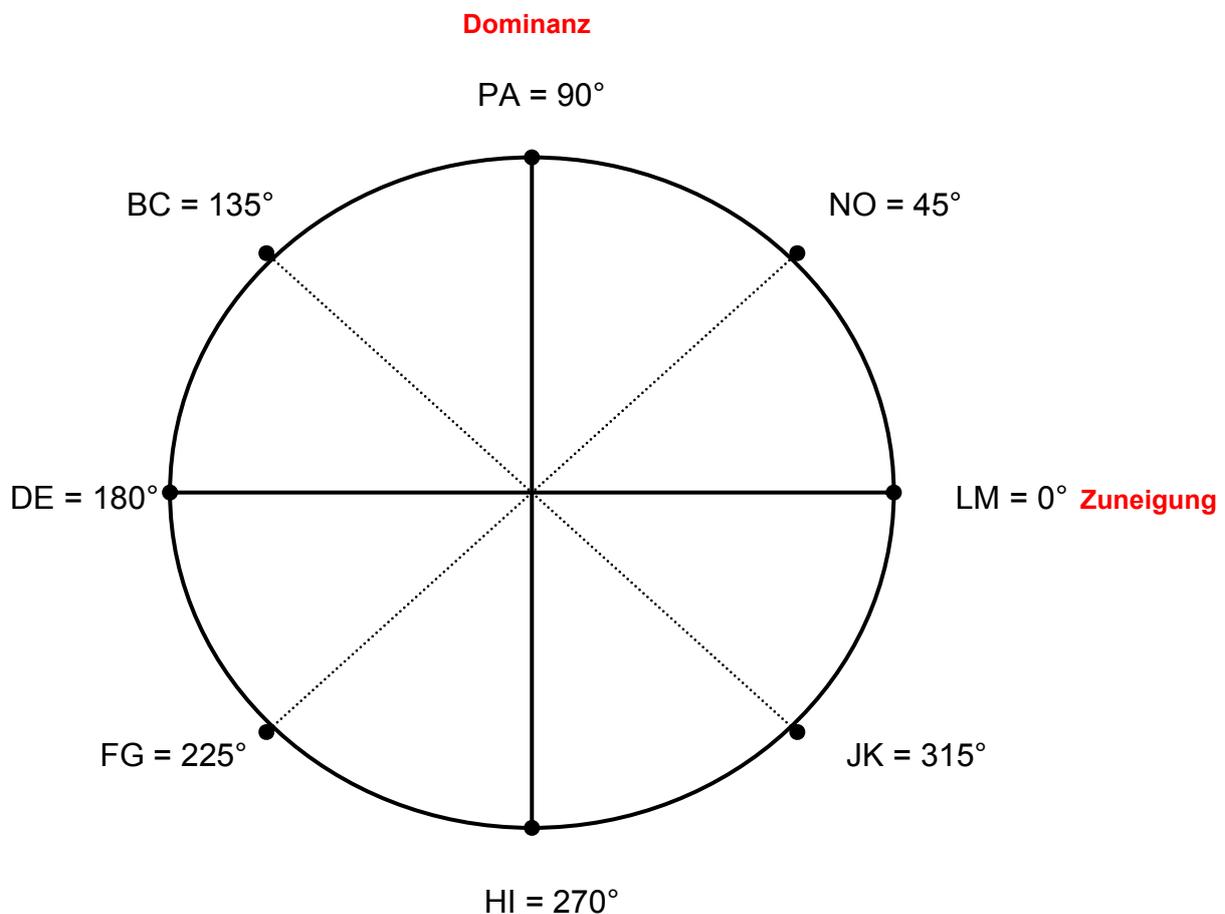


Abb. 3: zweidimensionale Struktur

### 1.5.3. Wie interpretiert man heute den IIP?

Der **geometrische Kreis**, wie bereits von Gurtman (1954) erklärt, liegt dabei der „circulant matrix“ oder „**circumplex**“ Struktur zugrunde und bietet dadurch ein gleichvalides Abbild derer. Beide Formen können unabhängig voneinander einen Überblick über das interpersonelle Profil der z .B. befragten Person bieten.

Ein weiteres Instrument, das in diesem Zusammenhang eine gleichwertige Aussage machen kann, ist die „**best-fit cosine curve**“. Die „elevation“, „amplitude“ und das „displacement“ sind dabei die strukturellen Parameter, die Aufschluss über das individuelle Profil bieten.

Der Einsatz der Ipsatierung wirkt sich auf die „**elevation**“ aus. Laut Bartholomew, Horowitz (1991) stellt er den „general factor“ dar. Wird dieser Faktor nur als reiner „Beantwortungsstil“ oder „Complaint“ gesehen, dann ist er von wenig Belang. Andere Autoren messen ihm jedoch einen höheren Stellenwert bei.

Die „Elevation“ zeigt das allgemeine Level an interpersonellem Distress an und ist dadurch der beste strukturelle Index für eine gute individuelle interpersonelle Anpassung (Paulhus, Martin, 1988; Leary, 1957; Wiggins, 1989). Da sie auf alle Stellen des Kreises gleich wirkt, kann man dies als interpersonell unspezifisch werten.

Die Verschiebung (**displacement**) der Eckpunkte und der Profilkurve drückt die zentrale Tendenz aus (Mardia, 1972). Der höchste Punkt des Kreiskontinuums hat diagnostische Wichtigkeit. Es beschreibt die individuelle „Typologie“ (Leary 1957) oder das „Thema“ der interpersonellen schlechten Anpassung. Als Beispiele sind hier zu nennen: Eine Verschiebung auf  $90^\circ$  zeigt eine Vormachtstellung für die Eigenschaften „überbetonte Dominanz“ und „Aggression“,  $225^\circ$  für die Eigenschaften „Schüchternheit“ und „soziale Gehemmtheit“ (Alden, 1990). Verschiebungen z.B. von der Gradzahl  $225^\circ$  auf eine kleinere Zahl würde eine Verlagerung des Grundproblems in den Bereich „Vermeidung“ anzeigen. Eine Erhöhung in den Bereich Unterwürfigkeit, Abhängigkeit, Selbstaufgabe (Gurtman, 1994, Kiesler 1983). Es hat somit eine klare Darstellung von interpersoneller Klassifikation (Leary, Coffey 1955) und stellt damit eine Alternative zu traditionellen Diagnostiksystemen dar (McLemore, Benjamin 1979).

Die „**Amplitude**“ zeigt die Vektorenlänge an (LaForge 1954). Dieser Parameter ist wichtig, um die Extreme des Profils widerzuspiegeln und ist dadurch ein Index für schlecht angepasstes interpersonelles Verhalten. Extreme Werte zeigen ein rigides unflexibles interpersonelles Repertoire an.

Ist die Elevation hoch und die Amplitude niedrig, zeigt dies undifferenziertes schlecht angepasstes Verhalten an (diffusen interpersonellen Distress, ein Mangel an spezifischem Themenfokus). Wenn Elevation und Amplitude beide hoch sind spiegelt dies ein differenziertes Abbild des schlecht angepassten Verhaltens wieder, die Diagnosefähigkeit des individuellen Problems wird dadurch erhöht (Gutman, 1998).

#### **1.5.4. Selbst- und Fremdbewertung kritisch hinterfragt**

##### **Übereinstimmung und Diskrepanz**

Die Fähigkeit, korrekt die eigene Persönlichkeit zu beurteilen, ist ein Bestandteil der „mentalen Gesundheit“ (Vogt, Colvin, 2005). Inwieweit dies dem Menschen möglich ist, sollte im Folgenden geklärt werden.

Foltz (1999), der den IIP-127 als Selbst- und Partner-Fragebogen untersuchte, fand eine große Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen und bestätigte damit die

Aussage von Horowitz (1988). Bartholomew & Horowitz (1991) fanden einen großen Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbewertung und dem Attachment Style (s. Abb.). Kiesler (1995) berichtete, dass die Selbst- und Expertenrating-ergebnisse gut das theoretische Kreismodell widerspiegeln (Hill, 1998; Fischer, Heise, 1985)).

Dennoch gibt es auch viele kritische Arbeiten zu diesem Thema, die eine größere Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdbewertung in Bezug auf interpersonelles Verhalten fanden (Leary, 1957; Sim, Rommey, 1990; Leising, 2007; Hill, 1998).

Hill (1998) stellte fest, dass die Probanden im Vergleich zu der Paarbewertung, bei der Selbstbewertung höhere Mittelwerte in den Bereichen LM, JK als bei den Skalen PA, BC, DE (dominant feindlich) angeben. Man sollte als Anwender des IIP in Betracht ziehen, dass der Quadrant „dominant feindlich“ weniger selbst bewertet und weniger im Bewusstsein des Patienten ist, als Verhaltensweisen, die im „unterwürfigen freundlichen“ Bereich liegen.

Leising, Rehbein, Sporberg (2006) berichten über eine Originalstudie von Kolar (1996), die zeigte, dass Verwandte genauso gut oder ggf. sogar besser das Verhalten der befragten Person wiedergeben konnten, als diese selbst. Borkenau (1991) zeigt zwar eine Übereinstimmung zwischen Selbst- und Bekanntenrating auf, wobei aber eine direkte Beziehung zum Grad der gegenseitigen Bekanntheit besteht (Norman, Goldberg, 1966).

Dass unterschiedliche Ergebnisse zwischen Selbst- und Fremdbewertung vorhanden sind, zeigt sich aber nicht nur bei der Bewertung von interpersonellen Verhalten (Soldz, 1997), sondern auch bei Persönlichkeitsstörungen (Oltmanns, 2002; Tenney 2003; Davidson 2003; Clifton 2004), interpersonellen Problemen (Foltz, 1999, Saffrey 2003) und Persönlichkeitsbewertung (Funder 1988; White, 1994; Kolar, 1996; Borkenau 2004).

Kenny (2004) versuchte Erklärungsversuche zu finden, indem er z.B. den Selbstschutz anführte (Unwille herrscht über die Kenntnisnahme der eigenen Probleme). Weitere Faktoren sind unterschiedliche Interpretationsansätze von Verhaltensweisen (Dominante sehen sich teilweise „mit Selbstvertrauen ausgestattet“, während andere sie von außen als „arrogant“ werten. Unterwürfige sehen sich als „zugetan anderen gegenüber“, während sie das Umfeld als „gehemmt und unsicher“ empfindet. Vgl. Leising, 2006) oder das Vorherrschen eines Informationsdefizits darüber, wie unterschiedlich sich Verhaltensweisen von anderen unterscheiden (Leising 2007).

## **Rollenspiele**

Die Autoren Leising, Rehbein, Sporberg (2006) stellten in ihrer Studie die Frage, „ob ein Fisch das Wasser wahrnehmen kann, in dem er schwimmt?“ (nach der „Fish and Water-Hypothese“ von Kolar, Funder, Covin 1996, die besagt, dass Menschen die die Intensivität ihres Verhaltens unterschätzen diejenigen sind, die dieses Verhalten sehr oft präsentieren). In dieser These stellt der Fisch die „Zielperson“ und das Wasser das „oft gezeigte Verhalten der Person“ dar („swims in“). So wie der Fisch unfähig ist, das Wasser, in dem er schwimmt, wahrzunehmen, kann die Zielperson ggf. nicht ihr eigenes Verhalten beurteilen. Die Autoren kamen zu der Überlegung, dass

interpersonelle Probleme entstehen und erhalten bleiben, weil Menschen nicht in der Lage sind, die Extreme ihrer eigenen Probleme zu realisieren.

Leising, Rehbein, Sporberg (2006); Leising (2007) untersuchten dominantes und unterwürfiges Verhalten in Rollenspielen als Selbst- und Fremdbewertung. Dabei stellte sich heraus, dass ein großer Teil der Teilnehmer sich zwar akkurat einschätzen konnte, der andere Teil jedoch neigte dazu sich zu über- oder unterschätzen. Laut Autorengruppe ist dies nicht nur ein Indiz dafür, dass die Zielpersonen nicht akkurat ihr Verhalten abbilden können, sondern dass sie ein bestimmtes Verhalten, das sie gewohnt sind zu zeigen, tendenziell als „normal“ oder „durchschnittlich“ bewerten.

Beispielsweise nehmen dominante Personen nicht ausreichend wahr wie dominant sie von anderen wahrgenommen werden, gemäß dem Gefühl der Dominanten sich über anderen zu fühlen, kann man sogar davon ausgehen, dass diese Personen ein konstantes Gefühl haben, nicht ausreichend dominant zu sein.

In solchen Fällen wäre eine Gruppentherapiebehandlung sinnvoll, in der sie eine Spiegelung ihres Verhaltens durch Vergleich zu der Wahrnehmung durch andere erlernen.

Es ist wichtig, das Limit in der Validität von Selbstbewertungsbögen zu kennen, da die meisten Studien, die Persönlichkeitsstörungen untersuchen, auf Grundlage von Selbstbewertungsbögen vonl statten geht (Bornstein 2003).

### **Konventionelle Rollenverteilung**

Moskowitz 1990 befasste sich mit der Frage, ob es einen geschlechtsspezifischen Unterschied in dem Umgang mit Selbst- und Fremdbewertungsbögen gibt.

Dabei zeigte sich, dass Frauen eine akkurate Übereinstimmung (und dadurch korrekte Selbsteinschätzung in Bezug zum tatsächlich gezeigtem Verhalten) im Bereich Freundlichkeit geben konnten und Männer im Bereich Dominanz.

Bewerten sich beispielsweise Frauen und Männer als dominant, werden erstere weniger häufig als Anführer einer gemixten Gruppe gewählt als Männern. Die allgemeine Erklärung liegt in den verschiedenen Erwartungshaltungen an die Geschlechterrollen. Darüber hinaus wurde bei „sich als dominant bezeichnenden Frauen“ festgestellt, dass Erwartungen/und Realitätswidspiegelungen an ihre eigene Dominanz nicht so akkurat waren wie bei den Männern.

Erklärung dafür mag sein, dass Freundlichkeit eine sozial erwünscht Charakteristik für Frauen und Dominanz eine für Männer ist. Es ist daher auch möglich, dass die Selbstbewertung des Einzelnen sich an dem von der Gesellschaft gewünschten orientiert, der Einzelne ein größeres Augenmerk bei der Bewertung darauf legt.

Weiterhin wurde belegt, dass Dominanz zur sexuellen Attraktivität des Mannes beiträgt (Kenrick, Vershure,1987) und dadurch seinen Chancen zum Reproduktionsaustausch erhöht. Wenn Dominanz bei Männern eine evolutionäre Wichtigkeit darstellt, ist es möglich, dass beide Männer und Frauen eine besonders akkurate Bewertung bei der männlichen Dominanz an den Tag legen.

## **Ist reales Abbilden der Realität dem einzelnen überhaupt möglich?**

Sullivan (1953) beschreibt, dass die Wahrnehmung von anderen, zum Teil auf individuellen Wünschen, Ängsten, interpersonellem Stil basiert und nur bedingt auf realistischen Attributen des anderen.

Saffrey (2003) untersucht dazu die Fähigkeit von Partnern mit Hilfe des IIP sich selbst und den andere zu werten. Dabei waren Gesichtspunkte, die die Bewertung beeinflussen könnten: das Verständnis des Partners für seine interpersonellen Probleme, die Projektion der eignen Probleme auf die des Partners, positive Wahrnehmung der Probleme des anderen. Belegt werden konnte, dass alle diese Begriffe Einfluss auf die Bewertung hatten, wobei eine positive Wahrnehmung für die Probleme des anderen als einziger Aspekt ein Indiz für die Funktion der Beziehung darstellt.

(Sie hilft die Angst zu minimieren, in dem man z.B. die Unfähigkeiten des Partners ins Ideale stilisiert. Der Partner hat kein Problem mit Nähe, obwohl gerade dies charakteristisch für ihn ist. Dadurch schafft man sich ein Gefühl von Sicherheit in der Beziehung, das die Funktion der Beziehung verbessert).

Kivlighan (1994) beschäftigte sich in diesem Zusammenhang mit Projektion von interpersonellen Problemen in Gruppen. Dabei handelt es sich um einen Abwehrmechanismus, durch welchen die Gruppenmitglieder z.B. unerwünschte Motivationen auf andere übertragen und starke negative Gefühle denjenigen gegenüber aufbauen die als Projektionsfläche dienen (Yolam, 85). Dadurch, dass sie diese ungewünschten Attribute von sich wiesen, wird die Angst vermieden, die mit der Feststellung und Bearbeitung dieser Probleme einhergeht.

Kivlighan (1992) beschreibt, dass Gruppenmitglieder, die überbetont kalt sind, die Gruppe als wenig engagiert empfinden, wogegen Gruppenteilnehmer, die sich autokratisch sehen, den Verband als sehr konfliktbetont betrachten.

Projektionen im Bereich Dominanz finden sich eher zu Beginn, weniger zum Ende hin, wohingegen die Projektionen in der Dimension Zuneigung sich erst später zeigten. Insgesamt nahmen alle Projektionen im Verlauf ab.

Allgemein lässt sich sagen, dass alle Entwicklungsmodelle, die Gruppenprojektionen untersuchten, feststellen, dass es eine Phase gibt, in der die Gruppe das Thema Dominanz und in einer anderen Phase den Zuneigungsbereich bearbeitet (Tuckerman, 1965).

Auch der selbstprophezeiende Prozess, durch Anchin & Carson (1982) beschrieben, wird dazu gerechnet. Kognitive Verwirrungen und Fehlwahrnehmungen sind der erste Schritt. Durch die selektive Bewertung des anderen im Rahmen seiner eigenen interpersonellen Probleme werden selbst erfüllende Prophezeiungen erstellt, die ihre eigenen interpersonellen Probleme enthalten.

### **1.5.5. Einordnung von nonverbalem Verhalten in das Zirkumplex Modell**

Wiggins (1996) berichtete darüber, dass Leary nonverbale interpersonelle Ausdrücke anhand eines „Gesichtsdiagramms“ untersuchte und dabei belegen konnte, dass die an der Studie teilnehmenden Probanden Gesichter durch unterschiedliche Darstellungen in den Mund, Augen, Kopf- und Schulterpositionen in das Kreismodell ein- und zuordnen konnten.

Gifford (1991) untersuchte, inwieweit ein Einfluss zwischen nonverbalem Verhalten und der zugrunde liegenden Persönlichkeit vorhanden ist.

Dabei konnte er einen geschlechtsspezifischen Unterschied finden. Beispielsweise lächeln Frauen öfter als Männer, wobei dies in größerem Zusammenhang mit der Skala Extraversion als bei Männern gebracht wird. Eine weitere Tatsache wäre, dass Frauen durch ein gesenktes Kinn mehr eine Unterwürfigkeitsgestik demonstrieren als Männer.

In Bezug zur Skala Dominanz konnte festgestellt werden, dass Personen, die in diese Gruppe fallen, weniger Objekte manipulieren, beim Sitzen die Beine mehr ausstrecken und in Gruppensituationen das linke Bein mehr in Richtung der anderen Teilnehmer zeigen.

## **1.6. Die Fragestellungen dieser Studie**

Ziel dieser Arbeit ist eine psychometrische Prüfung der deutschen Fassung des „Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme“ in einer klinischen Stichprobe von 2513 Patienten, die zwischen 1992 und 2002 in der Poliklinik der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ambulant betreut wurden.

Im Rahmen dieser Studien werden die folgenden Fragen geklärt werden:

- Es findet eine Erhebung der Güteparameter statt: interne Konsistenz, Interkorrelation der Skalen, Faktorenanalyse.
- Der Einfluss von Bildungsniveau, Erwerbstatus, Familienstand, Geschlecht und Alter auf die Skalenausprägung des IIP wird untersucht.
- Es wird herausgearbeitet, welcher Zusammenhang zwischen dem IIP und den Diagnosegruppen (F1 - F6) besteht.
- Welcher Zusammenhang zwischen dem IIP und anderen Messverfahren (GGB, BSS, NEO-FFI, SCL-90-R) existiert wird dargelegt.
- Die Replizierbarkeit des Zirkumplexmodells (zweidimensionale Struktur, Eckpunkte, Längenvektoren, bildliche Darstellung des Kreismodells) wird untersucht.

## **2. Methodik**

### **2.1. Formaler Aufbau des IIP-127 und IIP-C - Unterschiede und Gemeinsamkeiten -**

Die Originalversion ( Horowitz 88') umfasste 127 Items. Die nachfolgende Version (Alden 90') umfasste 64 Items. Bei beiden Versionen setzt sich der Fragebogen aus zwei Typen von Itemformulierungen zusammen:

1. Typ: Es fällt mir schwer, dies... zu tun.

Itembeispiel: Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.

2. Typ: Ich tue dies... zu sehr.

Itembeispiel: Ich streite zuviel mit anderen.

Bei der „Originalversion“ entsprechen dabei die ersten 78 Items dem Beispieltyp Nr. 1 und die nachfolgenden 49 Items dem Beispieltyp Nr. 2. Bei der „IIP-C Version“ entsprechen dabei die ersten 39 Items dem ersten und die sich daran anschließenden 25 Items dem zweiten Beispieltyp.

Die acht Persönlichkeitsskalen enthalten jeweils 8 Items. Zur Beantwortung der insgesamt 64 Items liegt eine fünfstufige Antwortmöglichkeit vor, die von „nicht“ (Itemwert= 0) „wenig“ (Itemwert =1) über „mittelmäßig“ (Itemwert= 2) bis hin zu „ziemlich“ (Itemwert= 3) und „sehr“ (Itemwert= 4) reicht.

Die acht Skalen des IIP, die jeweils die Eckpunkte des Oktanten des interpersonellen Kreismodells darstellen, werden durch Buchstabenkombinationen beschrieben, die nachfolgend benannt werden, mit jeweils zwei Originalitembeispielen.

Vergleicht man den „interpersonellen Kreis“ von Kiesler (1983), stellt man fest, dass die hier verwendeten acht Buchstabenkombinationen sowie die dazugehörigen Wortbeschreibungen der Skalen nicht zufällig gewählt sind. Es handelt sich um eine Zusammenfassung von jeweils zwei nebeneinander liegenden Buchstaben in dem Kreismodell, wodurch ihre jeweils zugrunde liegenden Eigenschaften verbunden wurden. Beispielsweise D (kalt) und E (Feindlich) werden zu DE (zu kalt/abweisend).

### **PA = zu autokratisch/dominant**

Itembeispiele: Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.  
Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.

Patienten mit hoher Skalenausprägung leiden unter dem Gefühl, zu aggressiv und kontrollierend im zwischenmenschlichen Bereich zu sein. Ferner haben sie Schwierigkeiten, die Standpunkte anderer Personen nachzuvollziehen und Anordnungen zu akzeptieren.

Gegenpol der Dimension Kontrolle/Dominanz bildet die Skala HI (zu unterwürfig/selbstunsicher).

Moskowitz (1994) charakterisierte den Interaktionsstil der dominanten Person wie folgt: Sie spricht mit fester Stimme und entschlossen, gibt Informationen, drückt Meinungen aus, nimmt die Leitung in die Hand, sagt anderen was zu tun ist, kommt schnell auf den Punkt.

### **BC = zu streitsüchtig/konkurrierend**

Itembeispiel: Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch.  
Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.

Ein hoher Skalenwert charakterisiert Patienten, die Probleme haben, anderen zu vertrauen, zu streitsüchtig sind, sich um Schwierigkeiten anderer zu kümmern oder eigene Bedürfnisse zugunsten anderer zurückzusetzen.

Gegenpol bildet die Skala JK (zu ausnutzbar/nachgiebig).

### **DE = zu abweisend/kalt**

Itembeispiel: Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen.  
Es fällt mir schwer, mit anderen zurechtzukommen.

Patienten, die eine hohe Skalenausprägung aufweisen, haben Schwierigkeiten Verpflichtungen anderen gegenüber einzugehen, können schlecht positive Gefühle ausdrücken und erleben sich selbst als kalt, feindselig, misstrauig.

Gegenpol der Dimension Zuneigung bildet die Skala LM (zu fürsorglich/freundlich).

Der Interaktionsstil laut Moskowitz (1994) für den abweisenden Typen lautet wie folgt: Er stellt Forderungen, kritisiert andere, wird sarkastisch, antwortet oder reagiert nicht auf andere, hält Informationen zurück, oder liefert keine akkuraten Informationen.

### **FG = zu introvertiert/ sozial vermeidend**

Itembeispiel: Ich bin vor andern Menschen verlegen.

Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.

Eine hohe Skalenausprägung beschreibt angstvolle und scheue Patienten, die schlecht aus sich herauskommen und auf andere zugehen können sowie Schwierigkeiten haben neue zwischenmenschliche Kontakte aufzubauen.

Gegenpol bildet die Skala NO (zu expressiv/aufdringlich).

### **HI = zu selbstunsicher/unterwürfig**

Itembeispiel: Es fällt mir schwer, jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll.

Es fällt mir schwer, selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin.

Ein hoher Skalenwert zeichnet Patienten aus, die sich schlecht von ihren Mitmenschen abgrenzen können. Das Äußern eigener Bedürfnisse fällt ihnen schwer, ebenso wie ein selbstsicheres, standhaftes Auftreten. Er ist gehemmt.

Der unterwürfige Typ (Moskowitz, 1994) stellt sich in der Interaktion wie folgt dar: Er spricht weich, möchte von anderen, dass diese sprechen oder handeln, äußert keine Wünsche, Gefühle und Meinungen, vermeidet verantwortlich zu sein.

### **JK = zu ausnutzbar/nachgiebig**

Itembeispiel: Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.

Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.

Patienten mit hoher Skalenausprägung werden charakterisiert durch ein Unvermögen Ärger zeigen und empfinden zu können, insbesondere geliebten Bezugspersonen gegenüber. Generell haben sie Schwierigkeiten Grenzen zu setzen und haben stets das Bedürfnis anderen zu gefallen und unter keinerlei Umständen diese zu verletzen.

### **LM = zu fürsorglich/freundlich**

Itembeispiel: Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.

Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.

Hohe Skalenwerte zeigen einen Patienten, der sich dadurch auszeichnet, dass er seine eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer ver-

nachlässigt. Er lässt sich durch die Not anderer rühren und kann schlecht seinen Mitmenschen gegenüber Grenzen setzen. Er *ist* gefühlvoll, freundlich, verantwortungsvoll.

Der lebenswürdige Typ agiert in Interaktionen (nach Moskowitz, 1994) wie folgt: Er lächelt und lacht, hört aufmerksam zu, spricht wohlwollend für andere, macht Kompromisse, macht aufmerksam auf Übereinstimmungen, ist sympathisch und rückversichert.

### **NO = zu expressiv/aufdringlich**

Itembeispiel: Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden.  
Es fällt mir schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.

Durch einen hohen Skalenwert werden Patienten beschrieben, die zu offen sind, keinerlei Geheimnisse für sich behalten können und dazu neigen sich in Angelegenheiten anderer einzumischen. Diese Testteilnehmer können nur sehr schlecht alleine sein, haben ein starkes Bestreben in Gesellschaft ein anregender Gesprächspartner zu sein und dadurch Beachtung und Anerkennung zu finden.

### **Kurz- und Langversion des IIP und die dazugehörigen Itemnummern**

	<b>Kurzfassung IIP</b>	<b>Langfassung IIP</b>
PA (autokratisch/dominant)	17, 31, 44, 45, 50, 52, 57,59	29, 64, 89, 90, 98, 102, 111, 116
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	1, 22, 24, 29, 32, 40, 56, 64	1, 38, 40, 61, 65, 79, 107, 127
DE (abweisend/kalt)	11, 15, 16, 20, 23, 27, 36, 60	15, 26, 28, 34, 39, 48, 72, 118
FG (introvertiert/soz. vermeid.)	3, 7, 14, 18, 33, 35, 55, 62	3, 7, 23, 32, 67, 71, 105, 124
HI (unterwürfig/selbstuns.)	5, 6, 8, 9, 12, 13, 19, 39	5, 6, 8, 9, 17, 20, 33, 78
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	2, 10, 25, 34, 38, 42, 53, 61	2, 14, 41, 68, 74, 83, 103,120
LM (fürsorglich/freundlich)	21, 28, 37, 46, 49, 51, 54, 63	36, 58, 73, 91, 97, 101, 104, 126
NO (expressiv/aufdringlich)	4, 26, 30, 41, 43, 47, 48, 58	4, 47, 63, 81, 88, 94, 95, 113

### **2.2. Andere Messmethoden:**

Neben dem Inventar zur Erfassung von Interpersonellen Problemen wurden der Giessener Beschwerdebogen, die Symptomcheckliste, der Beeinträchtigungsschwere-Score und das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar verwendet. Diese Testverfahren werden im Folgenden vorgestellt:

Zur Überprüfung der Validität eines Persönlichkeitsfragebogens ist es sinnvoll, ihn mit anderen persönlichkeitsmessenden Instrumenten zu korrelieren. In dieser Untersuchung wurde daher der IIP mit vier weiteren Instrumenten korreliert: der SCL-90-R, dem Giessener Beschwerdebogen, GBB-24, NEO-FFI und dem BSS.

