

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Mathias Berger**

**Inhaltliche Validierung der deutschen Übersetzung des „Schema
Mode Inventory - revised“ (SMI-r) und Korrelation der Modus-
Skalen des SMI-r mit etablierten psychologischen und
psychopathologischen Konstrukten**



INAUGURAL-DISSERTATION

zur

**Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau**

Vorgelegt 2010

**von Dawn Angela Harris
geboren in Bonn**

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hubert E. Blum

1.Gutachter: Prof. Dr. med. Ulrich Vorderholzer

2.Gutachter: Prof. Dr. med. Almut Zeeck

Jahr der Promotion: 2010

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	1
2	Einleitung.....	1
3	Theoretischer Hintergrund.....	4
3.1	Schematherapie nach Jeffrey E. Young.....	4
3.1.1	Entwicklung der Schematherapie aus der Kognitiven Verhaltenstherapie	4
3.1.2	Das Schemakonstrukt.....	6
3.1.3	Charakteristika und Ursprünge früher maladaptiver Schemata	7
3.1.4	Schemadomänen und frühe maladaptive Schemata	8
3.1.5	Maladaptive Bewältigungsstile	16
3.1.6	Behandlungsprozess in der Schematherapie	19
3.2	Das Moduskonstrukt	22
3.2.1	Definition Schemamodus	23
3.2.2	Entwicklung des Moduskonzepts	24
3.2.3	Kernkategorien.....	24
3.2.4	Modusorientierte Fallkonzeption	32
3.2.5	Modusbezogene Interventionen.....	33
3.2.6	Störungsspezifische Modusmodelle.....	36
3.3	Stand der Forschung.....	41
4	Methoden	45
4.1	Studiendesign	45
4.2	Studienablauf	46
4.3	Stichprobe	50
4.3.1	Ausschlusskriterien	50
4.3.2	Teilnehmergruppen.....	51
4.4	Messinstrumente.....	52
4.4.1	SKID I und SKID II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und Achse II Störungen.....	52
4.4.2	SMI-r: Schema Mode Inventory - revised, deutsche Version	54
4.4.3	STAXI: State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar.....	57
4.4.4	UPPS: Impulsivitätsskala	60
4.4.5	IIP: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme	62
4.4.6	SCL-K-9: Symptom-Check-Liste, Kurzform.....	64
4.5	Statistik.....	66

5	Ergebnisse.....	67
5.1	Soziodemographische Daten	67
5.2	Interrelationen der Modussskalen des SMI-r	70
5.3	Korrelationen der Modussskalen des SMI-r mit Skalen anderer Fragebögen zur Erfassung psychologischer Konstrukte	75
5.3.1	SMI-r - SCL-K-9	75
5.3.2	SMI-r - STAXI.....	77
5.3.3	SMI-r - UPPS	79
5.3.4	SMI-r - IIP.....	80
6	Diskussion.....	85
6.1	Herleitung der Fragestellung	85
6.2	Interrelationen der Modussskalen des SMI-r	86
6.3	Korrelationen der Modussskalen des SMI-r mit Skalen anderer Fragebögen zur Erfassung psychologischer Konstrukte	88
6.4	Limitierungen dieser Studie.....	91
7	Zusammenfassung	94
8	Literaturverzeichnis	95
9	Anhang.....	100
9.1	Patienteninformation	100
9.2	Einverständniserklärung.....	102
9.3	Fragebogenpaket	103
9.3.1	Demographische Daten	103
9.3.2	Schema Modus Inventar, deutsche Version (SMI-r)	104
9.3.3	Beck Depressionsinventar (BDI)	110
9.3.4	Rosenberg-Skala	114
9.3.5	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)	114
9.3.6	Fragebogen zu Impulsivität (UPPS)	118
9.3.7	Narzissmus Persönlichkeitsinventar (NPI)	120
9.3.8	Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-C)	123
9.3.9	Kurzform Symptom-Check-List (SCL-K-9)	126
9.3.10	Test of Self-Conscious Affect - shortform (TOSCA-3)	127
9.3.11	Compass of Shame Styles, deutsch (CoSS)	131
10	Danksagung.....	136
11	Lebenslauf	138

2 Einleitung

Während der vergangenen Jahre hat die von Jeffrey E. Young entwickelte, aus der kognitiven Verhaltenstherapie hervorgegangene, Schematherapie zunehmend an Popularität gewonnen. Dies zeigt sich auch an ihrem vermehrten Einsatz an vielen klinischen und forensischen Einrichtungen. Die Effektivität der Schematherapie wird durch zahlreiche Studien belegt (Giessen-Bloo et al., 2006; van Asselt et al., 2008; Ball et al., 2000; Farrell et al., 2009; Bernstein et al., 2007; Riso et al., 2007).

Ein zentrales Konzept der Schematherapie ist die Arbeit mit Schemamodi. Ein Modus repräsentiert die aktiven, emotionalen und kognitiven Zustände und Bewältigungsreaktionen einer Person in einem definierten Moment. Dieser Gemütszustand, der die Emotionen, Gedanken und das Verhalten einer Person dominiert, kann sich relativ stabil präsentieren, kann jedoch auch rasant in einen anderen Gemütszustand übergehen. Letzteres ist besonders häufig bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen zu beobachten, so dass das Modus Modell typischer Weise den rapiden Moduswechsel bei diesen Patienten beschreibt (Lobbestael et al., 2007).

Das Moduskonzept als Teil der Schematherapie gewinnt immer mehr an Bedeutung bei der Arbeit mit Patienten, die an schweren Persönlichkeitsstörungen leiden und bei denen die primäre Arbeit mit Schemata keinen zufrieden stellenden Erfolg erzielt. Es beinhaltet sowohl einen allgemeinen als auch einen störungsspezifischen Ansatz. Der allgemeine Ansatz wird durch vier Moduskategorien definiert: die *kindlichen Modi*, die *dysfunktionalen Elternmodi*, die *maladaptiven Bewältigungsmodi* und den *gesunden Erwachsenen Modus*. Bei dem störungsspezifischen Ansatz wird für verschiedene Störungen, vornehmlich Persönlichkeitsstörungen, ein jeweils charakteristisches Modusprofil aufgezeigt. Das gebräuchlichste Modus-Modell besteht für die Borderline- Persönlichkeitsstörung (Young et al., 2005; Arntz et al. 2010). Jedoch existieren mittlerweile für alle Persönlichkeitsstörungen spezifische Modusmodelle.