### 2.2.1. SCL – 90 – R

Die SCL-90-R ist ein Messinstrument für Persönlichkeitsdimensionen, die zwar latent in jedem Menschen vorhanden sein mögen, bei stärkerer Ausprägung jedoch hinweisend auf psychopathologische Veränderung sind.

Die Abkürzung steht für Symptom Check List. Die Zahl 90 verweist auf die Itemanzahl und R steht für Revised. Das Testverfahren ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome und gehört heutzutage zu dem Zweck am häufigsten eingesetzten Instrument.

Die geschichtliche Entwicklung beginnt mit Woodworth, der 1917 als Vater dieses Verfahrens erstmalig darüber nachdachte im Rahmen des Ersten Weltkrieges schnell potentielle Rekruten durch ein psychiatrisches Screening zu erfassen. In Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens wünschte er einen Überblick durch ein standardisiertes Werk zu erhalten über die symptomatische Belastung des Einzelnen, so dass ein Vergleich „Gesunder“ gegenüber „Belasteter“ möglich wäre. 1954 erschien der erste Vorläufer des SCL-90-R, der durch die Forscher Hopkins, Kellmann und Frank entwickelt wurde. Diese wurde Symptom-Checkliste benannt und umfasste 31 Fragen. Drei Jahre später wurde der Fragebogen durch Frank verbessert und erweitert in dem nun 41 Fragen aufgelistet waren. Die Beantwortung jedes Item lag einer 4-Punkt-Skala zugrunde. Seit 1960 arbeiteten mehrere Forschungsgruppen verschiedene Versionen auf der Basis der ursprünglichen Vorlage aus (HSCL=Hopkins Symptom Checklist) und bestätigten dessen praktische Relevanz nochmals. 1969 wurde durch Mattsson et al. die erste Faktorenanalyse des HSCL vorgestellt. Die Itemzahl erhöhte sich nochmals auf 58. Parallel dazu gab es zu Beginn der 70er Jahre Bestrebungen aus der HSCL-58 eine Kurzversion zu erstellen, die nur 35 Items erhielt.

Williams (1968) und Lipman (1969) et al. führten das faktorenanalytische Verfahren fort, das dann schließlich durch die Arbeit von Derogatis (1971-74) zusammengefasst und optimiert wurde. Dieser präsentierte eine 90 Items umfassende Version mit dem Namen SCL. Ferner ging er von der 4-Punkt-Antwortmöglichkeit auf eine 5-Punkt-Antwortmöglichkeit über. 1977 wurde das Handbuch publiziert, in dem er drei Items nochmals änderte und es SCL-90-R benannte. Darüber hinaus legte er eine Fremdbeurteilungsversion (SCL-90-R visual-analogue-scale) und eine Kurzversion (BSI, Brief Symptom Inventory) vor.

Bereits in den 50er Jahren in den USA entwickelt, fand das Instrument in den 90er Jahren erstmalig in deutscher Version Einzug in unseren Klinik- und Forschungsalltag. Es gibt zwei Fragebogenversionen. Bei ersterer handelt es sich um eine Selbstbeurteilung, bei der zweiten um eine Fremdbeurteilung mittels Bekanntenratings.

Der Anwendungsbereich umfasst Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr und Erwachsene. Einsatz findet der Fragebogen in den ambulanten sowie der stationären psychiatrischen Abteilungen, aber auch in der psychopharmakologischen Forschung. Im psychosozialen Bereich z.B. in Beratungszentren ist der Einsatz als schneller Überblick über das aktuelle Belastungsniveau ebenfalls sinnvoll. Die Anwendung kann in Einzel- und Gruppenversuchen durchgeführt werden. Die übliche Ausfülldauer umfasst einen Zeitrahmen von 10-15 Minuten. Das Zeitfenster, das dabei abgefragt wird, umfasst üblicherweise die letzten sieben Tage, ist aber wahlweise auch veränderlich. Das Instrument eignet sich als Verlaufsbeschreibung z.B. als wöchentliche Anwendung oder als Prä-Post-Messung im Rahmen einer Therapiebeurteilung.

Der Fragebogen, der sich insgesamt aus drei globalen Kennwerten und neun Skalen zusammensetzt, die wiederum aus 90 Items bestehen, erfasst die Symptombelastung der teilnehmenden Patienten.

Das Spektrum reicht von Belastungen, wie sie natürlicherweise im Alltag auftreten bis hin zu solchen, die eine psychopathologisch relevante Symptomatik anzeigen.

Die Patienten geben auf einer fünfstufigen Ratingskala (Likert-Skalierung), die von „überhaupt nicht“ (Itemwert = 0) bis „sehr stark“ (Itemwert = 4) reicht, an, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter den angegebenen Beschwerden gelitten haben.

Der Fragebogen erfasst folgende neun Skalen:

**Somatisierung:** Die zwölf Items umfassen eine Bandbreite von einfachen körperlichen Belastungen bis hin zu funktionellen Beschwerden. Distress entsteht dadurch, dass der Fragebogenteilnehmer körperliche Dysfunktionen feststellt an Organsystemen, die betont autonom reguliert sind. Zu den körperlichen Beschwerden, die in diesem Zusammenhang abgefragt werden, gehören beispielsweise Kopf-, Herz-, Brust-, Rücken-, Gliederschmerzen, aber auch Atembeschwerden, Schwindelanfälle, gastrointestinale Probleme, Parästhesien bis Taubheitsgefühle, Schwere-Schwächegefühl einzelner Körperpartien.

**Psychotizismus:** Die zehn Items umfassen ein mildes Gefühl der Entfremdung und Isolation bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden mit dem Vollbild der Schizophrenie, die charakterisiert sein kann durch Halluzinationen und Gedankenzerfall.

Zu den abgefragten Beschwerden zählten beispielsweise ein stets vorhandenes Einsamkeitsgefühl und die Tatsache, dass sie sich anderen nicht wirklich nah fühlen können, das Stimmenhören, Gedankeneingebungen von außen, die nicht die Ihrigen sind und damit einhergehend, das andere Menschen Macht über sie haben, dem Gefühl das andere Menschen ihre geheimen Gedanken lesen können. Die befragten Personen geben oftmals an, dass sie den Eindruck haben mit ihrem Verstand oder Körper stimme etwas nicht.

**Phobische Angst:** Die sieben Items umfassen ein leichtes Gefühl der Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.

Zu den Beschwerden, die in diesem Zusammenhang abgefragt werden, zählen beispielsweise Angst vor offenen Plätzen, vor Menschenmassen, in der Öffentlichkeit ohnmächtig zu werden oder davor allein aus dem Haus gehen zu müssen. Die betroffenen Patienten reagieren mit überdurchschnittlicher Angst, die zur Vermeidungs- und Fluchtreaktion führt.

**Depressivität:** Die 13 Items umfassen die Kategorien von Traurigkeit bis hin zur schweren Depression.

Die kennzeichnenden Beschwerden sind in diesem Zusammenhang beispielsweise das Vorhandensein einer gedrückten Stimmung, Neigung zu weinen, Selbstvorwürfe, Verlangsamung von Bewegungs- und Denkprozessen, reduziertes Interesse an Sexualität, Einsamkeitsgefühl, Hoffnungs- und Interessenverlust bis hin zu Suizidgedanken.

**Unsicherheit im sozialen Kontakt:** Die neun Items umfassen den Bereich von leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.

Die charakteristischen Beschwerden dieser Skala sind beispielsweise das Vorhandensein von Minderwertigkeitsgefühlen, eine kritische Einstellung den Mitmenschen gegenüber, bei erhöhter emotionaler Verletzlichkeit und dem Empfinden nicht auf genügend Verständnis zu stoßen. Es findet sich eine Unsicherheit im Umgang mit Menschen und dem anderen Geschlecht.

**Zwanghaftigkeit:** Die zehn Items umfassen eine leichte Arbeits- und Konzentrationsstörung bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeiten.

Beschwerden, die in diesem Zusammenhang abgefragt werden, sind beispielsweise Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten bis hin zu einer „Leere im Kopf“, Schwierigkeiten sich zu entscheiden, aber auch Kontroll-, Wiederholungswänge.

Dabei berichten die Patienten über gleichförmige Impulse und Gedanken, die immer wieder auftauchend sind, als „Ich-fremd“ und damit ungewollt bezeichnet werden. Die Symptome orientieren sich damit nah dem Syndrom der Zwanghaftigkeit.

**Ängstlichkeit:** Die zehn Items umfassen den Bereich von körperlich spürbarer Nervosität bis hin zu tiefer Angst.

Zu den Beschwerden, die in diesem Zusammenhang abgefragt werden, gehören Ruhelosigkeit, Anspannungs-, Aufregungszustand, Furcht erregende Gedanken mit Vorahnungen, Schreckhaftigkeit bis Panikattacken und begleitende körperliche Symptome wie Herzklopfen.

**Paranoides Denken:** Die sechs Items umfassen die Kategorien von Minderwertigkeitsgefühl und Misstrauen bis hin zu starkem paranoidem Denken. In diesem Zusammenhang wird von dem Vorliegen einer Denkstörung gesprochen, die sich unter anderem durch Projektionen von Gedanken, Angst vor dem Verlust der eigenen Autonomie und wahnhaften Täuschungen charakterisiert.

Die bezeichnenden Beschwerden in diesem Zusammenhang sind beispielsweise das Leiden an dem Gefühl von anderen ausgenutzt, beobachtet und belächelt zu werden, nicht genügend Anerkennung zu erhalten und geben anderen Schuld an ihren Problemen.

**Feindseligkeit / Aggressivität:** Die sechs Items umfassen den Bereich von Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zur starken Aggressivität mit feindseligen Aspekten. Zu den Beschwerden, die in diesem Zusammenhang abgefragt werden, zählen der Drang jemanden zu schlagen oder zu verletzen, die betroffenen Patienten sind leicht reizbar und neigen im Streit zu schreien oder dazu Gegenstände zu zerstören. Oftmals haben die Befragten das Gefühl, dass sie machtlos gegenüber diesen negativen Gefühlszuständen sind.

### **Die drei globalen Kennwerte:**

Information über das Antwortverhalten aller 90 Items erhält man über diese Kennwerte. Der PST (positive symptom total) legt die Anzahl der Symptome dar, bei denen eine Belastung festgestellt werden konnte, der PSDI (positive symptom distress index) zeigt die Intensität der Antworten der Fragebogenteilnehmer an und der GSI (global severity index) gibt die allgemein vorhandene psychische Belastung an.

### 2.2.2. BSS

Der BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score) ist ein dreidimensionales Instrument, das zur Einschätzung der durchschnittlichen Schwere psychischer, sozialkommunikativer und körperlicher Beschwerden für die Gesamtheit der psychogenen Erkrankungen dient. Ursprünglich entwickelt zur Erforschung möglicher erblicher Faktoren in der Ätiologie psychogener Erkrankungen findet der Fragebogen heute mit veränderter Zielsetzung im Bereich der ambulanten sowie der stationären Psychotherapie Anwendung (Dabei bietet es einen Vergleichsmaßstab innerhalb eines oder verschiedener Institute, zwischen Diagnosegruppen und ihrer Verläufe, bei Prä-Postuntersuchungen und bei der Suche nach der maximalen Effektivität verschiedener Therapieverfahren z.B. im Rahmen der Qualitätssicherung). Durch diesen Test kann der aktuelle Ist-Zustand beurteilt werden, das Ausmaß der Beschwerden eingeschätzt und eine Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes während eines bestimmten Zeitraumes festgestellt werden. Dieser Zeitraum kann die Ausprägung der Beschwerden während der letzten sieben Tage (wobei sich dieses Zeitkriterium am besten bewährt hat), des letzten Monats oder Jahres und sogar des bisherigen Erwachsenenlebens (z.B. bei spezieller Fragestellung nach retrospektiver Entwicklung wegen des wellenförmig-wechselhaften Verlaufs psychogener Krankheiten) abfragen und findet als Kontrollinstanz des Therapieerfolges Anwendung.

Im Bereich der **psychischen Beschwerden** finden sich unter anderem Zwangsgedanken, -handlungen, -impulse, Body-Image-Störungen, Entfremdungsgefühle und Hypochondrie, aber auch Symptome, die zum Krankheitsbild der Depression zählen. Hierunter finden sich die Neigung zum Weinen, Sinnlosigkeits- und Leeregefühl, gedrückte Stimmung, reduziertes Selbstwertgefühl bis hin zu Suizidgedanken- und Handlungen.

Im Bereich der **sozialkommunikativen Beschwerden** finden sich beispielsweise Verhaltensstörungen und Leistungsdefizite.

Die Leistung in Arbeit, Schule oder Studium wird z.B. unter dem Gesichtspunkt der altersadäquaten Einbringung seiner Fähigkeiten gewertet und aufgedeckt werden dabei charakterneurotische Gründe, die den Patienten einerseits an der Ausübung hindern, wie z.B. pathologisch regressive oder antisoziale Vorstellungen, oder andererseits ihn dazu veranlassen an seinen wahren Lebens-Sinn-Zielen vorbei zu leben, wie z.B. einseitig übertriebene Fixiertheit auf Geld, Leistung, Prestige.

Andere Probleme, die in den Bereich fallen, sind z.B. Suchtverhalten und Ersatzbefriedigungen. Darunter aufzuzählen sind unter anderem ziellose Fahrsucht und passiver Dauerkonsum von TV, ohne ein Genussgefühl aufbauen zu können. Ein weiterer Punkt ist die Sexualität, wobei auf pathologische Verhaltensmuster und Fixierungen zu achten ist.

Im Bereich der **körperlichen Beschwerden** finden sich Symptome aus den Bereichen Magen-Darm-Trakt (Gastritis, Ulcus, Erbrechen, Diarrhoen, Obstipation), Herz-Kreislauf (HSTH, Palpationen, Kollaps), Muskel-Skelettsystem (Schmerzen), Lunge (Hyperventilation, Hüsteln, Räuspern), Sexualorgan (Menstruationsprobleme, Fluor), aber auch Beschwerden wie Ess-Störungen, Blasenfunktionstörungen (Pollakisurie), Tics und Globusgefühl.

Die Fragebogenversion ist nur als Fremdbeurteilungsverfahren vorhanden. Der Therapeut beurteilt den Patienten (dies beinhaltet eine genaue Erfassung der aktuellen Symptome, der symptomauslösenden Situationen, biographische Anamnese und Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur), nachdem von ärztlicher Seite eine differenzi-

aldiagnostische Untersuchung keine andere als eine psychogene Ursache für die Beschwerden ergab.

Jede der drei Skalen umfasst eine Ratingskala, die von „gar nicht“ (Itemwert = 0) bis „extrem“ (Itemwert = 4) reicht. Der Gesamtwert aller Skalen kann einen Wert von 0 bis 12 erzielen. Interpretatorisch zeigt eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 1 einen beschwerdefreien Patienten, eine Punktzahl von 2 bis 3 eine leichte Störung und eine Punktzahl von 4 bis 12 eine deutliche bis extreme Störung an.

Anwendbar ist das Testverfahren ab dem Vorschulalter, wobei keine obere Altersgrenze vorhanden ist. Hauptsächlich Einsatz findet der Fragebogen jedoch im Erwachsenenalter in der Spannweite der Ausbildungs- und Erwerbstätigenzeit. Wegen der Multimorbidität ab dem 60. Lebensjahr, dem Wegfall der Erwerbstätigkeit und etwa dem demographisch bedingten Partnerverlust steht der Wunsch nach einem adaptierten Handbuch im Raum, das diesen Fragestellungen Rechnung tragen sollte. Dabei sollten vor allem die Bereiche sozialkommunikative und körperliche Ebene in Augenschein genommen werden. Gleiche Nachfrage stellt sich für die Anwendung des Verfahrens für Kinder und Jugendliche, wo eine zusätzliche Anpassung alters- und entwicklungsadäquat erwünscht ist. Besonders ist hierbei die sozialkommunikative Dimension in den Mittelpunkt zu stellen.

Vorzüge des BSS sind z.B. die kurze Anwendungszeit, die zwischen 1-3 Minuten liegt. Das Verfahren besitzt eine hohe Reliabilität und Validität und ist sensibel für Veränderungen. Es umfasst das vielfältige Syndrom aller psychogenen Erkrankungsmanifestationen und stellt damit laut Handbuch „das einzige Schweregrad-Meßinstrument für die Gesamtheit der psychogenen Erkrankungen“ dar.

### **2.2.3. NEO-FFI**

Das Testverfahren wurde bereits Ende der 80er Jahre in den USA entwickelt. Anfang der 90er Jahre fand dank der Autoren Borkenau und Ostendorf eine deutsche Fassung bei uns Einzug.

Die Entwicklung des NEO-FFI basiert auf dem psycho-lexikalischen Ansatz der Persönlichkeitsforschung, wonach bedeutende individuelle Unterschiede sich durch die Sprache darstellen lassen. Der Oberbegriff dieses Verfahrens leitet sich aus der „Sedimentationshypothese“ von Ludwig Klages (1926) und Raymond Cattell (1943) ab. Eine Vielzahl von persönlichkeitsbeschreibenden Ausdrücken wurde aus Lexika zusammengestellt und daraus Items gebildet. Synonyme wurden ausgeschlossen und gegensätzliche Begriffe paarig angelegt.

In verschiedenen Studien konnte faktoranalytisch eine stabile fünffaktorielle Struktur erhoben werden.

Von dem amerikanischen Forscherteam (Costa, McCrae, 1980), das die ursprüngliche Version des NEO-FFI erschuf, wurde zunächst ein dreidimensionales Persönlichkeitsmodell vorgestellt, das die Bereiche Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen umfasste. Dies erklärt auch die Abkürzungen und den erstmalig aufgetauchten Fragebogenamen NEO. Im weiteren Verlauf wurde vom selben Autorenpaar eine Erweiterung um zwei Dimensionen vorgenommen, wobei die Skalenbezeichnungen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit lauteten.

## **Insgesamt finden sich drei Versionen des NEO:**

### **1. NEO-PI (Costa, McCrae, 1985)**

Die drei Dimensionen Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen umfassen jeweils 48 Items. Die hohe Anzahl der Items beruht darauf, dass in allen drei Bereichen jeweils sechs Facetten unterschieden werden. Die Skalen Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit werden jeweils durch 18 Items gebildet, wobei hier keine Subfacetten vorhanden sind.

### **2. NEO-FFI (Costa, McCrae, 1989)**

Den fünf Merkmalbereichen sind jeweils zwölf Items zugeordnet.

### **3. NEO-PIR (Costa, McCrae, 1991/92)**

Der Fragebogen besteht aus 240 Items, jeweils 48 Items werden jeder Skala zugegliedert. Die Erklärung ist die gleiche wie beim NEO-PI. Es findet sich in jedem Bereich eine Unterteilung in sechs Facetten. Damit sollte eine detailliertere Beschreibung von Personen möglich sein.

## **Die fünf Skalen des NEO-FFI bestehen aus:**

### **Extraversion**

Menschen mit einer hohen Ausprägung auf dieser Skala Extraversion zeichnen sich durch Selbstsicherheit, Geselligkeit, Heiterkeit, Herzlichkeit, Optimismus, Gesprächigkeit und Aktivität aus.

Eine niedrige Skalenausprägung beschreibt einen introvertierten, zurückhaltenden, unabhängigen Typen von Menschen, der geringes Interesse an Unternehmungen im geselligen Rahmen hat.

### **Verträglichkeit**

Hohe Ausprägung auf der Skala Verträglichkeit beschreibt einen Menschen der altruistisch, harmoniebedürftig, vertrauens- und verständnisvoll, nachgiebig und wohlwollend ist.

Personen mit niedrigen Verträglichkeitswerten sind eher egozentrisch, misstrauisch, skeptisch und eher kompetitiv als kooperativ.

### **Gewissenhaftigkeit**

Ein hoher Skalenwert bildet eine ausgeprägte Selbstkontrolle im Sinne eines aktiven Prozesses der Planung, Organisation und Durchführung von Aufgaben ab. Eigenschaften, die dem zugeordnet werden, sind Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Ehrgeizigkeit, Ordentlichkeit, neben Disziplin auch Willensstärke. Sozial gewünscht insofern, dass hier ein enger Zusammenhang mit dem Erreichen von akademischen und beruflichen Leistungen gekoppelt ist. Der negative Aspekt liegt in einem extremen Anspruchsniveau oder zwanghafter Ordentlichkeit.

Personen mit niedrigen Punktwerten sind dagegen eher nachlässig, sprunghaft und gleichgültig. Sie sind oft unengagiert bei der Verfolgung von Zielen.

### **Neurotizismus**

Die Skala erfasst die individuellen Abstufungen der emotionalen Stabilität bzw. Labilität (Neurotizismus) von befragten Teilnehmern. Sie ist nicht im Sinne der Diagnose einer psychischen Störung konstruiert, sondern misst individuelle Unterschiede im

Normbereich. Der Hauptbetrachtungspunkt liegt in der Art wie Emotionen (vor allem negative Emotionen) erlebt werden.

Menschen mit hohen Neurotizismuswerten (emotional instabil) sind eher nervös, ängstlich, unsicher, verlegen, traurig, hypochondrisch und neigen zu unrealistischen Ideen. Sie reagieren tendenziell unangemessen auf Stress und drohen von negativen Erlebnissen geradezu überwältigt zu werden.

Eine niedrige Ausprägung der Skala (emotional stabil) spiegelt einen ausgeglichen, sorgenfreien und ruhigen Menschen wieder, der sich kaum aus der Fassung bringen lässt.

### **Offenheit für Erfahrungen**

Personen mit hohen Punktwerten auf dieser Skala sind an neuen Erfahrungen, Eindrücken und Ideen interessiert. Sie sind eher bereit Bestehendes zu hinterfragen, verhalten sich häufig unkonventionell.

Personen mit niedrigen Werten ziehen dagegen Bekanntes dem Neuen vor und verhalten sich eher konventionell und übernehmen passiv die vorherrschenden Normen. Ihre emotionalen Reaktionen sind gedämpft.

### **Namengebung**

Kontroversen in Bezug auf die Benennung der Skalen des „Big Five“ finden sich bei einigen Autoren.

Die Skala Neurotizismus wurde dabei von Watson & Clark (1984) „Emotional Instabil“ benannt. Agreeableness erhielt von Brand (1984) dabei die Bezeichnung „Affection“ und durch Lorr (1986) den Namen „Socialization“. Die Skala Gewissenhaftigkeit wurde 1981 durch Digman unter dem Namen „Will to Achieve“ bekannt. Unter Goldberg (1990); Digman, Inouye (1986); John (1989); Borkenau (1989) wurde Offenheit für Erfahrungen durch „Intellect“ und unter Norman (1963); Tupes, Christal (1961) unter „Culture“ bekannt. Norman (1963) betitelte die Skala Extraversion durch „Surgency“.

### **Skalenaufteilung und Bewertungsskala**

Die fünf Persönlichkeitsdimensionen enthalten jeweils 12 Items. Zur Beantwortung der insgesamt 60 Items liegt eine fünfstufige Antwortmöglichkeit vor, die von SA (starker Ablehnung = Itemwert 0), A (Ablehnung = Itemwert 1) über N (Neutral = Itemwert 2) bis hin zu Z (Zustimmung = Itemwert 3) und SZ (starker Zustimmung = Itemwert 4) reicht.

### **Anwendungsbereich, Testgütekriterien**

Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar ist ein für viele Anwendungsbereiche geeignetes Instrument. Ursprünglich zur Erfassung individueller Differenzen bei Normalpersonen entwickelt, erfasst der Fragebogen, der in einer Selbst- und Fremdbeurteilungsversion vorliegt, eine breite und unspezifische Persönlichkeitsdimension, die sich besonders zur Basiseinschätzung der Testperson eignet. Häufig findet er Einsatz bei Schul- („Little Five“ John, Caspi, Robins, 1994; „BIG Five Questionnaire for Children (BFQ-C)“ Barbaranelli, 2003), Studien- und Berufsberatungen, aber auch in der Forschung und der klinischen Psychologie. Vorteil der Anwendung ist die schnelle

Durchführung. Im Schnitt nimmt die Bearbeitung des Probanden 10 Minuten in Anspruch. Das Testverfahren enthält alle wissenschaftlich notwendigen Gütekriterien zur Testgültigkeit und berechnet stabil und zuverlässig die fünf Persönlichkeitsfaktoren. In verschiedenen umfangreichen Stichproben konnte faktoranalytisch eine stabile fünffaktorielle Struktur etabliert werden. Auf Grund dieser Tatsache findet sich das Testverfahren auch unter der Bezeichnung „Big Five“ häufig wieder.

Ein weiterer Grund, der eine hohe Stabilität in Langzeitstudien belegte, ist laut Costa, (1988) dass sich ab dem 30. Lebensjahr die Persönlichkeit stabil darstellt. Alter hat seiner Meinung nach nur einen geringen Effekt auf die Persönlichkeit.

Einzigem Widerspruch erhielt das „5 Faktoren Modell“ lediglich durch DiBlas (1999). In der italienischen Studie konnte nur ein „3 Faktoren Modell“ die nötige Stabilität aufweisen. Dies galt für die Skalen Agreeableness, Extraversion, Gewissenhaftigkeit. Laut Gurtman (1991) wird besonders Extraversion als sehr robuster Faktor (als der „Hauptfaktor“) in der Persönlichkeitsbeschreibung gesehen.

### **Schnittpunkte zwischen IIP und NEO-FFI**

Pincus (1991) expandierte den IIP-C unter Hinzufügung von drei Skalen aus dem NEO-FFI (Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrungen). Daraus entstand das IIP-B5. Ziel des Autors war es, einen besseren ganzheitlichen Überblick über eine Person zu geben. Kiesler antwortete im selben Jahr auf die Veröffentlichung, in dem er sich dazu aussprach, die beiden Fragebögen weiterhin getrennt zu benutzen und „nicht so viel auf einmal zu wollen“. Dadurch würde letztendlich das System kollabieren. (Pincus, Wiggins 1992)

### **Diagnosegruppen und IIP, NEO**

Es zeigt sich eine deutliche Beziehung zwischen dem IIP und einigen Persönlichkeitsstörungen (Wiggins, Pincus, 1989). Namentlich zu nennen sind hier der vermeidende, der schizoide, der abhängige, der histrionische und der asoziale Typ, sowie der Narzist.

Persönlichkeitsstörungen, die eher durch den NEO-FFI als durch den IIP abgebildet werden, sind: „Compulsiv“, „borderline“, „passiv-aggressiv“, „paranoid“, „schizoider Typ“ (Pincus 1990).

#### **2.2.4. GBB**

Der Giessener Beschwerdebogen (GBB, ursprünglich BSB als Abkürzung für Beschwerden und Symptombogen) ist eine Beschwerdeliste, die in Form eines Selbstbeurteilungsbogens aufgebaut ist. Er wurde von den Autoren Bähler und Scheer Ende der 70er Jahre entwickelt und findet häufig Einsatz in der Forschung sowie im klinischen Bereich in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Ein besonderer Fokus liegt hierbei im Bereich der somatoformen Störungen, oder des somatoformen Syndroms. Hierbei handelt es sich um Patienten, die häufig über einzelne oder mehrere körperliche Beschwerden klagen, ohne dass hierfür ein pathologischer organischer Befund als Ursache vorhanden ist. Es handelt sich also medizinisch um gesunde Menschen, die sehr unter ihren subjektiven Beschwerden leiden, deren Ursprung in einer psychologischen Problematik liegt. Der Beschwerdebogen bietet dem

Therapeuten die Möglichkeit die Bandbreite von Übereinstimmung bis Abweichung zwischen den subjektiven Beschwerden und dem medizinisch objektiven Befund festzustellen. Dies ist dadurch möglich, dass das Fragebogensystem die Erfassung von Einzelbeschwerden sowie die skalierte Erhebung vier verschiedener Beschwerdekompexe darstellt. Ebenfalls kann die „Klagsamkeit“ (Gesamtwert für den Beschwerdedruck) bestimmt werden.

Die Testdurchführung dauert im Schnitt 10 Minuten. Tendenziell lässt sich festhalten, dass sich eine Zunahme der Beschwerdehäufigkeit bei den Variablen Geschlecht, Alter und Bildung findet, welches sich wie folgt auflöst: bei Frauen, älteren Menschen und einem Probanden mit niedrigem Bildungsgrad finden sich höhere Skalenwerte. Bei der Anwendung des Verfahrens und der anschließenden Beurteilung sollten die Grundaspekte der Psychosomatik nicht außer Acht gelassen werden. Krankheit und Gesundheit betreffen nicht nur ein Individuum, sondern stehen in Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Hierbei sind die Bereiche Erziehung, Ursprungsfamilie, seine Dispositionen zu nennen aber auch Paarbeziehung, Beruf und eigenen Familie. Stichwort in diesem Zusammenhang sind Sozial- und Familientherapie. Bereits Anfang der 80er fanden Studien statt, die sich mit der Kongruenz von Körperbeschwerden in Paarbeziehungen beschäftigten. Eine zugrunde liegende Tatsache ist in diesem Zusammenhang die teilweise identische Umwelt der Paare („Stressmodell“). Eine Erklärung für das Fremdbild, das man über die Beschwerden des Partners hat, mag sein, dass die Partner miteinander über ihre Körperbeschwerden kommunizieren und ähnliche Beschwerdekompexe entwickeln. Man nimmt Beschwerden wahr am anderen, die man selbst als belästigend empfindet, bzw. man schreibt dem Partner seine eigenen Körperbeschwerden zu (Projektion).