Trotz des wachsenden Interesses an der Schematherapie hinken Forschungsarbeiten und empirische Tests zu der Validität des Modus-Modells noch deutlich hinterher. Als Instrument zur Erfassung der bestehenden Modi wurde das Schema Modus Inventar entwickelt. Die überarbeitete Version, das SMI-revised, umfasst 124 Fragen, mit denen insgesamt 14 Schemamodi erfasst werden.

Lobbestael et al. belegen in einer Studie gute psychometrische Eigenschaften für das SMI-r (submitted for public) und eine weitere Studie, die den Zusammenhang zwischen Modi und Persönlichkeitsstörungen untersucht, weist spezifische Modusprofile für alle Persönlichkeitsstörungen auf und unterstützt die meisten hypothesierten Korrelationen (Lobbestael et al., 2008).

Das Moduskonstrukt weist in Teilen Ähnlichkeiten mit anderen etablierten psychologischen Konstrukten auf. So sind Überschneidungen zwischen dem *impulsiven Kind* und dem Konstrukt Impulsivität, gemessen durch den UPPS (Patton et al., 1995; Whiteside et al., 2005), zu erwarten. Ebenso scheinen Zusammenhänge zwischen Modi, die verschiedene Aspekte von Ärger repräsentieren, und dem Konstrukt Ärger, erhoben durch den Fragebogen STAXI (Spielberger et al., 1999), nahe liegend. Als weiteres Beispiel sind Übereinstimmungen zwischen ausgeprägten Bewältigungsreaktionen wie Distanziertheit, Vermeidung oder Überkompensation und anderen interpersonellen Problemen, die durch das IIP (Horowitz et al., 2000) erfasst werden, zu vermuten. Beziehungen zwischen Schemamodi und anderen psychologischen Konstrukten können als wichtiger Aspekt der Konstruktvalidität des Moduskonstrukts angesehen werden. Studien, die diese Zusammenhänge untersuchen, gab es bisher jedoch nicht.

Ziel der in dieser Arbeit beschriebenen Studie ist es, die ins Deutsche übersetzte Version des Schema Mode Inventory - revised (SMI-r) inhaltlich zu validieren und Zusammenhänge zwischen den Modus Skalen des SMI-r und den psychologischen Konstrukten allgemeine Psychopathologie, Depression, Selbstwert, Ärger, Narzissmus, Impulsivität, interpersonale Probleme, Schuld und Scham zu untersuchen um die Konstruktvalidität des Moduskonstrukts noch umfassender zu überprüfen.

Die Arbeit wurde folgendermaßen strukturiert: Kapitel Eins und Zwei beinhalten das Inhaltsverzeichnis sowie die Einleitung. Der dritte Teil erklärt die theoretischen Grundlagen der Forschungsarbeit wie die Entwicklung der Schematherapie nach Young, die Weiterentwicklung des Moduskonstruktes sowie den Stand der Forschung. Im vierten Teil werden die Methoden der Studie dargelegt sowie die Messinstrumente erklärt. Der fünfte Teil fasst die Studienergebnisse zusammen, die

im sechsten Teil zur Diskussion gestellt werden. Die der Studie zugrunde liegenden Fragebögen sind im Anhang der Arbeit zu finden.

3 Theoretischer Hintergrund

Einführend werden in diesem Kapitel Informationen zu der von Jeffrey E. Young entwickelten Schematherapie, dem Moduskonzept und dem aktuellen Forschungsstand dieser beiden Ansätze gegeben.

3.1 Schematherapie nach Jeffrey E. Young

3.1.1 Entwicklung der Schematherapie aus der Kognitiven Verhaltenstherapie

Die schemafokussierte Therapie oder Schematherapie stellt eine von Jeffrey E. Young konzipierte Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar. Sie versteht sich als integrativen Therapieansatz, der angepasst an den jeweiligen Patienten und sein Erkrankungsbild kognitive, verhaltenstherapeutische, psychodynamische und emotionsfokussierte Konzepte und Interventionen individuell verbindet.

Maßgeblich für diese Entwicklung war die Beobachtung, dass Patienten mit charakterologischen Problemen und grundlegenden Persönlichkeitsstörungen nicht zufrieden stellend auf die traditionelle kognitive Verhaltenstherapie ansprechen (Beck et al., 1993). Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass sich die psychischen Merkmale von Patienten mit Achse-I-Störungen zum Teil deutlich von denen mit Persönlichkeitsstörungen oder schwerwiegenden und chronischen charakterologischen Störungen unterscheiden. Die Annahmen der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie lassen sich somit nicht einfach auf Patienten mit charakterologischen Problemen übertragen (Young et al., 2005). So setzt die KVT zum Beispiel eine hohe *Compliance* voraus und geht von der Grundannahme aus, dass Patienten generell motiviert sind, durch das Erlernen von speziellen Fertigkeiten eine Lösung zu ihren aktuellen Problemen anzustreben. Zur Verringerung ihrer Symptome akzeptieren sie demnach die erforderlichen Behandlungsprozeduren. Bei Patienten mit charakterologischen Problemen

hingegen sind Motivation und die Einstellung zur Therapie häufig sehr kompliziert, so dass sie sich nicht in der Lage sehen, sich mit den Behandlungsstrategien einverstanden zu erklären.

Des Weiteren kann bei Patienten mit schweren charakterologischen Problemen nicht bedingungslos von der Annahme ausgegangen werden, dass sie Kontakt zu ihren Kognitionen und Emotionen aufnehmen und diese wiedergeben können. Um negative Emotionen zu reduzieren, tendieren diese Patienten zu kognitivem und affektivem Vermeiden.

Wesentlich ist auch die Tatsache, dass Patienten ihre charakterologischen Probleme als ich-synton empfinden, sie für ihr Identitätsgefühl essentiell sind. Folglich halten sie vehement an ihren selbstschädigenden Mustern fest, damit ihre Identität aufrechterhalten wird. Psychische Unflexibilität ist ein spezifisches Merkmal von Persönlichkeitsstörungen (American Psychiatric Association, 1994). Patienten ohne charakterologische Störungen hingegen können ihre problematischen Kognitionen und Verhaltensweisen durch Praktiken aus der KVT ändern.