Das Testverfahren enthält alle wissenschaftlich notwendigen Gütekriterien zur Testgültigkeit und berechnet zeitökonomisch, stabil und zuverlässig die vier subjektiv empfundenen körperlichen Beschwerden. In verschiedenen Stichproben konnte faktoranalytisch eine stabile vierfaktorielle Struktur etabliert werden.

Die vier körperlichen Beschwerdeskalen enthalten jeweils 6 Items. Zur Beantwortung der insgesamt 24 Items liegt eine fünfstufige Antwortmöglichkeit vor, die von „nicht“ (Itemwert = 0), „kaum“ (Itemwert = 1) über „einigermaßen“ (Itemwert = 2) bis hin zu „erheblich“ (Itemwert = 3) und „stark“ (Itemwert = 4) reicht.

Die jeweilige Ausprägungsbreite der einzelnen Skalen liegt demnach zwischen 0 und 24. Die Spannbreite des zu erreichenden Gesamtwertes liegt zwischen 0 und 96.

## **Die 4 Skalen des GBB**

### **Erschöpfung**

Die abgefragten Items sind Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafbedürfnis, Benommenheit, Mattigkeit sowie Schwächegefühl.

### **Herzbeschwerden**

Die zu diesem Beschwerdekompex zählenden Items sind Herzklopfen, Herzbeschwerden, Stiche in der Brust, Schwindelgefühle, Atemnot und Kloßgefühl im Hals.

### **Magenbeschwerden**

Hierunter finden sich die Items Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Erbrechen, Völlegefühl sowie Magenschmerzen

## **Gliederschmerzen**

Items, die in diesem Komplex abgefragt werden, sind Druckgefühl im Kopf, Kopf-, Nacken-, Rücken-, Gliederschmerzen und Müdigkeitsgefühl in den Beinen.

### **2.3. BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE**

Die Stichprobe rekrutierte sich aus 2513 Patienten, die sich von 1992 bis 2002 in der Poliklinik der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vorstellten. Die Patienten befanden sich in ambulanter Betreuung durch die Poliklinik, oder sie stellten sich dort zur ambulanten psychosomatisch-psychotherapeutischen Diagnostik vor. Die hier untersuchten Fragebögen des IIP wurden zusammen mit einem Sortiment anderer Messinstrumente bestehend aus der SCL-90-R, dem BSS, NEO-FFI und dem GBB, bei Aufnahme von den Patienten vor dem Erstgespräch ausgefüllt. Die soziodemographischen Daten der Patientenstichprobe sind in Tabelle 1 (s. S. 57) zusammengefasst.

Die Fragebögen wurden mittels des von der Forschungsstelle für quantitative Methodik und Evaluation in der Psychosomatischen Medizin entwickelten Computerprogramms „Klindo“ verdatet. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 10.0.

Der Anteil der Patientinnen lag mit  $n = 1608$  deutlich über dem der Männer mit  $n = 905$ . Dies entspricht einem Frauen-Männer-Verhältnis von ca. 2 zu 1.

Der Altersdurchschnitt lag bei 37,81 Jahren mit einer Standardabweichung von 12,14 Jahren. Das Mindestalter betrug 18 Jahre. Der älteste Teilnehmer war 81 Jahre alt. Die Gruppe der 35- bis 49-Jährigen war mit 35,1 % am größten, gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen mit 33,9 %. In der Gruppe der 50jährigen und älteren untersuchten Personen fanden sich 18,5%. Nur 12,5 % der Patienten waren in der jüngsten Gruppe der bis 24jährigen. Dies entspricht dem Ergebnis einer internen Studie über die Patientenversorgung der psychosomatischen Poliklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Schmitz und Hartkamp, unveröffentlichtes Manuskript), in der gezeigt wurde, dass der Patientenanteil der 25 – 45 Jährigen deutlich überrepräsentiert ist. Dies gilt sowohl im Vergleich mit der Zusammensetzung der Düsseldorfer Stadtbevölkerung, als auch mit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. In den Kategorien mit erfolgreich abgeschlossenen Schulabschlüssen gaben 26,7 % die Hauptschule an, dicht gefolgt von der Realschule mit 23,8% und dem Abitur/Fachabitur mit 23,7 %. Ein Hochschulabschluss wurde von 17,7 % angegeben. Lediglich 1,6% der untersuchten Personen gaben gar keinen Schulabschluss an.

Zwei Drittel der Patienten befanden sich in einem Arbeitsverhältnis. Davon war der größte Anteil (50,2 %) voll erwerbstätig. Ein kleiner Anteil (12,5 %) ging einer Teilzeitbeschäftigung nach. Die andere Hälfte splitterte sich in nicht erwerbsfähige Personen (18,4 %) und Arbeitslose (10,0 %) auf.

In Bezug auf den Familienstand waren die meisten der Patienten ledig 49,3 %. 32,2 % waren verheiratet. Die Gruppe der Alleinstehenden teilte sich weiter in getrennt lebende mit 5,8%, gefolgt von Geschiedenen mit 5,5% und Verwitweten mit 1,3% auf.

Entsprechend der Hauptdiagnose nach ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO) wurden 1101 der Patienten der Gruppe der somatoformen, neurotischen oder Belastungsstörungen (F4) zugeordnet, was einem Anteil von 43,8 % entsprach. Bei 556 Patienten (22,1 %) wurden affektive Störungen (F3) festgestellt. 486 Patienten (19,3 %) wurden als verhaltens- oder persönlichkeitsgestört eingeordnet (F6) und bei 274 Patienten (10,9 %) wurden Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F5) diagnostiziert. Die Diagnosegruppe F1 (Suchtkrankheit) umfasste eine prozentuale Anzahl von 2,7 %, und 1,2 % fanden sich in der Gruppe F2 (schizotype und wahnhaftige Störungen und Schizophrenie) vor.

Reihenfolge der Anzahl der Patienten der Diagnosegruppen, ersichtlich in Abb. 4.

1. F4: Somatoforme und neurotische Störungen
2. F3: Affektive Störungen
3. F6: Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen
4. F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

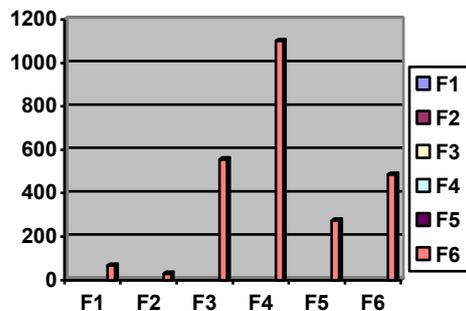


Abb. 4: Auflistung Patientenzahl je Diagnosegruppe

Tabelle 1 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe (n=2515)

Alter	Mittelwert	37,81	Jahre
	Standardabweichung	12,14	Jahre
	Range	18 - 81	Jahre
		Häufig- keit	Prozen- te
Altersgruppen	18 bis 24 Jahre	314	12,5
	25 bis 34 Jahre	853	33,9
	35 bis 49 Jahre	881	35,1
	ab 50 Jahre	465	18,5
Geschlecht	Frauen	1608	64,0
	Männer	907	36,0
Familienstand	Ledig	1239	49,3
	verheiratet	810	32,2
	getrennt	145	5,8
	geschieden	137	5,5
	verwitwet	33	1,3
Schulabschluß	Hauptschule	671	26,7
	Realschule	599	23,8
	Abitur/Fachabitur	596	23,7
	Hochschule	445	17,7
	kein Abschluss	39	1,6
Erwerbstätigkeit	voll erwerbstätig	1262	50,2
	teilzeit	315	12,5
	nicht erwerbstätig	462	18,4
	arbeitslos	251	10,0
Geburtsland	Deutschland	2296	91,4
	nicht Deutschland	180	7,2
Diagnosegruppen	F1	67	2,7
	F2	29	1,2
	F3	556	22,1
	F4	1101	43,8
	F5	274	10,9
	F6	486	19,3

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Skalen des IIP

##### 3.1.1. Mittelwerte, Standardabweisungen und Interne Konsistenz

Das IIP wurde bereits zahlreich in weltweit durchgeführten Studien auf seine Validität und Reliabilität getestet. Anhand des vorliegenden Patientensatzes sollen die Güteparameter (interne Konsistenz, Interkorrelation der Skalen, Faktorenanalyse) untersucht werden. Erwartet wird, dass die Reliabilität sich gut darstellen lässt, die von den Autoren des IIP erhobenen Skalen sowie deren Itemzuordnungen sich bestätigen, dass bei der Interkorrelation des IIP die Patientenstichprobe eine höhere Skalenausprägung im Vergleich zur Normstichprobe aufweist.

#### Interne Konsistenz

Tabelle 1: Cronbach's alpha für die Skalen des IIP für die untersuchte Patientengruppe und Normstichprobe

Es wurden nur die vollständig ausgefüllten Fragebögen in die Berechnung mit einbezogen, da für die Konsistenzbestimmung immer alle Items miteinander korreliert werden müssen. Dies erklärt die unterschiedliche Patientenzahl der jeweiligen Skalen.

	Patientenstichprobe		Norm	
	N	alpha	N	alpha
PA (autokratisch/dominant)	2426	.78	1333	.64
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	2455	.76	1333	.51
DE (abweisend/kalt)	2451	.84	1333	.52
FG (introvertiert/soz. vermeidend)	2478	.87	1333	.63
HI (unterwürfig/selbstunsicher)	2451	.88	1333	.62
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	2449	.81	1333	.47
LM (fürsorglich/freundlich)	2442	.78	1333	.36
NO (expressiv/aufdringlich)	2457	.74	1333	.60

Der Alpha – Koeffizient (Cronbach 1951) stellt ein Maß für die innere Konsistenz von Persönlichkeitsskalen dar. Dabei entspricht er der durchschnittlichen Korrelation der Items, die einer Skala zugeordnet sind, mit der Skala selbst.

Der Koeffizient, der die Reliabilität des Fragebogens überprüft, liegt im Bereich 0 - 1. Je höher der festgestellte Wert, desto höher ist die Testreliabilität.

In Bezugnahme auf die zu untersuchende interne Konsistenz des vorliegenden Datensatzes (s. Tab. 1 der vorhergehenden Seite) lassen sich die folgenden Aussagen treffen:

**Normstichprobe:** Die Konsistenzkoeffizienten, Cronbach's Alpha, streuen zwischen 0.64 und 0.36. Die Koeffizienten für vier der acht Skalen (PA, FG, HI, NO) liegen über 0.60. Ein sehr niedriger Wert ergab sich für die Skala LM.

**Patientenstichprobe:** Hier streuen die Koeffizienten zwischen 0.88 und 0.74. Ein hoher Alpha-Koeffizient mit einem Wert größer .80 findet sich bei den Skalen DE, FG, HI und JK.

Beachtet man, dass die Skalen und Items des Inventars zur Erfassung interpersoneller Persönlichkeitsstörungen bereits vorgegeben waren und daher in beiden Fällen nicht zur Erzielung der optimalen Konsistenz zusammengestellt wurden, lässt sich für die Normstichprobe laut Handbuch ein zufriedenstellendes und für die Patientenstichprobe ein gutes Ergebnis ablesen.

### Mittelwerte, Standardabweichungen der Patientengruppe

Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Geschlecht der Patientengruppe

		PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
weiblich	Mittelwert	7,53	8,65	9,57	12,82	15,76	14,61	15,39	11,10
	N	1604	1607	1603	1606	1601	1605	1551	1566
	STD	5,45	5,36	6,52	7,69	7,69	6,64	6,52	6,01
männlich	Mittelwert	8,19	9,64	10,72	13,46	14,10	13,43	13,54	10,36
	N	904	905	904	902	902	905	891	891
	STD	5,68	5,74	6,92	7,82	7,83	6,49	6,18	5,96
Gesamt	Mittelwert	7,77	9,00	9,99	13,05	15,16	14,18	14,71	10,83
	N	2508	2512	2507	2508	2508	2510	2442	2457
	STD	5,54	5,52	6,68	7,74	7,78	6,61	6,46	6,00

Beim Vergleich der Mittelwerte der Patientenstichprobe (s. o.g. Tbl. 2) fällt ein geschlechtsspezifischer Unterschied auf. Frauen erzielen bei den Skalen HI, JK, LM, NO höhere Werte (im Vergleich zu den Gesamtmittelwerten) als die Männer. Wohingegen diese höhere Mittelwerte bei den interpersonellen Problembereichen PA, BC, DE, FG erreichten.

### 3.1.2. Interkorrelation des IIP - Vergleich Patienten- mit Normstichprobe -

**TABELLE 1 : IPSATIVE SKALENWERTE DES IIP NACH ALTER UND GESCHLECHT (PATIENTENSTICHPROBE)**

Alter	1. (18-24 Jahre)		2. (25-34 Jahre)		3. (35-49 Jahre)		4. (ab 50 Jahre)		gesamt
Geschlecht	m	w	m	w	m	w	m	w	
<b>Anzahl</b>	78	236	291	562	362	519	174	291	2513
PA (autokratisch/dominant)	-2,98	-3,56	-4,18	-4,56	-3,50	-4,63	-2,51	-4,30	-4,06
BC (rachsüchtig/konkur.)	-0,36	-1,89	-1,86	-2,88	-2,37	-3,77	-2,45	-4,30	-2,84
DE (abweisend/kalt)	-0,45	-1,32	-0,50	-2,18	-1,15	-2,73	-1,62	-2,78	-1,85
FG (intro./soz. vermeidend)	1,89	1,44	2,08	1,26	1,82	0,58	1,08	0,33	1,21
HI (unterwürfig/selbstuns.)	1,45	2,85	3,00	3,71	2,54	4,25	1,60	4,00	3,31
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	0,64	0,95	1,64	2,23	1,81	3,34	2,26	3,80	3,31
LM (fürsorglich/freundlich)	1,22	2,20	1,37	2,94	2,13	3,90	2,57	4,60	2,87
NO (expressiv/aufdringl.)	-1,42	-0,58	-1,44	-0,52	-1,30	-0,96	-0,84	-1,29	-0,97

**TABELLE 2 : IPSATIVE SKALENWERTE DES IIP NACH ALTER UND GESCHLECHT (NORMSTICHPROBE)**

Alter	1. (18-24 Jahre)		2. (25-34 Jahre)		3. (35-49 Jahre)		4. (ab 50 Jahre)		gesamt
Geschlecht	m	w	m	w	m	w	m	w	
<b>Anzahl</b>	166	163	149	221	86	113	207	96	1333
PA (autokratisch/dominant)	-3.12	-3.27	-4.51	-3.17	-3.30	-4.69	-2.64	-3.80	-3.60
BC (rachsüchtig/konkur.)	-2.13	-1.90	-3.03	-1.58	-2.58	-3.68	-2.00	-3.23	-2.37
DE (abweisend/kalt)	-1.77	-1.26	-2.02	-1.05	-2.71	-2.16	-.28	-1.50	-1.34
JK (introvert./soz. vermeid.)	.95	1.03	1.31	.95	.29	1.39	.24	.30	.89
HI (unterwürfig/selbstuns.)	2.02	1.02	4.10	1.86	3.13	4.39	.60	3.07	2.43
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	2.60	2.13	2.58	2.14	3.39	3.45	2.95	3.52	2.70
LM (fürsorglich/freundlich)	1.89	1.62	2.48	1.95	3.17	3.32	2.52	3.03	2.39
NO (expressiv/aufdringlich)	-.42	-.27	-.92	-1.10	-1.39	-2.01	-1.40	-1.40	-1.11

Der Einfluss der beiden Faktoren Alter und Geschlecht auf die einzelnen IIP-Einheiten zeigte sowohl bei der Patienten- sowie der Normstichprobe (s. Tbl. 1 u. 2, der vorhergehenden Seite) eine negative Korrelation mit den Skalen PA (zu dominant), BC (zu konkurrierend), DE (zu abweisend), NO (zu expressiv), sowie eine positive Korrelation mit den Skalen FG (zu introvertiert), LM (zu fürsorglich), HI (zu unterwürfig) und JK (zu ausnutzbar). Die Aufstellung der Reihenfolge der IIP-Einheiten spiegelt die steigende Ausprägung der Skalen wider.

Ein direkter Vergleich der Patientendaten mit der Normstichprobe, der durch die Gegenüberstellung der jeweiligen IIP-Gesamtscore erfolgte, veranschaulichte, dass die Skalenausprägungen bei den Einheiten PA, BC, DE bei der Patientenprobe schwächer ausgeprägt war als bei der Normstichprobe. Wohingegen die Einheiten FG, HI, JK, LN, NO bei der Patientenstichprobe eine stärkere Ausprägung zeigten.

### 3.1.3. Faktorenanalyse

Mit Hilfe von Faktorenanalysen können Faktorenstrukturen in Variablenätzen erkannt und überprüft werden.

Die explorative Faktorenanalyse versucht aus der Korrelationsstruktur der Variablen Faktoren herauszufiltern. Die Faktoren werden so lange ermittelt, bis ein Stopp-Kriterium erreicht ist. Die Zuordnung der Items zu den Skalen (Faktoren) ist das Ergebnis. Dagegen ist bei der konfirmatorischen Analyse genau da der Ausgangspunkt. Eine Faktorenstruktur wird vorgegeben. Das Verfahren untersucht, ob die Modellannahme verworfen werden muss, oder beibehalten werden kann.

#### Konfirmatorische Faktorenanalyse

Eine genaue Untersuchung der von den IIP-Autoren vorgeschlagenen Itemzuordnung zu den acht Skalen (Faktoren) des IIP erfolgte mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse. Bei der konfirmatorischen Faktoranalyse wird zunächst die Struktur eines Messmodells aufgrund der theoretischen Annahmen über die Skalenstruktur eines Instruments festgelegt. Anschließend werden multiple Regressionsanalysen von den beobachteten Variablen (z.B. Messwerte der Items des IIP) auf die latenten Konstrukte (z.B. Konstrukt zu dominant und autokretisch – Skala PA) durchgeführt, denen sie zuzuordnen sind. Ausgangspunkt der Berechnung der standardisierten Regressionskoeffizienten – in der konfirmatorischen Faktoranalyse als 'Pfadkoeffizienten' ( $\lambda$ ) bezeichnet – ist die Korrelationen zwischen den beobachteten Variablen enthaltende Korrelationsmatrix (Kelloway, 1998).

Der wesentliche Vorteil der konfirmatorischen Faktoranalyse gegenüber anderen, zur Bestimmung der Faktorstruktur anwendbaren Techniken (z.B. exploratorische Faktorenanalyse) liegt in der Möglichkeit, zahlreiche Kennwerte der Anpassungsgüte zu berechnen. Zur Beurteilung der Güte der Modellanpassung fanden die folgenden Fit-Indizes Verwendung: der **GFI** (Goodness of Fit Index), der **AGFI** (Adjusted Goodness of Fit Index), der **RMR** (Root Mean Square Residual) und der **Range der Pfadkoeffizienten** (Standardisierte Regressionsgewichte). Der Goodness of fit-Index (GFI; range 0 - 1) ist ein Maß für den Anteil der durch das Modell erklärten beobachteten Varianzen und Kovarianzen. Bei der Berechnung des Adjusted Goodness of fit-Index

(AGFI) wird zusätzlich für die Zahl der Freiheitsgrade adjustiert. Werte für den GFO von  $\geq .85$  und den AGFI von  $> .8$  werden als zufriedenstellend erachtet (Gerbing und Anderson, 1984).

Der RMR ist ein Maß für die Differenz zwischen der Stichprobenmatrix und der Modellmatrix. Bei Werten kleiner 0.10 wird von einer guten Modellanpassung gesprochen (ebd.). Die Pfadkoeffizienten sollten einen Wert von .4 nicht unterschreiten.

### **Modell der konfirmatorischen Faktorenanalyse**

Die Beziehung zwischen den Items und dem Konstrukt muss formuliert, ein Schätzverfahren bestimmt und Fehlerterme spezifiziert werden. Dies setzt eine aufwändige Modellierung voraus.

In der folgenden Abbildung 5 ist das Modell dargestellt, das untersucht wird. Die Itemzuordnung zu den Skalen wird bildlich dargestellt. Ein Störterm für jedes Item, sowie Korrelationen zwischen den acht Skalen wurden zugelassen.

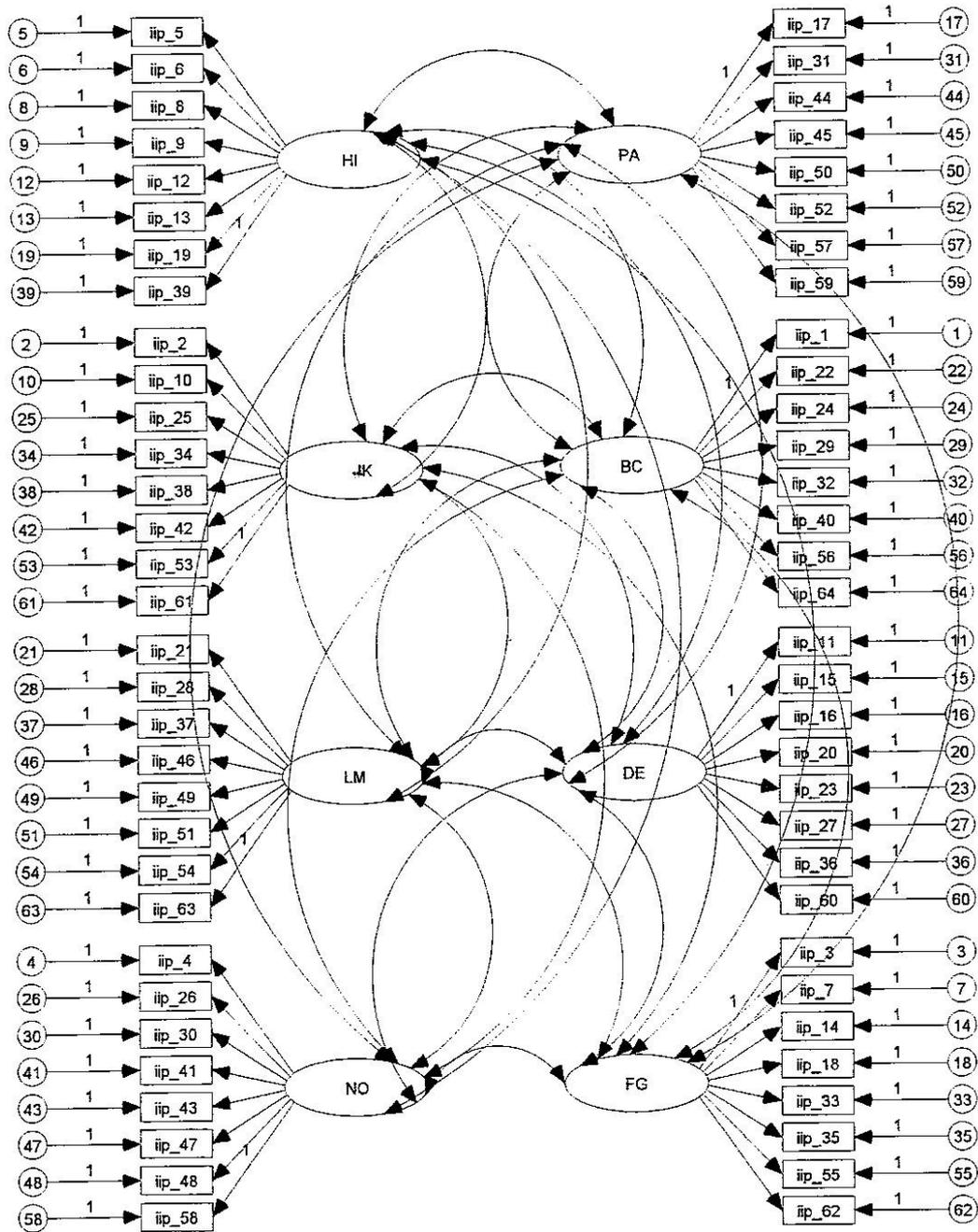


Abb. 5: konfirmatorische Faktorenanalyse

**Tabelle 1: Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse**

	GFI	AGFI	RMR	Range (Pfadkoeff.)
PA (autokratisch/dominant)	0,91	0,84	0,07	0,28-0,70
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	0,86	0,75	0,14	0,34-0,72
DE (abweisend/kalt)	0,98	0,97	0,04	0,46-0,78
FG (introvertiert/soz. vermeidend)	0,87	0,76	0,13	0,62-0,73
HI (unterwürfig/selbstunsicher)	0,96	0,93	0,07	0,64-0,84
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	0,88	0,79	0,13	0,39-0,73
LM (fürsorglich/freundlich)	0,93	0,88	0,10	0,45-0,72
NO (expressiv/aufdringlich)	0,92	0,86	0,10	0,32-0,79
Kriterium nach Anderson/Gerbing	>0.85	>0.80	<0.10	

Die konfirmatorische Faktorenanalyse (s. o.g. Tbl. 1) zeigte eine insgesamt gute Anpassung der Items an die von den Autoren des IIP vorgeschlagene Faktorenstruktur. Die meisten Indices erfüllten das Kriterium nach Gerbing und Anderson. Die Indices, die der Richtlinie abwichen, lagen in einem noch akzeptablen Rahmen. Nur wenige Pfadkoeffizienten verfehlen einen Wert von .4.

### **3.1.4. Einfluss von Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbs-, Bildungsstatus auf Skalenebene mittels einfaktorieller Varianzanalyse**

Die Auswirkung des Familienstandes, des Erwerbs- und Bildungsstatus, des Geschlechtes und Alters auf die interpersonellen Probleme der aktuellen Ambulanzstichprobe soll untersucht werden.

In Fremdstudien wurden bereits Signifikanzen für die Variablen Familienstand, Alter und Geschlecht gefunden. Erwartet wird eine Replizierbarkeit des Ergebnisses.

Der Einfluss auf Familienstand, Bildungsniveau, Erwerbsstatus, Geschlecht und Alter auf die Skalenausprägung wurde mit einer multifaktoriellen Varianzanalyse (MANOVA) untersucht. Diese Analyse ist ein Verfahren, welches die Auswirkung mehrerer unabhängiger Variablen (z.B. Familienstand) auf mehrere abhängige Variablen (IIP-Skalen) bestimmt.

Betrachtet man Effekte mit  $p < .001$  als relevant, so ergeben sich folgende Auswertungen: Bei den Faktoren Alter, Geschlecht und Familienstand fanden sich bei allen IIP-Skalen signifikante Unterschiede. Bei dem Erwerbsstatus fanden sich 3 Skalen und beim Bildungsstatus fanden sich 4 Skalen signifikant unterschiedlich.

**Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach Bildungsabschluss und ANOVA**

	ohne Abschluss		Hauptschule		Realschule	
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD
PA (autokratisch/dominant)	39	7,69±5,30	670	7,13±5,37	598	7,51±5,37
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	39	9,51±5,59	670	8,48±5,28	599	8,86±5,31
DE (abweisend/kalt)	39	9,87±6,17	670	9,48±6,66	598	9,68±6,38
FG (introvertiert/soz. verm.)	39	15,26±8,32	669	12,90±7,92	598	12,41±7,55
HI (unterwürfig/selbstuns.)	39	16,08±8,67	670	14,78±7,96	595	14,99±7,77
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	39	14,13±6,25	668	14,04±6,72	599	13,94±6,79
LM (fürsorglich/freundlich)	39	14,64±6,11	651	14,47±6,61	579	14,74±6,48
NO (expressiv/aufdringlich)	39	11,69±6,21	653	10,14±5,85	588	10,77±5,90
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	39	10,85±5,99	671	11,43±5,00	599	11,62±4,64

	Abitur/Fachabitur		Hochschulabschluss		F(p)
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA (autokratisch/dominant)	596	8,20±5,72	443	8,35±5,63	.000
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	596	9,51±5,69	445	9,00±5,52	.001
DE (abweisend/kalt)	596	10,57±6,89	441	10,16±6,60	.006
FG (introvertiert/soz. verm.)	595	13,69±7,80	445	13,09±7,33	.026
HI (unterwürfig/selbstuns.)	595	15,61±7,47	444	15,70±7,73	.248
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	596	14,23±6,42	445	15,02±6,44	.097
LM (fürsorglich/freundlich)	581	14,78±6,48	434	15,32±6,19	.190
NO (expressiv/aufdringlich)	583	11,28±6,27	435	11,29±5,87	.007
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	596	12,24±4,90	445	12,25±4,66	.013

Die Varianzanalyse, die bei der Auswertung der Patientendaten angewendet wurde, ergab nur für die IIP-Einheiten zu dominant, konkurrierend, abweisend und aufdringlich einen signifikanten Unterschied zwischen den Bildungsständen (s. o.g. Tbl 1). Tendenziell war aber festzustellen, dass bei hochwertigem Bildungsniveau, in diesem Fall Abitur oder Hochschule, auch die höchsten Skalenwerte bei den o. g. IIP-Einheiten zu finden waren.

**Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach Erwerbsstatus und ANOVA**

	voll erwerbstätig		teilzeit		nicht erwerbstätig		arbeitslos		F (p)
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA	1261	7,89±5,52	314	7,44±5,32	461	7,67±5,64	251	7,90±5,52	.585
BC	1261	8,96±5,37	315	8,42±5,14	462	8,93±5,72	251	10,04±5,51	.005
DE	1259	9,93±6,54	313	9,17±6,32	462	20,04±6,88	250	11,27±6,72	.003
FG	1261	13,09±7,62	314	12,25±7,37	462	12,85±7,94	249	14,84±7,87	.001
HI	1258	15,03±7,67	313	16,09±7,57	461	14,81±8,09	251	15,81±8,11	.063
JK	1262	14,16±6,51	315	14,81±6,67	462	13,96±6,80	249	13,94±6,71	.300
LM	1230	14,78±6,27	302	15,20±6,53	452	14,42±6,74	246	14,38±6,55	.321
NO	1235	10,96±6,05	309	10,70±5,70	455	10,84±6,04	246	10,33±6,10	.476
Ges IIP	1262	11,85±4,79	315	11,76±4,65	462	11,70±5,01	251	12,30±4,92	.440

Die Varianzanalyse ergab nur für die IIP-Skalen zu rachsüchtig, abweisend und introvertiert signifikante Unterschiede in dem Erwerbsstatus an (s. o.g. Tbl. 2).

Die höchsten Skalenwerte bei den Einheiten zu rachsüchtig und introvertiert fanden sich bei den als arbeitslos gemeldeten Patienten, wohingegen den höchsten Skalenwert im Bereich zu abweisend die nicht Erwerbstätigen aufwiesen.

## Signifikanz

**Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach Familienstand und ANOVA**

	ledig		verheiratet		getrennt lebend	
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD
PA (autokratisch/dominant)	1236	8,19±5,53	810	7,35±5,42	144	7,89±5,84
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	1239	9,96±5,57	809	7,82±5,26	145	9,35±5,01
DE (abweisend/kalt)	1235	10,94±6,74	810	8,61±6,24	145	10,46±6,24
FG (introvertiert/soz. verm.)	1237	14,03±7,72	808	11,82±7,44	145	14,01±7,69
HI (unterwürfig/selbstuns.)	1235	15,65±7,60	808	14,40±7,85	145	16,08±8,03
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	1238	14,13±6,65	809	13,96±6,32	145	16,07±6,38
LM (fürsorglich/freundlich)	1205	14,65±6,34	791	14,36±6,45	137	15,99±6,04
NO (expressiv/aufdringlich)	1216	11,13±6,08	792	10,20±5,87	141	11,96±5,47
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	1239	12,34±4,82	810	11,07±4,78	145	12,75±4,25

**Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach Familienstand und ANOVA**

	geschieden		verwitwet		F(p)
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA (autokratisch/dominant)	137	7,26±5,55	33	5,67±4,78	.001
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	137	8,52±5,32	33	5,67±4,42	.000
DE (abweisend/kalt)	136	10,59±7,49	33	6,70±5,87	.000
FG (introvertiert/soz. verm.)	137	12,82±8,33	33	9,76±6,73	.000
HI (unterwürfig/selbstuns.)	135	15,93±7,71	33	12,73±8,25	.001
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	137	15,03±7,19	32	12,56±6,63	.002
LM (fürsorglich/freundlich)	133	16,72±6,96	30	13,37±7,14	.000
NO (expressiv/aufdringlich)	132	11,60±5,77	31	8,71±5,93	.000
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	137	12,32±5,18	33	9,29±4,52	.000

Bei der Auswertung der Patientendaten mittels einer Varianzanalyse ergaben sich für alle acht IIP-Einheiten signifikante Unterschiede zwischen den fünf Familienständen (s. o.g. Tbl 3).

Im Vergleich zu allen anderen Familienständen zeigten die Verwitweten gefolgt von den verheirateten Patienten insgesamt die niedrigsten Ausprägungen bei allen IIP-Skalen.

Werden die übrigen drei Gruppen der alleinstehenden Patienten miteinander verglichen, so fanden sich die höchsten Skalenwerte der IIP-Untereinheiten zu dominant, konkurrierend, abweisend und introvertiert bei der als ledig gemeldeten Patientengruppe. Die höchsten Ausprägungen in den Untergruppen zu unterwürfig, ausnutzbar und aufdringlich fanden sich bei den getrennt lebenden Patienten, wohingegen der Spitzenwert in der Einheit zu freundlich bei der geschiedenen Gruppe lag.

Die Gruppe der verwitweten und der verheirateten Patienten zeigte die niedrigsten Skalenwerte bei allen IIP-Untereinheiten. Demzufolge wiesen diese Menschen insgesamt die niedrigsten interpersonellen Persönlichkeitsstörungen auf.

Die höchsten Skalenwerte in den IIP-Skalen PA, BC, DE, FG fanden sich bei den als ledig gemeldeten Patienten.

**Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des IIP nach Geschlecht und T-Test**

	Männer		Frauen		t (p)	gesamt	
	N	Mw±SD	N	Mw±SD		N	Mw±SD
PA (autokratisch/dominant)	904	8,19±5,68	1604	7,53±5,45	.004	2508	7,77±5,54
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	905	9,64±5,74	1607	8,65±5,36	.000	2512	9,00±5,52
DE (abweisend/kalt)	904	10,72±6,92	1603	9,57±6,52	.000	2507	9,99±6,68
FG (introvertiert/soz. vermeidend)	902	13,46±7,82	1606	12,82±7,69	.049	2508	13,05±7,74
HI (unterwürfig/selbstunsicher)	904	14,10±7,83	1601	15,76±7,69	.000	2505	15,16±7,78
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	905	13,43±6,49	1605	14,61±6,64	.000	2510	14,18±6,61
LM (fürsorglich/freundlich)	891	13,54±6,18	1551	15,39±6,52	.000	2442	14,71±6,65
NO (expressiv/aufdringlich)	891	10,36±5,96	1566	11,10±6,01	.003	2457	10,83±6,00
Gesamtscore IIP (Ø Skalenwert)	905	11,69±5,05	1608	11,93±4,75	.229	2513	11,84±4,86

Um Unterschiede zwischen den Geschlechtern zuverlässig interpretieren zu können, wurde ein T-Test erstellt. Dabei zeigten sich für alle IIP-Skalen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. o.g. Tbl 4).

Hohe Skalenwerte für die Einheiten zu dominant, konkurrierend, abweisend und introvertiert fanden sich bei den männlichen Patienten, wogegen sich hohe Skalenprägungen bei den Gruppen zu unterwürfig, ausnutzbar, fürsorglich und expressiv bei den weiblichen Patienten fanden.

**Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach Alter und ANOVA**

	bis 24 Jahre		25-34		35-49		50 und älter		F (p)
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA (autokratisch/dominant)	314	8,22±5,72	852	7,74±5,31	878	8,02±5,56	464	7,06±5,73	.010
BC (rachsüchtig/konkur.)	314	10,12±5,92	853	9,64±5,46	881	9,00±5,34	464	7,08±5,20	.000
DE (abweisend/kalt)	312	10,49±6,93	852	10,56±6,63	878	10,11±6,64	465	10,35±6,40	.000
FG (introvertiert/soz. verm.)	314	13,19±7,63	850	13,70±7,72	881	13,28±7,65	463	11,29±7,79	.000
HI (unterwürfig/selbstuns.)	312	14,14±7,61	850	15,64±7,41	881	15,74±7,84	462	13,84±8,25	.000
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	313	12,48±6,50	852	14,19±6,43	881	14,91±6,74	464	13,95±6,58	.000
LM (fürsorglich/freundlich)	306	13,56±6,46	833	14,57±6,20	854	15,35±6,47	449	14,54±6,77	.000
NO (expressiv/aufdringlich)	308	10,77±6,26	836	11,30±6,04	862	11,05±5,00	451	9,57±5,79	.000
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	314	11,63±4,91	853	12,17±4,73	881	12,20±4,82	465	10,71±4,98	.000

Bei der Auswertung der Patientendaten mittels einer Varianzanalyse ergaben sich für alle acht IIP-Einheiten signifikante Unterschiede zwischen den vier Altersgruppen (s. o.g. Tbl. 5). Außer für die Skala PA zu dominant, für die sich eine Signifikanz auf einem Niveau von  $p < .05$  fand, konnte für die übrigen IIP-Skalen ein signifikanter Altersunterschied auf einem Niveau von  $p < 0,005$  festgestellt werden.

Es fanden sich hohe Skalenausprägungen bei den IIP-Einheiten „zu dominant“ und „konkurrierend“ und niedrige bei den Einheiten „zu ausnutzbar“ und „fürsorglich“ bei der Altersgruppe der bis zu 24-jährigen.

In der Alterskategorie der zwischen 25-bis 34-jährigen wurden hohe Skalenwerte für die Einheiten „zu abweisend“ und „introvertiert“ vorgefunden.

Für die Patienten, die in den Altersbereich der zwischen 35-bis 49-jährigen einzuordnen waren, zeigten sich hohe Skalenausprägungen für die Einheiten „zu unterwürfig“, „ausnutzbar“, „fürsorglich“ und „expressiv“ und niedrige für die Einheit „zu abweisend“.

Im Vergleich zu allen Altersgruppierungen fanden sich bei den über 50-jährigen Probanden tendenziell die niedrigsten Skalenausprägungen, namentlich in den Bereichen „zu dominant“, „konkurrierend“, „introvertiert“, „unterwürfig“ und „expressiv“.

### 3.1.5. Einfluss von Alter, Geschlecht, Familienstand mittels mehrfaktorieller und multivariater Varianzanalyse

**Tabelle 1: Test der Zwischensubjekteffekte IIP und Alter / Geschlecht / Familienstand**

Ergebnisse erbrachten bereits schon Signifikanzen in den normalen Korrelationstabellen

	Geschlecht		Familienstand		Alter	
	F	Signifikanz	F	Signifikanz	F	Signifikanz
PA (autokratisch/dominant)	6,8	<b>.009</b>	0,3	.802	1,2	.311
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	10,9	<b>.001</b>	1,7	.175	6,3	<b>.000</b>
DE (abweisend/kalt)	9,4	<b>.002</b>	1,9	.134	5,0	<b>.002</b>
FG (introvertiert/soz. vermeid.)	0,2	.674	1,3	.267	2,2	.083
HI (unterwürfig/selbstuns.)	4,4	<b>.035</b>	3,2	<b>.022</b>	3,8	<b>.010</b>
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	0,3	.610	2,3	.079	0,8	.509
LM (fürsorglich/freundlich)	3,6	.058	4,4	<b>.004</b>	1,7	.165
NO (expressiv/aufdringlich)	0,3	.614	3,9	<b>.008</b>	0,9	.422
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	0,3	.582	3,3	.019	3,3	.018

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigte sich für die IIP-Skalen BC (zu konkurrierend) und DE (zu abweisend) auf einem Niveau von  $p < 0,005$  und für die Skalen PA (zu dominant) und HI (zu unterwürfig) auf einem Niveau von  $p < 0,05$ .

Eine Signifikanz für den Faktor Familienstand zeigte sich für die Skala LM (zu fürsorglich) auf einem Niveau von  $p < 0,005$  und für die Skalen HI (zu unterwürfig) und NO (zu expressiv) auf einem Niveau von  $p < 0,05$ .

Bei den Einfachinteraktionen zeigte sich ein signifikanter Altersunterschied für die

IIP-Skalen BC (zu konkurrierend) und DE (zu abweisend) auf einem Niveau von  $p < 0,005$  und für die Skala HI (zu unterwürfig) auf einem Niveau von  $p < 0,05$ .

**Tabelle 2: Test der Zwischensubjekteffekte. Die 3 signifikanten Gruppen werden überkreuzt korreliert.**

	Geschlecht/ Familie		Geschlecht/Alter		Familie/Alter	
	F	Signifikanz	F	Signifikanz	F	Signifikanz
PA (autokratisch/dominant)	1,7	.158	0,6	.613	0,4	.895
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	2,5	.061	1,4	.227	1,8	.064
DE (abweisend/kalt)	2,8	<b>.038</b>	2,5	.058	1,9	.055
FG (introvertiert/soz. vermeid.)	0,4	.774	0,3	.803	0,6	.760
HI (unterwürfig/selbstuns.)	0,3	.827	1,2	.294	1,2	.277
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	1,3	.262	1,1	.367	0,9	.499
LM (fürsorglich/freundlich)	1,8	.137	0,5	.711	1,8	.070
NO (expressiv/aufdringlich)	1,8	.155	0,7	.568	1,1	.339
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	1,3	.276	0,6	.639	0,8	.608

Bei den Zweifachinteraktionen (s. o.g. Tbl. 2) zeigte sich ein signifikanter Geschlechts- und Familienstandunterschied für die IIP-Skala DE (zu abweisend/kalt) auf einem Niveau von  $p < 0,05$ .

Die genauere Analyse der signifikanten Skala DE zeigt folgendes Ergebnis, das nachfolgend in Form einer Tabelle und einer bildlichen Darstellung ersichtlich wird.

**Tabelle 3: Mittelwert für Geschlecht/ Familienstand ohne Verwitwete für abhängige Variable DE (zu abweisend)**

ledig		verheiratet		getrennt		geschieden	
m	w	m	w	m	w	m	w
10,3	10,2	11,8	7,6	13,9	9,7	12,0	9,9

## Mittelwerte der Variable DE

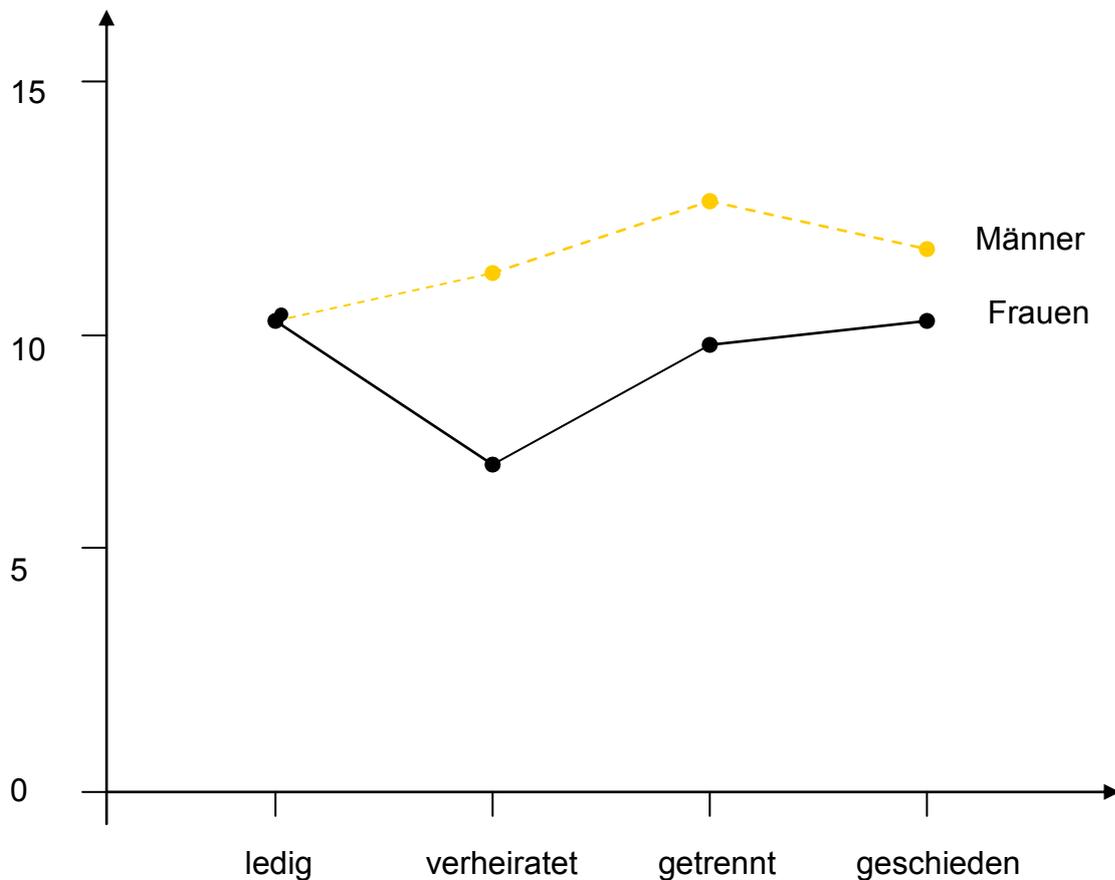


Abb. 6: Mittelwert für Geschlecht / Familienstand ohne Verwitwete für abhängige Variable DE ("zu abweisend").

Die Grafik (s. o.g. Abb. 6) veranschaulicht eine Wechselwirkung zwischen Merkmalen (Familienstand und Geschlecht) über die Haupteffekte der einzelnen Merkmale hinaus.

Bei der verheirateten Patientengruppe in Bezug zu der Skala „zu abweisend“ war ein Auseinanderdriften der Geschlechter feststellbar. Bei den Frauen fand sich ein deutlich niedrigerer Wert, als bei den Männern.

Gleiche Koordinaten fanden sich dagegen für ledige Frauen und Männer.

Für die Gruppen der getrennt lebenden und der geschiedenen Patienten zeigte sich für Männer und Frauen ein ähnlicher Verlauf, wobei die Koordinaten der Männer höhere Werte als die der Frauen aufwiesen.

Auf die Darstellung einer Dreifachinteraktionen wird verzichtet, da die Fallzahl insgesamt zu gering ist und einige Gruppen z.B. geschiedene Frauen unter 24 Jahren, nicht besetzt sind und so das Ergebnis nicht interpretierbar wäre.

### 3.2. Unterscheidungsfähigkeit des IIP zwischen Diagnosegruppen

Die Frage dieser Studie ist, ob der IIP sinnvoll im klinischen Alltag verwendet werden kann, als hilfreiches Instrument zur Diagnose- und Prognosestellung. Zu diesem Zweck wurden deskriptive Statistiken erstellt, mit denen man die Skalenmittelwerte der Diagnosegruppen im Vergleich zu denen der Gesamtstichprobe stellen kann. Anhand einer Varianzanalyse wurden die Diagnosegruppen auf signifikante Unterschiede in der Ausprägung ihrer Skalenmittelwerte untersucht. Im weiteren Verlauf werden die Resultate der Varianzanalyse einem post-hoc Mehrfachvergleich unterzogen.

Kann der IIP zwischen den Diagnosegruppen (F1-F6) unterscheiden? Erwartet werden hohe Skalenwerte für die Diagnosegruppen F6 (Persönlichkeitsstörungen) und F3 (affektive Störungen), die einen hohen Bezug zu interpersonellen Problemen zu haben scheinen.

**Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen des IIP nach ICD-10 - Diagnosekategorie und ANOVA**

	F1		F2		F3		
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA (autokratisch/dominant)	67	8,39±6,24	29	7,38±6,36	554	8,00±5,69	
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	67	9,88±6,33	29	9,93±7,48	556	9,12±5,39	
DE (abweisend/kalt)	67	10,96±7,31	29	8,24±7,02	554	10,59±6,65	
FG (introvertiert/soz. verm.)	67	13,75±8,52	29	10,66±8,72	554	13,78±7,43	
HI (unterwürfig/selbstuns.)	67	15,09±8,34	29	14,03±9,23	554	16,08±7,67	
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	67	15,03±7,09	29	14,59±8,53	555	15,06±6,52	
LM (fürsorglich/freundlich)	65	15,75±6,64	28	14,25±7,37	536	15,45±6,55	
NO (expressiv/aufdringlich)	65	10,66±5,60	29	12,21±6,69	531	10,94±6,01	
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	67	12,49±5,55	29	11,43±5,36	556	12,38±4,74	

	F4		F5		F6		F (p)
	N	Mw±SD	N	Mw±SD	N	Mw±SD	
PA (autokratisch/dominant)	1100	7,26±5,30	273	7,85±5,27	485	8,56±5,83	.001
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	1100	8,19±5,23	274	8,90±4,90	486	10,59±5,99	.000
DE (abweisend/kalt)	1099	8,88±6,26	274	9,66±6,38	484	11,97±7,17	.000
FG (introvertiert/soz. verm.)	1099	11,81±7,59	274	12,93±7,57	485	15,14±7,81	.000
HI (unterwürfig/selbstuns.)	1098	14,16±7,62	271	15,18±7,07	486	16,43±7,87	.000
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	1099	13,31±6,42	274	14,25±6,62	486	14,98±6,70	.000
LM (fürsorglich/freundlich)	1075	13,94±6,30	265	14,88±6,65	473	15,41±6,33	.000
NO (expressiv/aufdringlich)	1086	10,38±5,86	269	11,12±5,83	477	11,50±6,35	.013
Gesamtscore IIP (Ø Skalenw.)	1101	10,99±4,76	274	11,86±4,52	486	13,07±4,94	.000

In der folgenden Abbildung 7 sind die unterschiedlichen Ausprägungen der IIP-Subskalen für die einzelnen ICD-10-Diagnosegruppen dargestellt.

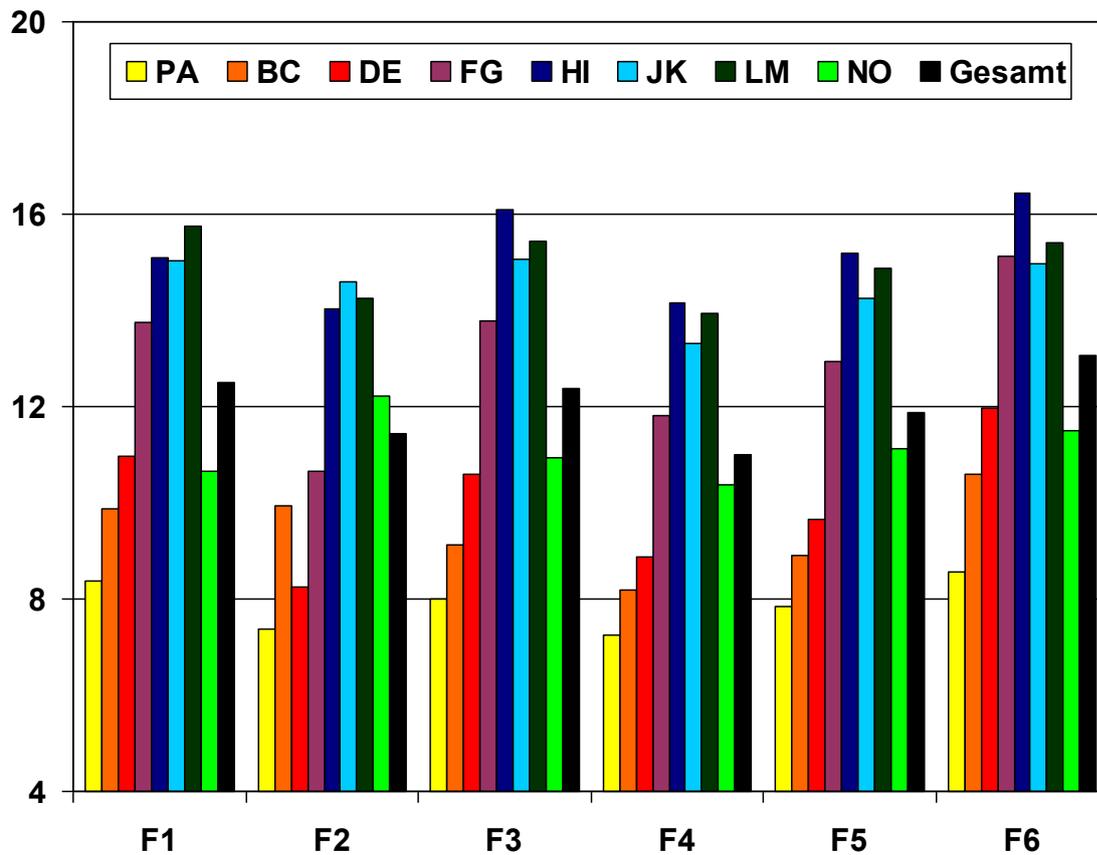


Abb 7: Korrelation der IIP-Skalen mit den ICD-10-Diagnosegruppen

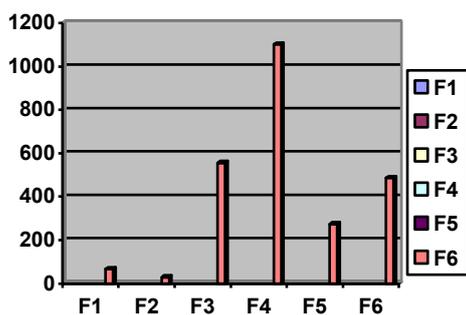


Abb. 8: Hierachische Anordnung der Patientenzahl

N: 1101 = F4: Somatoforme und neurotische Störungen

N: 556 = F3: Affektive Störungen

N: 486 = F6: Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen

N: 274 = F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

In der Abbildung 8 wird die Auflistung der Patientenzahl je Diagnosegruppe ersichtlich.

**A.** Aufgrund kleiner Fallzahlen (s. Abb. 8, vorherige Seite) wurden Patienten der Diagnosegruppe F1 (Suchterkrankung) und F2 (Schizotypie und wahnhaftige Störungen und Schizophrenie) aus der Interpretation ausgeschlossen.

Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppen (F3-F6), s. vorherige Seite Abb. 1, lassen sich zwei Kategorien aus IIP-Subskalen bilden, die durch eine höhere bzw. niedrigere Skalenausprägung im Vergleich zum jeweiligen IIP-Gesamtscore bestehen. In der erstgenannten („höheren“) Kategorie befinden sich die IIP-Skalen HI (unterwürfig), LM (fürsorglich), JK (ausnutzbar) und FG (introvertiert). Die letztgenannte („niedrigere“) Gruppe umfasst die Skalen PA (dominant), BC (rachsüchtig), DE (abweisend) und NO (expressiv), wobei jeweils die vorgegebene Reihenfolge den höchsten bzw. den niedrigsten Skalenwert der Kategorie angibt. Eine Ausnahme bildet die Diagnosegruppe F6 (Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen), bei der die Reihenfolge in den beiden Kategorien für die jeweils letztgenannten Skalen umgedreht ist.

Werden die Diagnosegruppen (F3-F6) mit dem jeweiligen IIP-Gesamtscore im Vergleich gesetzt, so zeigt sich für die Diagnosegruppe F6 (Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen) der höchste Mittelwert und für die Gruppe F4 (Somatoforme und neurotische Störungen) der niedrigste Mittelwert.

**B.** Die Varianzanalyse ergab signifikante Unterschiede, auf einem Niveau von  $p < 0,000$ , zwischen den Diagnosegruppen nach ICD-10 und den Skalen BC (rachsüchtig), DC (abweisend), FG (introvertiert), HI (unterwürfig), JK (ausnutzbar), LM (fürsorglich). Als signifikant unterschiedlich erwies sich die Skalen PA (dominant) auf einem Niveau von  $P < 0.001$  und die Skala NO (expressiv) auf dem Level von  $p < 0.013$ .

**C.** Um die Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen weiter differenzieren zu können, wurde ein post-hoc-Test nach Scheffe bei Mehrfachvergleich durchgeführt.

#### **PA F6 zu F4**

Bei der Skala **PA (dominant/autokratisch)** zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,30 (F6 – F4). An Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen erkrankte Patienten (F6) wiesen einen deutlich höheren Skalenwert für den IIP-Skalenbereich Dominanz auf, als Patienten mit somatoformen und neurotischen Störungen (F4).

#### **BC F6 zu F3, F4, F5**

Bei der Skala **BC (rachsüchtig/konkurrierend)** zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 2,40 (F6 – F4), zwischen den ICD-10-Gruppen F6 und F5 mit einem Wert von 1,69 (F6 – F5), sowie zwischen den Gruppen F6 und F3 mit einer Differenz von 1,47 (F6 – F3).

Verhaltens- und Persönlichkeitsgestörte (F6) weisen deutlich höhere Skalenwerte für die IIP-Skala Rachsucht auf, als Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten bei körperli-

chen Störungen (F5), mit affektiven Störungen (F3), oder mit somatoformen und neurotischen Störungen (F4).

#### **DE F6 zu F4, F5 F3 zu F4**

Bei der Skala **DE (abweisend/kalt)** zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen F6 und F5 mit einer mittleren Differenz von 2,31 (F6 – F5), zwischen den ICD-10-Gruppen F6 und F4 mit einem Wert von 3,09 (F6 – F4), sowie zwischen den Gruppen F3 und F4 mit einer Differenz von 1,71 (F3 – F4).

Patienten, die an Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen leiden (F6), weisen deutlich höhere Skalenwerte für die IIP-Einheit zu abweisend auf, als somatoform und neurotisch Gestörte (F4), oder Verhaltensauffällige mit körperlichen Störungen (F5). Ebenfalls zeigen Patienten mit affektiven Störungen (F3) eine höhere Skalenwertigkeit, als Patienten mit somatoformen und neurotischen Störungen (F4).

#### **FG F3 zu F4 F6 zu F4**

Bei der Skala **FG (introvertiert/sozial vermeidend)** zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen F3 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,97 (F3 – F4) und den ICD-10-Gruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 3,33 (F6 – F4).