Um Patienten, denen die traditionelle KVT nicht in angemessener Weise weiterhilft, erfolgreich behandeln zu können, entwickelte Young das Schemamodell. Es erweitert die KVT, indem es Techniken verschiedener anderer Therapieschulen in die Behandlung mit einbezieht, der Entstehung psychischer Störungen in der Kindheit und Adoleszenz eine entscheidende Rolle beimisst und der Therapeut – Patient Beziehung eine maßgebliche Bedeutung verleiht.

Ziel der Schematherapie ist es, dem Patienten durch die Kombination verschiedener Behandlungsansätze sowie durch eine von empathischer Konfrontation und begrenzter, nachträglicher elterlicher Fürsorge geprägten Therapiebeziehung die Fähigkeit zu vermitteln, Symptome von Persönlichkeitsstörungen als ich-dyston anzuerkennen und dysfunktionale Verhaltensweisen aufzubrechen.

3.1.2 Das Schemakonstrukt

Ganz allgemein bezeichnet der Begriff Schema eine Struktur, ein Grundgerüst oder ein Muster. In der Wissenschaft gibt es mannigfaltige Bearbeitungen des Themas „Schema“ vor allem aus den Richtungen der Psychologie, der Linguistik, der Computer-Wissenschaft, der Neuropsychologie und der Wissenstheorie (Flehsig et al., 1998). Eine einheitliche Schematheorie gibt es nicht. Es handelt sich vielmehr um eine Gruppe von Theorien, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie das Schemakonstrukt verwenden, die aber je nach Gegenstand durchaus unterschiedlich sein können. Auch in der Psychologie hat der Begriff „Schema“ eine vielfältige Geschichte. In der Kernaussage sind Schemata Wissensstrukturen, in denen aufgrund von Erfahrungen typische Zusammenhänge eines Realitätsbereichs repräsentiert sind (Mandl et al., 1988). Angewendet auf die Psychotherapie ist die Vorstellung wichtig, dass Schemata schon im Kindheitsalter entstehen, in der Folgezeit weiterentwickelt und auf spätere Ereignisse angewendet werden, auch wenn sie auf die aktuellen Erlebnisse nicht mehr zutreffend sind.

Young entwickelte in seinen Arbeiten die Hypothese, dass insbesondere die Schemata, die sich aufgrund schädigender Kindheitserlebnisse bildeten, die zentrale Ursache von Persönlichkeitsstörungen, leichteren charakterologischen Problemen und vielen Achse-I-Störungen darstellen. Für eingehendere Untersuchungen definierte er so als eine neue Untergruppe von Schemata die „frühen maladaptiven Schemata“. Bei einem solchen „frühen maladaptiven Schema“ handelt es sich um ein weitgestecktes, umfassendes Thema oder Muster, bestehend aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, das sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen bezieht. Entstanden in der Kindheit, wird es im weiteren Leben stärker ausgeprägt und wirkt stark dysfunktional. Die entstandenen dysfunktionalen Verhaltensweisen sind *per definitionem* kein Bestandteil von, sondern eine Reaktion auf ein Schema (Young et al., 2005).

Im Folgenden werden die Begriffe „Schema“, „Schemata“ und „frühes maladaptives Schema“ gleichgesetzt.

3.1.3 Charakteristika und Ursprünge früher maladaptiver Schemata

Ein grundlegendes Streben des Menschen ist das nach Beständigkeit. Nach Leon Festingers Konsistenzansatz entsteht durch nicht vereinbare Kognitionen ein Zustand der kognitiven Dissonanz, ein als unangenehm empfundener Gefühlszustand. Da Menschen konsonante Kognitionen als angenehm empfinden, versuchen sie dissonante Informationen zu vermeiden. Sie tendieren dazu, einmal getroffene Entscheidungen, wie auch Verhaltensweisen auf ein aktiviertes Schema, beizubehalten oder zu rechtfertigen, was zur selektiven Wahrnehmung von Informationen führt (Festinger, 1957). Bezogen auf die Schematherapie bedeutet dies, dass ein bereits früh in der Kindheit entwickeltes maladaptives Schema als Repräsentation der kindlichen Umgebung „um sein Überleben kämpft“, da es dem Patienten angenehm vertraut ist, auch wenn es Leiden verursacht (Young, 2005). Klarer wird die Dysfunktionalität der Schemata, wenn diese im Erwachsenenalter in Interaktionen mit anderen Menschen beibehalten werden, obwohl die Schema auslösenden Wahrnehmungen der Kindheit nicht mehr zutreffend sind.

Ursprünglich für die Entstehung der frühen maladaptiven Schemata ist nach Youngs Auffassung die Kombination aus frühen Kindheitserlebnissen mit dem individuellen Temperament des Kindes. Er beschreibt vier Arten von frühen Erlebnissen, welche die Entstehung begünstigen:

- Die schädigende Nichterfüllung von zentralen emotionalen Bedürfnissen
- Die Traumatisierung oder Viktimisierung
- „Zuviel des Guten“ und Überbehütung
- Die selektive Internalisierung oder die Identifikation mit wichtigen Bezugspersonen

Young et al. definieren fünf zentrale Gruppen menschlicher Grundbedürfnisse (Young et al., 2005). Jedem dieser Kernbedürfnisse ist eine Schemadomäne zugeordnet (siehe Tabelle 3.1.3-1). Bei der Frustration eines Bedürfnisses ist konsekutiv die Gefahr zur Entstehung von Schemata der jeweiligen Domäne gegeben. Elementar für die Schematherapie ist der Versuch des Therapeuten, die

nicht erfüllten emotionalen Bedürfnisse des Patienten auf adaptive Weise zu befriedigen.

Tabelle 3.1.3-1: Menschliche Kernbedürfnisse und ihr Bezug zu Schemadomänen

Menschliche Kernbedürfnisse	Schemadomänen
Sichere Bindung zu anderen Menschen: Sicherheit, Stabilität, nährendе Zuwendung, Akzeptanz, Schutz	Abgetrenntheit und Ablehnung
Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
Freiheit zum Ausdruck berechtigter Bedürfnisse und Emotionen	Fremdbezogenheit
Spontaneität und Spiel	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit
Setzen von realistischen Grenzen und Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen

3.1.4 Schemadomänen und frühe maladaptive Schemata

Im Schemamodell werden 18 Schemata fünf verschiedenen Schemadomänen zugeordnet. Im Folgenden werden diese fünf Schemadomänen mit ihren untergeordneten Schemata kurz definiert und in einem tabellarischen Überblick präsentiert (s. Tabelle 3.1.4-1).

Tabelle 3.1.4-1: Schemadomänen und frühe maladaptive Schema

Domäne	Schema
Abgetrenntheit und Ablehnung	Verlassenheit/ Instabilität
	Misstrauen/ Missbrauch
	Emotionale Entbehrung
	Unzulänglichkeit/ Scham
	Soziale Isolierung/ Entfremdung
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Abhängigkeit/ Inkompetenz
	Anfälligkeit für Schädigungen/ Krankheiten
	Verstrickung/ Unterentwickeltes Selbst
	Versagen
Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Anspruchshaltung/ Grandiosität
	Unzureichende Selbstkontrolle und Selbstdisziplin
Fremdbezogenheit	Unterwerfung
	Selbstaufopferung
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Negativität und Pessimismus
	Emotionale Gehemmtheit
	Überhöhte Standards und übertrieben kritische Haltung
	Bestrafen

Domäne I: Abgetrenntheit und Ablehnung

Das Gefühl der Abgetrenntheit und Ablehnung kennzeichnet die Erwartung, dass die eigenen Bedürfnisse nach sicherer Bindung, Geborgenheit, Stabilität, Zuwendung,

Empathie und Akzeptanz von Seiten der Familie und wichtigen Bezugspersonen nicht befriedigt werden. In der Ursprungsfamilie herrschte Distanz, Ablehnung, emotionale Kälte, Isolation, Zurückhaltung und Unberechenbarkeit. Es gab Tendenzen zu aggressiven Ausbrüchen, Misshandlung oder Missbrauch.

Verlassenheit und Instabilität

In diesem Schema fühlt sich die Person im Stich gelassen. Sie glaubt nicht an die Beständigkeit einer zwischenmenschlichen Beziehung, da das Gefühl der Verbundenheit in der Kindheit fehlte. Sie glaubt, dass wichtige Bezugspersonen sie aufgrund der eigenen Unzulänglichkeit verlassen werden, sterben oder nicht in der Lage sein werden, ihr kontinuierliche emotionale Unterstützung, Stärke und Schutz zu gewähren, da sie emotional instabil, unberechenbar oder nur begrenzt anwesend sind.

Misstrauen und Missbrauch

Bei diesem Schema prädominiert die Vorstellung des Betroffenen, von Anderen früher oder später physisch oder psychisch verletzt, misshandelt, missbraucht, gedemütigt, betrogen, belogen, manipuliert oder übervorteilt zu werden. Diese Verletzungen geschehen in seiner Wahrnehmung kalkuliert oder aufgrund extremer Nachlässigkeit. Zurück bleibt häufig das Gefühl, ständig betrogen zu werden und benachteiligt zu sein.

Emotionale Entbehrung

Dieses Schema beschreibt die vorherrschende Erwartung, dass die eigenen Bedürfnisse nach emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen frustriert werden. Es werden drei Formen emotionaler Vernachlässigung unterschieden:

- Entbehren von Zuwendung: Mangel an Aufmerksamkeit, Zuneigung, Wärme, Zugehörigkeit
- Entbehren von Empathie: Mangel an Verständnis, Zuhören, Selbstoffenbarung oder kommunikativem Gefühlsaustausch

- Entbehren von Schutz: Mangel an Stärke, Orientierungshilfen und Anleitung von Seiten anderer

Unzulänglichkeit und Scham

Das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, Unerwünschtheit, Minderwertigkeit oder Unfähigkeit beherrscht die Personen in diesem Schema. Es kann einhergehen mit einer Überempfindlichkeit gegen Kritik, Ablehnung und Beschuldigung, einer offensichtlichen Unsicherheit im Umgang mit anderen Personen sowie mit starken Schamgefühlen bezüglich der empfundenen eigenen Mängel.

Soziale Isolierung und Entfremdung

Dieses Schema beschreibt das Empfinden, von dem Rest der Welt abgeschnitten zu sein und durch die eigene Andersartigkeit nicht Teil einer Gruppe oder Gemeinschaft sein zu können.

Domäne II: Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

Diese Domäne wird geprägt von Unselbständigkeit und Lebensuntüchtigkeit. Die Fähigkeit zu eigenständigem und unabhängigem Handeln, sowie zu guten Leistungen und Erfolg kann den Erwartungen an die eigene Person nicht standhalten. In der Ursprungsfamilie besteht häufig eine starke Verstrickung. Das Kind wurde übermäßig behütet und seine Eigenständigkeit sowie sein Vertrauen zu sich selbst, seinen Leistungen und seiner Unabhängigkeit auch außerhalb des Familienverbundes nicht hinreichend gefördert.

Abhängigkeit und Inkompetenz

Geprägt wird dieses Schema durch ein Gefühl der Hilflosigkeit, welches aus der Überzeugung entsteht, die Anforderungen des Alltags nicht ohne massive Unterstützung anderer bewältigen zu können. Dazu gehören die Fähigkeiten

Entscheidungen selbstständig zu treffen, für sich selbst zu sorgen, alltägliche Probleme zu lösen und Urteile fällen zu können.

Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten

Es dominiert das Gefühl der Furcht und Verletzbarkeit. Permanent werden bevorstehende und unabwendbare Katastrophen erwartet. Diese Schicksalsschläge können sich auf gesundheitliche (z.B. plötzliche Erkrankung), emotionale (z.B. verrückt werden) oder äußere Bereiche (z.B. Naturkatastrophen) beziehen.

Verstrickung und Unentwickeltes Selbst

Aufgrund einer übertriebenen emotionalen Fixierung auf eine oder mehrere Bezugspersonen fehlt die Entwicklung zum eigenen Individuum durch die Entfaltung eigener Fähigkeiten, Anlagen und Möglichkeiten. Häufig besteht auch die Überzeugung, dass die an der Verstrickung beteiligten Parteien ohne einander nicht existieren können, aneinander ersticken oder aber miteinander verschmolzen sind. Dies kann so weit gehen, dass die eigene Existenz in Frage gestellt wird.

Versagen

Die Überzeugung versagt zu haben, unvermeidlich versagen zu werden und in verschiedenen Leistungsbereichen Gleichgestellten hoffnungslos unterlegen zu sein, existiert im Schema Versagen. Betroffene fühlen sich dumm, untalentiert, unwissend und weniger erfolgreich als andere Personen.