Verhaltens- und Persönlichkeitsgestörte (F6) sowie Patienten mit affektiven Störungen (F3) wiesen deutlich höhere Werte auf, als Patienten mit somatoformen und neurotischen Störungen (F4).

#### **HI F6 zu F4 F3 zu F4**

Bei der Skala **HI (unterwürfig/selbstunsicher)** zeigten sich bei den Mehrfachvegleichen signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen F3 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,92 (F3 – F4) sowie zwischen den ICD-10-Gruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 2,27 (F6 – F2).

Verhaltens- und Persönlichkeitsgestörte (F6) sowie Patienten mit affektiven Störungen (F3) wiesen demnach deutlich höhere Skalenwerte für den IIP-Skalenbereich Unterwürfigkeit auf, als somatoform und neurotisch Gestörten (F4).

#### **JK F3 zu F4 F6 zu F4**

Bei der Skala **JK (ausnutzbar/nachgiebig)** zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen F3 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,75 (F3 – F4) sowie zwischen den ICD-10-Gruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,67 (F6 – F4).

Patienten mit affektiven Störungen (F3) sowie verhaltens- und persönlichkeitsgestörte Patienten (F6) wiesen demnach deutlich höhere Skalenwerte für den IIP-Skalenbereich Nachgiebigkeit auf, als somatoform und neurotisch Gestörte (F4).

#### **LM F3 zu F4 F6 zu F4**

Bei der Skala **LM (fürsorglich/freundlich)** zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen F3 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,51 (F3 – F4) sowie zwischen den Gruppen F6 und F4 mit einem Differenzwert von 1,47 (F6 – F4). Patienten mit affektiven Störungen (F3) sowie Verhaltens- und Persönlichkeitsgestörte (F6) wiesen demnach deutlich höhere Skalenwerte für die IIP-Skala zu fürsorglich auf, als somatoform und neurotisch Gestörte (F4).

Der signifikante Unterschied in der Skala **NO (aufdringlich)** bei d konnte in der Mehrfachanalyse keinem signifikanten Unterschied zwischen den Einzelgruppen zugeordnet werden.

Beim Mehrfachvergleich zeigen sich für die IIP Gesamtscore signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen F6 und F4 mit einer mittleren Differenz von 2,08 (F6 – F4) sowie F6 und F5 mit einer mittleren Differenz von 1,21 (F6 – F5) und den ICD -10-Gruppen F3 und F4 mit einer mittleren Differenz von 1,38 (F3 - F4).

**Fazit:** Schlussfolgern lässt sich daraus, dass die höchsten Skalawerte die Diagnosegruppen F6, gefolgt von der Gruppe F3 und F5, und den niedrigsten Wert die Gruppe F4 aufweisen.

### 3.3. Externe Validität der IIP-Skalen

In dieser Studie soll der Zusammenhang zwischen dem IIP und anderen Messinstrumenten untersucht werden. Fragen untereinander verglichene Testverfahren gleiches ab, also in diesem Zusammenhang interpersonelle Probleme (Fragestellungen sind interpersonell verwurzelt), dann ist ein deutlicher Zusammenhang, bei keiner Übereinstimmung kein Zusammenhang festzustellen; gesetzt den Fall, der IIP hat das Potential, dazwischen unterscheiden zu können. Erwartet wird (im Vergleich zu bereits existierenden Fremdstudie zu gleicher Fragestellung), dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem IIP und dem SCL-90-R und ein gewisser Zusammenhang mit dem GBB und dem NEO-FFI replizierbar ist.

#### 3.3.1. Korrelation und Zusammenhang mit dem GBB

**Tabelle 1: Korrelation der Skalen des IIP mit den Skalen des GBB (N=832)**

Zwischen den 8 IIP-Skalen und den 5 GBB-Skalen ergaben sich die in der nachfolgenden Tabelle 1 dargestellten Korrelationen:

Skalen des IIP	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Ge-samt-score IIP
Skalen des GBB									
Erschöpfung	.21**	.23**	.27**	.33**	.34**	.33**	.32**	.25**	.39**
Magenbeschwerden	.15**	.16**	.14**	.16**	.16**	.18**	.21**	.18**	.22**
Gliederschmerzen	.16**	.13**	.15**	.21**	.20**	.24**	.24**	.15**	.25**
Herzbeschwerden	.18**	.16**	.13**	.23**	.23**	.23**	.25**	.25**	.28**
Beschwerdedruck (Score GBB)	.22**	.22**	.23**	.30**	.30**	.31**	.33**	.27**	.37**

- p < .05, \*\* p < .01

In dieser Stichprobe von 832 Patienten bestanden zwischen allen Skalen des IIP und des GBB positive Korrelationen (s. o.g. Tbl 1). Die höchsten Korrelationen zeigten die GBB-Skalen Erschöpfung und Beschwerdedruck mit der IIP-Gesamtskala. Bedeutende Korrelationen bestanden zwischen den GBB-Skalen Erschöpfung und Beschwerdedruck und den IIP-Subskalen zu introvertiert (FG), selbstunsicher (HI), ausnutzbar (JK) und fürsorglich (LM). Die GBB-Subskalen Magenschmerzen, Gliederschmerzen und Herzschmerzen korrelierten höher mit dem IIP-Gesamtwert als mit

einer seiner Subskalen. Die niedrigsten Korrelationen zwischen den jeweiligen GBB Skalen mit den IIP-Untergruppen fanden sich in den Bereichen zu dominant (PA), konkurrierend (BC) und abweisend (DE).

Insgesamt zeigt sich ein schwacher, aber statistisch bedeutender Zusammenhang zwischen den beiden Instrumenten.

### Streudiagramm

In der nachfolgenden Abbildung 9 wird sichtbar, dass es einerseits im Groben einen Zusammenhang zwischen den beiden Fragebogensystemen gibt, andererseits ausreichend Patienten vorhanden sind, die mehr Probleme auf dem IIP und weniger Probleme auf dem GBB äußern. Diese Tatsache lässt sich auch umgekehrt bestätigen.

Der Zusammenhang zwischen den Gesamtwerten des IIP und des GBB wurde graphisch in Form eines Streudiagramms veranschaulicht.

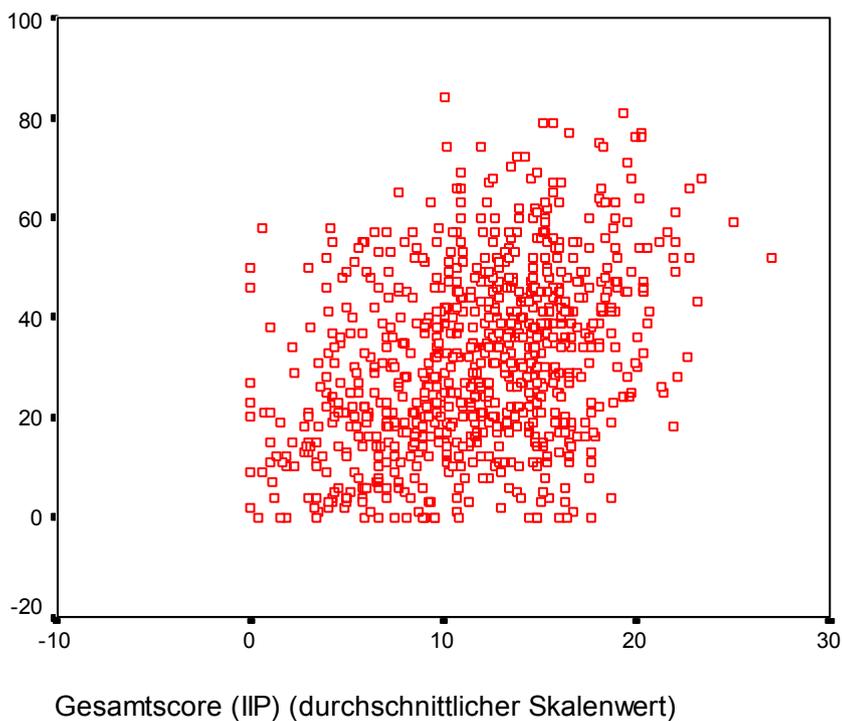


Abb. 9: Streudiagramm IIP und GBB

### 3.3.2. Korrelation und Zusammenhang mit dem SCL-90-R

**Tabelle 2: Korrelation der Skalen des IIP mit den Skalen des SCL-90 R (N=2414)**

Skalen des IIP	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Ge-samt-score IIP
Skalen des SCL-90 R									
Somatisierung	.14**	.13**	.14**	.20**	.22**	.24**	.27**	.21**	.26**
Zwanghaftigkeit	.31**	.42**	.44**	.49**	.48**	.44**	.42**	.40**	.58**
Unsicherheit	.35**	.50**	.53**	.65**	.57**	.47**	.47**	.41**	.68**
Depressivität	.30**	.40**	.44**	.51**	.51**	.46**	.48**	.42**	.60**
Ängstlichkeit	.24**	.29**	.29**	.39**	.36**	.33**	.35**	.32**	.44**
Aggressivität	.42**	.43**	.36**	.32**	.28**	.26**	.33**	.39**	.46**
Phobische Angst	.16**	.24**	.26**	.37**	.30**	.26**	.27**	.26**	.37**
Paranoides Denken	.38**	.48**	.42**	.45**	.41**	.40**	.42**	.41**	.57**
Psychotizismus	.31**	.42**	.45**	.48**	.40**	.38**	.37**	.38**	.54**
SCL-GSI (Gesamtindex)	.35**	.45**	.45**	.54**	.50**	.46**	.48**	.44**	.63**

\* p < .05, \*\* p < .01

Alle IIP-Skalen korrelieren positiv mit den SCL-90-R-Skalen in der Stichprobe, an der 2414 Patienten teilnahmen (s. o.g. Tbl. 2). Sehr hohe Korrelationen lassen sich vor allem bei den SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, paranoides Denken und Psychotizismus mit allen IIP-Skalen außer der Subskala PA (dominant) finden. Gleiches zeigt sich zwischen den IIP-Gesamtskalen mit dem SCL-Gesamtindex. Die höchsten Korrelationen lassen sich zwischen der IIP-Skala introvertiert (FG) und dem IIP-Gesamtscore mit der SCL-90-R-Skala Unsicherheit finden. Die niedrigsten Korrelationen finden sich vor allem zwischen der SCL-90-R Skala Somatisierung mit allen IIP-Skalen.

Insgesamt zeigt sich ein starker, statistisch bedeutender Zusammenhang zwischen den beiden Instrumenten.

Der Zusammenhang zwischen den Gesamtwerten des IIP und des SCL-90-R wurde graphisch in Form eines Streudiagramms veranschaulicht.

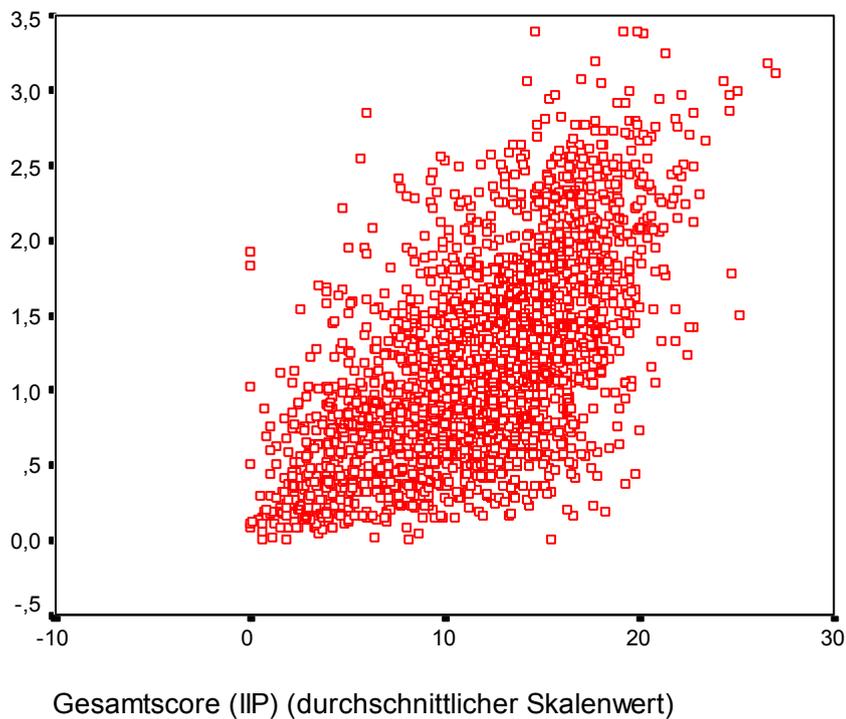


Abb. 10: Streudiagramm IIP und SCL-90-R

In der o.g. Abbildung 10 lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den beiden Fragebogensystemen erkennen. Aber auch hier gibt es Patienten, die mehr Probleme auf dem IIP und weniger Probleme auf dem SCL-90-R äußern und vice versa.

### 3.3.3. Korrelation und Zusammenhang mit dem BSS

Tabelle 3: Korrelation der Skalen des IIP mit den Skalen des BSS (N=2513)

Skalen des IIP									
Skalen des BSS	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Ge-samt-score IIP
Körperliche Beschwerden	-.07**	-.09**	-.07**	-.03	-.04	-.01	-.00	-.06**	-.06**
Psychische Beschwerden	.07**	.11**	.11**	.14**	.14**	.11**	.12**	.08**	.15**
Sozialkom. Beschwerden	.07**	.15**	.15**	.19**	.14**	.09**	.10**	.05*	.16**
BSS Gesamtscore	.03	.14**	.16**	.19**	.13**	.08**	.05**	.04	.14**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

In dieser Stichprobe, an der 2513 Patienten teilnahmen, werden die acht Skalen des IIP mit allen BSS-Skalen korreliert (s. o.g. Tbl. 3). Bei der Subskala „körperliche Beschwerden des Beeinträchtigungs-Beschwerde-Score“ und allen IIP-Skalen ein-

schließlich des IIP-Gesamt-Score finden sich eine negative Korrelationen. Dabei korrelieren alle Skalen, außer den IIP-Subskalen FG, HI, JK, LM signifikant, wenn auch nicht ausgeprägt, miteinander.

Die Subskalen „psychische Beschwerden“, „sozialkommunikative Beschwerden“, sowie der Gesamtscore des BSS korrelierten schwach positiv mit allen IIP Skalen und dem IIP-Gesamtscore. Ausgenommen dabei sind die nicht signifikanten Korrelationen des BSS Gesamtscores mit den IIP-Skalen PA und NO.

Der Zusammenhang zwischen den Gesamtwerten des IIP und des BSS wurde graphisch in Form eines Streudiagramms veranschaulicht.

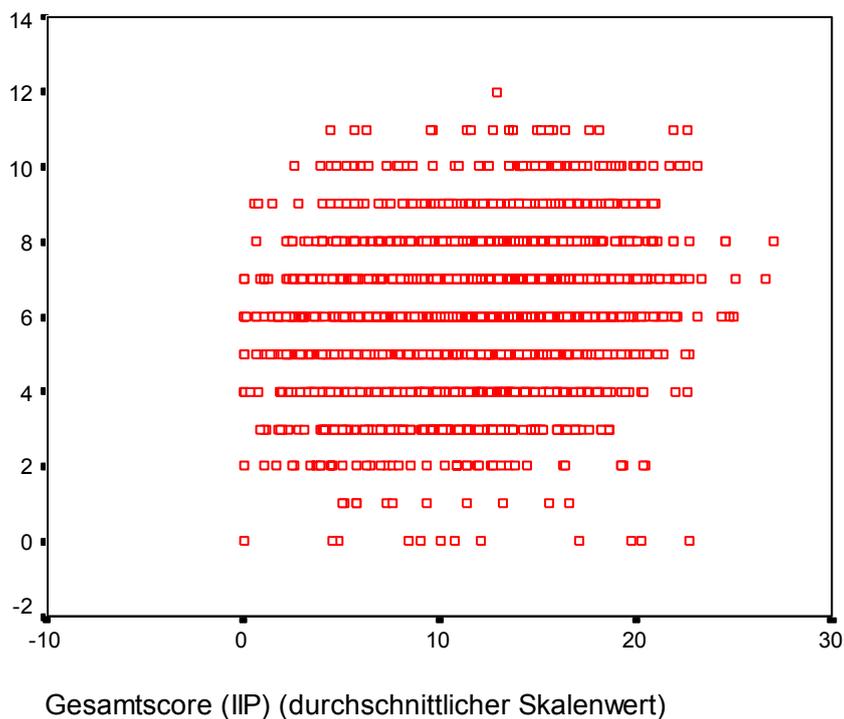


Abb. 11: Streudiagramm IIP und BSS

In der o.g. Abbildung 11 lässt sich kein Zusammenhang zwischen den beiden Fragebogensystemen erkennen.

### 3.3.4 Korrelation und Zusammenhang mit dem NEO-FFI

Tabelle 4: Korrelation IIP und NEO-FFI

Skalen des IIP									
NEO-FFI	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Ge-samt-score IIP
<b>Neurotizismus</b>	.267*	.349*	.416*	.542*	.532*	.423*	.453*	.360*	.567*
<b>Extraversion</b>	-.038	-.335*	-.441*	-.536*	-.372*	-.169*	-.069	.069	-.331*
<b>Offenheit</b>	.064	-.090	-.051	-.044	-.002	.057	.114*	.092	.024
<b>Verträglichkeit</b>	-.433*	-.489*	-.335*	-.182*	.010	.038	.022	-.200*	-.235*
<b>Gewissenhaftig.</b>	-.135*	-.214*	-.224*	-.204*	-.263*	-.208*	-.144*	-.205*	-.268*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Die Skala **Neurotizismus** korreliert mit allen IIP-Skalen sowie dem IIP Gesamtscore signifikant positiv. Dabei weisen die Untergruppen DE, FG, HI, JK, LM und IIP-Gesamtscore eine Skalenwertigkeit von größer .40 auf.

Die Skala **Gewissenhaftigkeit** korreliert dagegen mit allen IIP-Skalen signifikant negativ, zeigt aber keinen Wert größer .26.

Die Skala **Extraversion** korreliert außer mit der Untergruppe NO (aufdringlich) mit allen weiteren Skalen des IIP negativ. Eine Skalenwertigkeit größer .40 findet sich lediglich bei den zwei Untereinheiten DE und FG.

Die Skala **Offen für Erfahrung** korreliert mit dem IIP-Gesamtscore sowie den Einheiten PA, JK, NO, LM (zu fürsorglich) positiv, wobei Letzterer eine Signifikanz aufweist. Insgesamt stellt sich dabei kein Wert größer .11 dar.

Die Skala **Verträglichkeit** korreliert mit den Skalen PA, BC, DE, FG, NO und IIP-Gesamtscore signifikant negativ, wobei nur die Untergruppen PA und BC Werte größer .40 erreichen. Die verbleibenden drei IIP-Subskalen korrelieren positiv, weisen aber nur sehr schwache Skalenwertigkeiten auf (s. o.g. Tbl. 4).

Die Anfertigung eines Streudiagramms vom Fragebogensystem NEO-FFI ist nicht möglich, da er keinen Gesamtscore besitzt. Dies ist allerdings Voraussetzung zur Erstellung des Diagramms.

### 3.4. Rotierte Komponentenmatrix, zweidimensionale Struktur, zirkumplex-Modell

Der Nachweis der Validität des IIP soll in dieser Studie anhand eines vier stufigen Vorgehens untersucht werden. Am Ende soll die Zirkumplex-Struktur am vorliegenden Datensatz replizierbar sein.

#### 1.Schritt: Ipsatierung der Itemwerte

Faktorenanalysen zeigten, dass der IIP, wie die meisten Selbstbeurteilungsfragebögen, die Symptome oder Probleme messen, einen relativ starken allgemeinen Faktor aufweist, der als „Klagsamkeit“ (complaint factor) (Horowitz et al, 1988) und als ein „interpersonal distress factor“ (Gutmann, 1992; Tracey, Rounds, Gurtman, 1996) bezeichnet wird.

In Anlehnung an die Vorgehensweise von Alden et al. 1990, sowie Soldz, Budman, Demby, Merry (1993), Weinryb et al. (1996) werden als erster Schritt alle Items der acht Skalen „ipsatiert“.

#### 2.Schritt: Interkorrelation der ipsatierten IIP-Skalen

Die folgende Tabelle zeigt die zirkumplex Korrelationsmatrix für das Inventar zur Erfassung von interpersonellen Persönlichkeitsstörungen (Monsen et al., 2006)

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
PA (autokratisch/dominant)	1							
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	p1	1						
DE (abweisend/kalt)	p2	p1	1					
FG (introvertiert/soz. verm.)	p3	p2	p1	1				
HI (unterwürfig/selbstuns.)	p4	p3	p2	p1	1			
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	p3	p4	p3	p2	p1	1		
LM (fürsorglich/freundlich)	p2	p3	p4	p3	p2	p1	1	
NO (expressiv/aufdringlich)	p1	p2	p3	p4	p3	p2	p1	1

p1>p2>p3>p4

p1 repräsentiert Korrelationen zwischen benachbarten Skalen. p2 repräsentiert Korrelationen zwischen Skalen zwei Schritte daneben auf dem Kreis. p3 repräsentiert Korrelationen zwischen Skalen drei Schritte daneben auf dem Kreis. p4 repräsentiert Korrelationen zwischen gegenüberliegenden Skalen.

Die zirkumplex Korrelationsmatrix ist dabei identisch mit der Interkorrelation der IIP-Skalen, die bereits diskutiert wurde (vgl. Seite 60). Die dort vorhandenen Vorzeichen und Ausprägungen der Korrelationskoeffizienten haben dabei eine bestimmte Bedeutung.

Je höher die Werte der Koeffizienten sind, desto näher liegen die beiden jeweiligen dazugehörigen Skalen im Kreismodell nebeneinander, gleiches gilt auch, wenn sie positive Vorzeichen aufweisen. Weisen die Koeffizienten dagegen ein negatives Vorzeichen auf, zeigt dies an, dass die dazugehörigen IIP-Skalen gegenüberliegend angeordnet sind.

### 3. Schritt: Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation

#### Rotierte Komponentenmatrix mit ipsatierten Werten.

	Komponente	
	1	2
PA (autokratisch/dominant)	.473	<b>.740</b>
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	<b>.799</b>	.181
DE (abweisend/kalt)	<b>.755</b>	-.340
FG (introvertiert/soz. vermeid.)	.312	<b>-.777</b>
HI (unterwürfig/selbstuns.)	-.483	<b>-.695</b>
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	<b>-.825</b>	-.174
LM (fürsorglich/freundlich)	<b>-.810</b>	.242
NO (expressiv/aufdringlich)	-.217	<b>.822</b>

Die Dimension Dominanz setzt sich aus den Skalen PA (dominant), FG (introvertiert), HI (unterwürfig) und NO (expressiv) zusammen, die Dimension Zuneigung aus den Skalen BC (konkurrierend), DE (kalt), JK (ausnutzbar) und LM (fürsorglich).

Die beiden extrahierten Faktoren erklären 80,1% der Gesamtvarianz und bestätigten dabei die zweidimensionale Struktur, wobei ein sehr gutes Resultat erzielt wurde im Vergleich zu der Originalversion von Alden, die lediglich eine Gesamtvarianz von 65% erreichte.

Die Faktorenanalysen, auf denen die Konstruktion des Kreismodells beruht, unterscheiden sich dadurch, dass bei Verwendung der Skalenrohwerter 3 Faktoren (der instabiler „general Distress faktor“ und die beiden stabilen Faktoren Dominanz / Zuneigung), bei Verwendung ipsatierter Werte 2 Faktoren (Persönlichkeitskonstrukt) extrahiert werden. In beiden Fällen ergibt sich aber, wenn man die Faktorstruktur bildlich veranschaulicht, ein Kreismodell. Unter Verwendung von Skalenrohwertern erhält man einen 3-dimensionalen, bei Anwendung von ipsatierten Werten einen zweidimensionalen Raum, ansonsten zeigen sich praktisch keine Unterschiede.

#### Vierter Schritt: bildliche Darstellung des Zirkumplex-Modell

Die acht Skalen werden in das durch die beiden Dimensionen aufgespannte Koordinationssystem eingetragen, so dass das Zirkumplex-Modell gut zu erkennen ist.

## Faktor 2

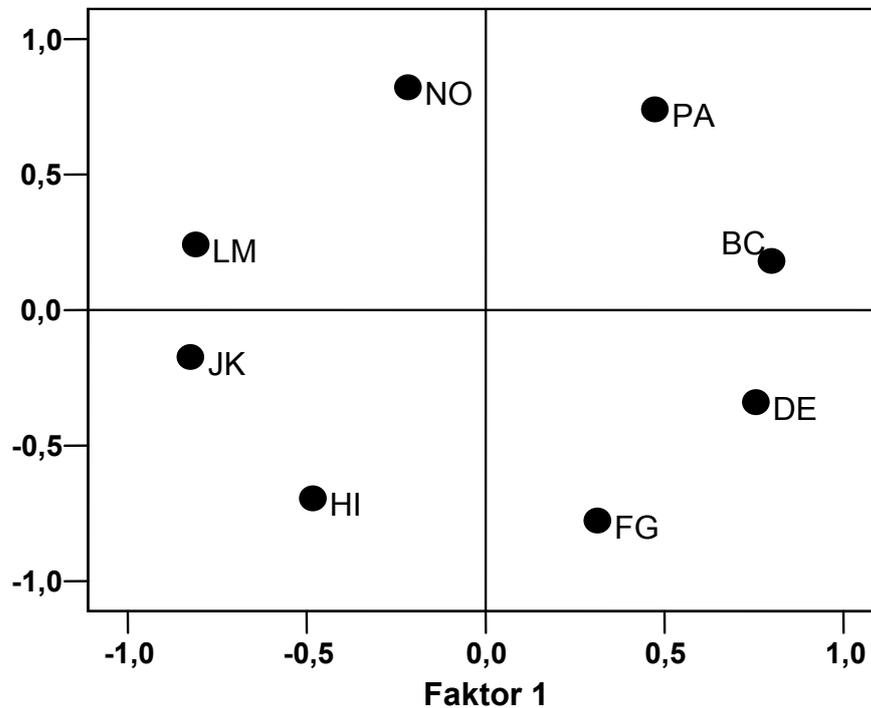


Abb 12: Zirkumplex Modell

Allgemein lässt sich feststellen, dass alle Skaleneckpunkte in einem eigenen Sektor liegen, s. Abb. 12. Die Einteilung der acht Sektoren erfolgt durch vier weitere Unterteilungen im 45 Grad Abstand zu dem schon beschriebenen Zwei-Achsenmodell. Vergleicht man die Lage der idealen Eckpunkte zu den erzielten Eckpunkten, so stellt sich eine Verschiebung im Uhrzeigerrichtung von 13 – 43 Grad dar. Die Abstände der erzielten Eckpunkte zu den Nachbarpunkten lagen zwischen 22 – 70 Grad. Der Radius, auf dem die Punkte liegen, ist bis auf die beiden waagerechten Eckpunktpaare (BC, DE und LM, JK) annähernd gleichförmig.

In der nachfolgenden Tabelle werden die idealen den erzielten Eckpunkten gegenübergestellt und die sich daraus ergebenden Abweichungen ersichtlich.

	ideale Eckpunkte	erzielte Eckpunkte	Abweichung
PA (autokratisch/dominant)	90	128	38
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	135	170	35
DE (abweisend/kalt)	180	202	22
FG (introvertiert/soz. verm.)	225	243	18
HI (unterwürfig/selbstuns.)	270	313	43
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	315	353	38
LM (fürsorglich/freundlich)	0	13	13
NO (expressiv/aufdringlich)	45	67	22

#### 4. Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war es, den IIP-C auf seine psychometrische Aussagekraft im Rahmen einer Patientenstichprobe aus dem Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu überprüfen. In den letzten Jahren gab es zahlreiche Untersuchungen, die dies bereits an meist gesunden und kranken Stichproben untersuchten und dabei zeigten, dass der IIP-C eine gute Reliabilität und Validität hat (Acton, Revelle, 2002; Horowitz et al., 2000; Tracey, Rounds, Gurtman, 1996; Vit-tengl et al., 2003), wobei es hinsichtlich der Beweisverfahren zur Validität eine Entwicklungstendenz gab.

Die ersten Studien, die nach Veröffentlichung des Instrumentes im Jahr 1990 erschienen, begnügten sich damit, die Validität durch zwei Verfahren zu belegen. Einerseits durch Darstellung der zweidimensionalen Struktur anhand einer Hauptkomponentenanalyse (Vgl. Strauß, 2002; Gustavson, 1995) (entspricht der faktoriellen Validität) und andererseits durch Korrelationen mit anderen Messinstrumenten, wie z.B. dem GBB (Brähler, 1999; Schlagenhauf, 2003) (entspricht der Konstruktvalidität).

In jüngster Zeit erschienene Studien wandten die Methode der Zirkumplex-Darstellung der Skalen zum Beleg der Validität des Instruments an. Die dabei erzielten Resultate lieferten starke Hinweise auf Validität des Instruments.