Domäne III: Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen

In Ursprungsfamilien von Personen mit Problemen in dieser Schemadomäne findet in der Regel keine angemessene Konfrontation, Disziplinierung und Grenzsetzung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung und Festlegung von Zielen statt. Stattdessen herrschen Permissivität, übertriebene Nachsicht, Verhätschelung,

Mangel an Richtungsweisung oder ein Gefühl der Überlegenheit. Kinder dieser Familien lernen nicht, ein gewisses Maß an Unbehagen und Unzufriedenheit zu ertragen. Dadurch fällt es ihnen im späteren Leben schwer, die Rechte anderer zu respektieren, mit anderen zu kooperieren, Verpflichtungen und Verantwortung zu übernehmen und sich realistische Ziele zu setzen und zu erreichen.

Anspruchshaltung und Grandiosität

Dieses Schema wird charakterisiert durch ein Gefühl des „besonders Seins“. Betroffene fühlen sich anderen Menschen überlegen, meinen, besondere Rechte und Privilegien genießen zu dürfen und sich nicht den allgemeingültigen Regeln der gesellschaftlichen Interaktion beugen zu müssen. Ohne Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse, Gefühle und Rechte anderer fordern sie das Recht ein, tun zu können, was ihnen beliebt. Ihre Fokussierung liegt meist auf Attributen wie Überlegenheit, Macht und Kontrolle.

Unzureichende Selbstkontrolle und Selbstdisziplin

Die übergeordnete Eigenschaft dieses Schemas ist die Unkontrolliertheit. Es bestehen generelle Schwierigkeiten der Selbstkontrolle und eine geringe Frustrationstoleranz beim Bemühen, eigene Ziele zu verwirklichen, den exzessiven Ausdruck von Emotionen sowie Impulsivität einzuschränken.

Domäne IV: Fremdbezogenheit

Schemata in dieser Domäne bestehen vor allem bei Personen, die als Kinder nur unter bestimmten Bedingungen Akzeptanz, Liebe, Aufmerksamkeit und Anerkennung erfahren haben. Die Bedürfnisse und Wünsche der Eltern waren denen der Kinder übergeordnet. Dieses Bild zieht sich im weiteren Leben durch: um Verbundenheit und Liebe zu erfahren sowie Vergeltung zu vermeiden, wird hohe Konzentration darauf gelegt, es den anderen recht zu machen, ihre Wünsche zu

erfüllen und Bedürfnisse zu befriedigen. Durch dieses Bemühen werden eigene Bedürfnisse und wichtige Aspekte der eigenen Person unterminiert.

Unterwerfung

Um nicht verlassen zu werden und einer möglichen Vergeltung zu entgehen, neigen Personen in diesem Schema dazu, sich zu unterwerfen. In dem Glauben, dass die eigenen Bedürfnisse und Emotionen für andere nicht von Bedeutung seien, werden diese untergeordnet. Das Aufstauen von Ärger, der durch die Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks entsteht, manifestiert sich häufig in Form dysfunktionaler Verhaltensweisen und Symptome.

Selbstaufopferung

Dieses Schema ist gekennzeichnet durch das übertriebene Bemühen, auf Kosten der eigenen Zufriedenheit die Bedürfnisse anderer zu erfüllen, um diese nicht zu verletzen und sich selbst nicht schuldig fühlen zu müssen. Es besteht eine hohe Sensibilität gegenüber dem Leiden anderer. Auf Dauer kann es durch die Nichterfüllung der eigenen Bedürfnisse allerdings auch zu Ressentiments gegenüber denjenigen kommen, für die man sorgt.

Streben nach Zustimmung und Anerkennung

Bei Vorhandensein dieses Schemas wird die Selbstachtung hauptsächlich von den Reaktionen anderer abhängig gemacht und nicht von dem Erreichen und Erfüllen selbst gesteckter Ziele. Das Hauptaugenmerk wird auf das Streben nach Zustimmung, Anerkennung oder Aufmerksamkeit von außen gelegt, oft durch Überbetonung von Status, äußerer Erscheinung, sozialer Anerkennung, Geld oder Erfolg. Durch Missachtung der eigenen Neigungen wirkt das Handeln unauthentisch und führt zu unbefriedigenden Entscheidungen in wichtigen Lebensfragen.

Domäne V: Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

Charakteristisch für diese Domäne ist die Unterdrückung spontaner Gefühle, Impulse und Entscheidungen. Außerdem typisch ist die Erfüllung starrer verinnerlichter Regeln und Erwartungen bezüglich der eigenen Leistung und des moralischen Verhaltens zu Lasten von persönlichem Glück, Selbstausdruck, engen Beziehungen, Vergnügen und Entspannung. In der Ursprungsfamilie wurde höchster Wert auf Leistung, Pflichterfüllung, Perfektionismus, striktes Befolgen von Regeln und Gesetzen, Verbergen von Emotionen und das Vermeiden von Fehlern gelegt. Die Grundstimmung wurde von Pessimismus, Besorgnis und der Befürchtung geprägt, dass alles zerfallen könnte, wenn man nicht ständig auf der Hut ist.

Negativität und Pessimismus

Dieses Schema wird geprägt durch die grundsätzliche Konzentration auf die negativen Aspekte des Lebens und die Angst, dass eigene Fehler katastrophale Folgen haben und auch die positiven Dinge ins Negative kehren könnten. Gleichzeitig werden positive Dinge heruntergespielt oder übersehen. Personen mit diesem Schema leben in ständiger Besorgnis und übertriebener Wachsamkeit mit einem Hang zum Klagen und zur Unentschlossenheit.

Emotionale Gehemmtheit

Um nicht die Kontrolle über eigene Impulse zu verlieren, anderen zu missfallen oder um Schamgefühle zu vermeiden, besteht eine massive Hemmung in Handeln, Fühlen und Kommunizieren. Die häufigsten Formen übertriebener Hemmung sind:

- Hemmung von Ärger und Aggression
- Hemmung positiver Impulse (Freude, sexuelle Erregung, Spiel)
- Hemmung beim Ausdruck der eigenen Verletzbarkeit oder bei der freien Kommunikation über Gefühle und Bedürfnisse
- Überbetonung des Rationalen bei gleichzeitiger Missachtung des Emotionalen

Überhöhte Standards und übertrieben kritische Haltung

Dieses Schema ist gekennzeichnet durch die Grundüberzeugung, einen sehr hohen verinnerlichten Verhaltens- und Leistungsstandard erfüllen zu müssen, um Kritik zu vermeiden. Personen mit diesem Schema stehen permanent unter Druck und haben eine überkritische Haltung sich selbst und anderen gegenüber. Darunter leidet die Fähigkeit Freude zu erleben, sich zu entspannen und zufrieden mit seinen Leistungen zu sein. Überhöhte Standards gelangen zum Ausdruck als Perfektionismus, durch übertrieben und unrealistisch hoch festgelegte, starre Regeln sowie durch die unablässige Beschäftigung mit Zeitaufwand und Effizienz.