Dabei stellte sich heraus, dass allein die Gradzahlendarlegung der Skalenknotenpunkte, der Längenvektoren und die bildlichen Darstellung des Studienergebnisses erstens zum Nachweis der Validität ausreichten und zweitens auch gute Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studienresultaten (aus dem interpersonellen sowie nicht interpersonellen Problembereich) zuließen (vgl. Vanheule, 2006; Monsen, 2006; Weinryb, 1995, Wuchner, 1993).

Erweiterte Studien zogen nun auch andere interpersonelle persönlichkeitsmessende Instrumente wie die Interpersonal Checkliste (ICL; La Forge, Suczek, 1955), die Interpersonal Adjektive Scales (IAS; Wiggins, 1979), die Revises IAS (IAS-R; Wiggins, Trapnell, Phillips, 1988) und den Inventory of Interpersonal Goals (IIG; Horowitz,

Dryer, Krasnoperova, 1997) in dieses Verfahren ein und konnten für alle der genannten Instrumente die zirkumplex Struktur bestätigen (Vgl. Acton, Revelle, 2002).

#### **4.1. Reliabilität**

In dieser Studie ergab die innere Konsistenz des Fragebogens, untersucht durch den Cronbach's Alpha Koeffizienten, bei allen Skalen zufriedenstellende Ergebnisse. Die Alpha-Werte lagen zwischen .74 - .88. Im Vergleich dazu präsentierte sich die Normstichprobe mit deutlich schlechteren Ergebnissen. Hier lagen die Alpha-Werte zwischen .36 - .64.

Stellt man die erhobenen Resultate in Vergleich zu anderen Studienergebnissen, so wurde ein ähnliches und sogar besseres Resultat für die Patientenstichprobe und eine schlechteres Ergebnis für die Normstichprobe erreicht.

Jüngste Untersuchungen aus dem Jahr 2006, darunter eine holländischen Studie (Desmet, Vanheule), erzielten für die Patientenstichprobe Alphawerte zwischen .65 - .84 und für die Normstichprobe zwischen .68 - .83. In einer norwegischen Studie (Monsen, Eilertsen, Havik) fanden sich für die Alpha' der Patientengruppe Werte zwischen .69 - .86 und für die Normstichprobe zwischen .71 - .83.

Weitere Ergebnisse aus reinen Patientenstichproben beschrieben die erzielten Alpha-Werte zwischen .76 - .88 (Horowitz et al. ,2000) und zwischen .72 - .88 (Vittengl et al. ,2003). Alden et al. (1990) erzielte Werte zwischen .72 - .85 und bei zwei weiteren Stichproben wurden sie zwischen .53 - .67 und .61 - .72 vorgefunden (Acton, Revelle, 2002).

#### **4.2. Interkorrelation**

##### **Vergleich Patienten- mit Normstichprobe:**

Vergleicht man die Interkorrelationen der ipsatierten Skalen des IIP in beiden Probandengruppen (Patientenstichprobe der vorliegenden Studie und Probanden der Normstichprobe) miteinander, so stellt man eine große Übereinstimmung bei den Interkorrelationsergebnissen hinsichtlich der Ausprägung sowie der Vorzeichen der Korrelationskoeffizienten fest.

##### **Vergleich mit anderen Studien:**

Bestätigung finden die Interkorrelationsergebnisse der nicht-ipsatierten IIP-Skalen dieser Patientenstichprobe durch den Vergleich mit den Koeffizienten aus anderen Untersuchungen (Monsen et al. ,2006; Weinryb et al. ,1995). Ebenfalls fand sich eine große Übereinstimmung der ipsatierten IIP-Skalen der vorliegenden Studie mit denen aus der Untersuchung von Bähler et al. (1994).

Insgesamt kann man dabei feststellen, dass die Werte, die hier bei der untersuchten Patientenstudie erzielt wurden, generell ähnlich oder höher liegen, als in den erwähnten Vergleichstabellen.

#### **4.3. Faktorenanalyse**

Seit der Entwicklung des IIP durch Horowitz (88') gab es immer wieder Studien, die versuchten, eine perfekte Zuordnung der Items zu ihren zugehörigen Skalen zu schaffen. Die präsentierten Lösungen variierten dabei nicht nur in Item- sowie Skalenanzahl, sondern in den zwei Hauptherangehensweisen, der empirischen und der theoretischen. Instrumente, die der rein empirischen Herangehensweise entsprechen, sind z.B. die von Barkham et al. (1994) und Horowitz et al. (1988). Der vorliegende IIP-C, der auf einer theoretischen Annahme basiert (in dem Fall auf dem „Interpersonal Circle“ nach Leary (1957) und z.B. in Soldz et al. (1995) Mitverfechter gefunden hat), und die Originalversion von Horowitz sind wahrscheinlich die beiden am meisten genutzten Messinstrumente in der interpersonellen Forschung überhaupt (Kiesler, 1995).

Die konfirmatorische Faktorenanalyse zeigte eine insgesamt gute Anpassung der Items an die von den Autoren des IIP vorgeschlagene Faktorenstruktur. Die meisten Indices erfüllten das Kriterium nach Gerbing und Anderson. Die Indices, die von der Richtlinie abwichen, lagen in einem noch akzeptablen Rahmen.

Bestätigung fanden die erzielten Ergebnisse durch den direkten Vergleich mit einer holländischen Studie, in der ähnliche Resultate für die dortige Patienten- sowie Normstichprobe festgestellt werden konnten. Erstgenannte Gruppe erreicht dabei allgemein bessere Fit-Indices (vgl. Vanheule, Desmet, 2006).

Stellt man alle in dieser Arbeit zum Einsatz gekommenen Instrumente in direkten Vergleich zueinander, erhält man die folgende Ergebnisübersicht.

Vergleiche: GBB (Schlagenhauf, 2003); SCL-90-R (Schmitz et al., 2000); NEO-FFI (Baldini, 2002).

Fit-Indizes	<b>GBB</b>	<b>SCL-90-R</b>	<b>NEO-FFI</b>	<b>IIP-C</b>
<b>GFI</b> (Goodness of Fit Index)	0,83	0,68	0,79	0,91
<b>AGFI</b> (Adjusted Goodness of Fit Index)	0,80	0,68	0,78	0,84
<b>RMR</b> (Root Mean Square Residual)	0,076	0,084	0,17	0,09

#### **4.4. Validität**

##### **4.4.1. SCL-90-R:**

Zur Überprüfung der Validität des IIP wurden Korrelationen mit anderen, bereits seit längerer Zeit etablierten Fragebögen durchgeführt. Eins der am häufigsten benutzten Instrumente war dabei die SCL-90-R, die der Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome dient. Sie liefert diagnostische Hinweise für psychopathologische Veränderungen und eignet sich auch zur Verlaufskontrolle eines therapeutischen Prozesses. Horowitz et al. (1978, 1988) bewertete dabei die

Kombination mit der SCL-90-R als eine gute Vergleichsmöglichkeit, da hier die Gesamtwerte der beiden Fragebögen aufgrund eines ähnlichen Aufbaues gut in Beziehung gebracht werden können.

Wie erwartet (und bereits durch Horowitz (1988) (IIP-127); Davies-Osterkam & Kriebel (1993) (IIP-64) belegt), zeigten sich durchwegs hohe und positive Korrelationskoeffizienten aufgrund der Überlappung der beiden Fragebogensysteme.

Die niedrigste Korrelation fand sich in der vorliegenden Untersuchung für die SCL-90-R Skala Somatisierung zu allen IIP-Skalen. Eine mögliche Erklärung liefern Wuchner et al. (1993), die bei gleicher Fragestellung die zusammengefassten Symptome dieser Skala (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel) als zu krankheitsunspezifisch empfanden, so dass sie sich bei keiner Diagnosegruppe abheben, noch nicht einmal bei der Gruppe der psychosomatischen Patienten im Vergleich zu den restlichen Gruppen.

Hohe Werte wurden für Korrelationen zu den SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depression, paranoides Denken und Psychotizismus vorgefunden.

Der Zusammenhang zwischen Depressionen und interpersonellen Problemen ist ja eingangs bereits detailliert beschrieben worden und dadurch zu erwarten gewesen. Auch der erzielte hohe Zusammenhang zur SCL-90-R-Einheit Unsicherheit verwundert nicht, da die zugehörigen Items der Skala stark im interpersonellen Problembereich verwurzelt sind (also deutlich zugewandter im Vergleich zu den symptomatischen Beschwerden wie Depression, Somatization, Ängste, phobische Angst).

Eine Erklärung für die hohen Assoziationen in den Bereichen des paranoiden Denkens sowie des Psychotizismus ist, dass in beiden Skalen Items enthalten sind, die interpersonell orientiert sind. Beispielsweise finden sich unter dem Begriff „Paranoides Denken“ Itemsaussagen wie: „das Gefühl haben, den meisten Menschen nicht vertrauen zu können“ und unter dem Begriff „Psychotizismus“ sind Itemsaussagen wie: „sich alleine fühlen, auch wenn man mit Menschen zusammen ist.“ Die Erklärung für das hohe Korrelationsergebnis der SCL-90-R-Skala Zwanghaftigkeit bleibt unklar, da Items in dieser Skala Schwierigkeiten in dem Bereich der kognitiven Leistung (Entscheidungen treffen, Dinge behalten) darlegen.

Insgesamt lässt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen den beiden Fragebogensystemen in der Korrelationstabelle, der bildlichen Darstellung sowie im Vergleich mit anderen Studien erkennen.

Durch den direkten Vergleich mit einer Studie aus dem deutschsprachigen Raum (Schmitz, et al., 2000) findet das erzielte Ergebnis seine Bestätigung, da sich dabei fast identische Ergebnisse zeigen.

Das Autorenteam Wuchner et al. (1993) (relativieren dieses Ergebnis) stellte in einer Studie zu diesem Thema fest, dass ein hohes Ausmaß an interpersonellen Problemen einher geht mit einem hohen Ausmaß an psychiatrisch-psychosomatischen Symptomen und Beeinträchtigungen. Dabei belegten die Autoren, dass dieser enge Zusammenhang nicht inhaltlich begründet ist, sondern Ausdruck eines „allgemeinen Leidensfaktors“ bzw. „Klagsamkeitsfaktors“. D.h. die Tendenz spiegelt intensiv erlebte Beeinträchtigungen dadurch, dass bei der Selbstbeurteilung in allen erfragten Bereichen Extremwerte zur Einschätzung benutzt werden.

Auf diesen Zusammenhang machten bereits Horowitz et al. (1988) sowie Davies-Osterkam & Kriebel (1993) aufmerksam, die diese beiden Fragebögen in großen Stichproben miteinander verglichen. Erst durch die Ipsatierung der Werte lassen sich differentielle Zusammenhänge deutlicher machen. Auch hier zeigten sich die Skalen Unsicherheit mit der höchsten Ausprägung und die Skala Somatisierung mit der geringsten Ausprägung.

Zurückkommend auf die zugrunde liegende Studie findet nach Ipsatierung der Werte diese Aussage Bestätigung, wobei sich die Korrelationskoeffizienten in deutlich geringer Ausprägung darstellten. In Bezug auf die einzelnen Skalen der zwei Fragebögen fällt auf, dass zwar die bereits o. g. fünf SCL-90-R-Skalen auch hier wieder die höchsten Ausprägungen aufweisen, aber nur zwei IIP-Skalen sich deutlich in den Vordergrund erheben. Dabei handelt es sich um die Einheiten FG (introvertiert, sozial vermeidend) und HI (unterwürfig, selbstunsicher). Vergleicht man dazu die Korrelationstabelle mit den Rohwerten, stellt man fest, dass auch da diese beiden Skalen die höchste Ausprägung erreichten (.20 - .65). Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Kernaussage im Groben in beiden Korrelationstabellen (nicht-ipsatiert / ipsatiert) bestehen bleibt, wenngleich die Ausprägung durch die Ipsatierung deutlich abnimmt (.06 - .36), aber noch erkennbar bleibt.

#### **4.4.2. BSS**

Der BSS, ein Fremdbeurteilungsbogen, erfasst die durchschnittliche Schwere psychischer, somatischer und sozialkommunikativer Beschwerden der letzten sieben Tage, oder des letzten Jahres. Die Korrelation zwischen dem IIP, einem Selbstbeurteilungsbogen, mit dem Beeinträchtigungs-Schwere Score (BSS) zeigte insgesamt so gut wie keinen Zusammenhang.

Wie erwartet, zeigte sich im Konkreten kein Zusammenhang zwischen interpersonellen Störungen und subjektiv erlebten körperlichen Beschwerden und ein schwacher Zusammenhang mit Beschwerden im psychischen und sozialkommunikativen Bereich. Dabei fielen die IIP-Skalen zu introvertiert, abweisend, streitsüchtig im sozialkommunikativen Bereich (.15 - .19) und die IIP-Skalen zu introvertiert und unterwürfig im psychischen Bereich (.14) auf. Die gleiche Tendenz findet sich auch in den Korrelationstabellen, denen ipsatierte Werte zugrunde liegen wieder, wenngleich auch hier die Werte eine geringere Ausprägung aufweisen (.01 - .15). Klinisch sollte allerdings keine Relevanz in die beiden letztgenannten Zusammenhänge gelegt werden, da die Übereinstimmung der subjektiv erlebten Beschwerden mit dem vom Untersucher eingeschätztem Beschwerdeausmaß als gering einzustufen ist.

Dennoch überrascht dieser dargelegte Zusammenhang nicht, da gerade Probleme im introvertierten und unterwürfigen Bereich Menschen psychologisch belasten und dazu bringen einen Therapeuten aufzusuchen und Probleme im introvertierten, abweisenden, streitsüchtigen Bereich auf sozialkommunikativer Ebene dazu führen, dass die therapeutische Beziehung erschwert wird (Horowitz et al., 1993; Schaumburg et al., 2000).

Eine mögliche Erklärung für das schlechte Ergebnis ist in einer Aussage von Rief et al., (1994) zu finden, der nur eine geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung belegte hinsichtlich der Überprüfung des Therapieerfolges.

Bei alleiniger Betrachtung des IIP wird diese Aussage allerdings widerlegt (wobei es auch hier kritische Äußerungen hinsichtlich dessen gibt. S. Kapitel 1.2.4.). Für das zu untersuchende Instrument wurde bereits eingehend die klinische Relevanz bewiesen hinsichtlich der Diagnostik, der Aufzeichnung von Therapieverläufen und der Fähigkeit, zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patientengruppen unterscheiden zu können. Dabei kam es zu einer großen Übereinstimmung zwischen dem von Patienten ausgefüllten Selbstbewertungsbögen, der Beurteilung durch den Therapeuten und eines unabhängigen Beobachters (Frommer, Hoffmann, Hartkamp, Tress, Franke, 2004; Horowitz, 2004; Ruiz et al., 2004; Vittengl et al. 2003).

Diese Aussage wurde durch eine erweiterte Studie der Autoren Bartholomew und Horowitz (1991) bestätigt. Die IIP-Selbstbeschreibungsbögen wurden einerseits durch eine Studentengruppe, andererseits durch Freunde dieser Studenten, die den gleichen Fragebogen in Form einer Fremdbeurteilung ausfüllten, in der Praxis beurteilt. Dabei ließ sich eine gute Übereinstimmung zwischen der inneren Konzeption und dem externen Verhalten belegen.

Abschließend kann man feststellen, dass die geringe Korrelation zwischen IIP und BSS weniger auf Selbst- und Fremdeinschätzung zurückzuführen ist, als vielmehr darauf, dass beide Instrumente Unterschiedliches messen. Eine hohe Korrelation zwischen den beiden Fragebögen (IIP & BSS) kann deshalb nicht vorausgesetzt werden, egal, ob es sich um eine Fremd- oder Selbsteinschätzung handelt, während die Forderung für beide IIP-Formen (Fremd- und Selbsteinschätzung) ist, dass sie das Gleiche messen sollten, so dass man eine hohe Korrelation zwischen ihnen erwarten kann.

#### **4.4.3. GBB**

Der Giessener Beschwerdebogen ist eine Beschwerdeliste, die sich vor allem mit somatoformen Störungen befasst, die in Form eines Selbstbeurteilungsbogens angegeben werden können. Der Beschwerdebogen bietet dem Therapeuten die Möglichkeit Übereinstimmung oder Abweichung zwischen den subjektiven Beschwerden und dem medizinisch objektiven Befund festzustellen. Wie erwartet, stellt der Giessener Beschwerdebogen interpersonelle Persönlichkeitsstörungen kaum dar.

Die nur sehr schwachen positiven Korrelationen, die zwischen allen Skalen des IIP und des GBB bestehen, lassen sich in Richtung einer unspezifischen allgemeinen Klagbarkeit interpretieren. Lediglich die GBB-Einheiten Erschöpfung und der Beschwerdedruck (Gesamtscore des GBB) zeigten etwas deutlichere Zusammenhänge mit den IIP-Einheiten zu introvertiert (FG), unterwürfig (HI), ausnutzbar (JK), fürsorglich (LM) sowie dem Gesamtscore des IIP. Es ist von einer Verbindung zwischen einer gesteigerten Erschöpfungsneigung und den vier benannten interpersonellen Problemen auszugehen.

Zum Teil findet dieses Ergebnis Bestätigung durch eine erweiterte Studie der Autoren Bähler, Horowitz, Kordy, Schumacher und Strauss (1999), die ebenfalls das gleiche Instrument zur Validierung des IIP einsetzten. Werden Rohitemwerte zur IIP-

Skalenbildung verwendet, so zeigt sich eine schwach positive Korrelation zwischen den beiden Instrumenten, die jedoch entfällt, wenn ipsatierte Itemwerte zur Skalenbildung herangezogen werden. Die Erklärung dafür ist, dass durch die Ipsatierung die Varianz, die durch die allgemeine Klagsamkeit bedingt ist, entfällt. (Bähler et al., 1999). Die Autoren schlossen ihre Untersuchung damit ab, dass sie der Meinung waren, dass der Giessener Beschwerdebogen nicht in der Lage ist, interpersonelle Persönlichkeitsprobleme darzustellen.

Das vorliegende Resultat (unter Verwendung von Skalenrohwerten) erhält im direkten Vergleich zu einer neueren Studie, in der die zwei Fragebögen ebenfalls miteinander verglichen wurden (Schlagenhauf, 2003) eine komplette Bestätigung durch die Tatsache, dass die erzielten Ergebnisse sich fast identisch zeigten.

Im Rahmen der durchgeführten Studie, an der ausschließlich psychosomatische Patienten teilnahmen, zeigte sich eine allgemeine schwach ausgebildete positive Korrelation zwischen den nicht-ipsatierten Skalen des IIP und den Skalen des GBB, wobei besonders bei letzteren die gesamten Einheiten Erschöpfung (.21 - .34) und Beschwerdedruck (.22 - .33) vorzuheben sind. Eine bildliche Bestätigung fand das Ergebnis durch das vorliegende Streudiagramm. Betrachtet man die gleiche Korrelationstabelle, unter Verwendung von ipsatierten Skalenwerten, spiegelt sich dieses Ergebnis in deutlich abgeschwächter Ausprägung wider. Für die Einheit Erschöpfung findet sich eine Spannbreite von (.06 - .13) und für die Skala Beschwerdedruck von (.06 - .11) in Bezug auf die IIP-Skalen FG, HI, JK, LM (die schon in der Korrelationstabelle unter Verwendung von Rohskalenwerten die höchsten Ausprägungen erzielten).

Abschließend lässt sich zumindest für die untersuchte Patientenstichprobe eine Verbindung zwischen interpersonellen Persönlichkeitsstörungen und dem Klagen über körperlichen Beschwerden feststellen.

#### 4.4.4. NEO-FFI

Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar, ursprünglich zur Erfassung individueller Differenzen bei Normalpersonen entwickelt, erfasst in Form eines Selbstbeurteilungstests eine breite und unspezifische Persönlichkeitsdimension, die sich besonders zur Basis einschätzung der Testperson eignet. Vergleicht man das IIP mit dem NEO-FFI, so sind die in erster Linie zu erwartenden Zusammenhänge, nämlich zwischen Skalen die interpersonelle Persönlichkeitsstörungen beinhalten (Neurotizismus und Verträglichkeit), bestätigt worden.

**Neurotizismus** zeichnete sich als einzige Skala dadurch aus, dass eine komplett signifikante positive Korrelation mit dem IIP vorhanden war. Besonders fielen dabei die Skalen zu introvertiert (FG) und unterwürdig (HI) auf, die Werte über .50 erreichten und die Skalen zu abweisend (DE), ausnutzbar (JK) und fürsorglich (LM) die alle über .40 lagen.

Eine schwedische Studie (McDonalds, Linden, 2003), die einen möglichen Zusammenhang zwischen der Originalversion des IIP und dem PEN (Persönlichkeitsmessenden Instrument, das aus drei Skalen besteht: Psychotizismus, Extraversion und Neurotizismus) untersuchte, machte auf eine vergleichbare Zusammensetzung zwischen der PEN-Skala Neurotizismus und den IIP-Skalen HI, JK, LM aufmerksam.

Ein Erklärungsansatz für diesen Zusammenhang mag eine Studie von Kiesler (1995) sein, in der nach durchgeführter Hauptkomponentenanalyse bei der Untersuchung des IIP-C ebenfalls die drei Faktorenstruktur dargestellt werden konnte. Der nicht-interpersonelle Faktor, der eingangs bereits durch die Bezeichnung „general distress faktor“ bekannt wurde, wird hier interpretiert als Distress, Neurotizismus oder emotionale Instabilität (Gurtman, 1992, Soldz, Budman, Demby, Merry, 1993).

Vittengl (2003) berichtete über die Studien der Autoren Soldz et al. (1993) und Gurtman (1995), die die Zusammenhänge zwischen den NEO-FFI-Skalen und der IIP-Dimensionen Dominanz und Zuneigung untersuchten. Dabei stellten sich zu erwartende Unterschiede zwischen den Ergebnissen heraus, je nachdem, ob die Itemwerte als Rohwerte oder in ipsatierter Form verwendet wurden.

Nach Gurtman (1995), der Itemrohrwerte verwendete, ist der positive Zusammenhang mit Neurotizismus durch den „general distress faktor“ verursacht. In seiner Untersuchung stellte er im Gegensatz zu Soldz (1993), dessen Itemwerte in ipsatierter Form eingesetzt wurden (und so den „general distress faktor“ kontrollierten) fest, dass die Skalenausprägungen für die Dimensionen Dominanz und Zuneigung zunahmen.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit und unter Verwendung von Skalenrohwerten fand sich für die Skala **Offen für Erfahrung** nur eine signifikante Korrelation mit der IIP-Skala LM (zu freundlich, fürsorglich).

Komplett negative signifikante Korrelationen fanden sich für die Skala **Gewissenhaftigkeit** mit allen IIP-Skalen. Da die Werte nicht über .26 reichten, kann man auch hier von einem eher geringen Zusammenhang sprechen, es werden also durch die NEO-FFI Skala kaum interpersonelle Probleme abgefragt.

Für die Skala **Verträglichkeit** findet man eine Tendenz vor, die hohe negative Werte für die IIP-Skalen im dominant-konkurrierenden Bereich beschreiben (PA, BC) und niedrige positive Werte (nicht signifikant), die im freundlich-unterwürfigen Bereich liegen (HI,JK,LM).

Bei der **NEO-FFI-Skala Extraversion** lässt sich auch hier eine Tendenz vorfinden. Besonders hohe negative Korrelationen finden sich hier im introvertiert-kalten Bereich mit den IIP-Skalen DE und FG.

Es findet sich eine grobe Übereinstimmung zwischen den letzten vier Korrelationsergebnissen und den Resultaten, die Gurtman (1995) in seiner Studie erzielte.

Eine allgemeine Bestätigung finden die Korrelationskoeffizienten im Vergleich mit einer Studie, die an einer Patientenstichprobe der Heinrich-Heine-Universität (Baldini, 2002) durchgeführt wurde und bei der sich fast identische Ergebnisse feststellen ließen.

Im Vergleich zu den Korrelationsergebnissen unter Verwendung von ipsatierten Werten, finden sich in der Skala **Neurotizismus** in Bezug auf die IIP-Skalen nur für FG und HI (.29 - .30) deutliche Zusammenhänge. Dies sind auch diejenigen Skalen, die in der Rohwerttabelle die höchsten Werte erzielten (.53. – .54).

Für die NEO-FFI Skala **Verträglichkeit** findet sich die o. g. Tendenz in Wesentlichen wieder, wobei nun aber eine Signifikanz für den freundlich-unterwürfigem Bereich vorhanden ist, die in der Rohwerttabelle fehlte.

Für die Skala **Extraversion** finden sich für die IIP-Einheiten PA (.30), JK (.12), LM (.29) und NO (.45) signifikant positive Ausprägungen wieder, die komplett in der

Rohwerttabelle fehlten. Die bereits o. g. Studie (McDonalds, Linden, 2003), die einen möglichen Zusammenhang zwischen der Originalversion des IIP und dem PEN untersuchte, machte auf eine vergleichbare Zusammensetzung zwischen der PEN-Skala Extraversion und den IIP-Skalen PA und NO aufmerksam und bietet somit einen Erklärungsansatz für die erzielten Ergebnisse.

Anknüpfend an die bereits o. g. Studie von Vittengl (2003) folgt nun ein detaillierter Einblick in die Zusammenhänge zwischen den interpersonalen Faktoren und nicht-ipsatierte und ipsatierte Skalenwerte, die durch die Autoren Solz et al. (1993) und Gurtmann (1995) festgestellt wurden.

Gurtman untersuchte die beiden Dimensionen unter Verwendung von Rohskalenwerten und fand für die Dimension Dominanz einen deutlichen Zusammenhang mit den Skalen Extraversion und Neurotizismus und eine geringere Verbindung mit der Skala Verträglichkeit. Für die Dimension Zuneigung zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang mit den Skalen Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit. Für die Skalen Offenheit und Gewissenhaftigkeit fanden sich nur geringe Zusammenhänge mit den beiden interpersonalen Faktoren.

Soldz und seine Mitarbeiter untersuchten ipsatierte Skalenwerte in Verbindung mit den beiden interpersonalen Dimensionen Dominanz und Zuneigung und fanden einen Zusammenhang zwischen der Dimension Dominanz und der Skala Extraversion. Für die Dimension Zuneigung fand sich ein deutlicher Zusammenhang zu der Skala Verträglichkeit und Extraversion und eine geringere Verbindung mit der Skala Neurotizismus.

Eine klare Bestätigung finden diese erzielten Korrelationsergebnisse unter Verwendung von ipsatierten Werte durch schon in der Literatur feststehende Ergebnisse. Der NEO-FFI enthält neben zwei interpersonal geprägten Verhaltensweisen drei Bereiche, die mit den Wörtern Gefühle, Erfahrungen und Motivationen zu bezeichnen sind. Daraus folgt, dass das Zirkumplex auch Teile aus dem NEO-FFI abbilden sollte. Besonders sollten sich hier große Bezüge zu den Skalen Extraversion und Agreeableness abzeichnen (Costa, McCrae, 1989; Giffort O'Connor, 1987; Meyer, Strack, 1989; Zuckermann, 1988; Saucier, 1992; Shiner, 1998; Caspi, 2003; Sodano, 2006; DiBlas, 2007; Trapnell, Wiggins, 90; John, 1990; Gurtman, 1992).

Neurotizismus, der mit dem „generalen Faktor“ in enger Verbindung steht, scheint auch eine Zugehörigkeit zum Kreismodell zu haben (Gurtman 95, Soldz 97, Wiggins 1997, Di Blas, 2000).

#### **4.5. Diagnosegruppen**

Nachdem die Patientenstichprobe in ICD-10 Diagnosegruppen aufgeteilt wurde (F1-F6), zeigten sich bei der varianzanalytischen Untersuchung signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen für alle IIP-Skalen.

Bei einem Mehrfachvergleich zeigte sich, dass diese Unterschiede bei sieben der IIP-Skalen auf die verschieden starken Skalenausprägungen bei den persönlichkeitsgestörten Patienten (F6), den affektiv gestörten Teilnehmern (F3), den Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen (F5) und den neurotisch und somatisch Erkrankten (F4) zurückzuführen waren.

Der IIP-Skala zu aufdringlich konnte im Post-hoc-Mehrfachvergleich keine für den signifikanten Wert verantwortliche Diagnosegruppe zugeordnet werden, d.h. bei der Varianzanalyse zeigte sich eine Signifikanz für die Skala NO, die sich in der Mehrfachanalyse nicht fand.

Es ist kein überraschendes Ergebnis, dass der Spitzenreiter unter den Diagnosegruppen F6 ist, in der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eingeordnet werden und worunter man letztlich auch vermutet, die interpersonellen Persönlichkeitsstörungen grob einordnen zu können, da diese keine eigene Diagnosegruppe besitzen.

Bei der Diagnosegruppe F6 muss man zwischen den spezifischen Untergruppen der Persönlichkeitsstörungen (F60.0 – F60.9) und weiteren acht Hauptgruppen mit jeweils 0-7 Untergruppen (F61 – F69) unterscheiden, wobei letztere von Kleptomanie über Transsexualismus bis hin zum Fetischismus reichen.

Aus psychologischer Sicht wird angenommen, dass sich zwischen den spezifischen Untergruppen der Persönlichkeitsgestörten und den interpersonell gestörten Patienten ein großer Zusammenhang findet, begründet durch eine ähnliche Entstehungsgeschichte und charakteristische Probleme, die bei beiden Gruppen große Überschneidungspunkte zeigen.

Auch das zweithöchste Resultat für die Diagnosegruppe F3, die affektive Störungen beschreibt, die von Manie bis Depression reichen und deren Hauptanteil eher im depressiven Bereich liegt (vgl. mit der Diagnosegruppe 10), konnte erwartet werden, denn wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit beschrieben, sind interpersonelle Probleme mitverantwortlich für die Entstehungsgeschichte und Aufrechterhaltung der Depression. Ferner lassen sich alle Skalen des IIP in die zwei unterteilten Gruppen der depressiven Patienten (Fels, Blatt, 1993) eingliedern und charakterisieren sie dadurch.

Interessant wäre an dieser Stelle ein direkter Vergleich mit der Diagnosegruppe 10, die den Bereich der Depression beschreibt, wozu die endogene und die neurotische Depression zählen.

Zwei Studien (Vetter et al., 2001) untersuchten in diesem Zusammenhang, ob erstens eine weitere Unterteilung der Diagnosegruppe 10 in zwei unabhängige Gruppen, in die der neurotischen und die der endogenen Depression (da zwischen ihnen ausgeprägte Unterschiede liegen\*) gerechtfertigt sei und zweitens, ob das IIP diese Gruppen im Vergleich zu dem herkömmlichen Fragebogen (SCL-90-R), der oftmals zur Feststellung psychiatrischer Probleme herangezogen wird, unterscheiden kann.

Zu vermuten wäre ein starker Zusammenhang zwischen allen IIP-Skalen und der Diagnosegruppe 10 insgesamt, der eine weitere Verstärkung finden würde, wenn eine homogene Patientengruppe, die alleinig unter endogenen Depressionen leidet, teilnehmen würde. Diese Hypothese beruht auf dem Studienergebnis der Autorengruppe Vetter, Jungmann, Kropp und Koller (2001), die bereits feststellte, dass endogene Depressionen im Vergleich zu neurotisch bedingten, sich gut durch den IIP, psychogene Depressionen hingegen sich eher durch den SCL-90-R abbilden lassen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Neurotische Depression: Zum Ausbruch kommt es durch das Zusammenspiel einer neurotischen Persönlichkeitsstörung und dem entsprechenden Auslöser. Dieser Auslöser könnte z.B. eine Überforderungssituation sein wie eine Beförderung und dadurch mehr Verantwortung, ein Umzug und

Die niedrigsten Skalenausprägungen wurden durch die Diagnosegruppe F4, die neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen beschreibt, erzielt. Auch dieses Ergebnis verwundert nicht, da hierunter Untergruppen zählen wie Angst- und phobische Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie hypochondrische Störungen und zwischen diesen Untergruppen und den interpersonellen Störungen kein großer Zusammenhang besteht.

Bestätigung erlangt das Ergebnis durch den Vergleich mit der Arbeit des Autorenteam Wuchner et al. (1993), worin festgestellt wurde, dass das Ausmaß an wahrgenommenen interpersonellen Problemen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Diagnosengruppe steht. Auch dort gab die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten (F6) das höchste Ausmaß an interpersoneller Beeinträchtigung an, wogegen die Gruppe der neurotisch- und psychosomatisch Gestörten (F4) einen eher geringen Beeinträchtigungsgrad angab. Dieses Ergebnis wurde bereits anderenorts festgestellt (vgl. Strauss, Hess, 1993; Brähler et al. 1994).

Ferner wurden die Diagnosegruppen von Wuchner auf die Zirkumplex-Struktur projiziert. Es wird erkennbar, dass sich die Diagnosegruppen bezüglich der Qualität ihrer interpersonellen Probleme unterscheiden. Die Lage der Diagnosegruppen im interpersonellen Raum entspricht weitgehend klinischen Erfahrungen und Annahmen: z.B. Abhängigkeitsgestörte empfanden sich als zu dominant und psychotische Patienten schätzten sich in Beziehungen als „zu abweisend“ ein, so dass sie im Kreismodell in den entsprechenden Bereichen zum Liegen kamen.

Persönlichkeitsgestörte erlebten sich in beiden Dimensionen beeinträchtigt, so dass sie in den Bereich „zu wettbewerbsorientiert“ eingeordnet wurden. Die Gruppe der neurotischen und psychosomatischen Patienten lag nahe der Überkreuzung des Zweiachsenmodells, so dass Wuchner davon ausging, dass es sich im Vergleich zu den anderen Gruppen um eine eher heterogene Gruppe handelt.

Tress et al. (2003) fanden einen diagnosespezifischen Effekt dahingehend, dass sich depressive Patienten (Diagnosegruppe F3) als zu ausnutzbar (JK) beschrieben.

Folgt man den detaillierten Zuordnungen der IIP-Skalen zu den Diagnosegruppen, die bereits durch die Autoren Wuchner et al. (1993), Brähler et al. (1994) sowie Tress et al. (2003) untersucht wurden, so stellt man erstens fest, dass bei fast allen Diagnosegruppen für alle Patienten hohe Skalenausprägungen in den Bereichen zu introvertiert (FG), unterwürfig (HI), ausnutzbar (JK) und fürsorglich (LM) vorgefunden wurden. Zweitens lassen sich die höchsten Ausprägungen in den IIP-Skalen PA, BC und DE bei der Diagnosegruppe F6 finden und drittens zeigen sich die höchsten Skalenwerte für die IIP-Einheit JK bei den affektiv gestörten Patienten (F3).

Diese Aussagen stehen im kompletten Einklang mit den erzielten Ergebnissen der vorliegenden Studie.

Zurückkommend auf die Zugehörigkeit der Diagnosegruppe F4 (die in der Arbeit von Wuchner in zwei Gruppen unterteilt wurde: psychosomatische und neurotische Pati-

---

dadurch Verlust der Routine oder eine Enttäuschung wie z.B. der Tod einer nah stehenden Person oder der Verlust der Arbeitsstelle.

Endogene Depression: die auch die „klassische Depression“ genannt wird, ist eine rein seelisch gegründete Depression. Sie ist vorwiegend erblich begründet. Man vermutet eine zugrunde liegende Stoffwechselstörung im Gehirn. Da es sich um ein Tranmitterdefizit handelt, schlägt auch eine Pharmazeutikgabe besonders gut an.

enten) zu den IIP-Skalen in der Zirkumplex-Struktur nach Wuchner, wurden dort zwar die Gruppe der psychosomatischen Patienten unter der IIP-Skala zu expressiv und die Gruppe der Neurotiker unter die Einheit zu ausnutzbar eingeordnet, wobei sich aber in beiden Fällen nur ein sehr geringes Ausprägungsniveau vorfand.

Auch diese Aussage deckt sich mit der vorliegenden Studie.

## 4.6. Kreismodell und Vergleichsstudie

### 4.6.1. Beurteilung des Zirkumplex-Modells im Vergleich hinsichtlich der Eckpunkte

2006 erfolgten erweiterte Studien zur Untersuchung der Zirkumplex-Struktur des IIP-C durch eine holländische (Vanheule, Desmet) und eine norwegische (Monsen, Eilertsen, Havik) Autorengruppe. Die letzte Arbeitsgemeinschaft ist durch einen Stern in der obigen Tabelle gekennzeichnet. In beiden Studien wurde jeweils eine Patientengruppe einer Normstichprobe gegenübergestellt.

	<b>*Norm</b>	<b>*Patient</b>	<b>Norm</b>	<b>Patient</b>	
	Ideale Eckpunkte	erzielte Eckpunkte	erzielte Eckpunkte	erzielte Eckpunkte	
PA (autokratisch/dominant)	<b>90</b>	94	100	88	85
BC (rachsüchtig/konkurrierend)	<b>135</b>	140	137	126	128
DE (abweisend/kalt)	<b>180</b>	180	183	171	170
FG (introvertiert/soz. verm.)	<b>225</b>	224	222	202	201
HI (unterwürfig/selbstuns.)	<b>270</b>	266	270	235	233
JK (ausnutzbar/nachgiebig)	<b>315</b>	313	313	296	302
LM (fürsorglich/freundlich)	<b>0</b>	0	350	0	0
NO (expressiv/aufdringlich)	<b>45</b>	44	44	50	53

Werden die jeweiligen Probanden einer Studie miteinander verglichen, stellt man kaum Unterschiede zwischen Normstichprobe und Patientengruppe fest. Damit bestätigten sie eine bereits vorliegende schwedische Studie, die genau zu demselben Resultat kam (Weinryb et al. ,1995). Bei einer direkten Gegenüberstellung der Studienergebnisse mit denjenigen der vorliegenden Arbeit zeigte sich für diese, dass die erzielten Eckpunkte schlechtere Ergebnisse und konsekutiv größere Abweichungen zu den idealen Eckpunkten aufwiesen. Eine Bestätigung der Aussage und damit Kritik an dem hiesigen Ergebnis erfolgt durch einen Vergleich mit der hier nicht in der Tabelle erwähnten Patientenstudie von Kiesler (1995). Auch dort finden sich deutlich geringere Abweichungen zwischen den erzielten zu den idealen Eckpunkten.

#### 4.6.2. Beurteilung des Zirkumplex-Modells im bildlichem Vergleich

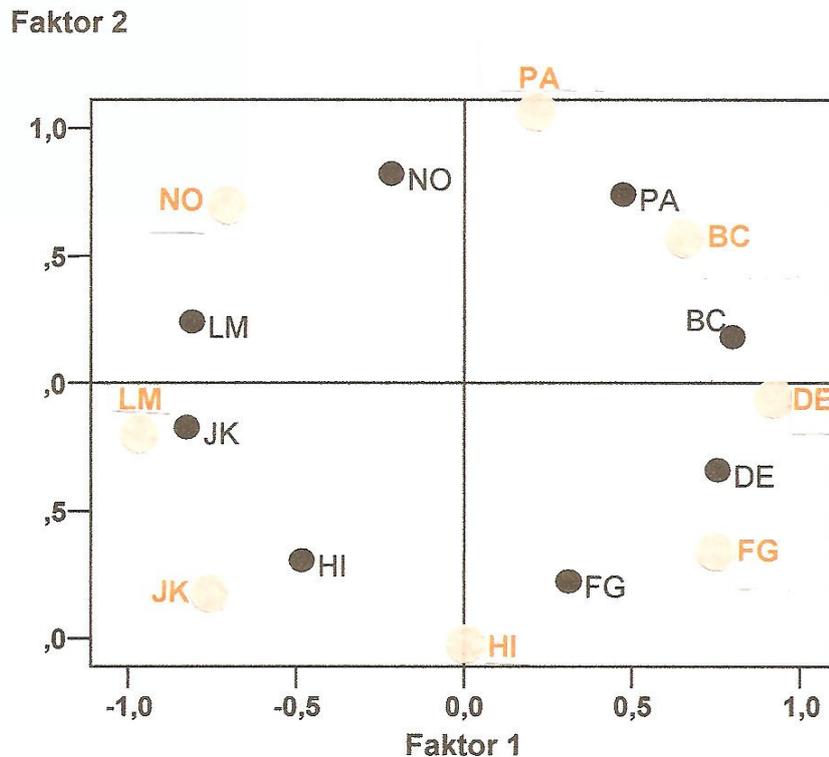


Abb 13: Zirkumplex Modell im Vergleich

Stellt man das Zirkumplex-Modell der vorliegenden Studie (Eckpunkte in schwarz markiert) in direkten bildlichen Vergleich mit dem einer anderen Untersuchung (Monsen et al., 2006) (Eckpunkte in orange markiert), zeigt sich, dass in beiden Fällen die jeweiligen acht Skalen mehr oder weniger auf einem Radius zu liegen kommen, s. Abb. 13. Wie auch schon durch die beschriebenen Tabellen (s. Tbl. S. 87), in denen die erzielten Eckpunkte verschiedener Studien mit denen der vorliegenden Arbeit verglichen wurden, zeigt sich auch hier, dass ein schlechteres, aber noch akzeptables Ergebnis hinsichtlich der idealen Eckpunkte erreicht wurde. Gleiche Ergebnisse fanden sich auch bei den hier nicht mehr bildlich dargestellten Gegenüberstellungen mit einer kalifornischen Studie (Acton, Revelle, 2002) und der ursprünglichen Studie von Alden et al. (1990). Dabei ist allen bis heute vorliegenden Studien gemeinsam, dass keine an die Vorgabe heranreicht, alle acht idealen Eckpunkte zu erreichen.

Eine Studie (Vanheule, Desmet, 2006) belegte bereits, dass der Versuch durch unterschiedliche Beschränkungsmaßnahmen, die ideale Zirkumplex-Struktur zu erreichen, scheiterte. Zu diesem Zweck wurden die beiden wichtigsten Faktoren, die „communality indices“ (welche die Skalen/Eckpunkte auf dem Kreisradius anordnet) und die „polar angle“, herangezogen.

Werden die „communality indices“ und die „polar angle“ vorgegeben, oder aber die „polar angle“ vorgegeben und die Begrenzung für die „communality indices“ freigegeben, lässt sich die Zirkumplex-Struktur nicht bestätigen. Ein akzeptables bis gutes Ergebnis, im Sinne der Bestätigung des Zirkumplex-Modells, lässt sich lediglich erzielen, wenn entweder nur die „polar angle“ oder aber beide Einheiten frei jeder Begrenzung waren. Bestätigung findet sich hier durch die bereits durch Pincus et al. (1998) erhobenen Studienergebnisse. Auf dieser Erkenntnis basiert die Stabilität der Zirkumplex-Struktur für den gesamten englischen und holländischen Sprachraum (Vanheule et al., 2006) und letztendlich auch für den Deutschsprachigen.

Wie bereits von Gurtman und Pincus (2000) bemerkt, ist ein perfekt geometrisches Modell eine unrealistische Beschränkung und eine perfekte Zirkumplex-Struktur ist keine notwendige Voraussetzung dafür, ob ein Modell klinisch bedeutungsvoll ist. Die Hauptfunktion der Anwendung ist die Diagnose und die Messung der Ausprägung der interpersonellen Persönlichkeitsstörungen und die praktische Konsequenz der Abweichung von dem idealen gleichräumigen Zirkumplex-Modell scheint dabei trivial zu sein.

#### **4.7. Auswirkung von Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, Bildungsstatus**

##### **4.7.1. Zusammenfassung für 3 signifikante Faktoren Alter / Geschlecht / Familie:**

Bei der einfaktoriellen Varianzanalyse fanden sich lediglich bei den Faktoren Alter, Geschlecht und Familienstand, bei allen IIP-Skalen signifikante Unterschiede. Im Gegensatz dazu zeigten sich lediglich bei dem Erwerbsstatus 3 Skalen und beim Bildungsstatus 4 Skalen signifikant unterschiedlich.

##### **4.7.2. Erwerbstätigkeit und Bildungsstatus**

Zum Thema Bildungsstatus konnte lediglich eine tendenzielle Aussage dahingehend getroffen werden, dass bei hochwertigem Bildungsniveau, in diesem Fall Abitur oder Hochschule, hohe Skalenwerte bei den IIP-Einheiten zu dominant, konkurrierend, abweisend und aufdringlich zu finden waren.

Beim Erwerbsstatus fanden sich die höchsten Skalenwerte bei den Einheiten zu rachsüchtig und introvertiert bei den als arbeitslos gemeldeten Patienten, wohingegen den höchsten Skalenwert im Bereich zu abweisend die nicht Erwerbstätigen aufwiesen.

Eine Bestätigung des Ergebnisses bei den Variablen Erwerb- und Bildungstatus findet sich im Vergleich mit der Studie von Hartkamp und Tress (2003), die unter gleicher Fragestellung keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei in Frage gestellten Variablen vorfanden.

### **4.7.3. Alter**

Barkham et al., 1994 belegte bereits, dass das IIP in der Lage ist, zwischen verschiedenen Altersgruppe zu unterscheiden. Diese Tatsache wurde durch die vorliegende Studie bestätigt.

Es findet sich eine Alterstendenz wieder, je älter die Patienten werden, desto mehr nehmen linear dazu die interpersonellen Probleme dazu ab.

Im Vergleich zu allen Altersgruppierungen fanden sich in der vierten Altersgruppe, bei den über 50-Jährigen Probanden, tendenziell die niedrigsten Skalenausprägungen in den Bereichen zu dominant, konkurrierend, introvertiert, unterwürfig und expressiv.

Den stärksten Einfluss des Alters findet man in der zweiten (25-34-Jährige) und dritten (35-49-Jährige) Altersgruppe vor.

Die Ergebnisse lassen sich grob vergleichen mit den Resultaten der Autoren Wuchner et al. (1993), Hartkamp & Tress (2003), Brähler et al. (1994).

#### **4.7.4.1. Geschlecht : Unterschiede auf Skalenniveau**

Das Vorhandensein von geschlechtsspezifischen Unterschieden in Bezug auf interpersonelle Probleme zumindest für die westlichen Gesellschaften wurde bereits von unzähligen Autoren erwähnt und belegt (Savournin et al., 1995; Baker, Miller, 1986; Chassefurt-Smirgel, 1970; Elliotte, 1986; Freud, 1910; Gilligan, 1993; Goldner, 1988; Hunt, 1986; Lerner, Karabenick, Stuart, 1973; Welldon, 1988).

Laut Barkham et al., (1994) wird von Frauen erwartet, dass sie sich einbringen mit den Eigenschaften: fürsorglich, Nähe spendend, Vertrauen aufbauend, sich sorgen und Sorgen äußern im partnerschaftlichen Bereich.

Von Männern wird erwartet, dass sie sich nüchtern, nicht gefühlsbetont einbringen, Sicherheit und Stabilität in der Partnerschaft garantieren.

Anhand verschiedener IIP-Fragebögen-Modell konnte diese Aussage belegt werden.

1996 belegte Barkham et al., seine Aussage anhand einer Studie, in der er geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich der interpersonellen Persönlichkeitsstörungen aufzeigte. Frauen weisen höhere Werte auf im versorgenden Bereich, Männer hingegen haben Probleme sich auf etwas einlassen zu können oder sich unterstützend und gesellig zu zeigen.

Das Autorenpaar Riding und Cartwright (1999) bestätigte das Vorhandensein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschiede, allerdings wurden die ihnen zugeordneten Eigenschaften zum Teil etwas anders beschrieben.

Frauen zeigten signifikant höhere Werte im versorgenden, beschützenden, Nähe spendenden Bereich, die Ergebnisse für Männer deuteten auf Probleme in dem Bereichen Nähe aufzubauen, unterstützend sein, sich gesellig zeigen und Platz brauchen.

Kiesler (2003) stellt auch einen geschlechtsspezifischen Unterschied beim Auftreten im Berufsleben fest. Frauen zeichnen sich im Vergleich zu Männern dadurch aus, dass sie weniger leitend und dominant, dafür aber mehr unterstützend und freundlicher auftreten.

In der vorliegenden Studie konnte in der einfaktoriellen Varianzanalyse auf der Skalenebene der bereits festgestellte geschlechtsspezifische Unterschied bestätigt werden. Die Frauen zeigten signifikante Unterschiede in den Bereichen zu unterwürfig (HI), ausnutzbar (JK), fürsorglich (LM), expressiv (NO).

Für die Männer fanden sich signifikante Differenzen in den Bereichen zu dominant (PA), konkurrierend (BC), introvertiert (FG), abweisend (DE). Gleiches Ergebnis konnte in einer italienischen Studie bestätigt werden (Di Blas, 2000). Es werden dadurch stereotypische interpersonelle Rollen bestätigt (Feingold, 1994; Helgesin, 1994; Wiggins, 1979; Winquist, 1989).

Gegenteiliges Resultat erzielte eine Studie von Wiggins (1979) in dem er zwar einen geschlechtsspezifischen Unterschied fand bei Studenten, wobei für Frauen die Beschreibungen ehrgeizig-dominant und extrovertiert und bei Männern faul-unterwürfig vorgefunden wurden.

Ein Jahr später startete der Autor eine neue Studie zum Thema Dominanz. Hierbei benutzte er auch die Einordnung in die vier Quadranten des Kreismodells. Frauen wurden mit der Bezeichnung gesellig-extrovertiert bekleidet und damit in den Bereich freundlich dominant eingeordnet. Männer erhielten die Beschreibung arrogant-kalkulierend (Macchiavelli) und wurden damit in den feindlich dominanten Quadranten eingruppiert. Die Ergebnisse wurden als stereotypische Geschlechterrollen erklärt (Wiggins, Holzmüller, 1978), womit wiederum die Resultate der vorliegenden Studie bestätigt werden.

#### **4.7.4.2. Geschlecht : Unterschiede auf IIP-Gesamtscoreniveau**

Betrachtet man die Gesamtscore zwischen Männern und Frauen beim T-Test, so lässt sich in der vorliegenden Studie kein geschlechtsspezifischer Unterschied feststellen. Bestätigung findet diese Aussage durch die Ergebnisse von Horowitz et al., 1988; Barkham et al., 1996; Hansen et al., 1998; Weinryb et al., 1995; Hartkamp, Tress, 2003; Wuchner et al., 1993).

#### **4.7.5. Familienstand**

Im Vergleich zu allen anderen Familienständen, zeigten die Verwitweten gefolgt von den verheirateten Patienten insgesamt die niedrigsten Ausprägungen bei allen IIP-Skalen und damit die geringsten interpersonellen Probleme.

Werden die übrigen drei Gruppen der alleinstehenden Patienten miteinander verglichen, so fanden sich die höchsten Skalenwerte der IIP-Untereinheiten zu dominant, konkurrierend, abweisend und introvertiert bei der als ledig gemeldeten Patientengruppe, wogegen sich bei den getrennt lebenden und geschiedenen Patienten die höchsten Ausprägungen in den Untergruppen zu unterwürfig, ausnutzbar und aufdringlich fanden.

Vergleicht man das Ergebnis der vorliegenden Studie mit der von Barkham et al.

(1996), so stellt man fest, dass dort bei dem Einfachvergleich signifikante Unterschiede zwischen Verheirateten und Singles (Geschiedene, getrennt Lebende, Witwern, nicht Verheirateten) gefunden wurden.

Gleiches Resultat erreichte auch Brähler (1994) wobei er in einer Regressionsanalyse einen positiven Zusammenhang für die Skala DE sowohl bei den nicht-ipsatierten sowie bei den ipsatierten Skalenwerten für das Fehlen oder das Vorhandensein einer Partnerschaft feststellte.

#### **4.7.6. Interpretation zwischen den signifikanten Faktoren:**

Die sich anschließende Interpretation der vorliegenden Arbeit gab Schwierigkeiten dadurch auf, dass unklar blieb, ob Effekte unabhängiger Variablen durch andere Größen konfundiert wurden und wie sich Beziehungen zwischen den abhängigen Variablen auswirkten. Deshalb wurde eine mehrfaktorielle multivariate Varianzanalyse durchgeführt, die die obigen unabhängigen Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand) berücksichtigte.

Bei den Zweifachinteraktionen zeigte sich lediglich ein einziger signifikanter Unterschied und dieser fand sich im Geschlechts- und Familienstandbereich für die IIP-Skala DE (zu abweisend/kalt).

Das höchste Ausprägungsniveau bei den Frauen im Bereich „zu abweisend/kalt“, wird bei den Ledigen, gefolgt von den Geschiedenen und den getrennt Lebenden vorgefunden. Das niedrigste Ausprägungsniveau lag im Bereich der Verheirateten.

Es scheint, dass das Ausprägungsmaß bei den Frauen von dem Vorhandensein einer Beziehung abhängig ist. Lebt eine Frau in einer festen Beziehung (Ehe) hat dies einen positiven Einfluss. Ist sie ledig, lebt sie getrennt oder geschieden hat dies einen negativen Einfluss auf das Ausprägungsniveau.

Bei den als ledig gemeldeten Männern findet sich dagegen die niedrigste Ausprägung im Bereich „zu abweisend/kalt“. Eine steigende Ausprägungsabfolge findet sich von den Verheirateten zu den Geschiedenen bis hin zu den getrennt Lebenden.

Der positive Effekt der Ehe auf das Ausprägungsmaß lässt sich bei den Männern nicht finden. Das Vorhandensein einer festen Beziehung (Ehe) wirkt sich eher gegenteilig aus. Der Status der Geschiedenen und getrennt Lebenden verhält sich dann wieder eher wie bei den Frauen, nur im höheren Ausprägungsmaß.

#### **4.7.7. Fragen für die Zukunft:**

In einigen Studien konnte bereits festgestellt werden, dass es spezifische Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen Verheirateten und Alleinstehenden gibt, aber es bleibt unklar, ob das hier erzielte Ergebnis (alleinige Unterscheidung im Bereich DE) eine generelle Aussage darstellt, oder nur das Resultat dieser psychosomatischen Stichprobe ist. Zu diesem Zweck wären weitere Studien erforderlich. Auch wäre es interessant zu sehen, welches Ergebnis eine Dreifachinteraktion erbringen würde. Aufgrund der Tatsache, dass bestimmte Gruppen unterrepräsentiert sind, wie z.B. Menschen in der ersten Altersgruppe (bis 24 Jahre), die

gleichzeitig verwitwet sind, war dies im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Weiterhin wäre eine Gegenüberstellung mit einer Normstichprobe interessant, denn Studien haben bereits gezeigt, dass es durchaus Unterschiede zwischen einer Patienten und Normstichprobe geben kann.

#### **4.7.8. Fazit Geschlechter Psychologie:**

Dies geht einher mit unterschiedlichen interpersonellen Verhaltensweisen.

Eine Bestätigung des Ergebnisses wird durch einen direkten Vergleich mit bereits vorliegenden Studien gefunden.

Das Autorenpaar Riding und Cartwright (1999) fand signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich in Bezug auf das hier zu untersuchende Instrument im Bereich der Dimension Zuneigung zeigten.

Frauen wurden im Bereich LM (fürsorglich, Nähe spendend) und Männer im Bereich DE (Platz brauchend, Probleme haben Nähe aufzubauen) auf dieser Dimension angeordnet.

Diese Aussage deckt sich mit denen von Barkham et al. (1994) ausgeführten geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Aufgrund dieser Ergebnisse wäre es durchaus möglich, dass das hier erzielte Ergebnis eine generelle Aussagekraft hat.

#### **4.7.9. Fazit Geschlechter Psychologie / Philosophie:**

Simone de Beauvoir schrieb ja schon eingehend, über die traditionellen Rollen der Geschlechter in der Gesellschaft das „Frauen sich in den Dienst der Gesellschaft stellen, in dem sie die Mutterrolle annehmen und Kinder gebären, und Männer dagegen die soziale Verantwortung übernehmen“.

Eine Erklärung dafür, dass beide Geschlechter als Singles die gleiche Ausprägung von DE haben ist damit zu erklären, dass beide im Allgemeinen mit den gleichen Aufgaben im Leben klarkommen müssen.

Es stellt sich die Frage, ob die Frau durch eine Eheschließung in ihre biologisch natürliche Rolle, oder die von der Gesellschaft erwartete Funktion hineingleitet und dadurch ihrer ihr zugedachten Aufgabe gerecht wird und ihre und die der Umwelt aufgebauten Erwartungsspannung reduziert?

Durch die Eheschließung kann sich die Frau auf ihre ihr zugedachten Eigenschaften konzentrieren, diese stärker ausleben (z.B. fürsorglich, Nähe spendend) und dadurch ihre Partnerschaft stärken, sowie andererseits einen Teil der Verantwortung auf den Partner übergeben, oder ihm die komplette Leitung der Partnerschaft in bestimmten Aspekten übertragen, wie z. B. traditionell der Bereich des Familienoberhauptes. Das würde dann auch das unterschiedliche Ergebnis der Männer in Bezug auf die Ehe erklären. Diese übernehmen die von ihnen erwartete Rolle (Barkham et al., 1994) der Sicherung der Familie und übernehmen dadurch eine große Verantwortung, die sich bis zu einer Überforderung darstellen kann und sich durch eine Zunahme von Abweisung nach außen zeigen könnte.

Es stellt sich nun die Frage, ob das hier erzielte Ergebnis wirklich geschlechts- oder etwa rollenspezifisch ist. Diese Fragestellung kann mit den vorliegenden Daten nicht bearbeitet werden; hierzu wären weitere, vertiefende Untersuchungen notwendig.

## **Schlußwort**

Abschließend lässt sich feststellen, dass alle Fragen die zu Beginn der Studie (die an einer großen klinischen Stichprobe anhand von Patienten der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt wurde) gestellt wurden, beantwortet werden konnten. Die Hypothesen sowie sämtliche psychometrisch hier erzielten Werte ließen sich durch Vergleich mit Fremdstudien bestätigen. Dabei konnten sehr ähnliche zum Teil fast identische Werte erzielt werden. Die Reliabilität und Validität des IIP in verschiedener Hinsicht (Faktorenanalyse, Vergleich mit anderen Messinstrumenten oder Diagnosegruppen, Kreismodell Darstellung) fanden erneut sehr gute Bestätigung. Das Instrument (IIP-D) ist aus psychometrischer Sicht für den Einsatz in deutschen Patientenkollektiven geeignet.