Bestrafen

Bestimmt wird dieses Schema durch die Ansicht, dass Menschen für ihre Fehler streng bestraft werden sollten. Gegenüber sich selbst und anderen sind Menschen mit diesem Schema unbittlich, intolerant, wütend und ungeduldig, wenn die eigenen Erwartungen nicht erreicht werden.

Zusammenfassend kann man ein frühes maladaptives Schema definieren als Konglomerat aus Erinnerungen, Emotionen, Körperempfindungen und Kognitionen, die sich auf ein in der Kindheit wichtiges Thema beziehen (Young et al., 2005). Wird der Mensch nun konfrontiert mit einem Ereignis, das ihn an ein Schema auslösendes Kindheitserlebnis erinnert, so werden das entsprechende Schema und das damit verbundene Verhalten reaktiviert.

3.1.5 Maladaptive Bewältigungsstile

Das aus einem Schema resultierende Verhalten ist *per definitionem* nicht Teil des Schemas selbst, sondern Bestandteil der Bewältigungsreaktion als Strategie, das Schema zu ertragen. Wie bereits erwähnt, kämpfen die Schemata um ihr Überleben. Die Bewältigungsstile werden zwar zum Schutz vor den mit Schemata assoziierten negativen Emotionen angewandt, dienen letztendlich aber der Schemaerhaltung,

nicht der Schemaheilung. Schemata und Bewältigungsstile werden auch deswegen voneinander unterschieden, da jeder Patient, abhängig von seiner momentanen Lebenssituation und seinem Temperament, andere Bewältigungsstile einsetzt, um mit dem gleichen Schema zurechtzukommen. Ein Schema ist also nicht zwingend mit einem bestimmten Bewältigungsverhalten verbunden.

Bewältigungsreaktionen werden definiert als spezifische Verhaltensweisen, die eine Person auf eine Bedrohung oder Schemaauslösung anwendet. Gewöhnt sich die Person bestimmte Bewältigungsreaktionen an, so verfestigen sich diese zu einem Bewältigungsstil. Allgemein kann der Mensch auf bedrohliche Situationen auf drei verschiedene Arten reagieren: Kampf, Flucht oder Erstarren (*fight, flight or freeze*). Diese entsprechen den drei Bewältigungsstilen „Überkompensation“, „Vermeiden“ und „Sich-Fügen“. Alle Bewältigungsstile können prinzipiell funktional eingesetzt werden, können jedoch auch aus dem Gleichgewicht geraten und so einen dysfunktionalen Charakter annehmen.

Bezogen auf die Schematheorie kann dies beispielsweise bedeuten, dass eine Person in der Kindheit auf ein entwickeltes maladaptives Schema mit einem speziellen Bewältigungsstil reagiert, um sich vor den emotionalen Auswirkungen des Schemas zu schützen. In der geschilderten Situation hat dieser Bewältigungsstil einen funktionalen Charakter. Wird er jedoch auf spätere Lebenssituationen übertragen und in einem Umfeld, das der Schema auslösenden Umgebung nicht mehr entspricht, perpetuiert oder verstärkt angewendet, so gewinnt der dysfunktionale Charakter des Bewältigungsstils Überhand und wirkt der Schemaheilung entgegen.

Überkompensation

Mit diesem Bewältigungsstil versucht sich ein Patient so deutlich wie möglich von dem Kind, das er bei der Schemaentstehung war, zu unterscheiden. Fühlte er sich als Kind beispielsweise minderwertig im Vergleich zu anderen, versucht er als Erwachsener perfekt zu sein und einen hohen Stellenwert einzunehmen. Wurde der Patient früher unterdrückt, so kontrolliert er später andere. Im Ansatz kann diese Art von Gegenangriff durchaus gesund sein, jedoch wird bei diesem Bewältigungsstil kein gesundes Mittelmaß gefunden, sondern ein Extrem durch ein anderes ersetzt, wodurch das Schema perpetuiert wird. Durch die Überkompensation isoliert sich der

Patient und kann keine innige Verbindung zu anderen Menschen aufbauen. Versagt der Mechanismus der Überkompensation, so trifft ihn das Schema mit einer außerordentlichen Kraft.

Schemavermeidung

Bei der Schemavermeidung versucht der Patient sein Leben so zu gestalten, als gäbe es keine Schemata. Er vermeidet jegliche Situation, die das Aktivieren von Schemata *triggern* könnte. Lebensbereiche, die ihn verletzbar machen, wie zum Beispiel vertraute Beziehungen oder berufliche Herausforderungen, meidet er. Falls doch Gedanken und Emotionen durch ein Schema erweckt werden, so wird reflexartig versucht, diese zu verdrängen und zu unterdrücken. Dies kann erfolgen durch suchartige Selbstberuhigungsaktivitäten, zwanghafte Ablenkung oder der Suche nach immer neuen sensorischen Stimulationen. Nach außen hin und im Umgang mit anderen Personen erscheint ein Patient, der den Bewältigungsstil des Vermeidens benutzt, häufig vollkommen normal. Für die therapeutische Behandlung ist diese Art der Bewältigungsreaktion sehr problematisch, da sich die Patienten auch gegen Behandlungselemente sträuben, die eine Schemaauslösung und die damit verbundenen negativen Emotionen auslösen könnten. Für den Fortschritt der Therapie wesentliche Prinzipien, wie zum Beispiel das Aufnehmen von Sozialkontakten oder der Aufbau einer engen Beziehung zu einer Vertrauensperson, sind dadurch deutlich schwerer zu erfüllen.

Sich-Fügen

Bei diesem Stil fügt sich der Patient seinem Schema, er nimmt es als wahr und unveränderlich an und verhält sich weitestgehend passiv. Durch sein Handeln wird das Schema ständig wieder von neuem bestätigt, indem er Schemabestimmende Muster immerzu wiederholt. Beispielsweise geht jemand, der sich seinem Schema beugt und der in der Kindheit unterdrückt wurde, als Erwachsener auch häufig Beziehungen ein, in denen er unterdrückt wird. Dies wiederum bestätigt seine Annahme, dass das Schema die Wahrheit widerspiegelt. Im Gegensatz zu der Reaktion bei dem Bewältigungsstil des Vermeidens, erlebt der Sich-Fügende seine Emotionen bei Konfrontation mit Schemaauslösern häufig intensiv und bewusst.

3.1.6 Behandlungsprozess in der Schematherapie

Der Behandlungsprozess in der Schematherapie verläuft in zwei Phasen: Der Phase der Einschätzung und Edukation sowie der Phase der Veränderung.

Phase der Einschätzung und Edukation

Diese Phase verfolgt sechs Hauptziele. Zunächst verschafft sich der Therapeut einen allgemeinen Überblick über die Probleme und Zielsetzungen des Patienten. Es folgt (1) die Identifikation dysfunktionaler Lebensmuster, die dem Patienten die Befriedigung emotionaler Grundbedürfnisse verwehren. Diese Muster bestehen meist langfristig und wiederholen sich ständig, sowohl im beruflichen Umfeld als auch in persönlichen Beziehungen. Während der gesamten Phase wird der Patient Stück für Stück über die Grundprinzipien der Schematherapie aufgeklärt. Es erfolgt (2) die Identifikation und Aktivierung früher maladaptiver Schemata über Fragebögen, Gespräche und Erlebensbezogene Techniken. Nach der Identifikation der Schemata müssen (3) ihre Ursprünge in der Kindheit und Jugend erforscht und verstanden werden. Außerdem erfolgt (4) die Identifikation bevorzugter Bewältigungsreaktionen und Bewältigungsstile. Der Patient lernt so, seine Schemata mit seinen aktuellen Problemen in Verbindung zu bringen. Des Weiteren erfolgt (5) die Einschätzung des emotionalen Temperaments durch den Therapeuten. Insgesamt wird in der Einschätzungsphase sowohl mit rationaler und intellektueller Arbeit (Fragebögen, logische Analyse, empirische Beweise) als auch mit einem emotionalen Aspekt (erlebensbasierte Techniken) gearbeitet. Schließlich erfolgt (6) die Entwicklung eines Fallkonzepts. Dieses Fallkonzept ist individuell auf einen Patienten zugeschnitten und basiert sowohl auf den frühen maladaptiven Schemata als auch auf den Bewältigungsstilen. Das Fallkonzeptformular enthält Informationen zu Schemata, deren Verbindungen zu den aktuellen Problemen, Schema-*Triggern*, temperamentbedingten Einflüssen, entwicklungsgeschichtlichen Ursprüngen, zentralen Erinnerungen, kognitiven Verzerrungen, Schemamodi, der therapeutischen Beziehung und Veränderungsstrategien.

Phase der Veränderung

Nach Abschluss der ersten Phase kann mit der Phase der Veränderung begonnen werden. Diese umfasst kognitive, erlebensbasierte, verhaltensbezogene und interpersonelle Strategien, die dazu dienen sollen, Schemata, Bewältigungsstrategien und Schemamodi zu modifizieren.

a) Kognitive Techniken

Durch kognitive Strategien werden Schemata und Modi identifiziert und im Zusammenhang mit der kindlichen und der jetzigen Situation interpretiert. Sie sollen das intellektuelle Gewahrsein des Patienten stärken. Dieser soll erkennen, dass seine in der Kindheit entwickelten Schemata in der Gegenwart nicht mehr zutreffen, dysfunktional wirken und somit nicht, wie angenommen, der Wahrheit entsprechen. Dafür ist es wichtig, den Patienten durch den gesamten Behandlungsprozess zunehmend über Hintergrund und Vorgehen in der Schematherapie aufzuklären. Der Therapeut hilft dem Patienten, einen Dialog zwischen der „Schemaseite“ und der „gesunden Seite“ zu initiieren. Wenn nötig nimmt er dabei anfänglich die „gesunde Seite“ ein, bis der Patient diese Seite mehr und mehr verinnerlicht und selbstständig übernehmen kann. Die Vor- und Nachteile der vorhandenen Bewältigungsstile werden gemeinsam eruiert und in Listen festgehalten. Der Patient verpflichtet sich, adaptivere Verhaltensweisen zu entwickeln. Kritische Situationen werden in Therapiesitzungen im Rollenspiel geübt. Zunehmend soll der Patient sich diesen Situationen auch bewusst außerhalb des Therapierahmens im Alltag stellen. Gemeinsam werden Erinnerungskarten (Schema-Memos) entwickelt, die schemabezogene Erinnerungssätze enthalten, die sich der Patient zwischen den Sitzungen in kritischen Situationen anschauen kann, um nicht in die alten, durch Schemata *getriggerten* Verhaltensweisen zurückzufallen. Die nächste Stufe beinhaltet das Führen eines Schematagebuchs. Die kognitive Arbeit bereitet den Patienten auf die anschließende erlebens- und verhaltensbasierte sowie die interpersonelle Arbeit vor und wird während der gesamten Behandlungszeit fortgesetzt. Die Liste von Beweisen gegen die Gültigkeit der Schemata wird somit ständig erweitert.

b) Erlebensbasierte Strategien

Erlebensbasierte Techniken dienen dazu, das rationale Verständnis der Schemata durch emotionales Verstehen zu erweitern. Sie sollen helfen, die Schemata zu identifizieren, ihren Ursprung in der Kindheit mit den aktuellen Problemen in Verbindung zu setzen, sie auf einer affektiven Ebene zu erleben und zu bekämpfen und so lebenslange Verhaltensmuster aufzubrechen. Die Arbeit mit erlebensbasierten Strategien ist deshalb so wichtig, weil Patienten nach der kognitiven Erarbeitung ihrer Schemata zwar auf rationaler Ebene ihre Maladaptivität erkennen, diese jedoch ihrem Gefühl nach nicht für wahr befinden können. Ziel ist es, die mit einem frühen maladaptiven Schema verbundenen Emotionen zu aktivieren und durch nachträgliche elterliche Fürsorge zu heilen. Gearbeitet wird sowohl in der Einschätzungs- und Edukationsphase als auch in der Phase der Veränderung vorrangig mit Imaginations- und Dialogarbeit. Viele der erlebensbasierten Veränderungstechniken sind vereinfachte Versionen der Arbeit mit Schemamodi, wie mit dem Modus *vulnerables Kind*, den dysfunktionalen Elternmodi und dem Modus *gesunder Erwachsener*, der während des Behandlungsprozesses gestärkt werden soll.