## 5. Literaturverzeichnis:

**Adams, Ryan S.;** Tracey, Terence J.G. (2004) *“Three versions of the interpersonal adjectives scales and their fit to the circumplex model”*  
Assessment 11(3), 263-70.

**Adams, Henry B.** (1962) *“Mental illness” or interpersonal behavior?*  
American Psychologist, 191-197.

**Acton, G. Scott;** Revelle, William (2002) *“interpersonal personality measures show circumplex structure based on new psychometric criteria”*  
Journal of Personality Assessment, 79 (3), 446-471.

**Alden, Lynn E.;** Wiggins, Jerry S.; Pincus, Aaron L. (1990) *“Konstruktion of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems”*  
Journal of Personality Assessment 55(3+4), 521-536.

**Alden, Lynn E.;** Phillips, Norman (1990) *“An interpersonal analysis of social anxiety and depression”*  
Cognitive Therapy and Research 14, 499-513.

**Alden, Lynn E.;** Capreol, Martha J. (1993) *“Avoidant personality disorder: interpersonal problems as predictors of treatment response”*  
Behavior Therapy 24, 357-376.

**Baldini, C.;** Tress, W.; Schmitz, N.; Hartkamp, N. (2001) *„Psychometric properties of the German version of the NEO-FFI in psychosomatic outpatients“*  
Personality and Individual Differences, 31 (5), 713-722.

**Barkham, Micheal ;** Hardy, Gillan E. ; Startup, Mike (1994) *“The structure, validity and clinical relevance of the inventory of interpersonal problems”*  
British Journal of Medical Psychology 67, 171-185.

**Barkham, Michael;** Hardy, Gillan E.; Startup, Mike (1996) *“The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems”*  
British journal of clinical psychology 35, 21-35.

**Barry, Stern L.;** Kim, Yookyn; Trull, Thimothyl J.; Scarpa, Angela; Pilkonis, Paul (2000) *“Inventory of interpersonal problems, personality disorder scales: operating characteristics and confirmatory factor analysis in nonclinical samples”*  
Journal of Personality Assessment, 74 (3), 459-471.

**Bartholomew, Kim;** Horowitz, Leonard M (1991) *“Attachment styles among young adults: a test of a four-category model”*  
Journal of Personality and Social Psychology, 61(2), 226-244.

**Bartholomew, Kim** (1990) *“Avoidance of intimacy: an attachment perspective”*  
Journal of Social and Personal Relationships, 7, 147-178.

**Bellino, Silvio;** Zizza, Monica; Rinaldi, Camilla; Bogetto, Filippo (2007) *“Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy”*  
Canadian Journal of Psychiatry 52(11), 718-25.

**Ben-Porath, Yossef S.;** Waller, Niels G. (1992) *„Normal personality inventories in clinical assessment: general requirements and the potential for using the NEO personality inventory”*  
Psychological Assessment 4(1), 14-19.

**Beutel, Manfred E.;** Hoeflich, Anke; Kurth, Regina; Brosig, Burkhard; Gieler, Uwe; Frank Leweke, Frank; Hilch, Wolfgang E.; Reimer, Christian (2005) *„Short-term and long-term inpatient psychotherapy - indications, results, predictors“*  
Zeitschrift für Psychosomatik medizinische Psychotherapie 51(2), 145-62.

**Bluhm, Carey;** Widiger; Miele (1990) *“Interpersonal complementarity and individual differences”*  
Journal of Personality and Social Psychology 58(3), 464-471.

**Borkenau, Peter;** Ostendorf, Fritz (1990) *„Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: a study on the 5-factor model of personality“*  
Person. individ. Diff. 11(5), 515-524.

**Borkenau, Peter;** Ostendorf, Fritz (1989) *“Untersuchungen zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit und seiner diagnostischen Erfassung”*  
Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 11(4), 239-251

**Borkenau, Peter;** Ostendorf, Fritz (1991) *„Ein Fragebogen zur Erfassung fünft robuster Persönlichkeitsfaktoren“*  
Diagnostica 37(1), 29-41.

**Borkenau, Peter;** Ostendorf, Fritz (1990) *„ Studies on the five-factor model of personality (NEO-FFI) and some instruments for its assessment. “*  
The German Journal of Psychology, 14, 230-231.

**Brähler, Elmar;** Horowitz, Leonard M.; Kordy, Hans; Schumacher, Jörg; Strauß, Bernhard (1999) *“Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)“*  
PPmP Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 49, 422-431.

**Brähler, Elmar;** Scheer, Jörn W. (1995) *„Der Giessener Beschwerdebogen (GEB) – Handbuch“*  
2. überarbeitete und ergänzte Auflage  
Verlag Hans Huber, Bern

**Brockmann, Josef;** Schlüter, Thomas; Eckert, Jochen (2003) *„Therapy goal, change of goals and goal attainment in the process of psychoanalytically oriented and behaviour long-term therapy – a comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists”*  
Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 53(3-4), 163-170.

**Buss, David M.;** Craik, Kenneth H. (1980) „*The frequency concept of disposition: dominance and prototypically dominant acts*”  
Journal of Personality 48(3), 379-392.

**Clementel-Jones, C.;** Azzone, P.; Battacchi, M.W.; Freni, S.; Giampieri, E.; Marano, G. (1996) „*Italian translation of the inventory of interpersonal problems, validity and stability of the factor structure*”  
New trends in experimental and clinical Psychiatry 12 (4), 253-259.

**Conte, Hope R.;** Plutchik, Robert (1981) „*A circumplex model for interpersonal personality traits*”  
Journal of Personality and Social Psychology 40, 701-711.

**Costa, Paul T.;** McCrae, Robert R. (1992) „*Four ways five factors are basic*”  
Person. Individ. Diff. 13(6), 653-665.

**Costa, Paul T.;** McCrae, Jr. and Robert (1988) „*Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO personality inventory*”  
Journal of Personality and Social Psychology 54(5), 853-863.

**Chris-Christoph, Paul;** Gallop, Robert; Connolly Gibbons, Mary Beth; Narducci, Julia; Schamberger, Megan (2005) „*Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of gad*”  
Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training 42(2), 211-224.

**Cyranowski, J. M.;** Frank, E.; Winter, E.; Rucci, P.; Novick, D.; Pilkonis, P.; Fagiolini, A.; Swartz, H.A; Houck, P.; Kupper, P.J. (2004) „*Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy*”  
Psychological Medicine 34, 659-669.

**Davies-Osterkamp, Susanne;** Kriebel, Reinholde (1993) „*Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)*”  
Gruppenpsychotherapeutische Gruppendynamik 29, 295-307.

**Di Blas L., Lisa** (2007) „*A circumplex model of interpersonal attributes in middle childhood*”  
Journal of Personality 75(4), 863-897.

**Di Blas L., Lisa** (2000) „*A validation study of the interpersonal circumplex scales in the italian language*”  
European Journal of Psychological Assessment 16(3), 177-189.

**Di Blas L., Lisa;** Forzi, Mario (1999) „*Refining a descriptive structure of personality attributes in the italian language: the abridge big three circumplex structure*”  
Journal of Personality and social Psychology 76(3), 451-481.

**Fickman, Laura;** Koestner, Richard; Zuroff, David C. (1994) „*Depressive styles in adolescence: assessment relation to social functioning and developmental trends*”

Journal of youth and adolescence 23, 315-330.

**Fisher, Gene A.;** Heise, David R.; Bohrnstedt, George W.; Lucke, Joseph F. (1985) *“Evidence for extending the circumplex model of personality trait language to self-reported moods”*  
Journal of Personality and Social Psychology 49(1), 233-242.

**Franke, Helga;** Hoffmann, Thilo; Frommer, Jörg (2005) *“Does improvement of symptoms four week after the begin of psychodynamic inpatient psychotherapy correspond to long term outcome?”*  
Zeitschrift für Psychosomatik medizinische Psychotherapie 51(4), 360-372.

**Franke, G.** (1995) *“Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis –Deutsche Version- Manual“*  
Göttingen: Beltz-Test, 1995.

**Falkum, Erik;** Vaglum, Per (2005) *„The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians“*  
General Hospital Psychiatry 27(4), 284-291.

**Foltz, Carol;** Morse, Jennifer Q.; Barber, Jaques P. (1999) *„Self and observer reports of interpersonal problems in couples“*  
Journal of Clinical Psychology 55(1), 27-37.

**Foa, Uriel G.** (1961) *“Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior”*  
Psychological Review 68(5), 341-353.

**Freedman, Mervin B.;** Leary, Timothy (1951) *“The interpersonal dimension of personality“*  
Journal of Personality 20, 143-161.

**Frommer, Jörg;** Hoffmann, Thilo; Hartkamp, Norbert; Tress, Wolfgang; Franke, Gabriele Helga (2004) *“Psychometrische Merkmalsprofile von Angstpatienten und depressiven Patienten in Ost-West Vergleich“*  
Psychother. Psych.Med. 54, 206-213.

**Gifford, Robert;** O'Connor, Brian (1987) *“The interpersonal circumplex as a behaviour map”*  
Journal of Personality and Social Psychology 52(5), 1019-1026.

**Gifford, Robert** (1991) *“Mapping nonverbal behavior on the interpersonal circle”*  
Journal of Personality and Social Psychology 61(2), 279-288.

**Goldberg, Lewis** (1990) *“An alternative “description of personality”: The big-five factor structure”*  
Journal of Personality and Social Psychology 59(6), 1216-1229.

**Goldberg, Lewis** (1992) *„The development of markers for the big-five factor structure”*  
Psychological Assessment 4(1), 26-42.

**Gotlib, Ian H.;** Robinson, L. Anne (1982) *“Responses to depressed individuals: discrepancies between self-report and observer-rated behavior”*  
Journal of Abnormal Psychology 91(4), 231-240.

**Griffin, Dale;** Bartholomew, Kim (1994) *“models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment”*  
Journal of Personality and Social Psychology 67(3), 430-445.

**Gude, Tore;** Moum, Torbjorn; Kaldestad, Eystein; Friis, Svein (2000) *“Inventory of interpersonal problems: a three-dimensional balanced and scalable 48-Items version”*  
Journal of personality assessment 74 (2), 296-310.

**Gurtman, Michael B.** (1992) *“Construct validity of interpersonal personality measures: the interpersonal circumplex as a nomological net”*  
Journal of Personality and Social Psychology 63(1), 105-118.

**Gurtman, Michael B.** (1993) *“Constructing personality tests to meet a structural criterion: application of the interpersonal circumplex”*  
Journal of Personality 61(2), 237-263.

**Gurtman, Michael B.** (1996) *“Interpersonal problems and the psychotherapy context: the construct validity of the inventory of interpersonal problems”*  
Psychological Assessment 8(3), 241-255.

**Gurtman, Michael B.** (1991) *“Evaluating the interpersonalness of personality scales”*  
Journal of Personality and Social Psychology 17(6), 670-677.

**Gurtman, Michael B.** (1992) *“Trust, distrust and interpersonal problems: a circumplex analysis”*  
Journal of Personality and Social Psychology 62(6), 989-1002.

**Gurtman, Michael B.** (1998) *“Circular measurement redux: the analysis and interpretation of interpersonal circle profiles”*  
Clinical Psychology 5, 344-360.

**Hansen, Nathan;** Umphress, Val; Lambert, Michael J. (1998) *“The reliability and validity of a short form of the inventory of interpersonal problems”*  
Journal of Psychoeducational Assessment 16, 201-214.

**Hill, Robert W.;** Zrull, Mark C.; McIntire, Karen (1998) *“Differences between self- and peer rating of interpersonal problems”*  
Assessment 5(1), 67-83.

**Hofstee, William K;** de Raad, Boele; Goldberg, Lewis R. (1992) *“Integration of the big five and circumplex approaches to traits structure”*  
Journal of Personality and Social Psychology 63(1), 146-163

**Horowitz, Leonard M.** (1996) *„The study of interpersonal problems: a Leary legacy“*

Journal of Personality Assessment 66(2), 283-300.

**Horowitz, Leonard M.;** Strauß, Bernhard; Kordy, Hans; Alden, Lynn E.; Wiggins, Jerry S.; Pincus, Aaron L. „*Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme – Deutsche Version- (IIP-D)*“  
Beltz-Test, Weinheim, 1994. (dt. Manual).

**Horowitz, Leonard M.;** Rosenberg, Saul E.; Baer, Babara A.; Ureno; Villasenor (1988) „*Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications*“  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 56(6), 885-892.

**Horowitz, Leonard M.;** Rosenberg, Saul E.; Kalehazan, Michelle (1992) „*The capacity to describe other people clearly: a predictor of interpersonal problems in brief dynamic psychotherapy*“  
Psychotherapy Research 2(1), 37-51.

**Horowitz, Leonard M.;** Rosenberg, Saul E.; Bartholomew, Kim (1993) „*Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy*“  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 61(4), 549-560.

**Horowitz, Leonard M.** (1979) „*On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy*“  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 47(1), 5-15.

**Horowitz, Leonard M.;** de Sales French, Rita (1980) „*The co-occurrence of semantically similar interpersonal problems*“  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 48(3), 413-415.

**Horowitz, Leonard M.;** de Sales French, Rita (1979) „*Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely*“  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 47(4), 762-764.

**Horowitz, Leonard M.;** Vitkus, John (1986) „*The interpersonal basis of psychiatric symptoms*“  
Clinical Psychology Review 6, 443-469.

**Howard, Isa;** Turner, Rebecca; Olkin, Rhoda; Mohr, David C. (2006) „*Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients*“  
Journal of Clinical Psychology 62(9), 1197-1204.

**Jakobsen, Thorsten;** Rudolf, Gerd; Brockmann, Josef; Eckert, Jochen; Huber, Dorothea; Grande, Tilman; Keller, Wolfram; Staats, Hermann; Leichsenring, Falk (2007) „*Results of psychoanalytic long-term therapy in specific diagnostic groups: improvement in symptoms and interpersonal relationship*“  
Zeitschrift für Psychosomatik medizinische Psychotherapie 53(2), 87-110.

**Jung, Astrid;** Ahrens, Stephan (1996) „*Impatient psychosomatic treatment-patient markers and treatment success*“  
Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 46(12), 430-437.

**Keller, Wolfram;** Schneider, Wolfgang (1993) “ *Veränderungen interpersoneller Probleme in Verlauf ambulanter oder stationärer Gruppentherapie*”  
Gruppenpsychother. Gruppendynamik 29, 308-323.

**Kiesler, Donald J.;** Auerbach, Stephen M. (2003) „*Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal complex*“  
Social science and medicine 57, 1707-1722.

**Kiesler, Donald J.** (1983) „*The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions*“  
Psychological Review 90, 185-214.

**Donald J. Kiesler,** James A. Schmidt; Wagner, Christopher C. (1995) “*Assessing the interpersonal transaction cycle: convergence of action and reaction interpersonal circumplex measures*”  
Journal of Personality and Social Psychology 69(5), 938-949.

**Kivlighan, Dennis M.;** Marsh-Angelone, Mauren; Angelone, Edgar O. (1994) “*Projection in group counselling: the relationship between members’ interpersonal problems and their perception of the group leader*”  
Journal of counselling Psychology 41(1), 99-104.

**Rolfe LaForge, Rolfe;** Freedman, Mervin B. (1985) “*Interpersonal circumplex models: 1948-1983 (Symposium)*”  
Journal of Personality Assessment 49(6), 613- 631.

**Leising, Daniel;** Rehbein, Diana; Sporberg; Doreen (2007) “*Validity of the inventory of interpersonal problems (IIP-64) for predicting assertiveness in role-play situations*”  
Journal of Personality Assessment 89(2), 116-125.

**Leising, Daniel;** Rehbein, Diana; Sporberg; Doreen (2006) “*Does a fish see the water in which it swims? A study of the ability to correctly judge one’s own interpersonal behavior*”  
Journal of Social and Clinical Psychology 25(9), 963-974.

**Locke, Kenneth D.** (2000) “*Circumplex scales of interpersonal values: reliability, validity and applicability to interpersonal problems and personality disorders* “  
Journal of personality assessment 75 (2), 249-267.

**Lorentzen, Steinar;** Sexton Harold C.; Hoglend, Per (2004) “*Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study*”  
Nord J Psychiatry 58(1), 33-40.

**Lorr, Maurice** (1996) “*The interpersonal circle as a heuristic model for interpersonal research*”  
Journal of personality assessment 66(2), 234-239.

**Lorr, Maurice;** McNair, Douglas M. (1963) “*The interpersonal behavior circle*”  
Journal of Personality and Social Psychology 67(1), 68-75.

- Lorr, Maurice;** McNair, Douglas M. (1965) *"Expansion of the interpersonal behavior circle"*  
Journal of Personality and Social Psychology 2(6), 823-830.
- Lorr, Maurice;** Bishop, Patricia F.; McNair, Douglas M. (1965) *"Interpersonal types among psychiatric patients"*  
Journal of Abnormal Psychology 70(6), 468-472.
- Maling, Michael S.;** Gurtman, Michael B.; Howard, Kenneth I. (1995) *"The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy"*  
Psychotherapy Research 5(1), 63-75.
- McCrae, Robert R.;** Costa, Paul T. (1989) *"The NEO personality inventory: using the five-factor model in counseling"*  
Journal of Counseling and Development 69, 367-371.
- McCrae, Robert R.;** Costa, Paul T. (1991) *"The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the five-factor model"*  
Journal of Personality and Social Psychology 61(4), 586-595.
- McDonald, Michelle;** Linden, Paul P. (2003) *"Interpersonal problems and personality: using three factor solution"*  
Psychological Report 93, 371-377.
- McLemore, Clinton W.;** Brokaw, David W. (1987) *"Personality disorders as dysfunctional interpersonal behavior"*  
Journal of Personality Disorders 1(3), 270-285.
- Monsen, Jon T.;** Hagtvet, Knut A., Eilertsen, Dag E., Havik, Odd E. (2006) *"Circumplex structure and personality disorder correlates of the interpersonal problems model (IIP-C): construct validity and clinical implication"*  
Psychological assessment 18(2), 165-173.
- Mongrain, Myriam;** Lubbers, Ralf; Strunthers, Ward (2004) *"The power of love: mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics"*  
Journal of Personality and Social Psychology 86, 94-105.
- Moskowitz, D.S.** (1994) *"Cross-situational generality and the interpersonal circumplex"*  
Journal of Personality and Social Psychology 66(5), 921-933.
- Moskowitz, D.S.** (1990) *"Convergences of self-reports and independent observers: dominance and friendliness"*  
Journal of Personality and Social Psychology 58(6), 1096-1106.
- Paddock, John R.;** Norwicki, Stephen (1986) *"The circumplexity of Leary's interpersonal circle: a multidimensional scaling perspective"*  
Journal of Personality Assessment 50(2), 279-289.
- Paulhus, Delroy L.;** Martin, Carol Lynn (1988) *"Functional flexibility: a new conception of interpersonal flexibility"*

Journal of Personality and Social Psychology 55(1), 88-101.

**Pincus, Aaron L;** Gurtmann, Michael B. (1995) *“The three faces of interpersonal dependency: structural analyses of self-report dependency measures”*  
Journal of Personality and Social Psychology 69(4), 744-758.

**Pincus, Aaron L.;** Boekman, Laura F. (1995) *“social-emotional adjustment and interpersonal problems: a circumplex analysis of the Weinberger adjustment typology”*  
European journal of psychological assessment 2, 65-80.

**Pincus, Aaron L.;** Wiggins, Jerry S. (1992) *“An expanded perspective on interpersonal assessment”*  
Journal of Counseling and Development 71, 91-95.

**Pincus, Aaron L.;** Wiggins, Jerry S. (1990) *“Interpersonal problems and conceptions of personality disorders”*  
Journal of personality disorders 4(4), 342-352.

**Putschner, Bernd;** Bauer, Stephanie; Horowitz, Leonard M.; Kordy, Hans (2005) *“The relationship between interpersonal problems and helping alliance”*  
Journal of Clinical Psychology 6(4), 415-429.

**Putscher, Bernd;** Kraft, Susanne; Bauer, Stephanie (2004) *“Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: Findings from a long-term longitudinal study in Germany”*  
Journal of Personality 83(3), 223-234.

**Riding, Nick;** Cartwright, Alan (1999) *„Interpreting the inventory of interpersonal problems: subscales based on an interpersonal theory model“*  
British Journal of Medical Psychology 72, 407-420.

**Rosenberg, Saul E.;** Baer, Babara A. (1988) *“Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical application”*  
Journal of consulting and clinical psychology 56 (6), 885-892.

**Ruiz, Mark A.;** Pincus, Aaron L.; Echemendia, Ruben J.; Castonguay, Luis G.; Ragueusea, Stephen A.; Borkovec, Thomas D. (2004) *“Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: an investigation with the Pennsylvania practice research network”*  
Journal of Personality Assessment 83(3), 213-222.

**Russell, James A.** (1980) *“A circumplex model of affect”*  
Personality and Social Psychology 39(6), 1161-1178.

**Saffrey, Collen;** Bartholomew, Kim; Scharfe, Elaine; Henderson, Antonia J.Z.; Koopman, Ray (2003) *“Self-and partner-perceptions of interpersonal problems and relationship functioning”*  
Journal of Social and Personal Relationships 20(1), 117-139.

**Salzer, Simone;** Pincus, Aaron L.; Hoyer, Jürgen; Kreische, Reinhard; Leichsenring, Falk; Leibing, Eric (2008) *“Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder”*

Journal of Personality Assessment 90(3), 292-299.

**Savournin, Rosamond;** Evans, Chris; Watson, J.P.; Hirst, J.P. (1995) *“The elusive factor structure of the inventory of interpersonal problems”*

British Journal of Medical Psychology 68, 353-369.

**Saucier, Gerard** (1992) *“Integrating affective and interpersonal circles with the big-five personality factors”*

Journal of Personality and Social Psychology 62(6), 1025-1035

**Schauenburg, Henning;** Kuda, Manfred; Sammet, Isa; Strack, Micha (2000) *“The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short-term psychodynamic psychotherapy”*

Psychotherapy Research 10(2), 133-146.

**Schepank, Heinz** (1995) *„Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS); ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung - Handanweisung.“*

Göttingen: Beltz-Test, 1995.

**Schlagenhauf, Florian;** Tress, W.; Schmidt, N.; (2003) *“Körperbeschwerden in einer psychosomatischen Ambulanz: Eine Untersuchung mit dem Gießner Beschwerdebogen (GBB-24)”, unveröffentlichte Promotionsarbeit, Universität Düsseldorf.*

**Schmitz, N.;** Hartkamp, N.; Kiuse, J.; Franke, G. H.; Reister, G.; Tress, W. (2000) *“The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): a german validation study”*

Quality of Life Research 9(2), 185-193.

**Sheffield, Michael;** Carey, James; Patenande, William; Lambert, Michael J. (1995) *“An exploration of the relationship between interpersonal problems and psychological health”*

Psychological Reports 76, 947-956.

**Sim, Jordan;** Rommey; David M. (1990) *“The relationship between a circumplex model of interpersonal behaviors and personality disorders”*

Journal of Personality Disorders 4(4), 329-341.

**Slaney;** Pincus, Aaron L.; Uliaszek, Amanda; Wang, Hennes P. (2006) *“Conceptions of perfectionism and interpersonal problems: evaluating groups using the structural summary method for circumplex data”*

Assessment 13(2), 138-253.

**Sodano, Sandro M.;** Tracey, Terence J.G.; (2006) *“Interpersonal traits in childhood: development of the child and adolescent interpersonal survey”*

Journal of Personality Assessment 87(3), 317-329.

**Solz, Stephen;** Budman, Simon; Merry, Jocelyn; Demby, Annette (1995) *“A short form of the inventory of interpersonal problems circumplex scales”*

Assessment 2(1), 53-63.

**Starck, Stephen** (1996) *“Introduction to the special series- Interpersonal theory and the interpersonal circumplex: Timothy Leary’s Legacy”*  
Journal of Personality Assessment 66(2), 212-216.

**Starck, Stephen;** Lorr, Maurice (1990) *“Three approaches to interpersonal behavior and their common factors”*  
Journal of Personality Assessment 54(3/4), 782-790.

**Startup, Mike** (2000) *„Interpreting the inventory of interpersonal problems: a rejoinder to riding and cartwright“*  
British Journal of Medical Psychology 73, 553-557.

**Strong, Stanley R.;** Hills, Hope I.; Kilmartin, Christopher T.; DeVries, Helen; Lanier, Keith; Nelson, Blair N.; Strickland, Deborah; Meyer III, Charles W. (1988) *“The dynamic relations among interpersonal behaviors: a test of complementarity and anti-complementarity”*  
Journal of Personality and Social Psychology 54(5), 798-810.

**Tracey, Terence J.** (1994) *“An examination of the complementarity of interpersonal behavior”*  
Journal of Personality and Social Psychology 67(5), 864-878.

**Tracey, Terence J.;** Rounds, James; Gurtman, Michael (1996) *“Examination of the general factor with the interpersonal circumplex structure: application to the inventory of interpersonal problems”*  
Journal of economic Psychology 31(4), 441-466.

**Trapnell, Paul O.;** Wiggins, Jerry S. (1990) *“Extension of the interpersonal adjective scales to include the big five dimensions of personality”*  
Journal of Personality and Social Psychology 59(4), 781-790.

**Vanheule, Stijn;** Desmet, Mattias; Rosseel, Yves (2006) *“The factorial structure of the dutch translation of the inventory of interpersonal problems: a test of the long and short version “*  
Psychological Assessment 18(1), 112-117.

**Vetter, Peter H.;** von Pritzbuer, Joachim; Jungmann, Karl; Kropp, Peter; Köller, Olaf (2001) *“The validity of the ICD-10-Classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group?”*  
Psychopathology 34, 36-42.

**Vittengl, Jeffrey R.;** Clark, Lee Anna; Jarrett, Robin B. (2003) *“Interpersonal problems, personality, pathology and social adjustment after cognitive therapy for depression”*  
Psychological Assessment 15(1), 29-40.

**Wagner, Christopher C.;** Kieseler, Donald J.; Schmidt, James A. (1995) *“Assessing the interpersonal transaction cycle: convergence of action and reaction interpersonal circumplex measures”*

Journal of Personality and Social Psychology 69(5), 938-949.

**Watzlawick, Paul;** Bavelas, Janet Beacin; Jackson, Don D. „*Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien.*“

*Mental Research Institute Palo Alto, Kalifornien (“Pragmatics of Human Communication. A study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes”, W.W. Norton & Company Inc., New York 1967);*

*Achte, unveränderte Auflage 1990, Verlag Hans Huber, Bern: 1969.*

**Weinryb, Robert;** Gustavson, J. Peter; Hellstöm, Christer; Andersson, Eva; Broberg; Ryland (1995) “*Interpersonal problems and personality characteristics: psychometric studies of the Swedish version of the IIP*”

Journal of Personality and Social Psychology 20(1), 13-23

**Widiger, Thomas A.;** Meile, Gloria M.; Bluhm, Carey (1990) “*Interpersonal complementarity and individual differences*”

Journal of Personality and Social Psychology 58(3), 464-471.

**Wiggins, Jerry S.;** Broughton (1985) “*The interpersonal circle: a structural model for the integration of personality research*”

Perspectives in Psychological Researches 1, 1-47.

**Wiggins, Jerry S.;** Phillips, Norman; Trapnell, Paul (1989) “*Circular reasoning about interpersonal behaviour: evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification*”

Journal of Personality and Social Psychology 56(2), 296-305.

**Wiggins, Jerry S.** (1996) “*An informal history of the interpersonal circumplex tradition*”

Journal of Personality Assessment 66(2), 217-233.

**Wiggins, Jerry S.** (1980) “*Circumplex models of interpersonal behaviour*”

Journal of Personality and Social Psychology 1, 265-293.

**Wiggins, Jerry S.** (1979) “*A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: the interpersonal domain*”

Journal of Personality and Social Psychology 37(3), 395-412.

**Wiggins, Jerry S.;** Trobst, Krista K. (1997) “*Prospects for the assessment of normal and abnormal interpersonal behavior*”

Journal of Personality Assessment 68(1), 110-126.

**Wiseman, Hodas;** Raz, Alon; Sharabany, Ruth (2007) „*Depressive personality styles and interpersonal problems in young adults with difficulties in establishing long-term romantic relationships*“

Israel Journal of psychiatry and related sciences 44(4), 280-291.

**Wish, Myron;** Deutsch, Morton; Kaplan, Susan J. (1976) “*Perceived dimensions of interpersonal relations*“

Journal of Personality and Social Psychology 33(4), 409-420.

**Wuchner, Michael;** Eckert, Jochen; Biermann-Katjen, Eva-Maria (1993) *“Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken”*  
Gruppenther. Gruppendynamik 29, 198-214.

## Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

11.09.2014, Claudia Annette Schweinoch