c) Aufbrechen von Verhaltensmustern

Diese Behandlungsphase stellt eine der längsten und wichtigsten Phasen dar. Die maladaptiven Verhaltensmuster sollen durch gesündere und positivere Bewältigungsstrategien ersetzt werden. Dies gelingt in der Regel erst dann, wenn der Patient gute Fortschritte durch die kognitiven und Erlebensbasierten Strategien erzielt hat und somit eine Distanz zu seinem Schema gewonnen, es als ich-dyston erkannt hat und es nicht mehr als zentrale Wahrheit über sich selbst ansieht. Es werden alle Therapiestrategien mit einbezogen. Zunächst erfolgt die Definition spezifischer Verhaltensweisen, die als Ziele der Veränderungsarbeit fungieren. Diese Ziele sollen durch verschiedene Methoden erreicht werden: durch die Differenzierung der in der Einschätzungsphase entwickelten Fallbeschreibung, durch das Erarbeiten genauer Beschreibungen problematischer Verhaltensweisen, durch Imaginationsarbeit, die sich auf Triggersituationen bezieht, durch das Untersuchen der therapeutischen Beziehung, durch Heranziehen von Berichten wichtiger Bezugspersonen und durch die Auswertung von für die Schematherapie konzipierten

Fragebögen. Es wird eruiert, welche Verhaltensweisen verändert werden sollen. Dabei werden zunächst Verhaltensweisen, die sich spezifisch auf die aktuelle Lebenssituation beziehen, verändert. Größere Veränderungen, die den ganzen Lebenszusammenhang betreffen, werden zunächst vermieden. Begonnen wird im Gegensatz zu der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie mit dem problematischsten Verhalten. Blockierungen, die meist durch die Aktivierung eines bestimmten Modus entstehen, müssen dabei überwunden werden.

d) Die therapeutische Beziehung

Die Schematherapie hebt die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als wesentliches Element hervor. In der Einschätzungs- und Edukationsphase unterstützt der Therapeut den Patienten darin, vorhandene Schemata zu beurteilen und ihn darüber zu unterrichten. Er stellt eine Beziehung zum Patienten her, formuliert das Fallkonzept und entscheidet, welche Art von *Reparenting* bezogen auf vorhandene Schemata und Bewältigungsstile am vielversprechendsten ist. Außerdem muss er beurteilen, ob seine eigenen Schemata und Bewältigungsstile die Therapie negativ beeinflussen könnten. Geprägt wird die therapeutische Beziehung einerseits von empathischer Konfrontation und andererseits von begrenzter nachträglicher elterlicher Fürsorge. Die empathische Konfrontation beinhaltet, dass der Therapeut Verständnis für die Situation des Patienten zum Ausdruck bringt und ihn gleichzeitig auf die Notwendigkeit zur Veränderung des maladaptiven Verhaltens hinweist. Die begrenzte nachträgliche elterliche Fürsorge beschreibt das Bemühen des Therapeuten, Bedürfnisse des Patienten, die in seiner Kindheit nicht erfüllt wurden, nachträglich in einem gewissen Maße zu befriedigen.

3.2 Das Moduskonstrukt

Das Moduskonstrukt als Teil der Schematheorie hat mit der Zeit eine zunehmend wichtige Rolle in der Behandlung vornehmlich von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eingenommen. Im Folgenden wird der Begriff

Schemamodus definiert, die Entwicklung des Moduskonzepts erläutert, die Kernkategorien beschrieben, die Arbeit mit dem Moduskonzept erklärt, störungsspezifische Modusmodelle vorgestellt und ein Überblick über den Stand der Forschung gegeben.

3.2.1 Definition Schemamodus

Ein Schemamodus ist definiert als die Kombination von adaptiven oder maladaptiven Schemaoperationen, die in einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt aktiv sind (Young et al., 2005). Als Gemütszustand dominiert er also vorübergehend Gedanken, Gefühle und Verhalten einer Person. Abhängig von der Person und ihrer momentanen Verfassung kann ein Modus überwiegend stabil bleiben, oder der Patient wechselt schnell von einem in den nächsten Modus. Während ein Modus einem Zustand (*state*) entspricht, dem gleichzeitig mehrere Schemata und Bewältigungsreaktionen zugeordnet werden können, ist ein Schema eher eine eindimensionale Charaktereigenschaft (*trait*) (Lobbestael et al., 2007).

Das Moduskonzept bietet einen weniger stigmatisierten Ansatz, da er davon ausgeht, dass jeder Mensch verschiedene Modi hat. Bei ausgeprägter psychischer Symptomatik ist jedoch die Balance zwischen den Modi verloren gegangen. Bei Gesunden bleibt trotz des Vorhandenseins mehrerer Modi ein einheitliches Selbstbild bestehen. Sie können mehrere Modi gleichzeitig erfahren, diese bewusst wahrnehmen und in ein Gesamtbild integrieren. Bei zunehmender psychischer Erkrankung gehen diese Fähigkeiten verloren. So sind die Modi bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen zunehmend voneinander dissoziiert. Sie erleben jeweils nur einen Modus und nehmen die anderen Modi nicht bewusst wahr, können jedoch plötzlich von einem Modus in den nächsten wechseln. Das einheitliche Selbstbild geht dadurch verloren, und die Patienten sind durch die vollkommen unterschiedlichen emotionalen Zustände, die sie erfahren, verwirrt. Während also alle Menschen mehrere Modi haben, so unterscheidet sich die Fähigkeit der bewussten Wahrnehmung sowie die Intensität und Frequenz der einzelnen Modi.

3.2.2 Entwicklung des Moduskonzepts

In der Schematherapie sind drei Leitbilder essentiell. Dazu gehören die zuvor beschriebenen frühen maladaptiven Schemata, die Bewältigungsstrategien und die im Folgenden beschriebenen Schemamodi. Das Moduskonzept wurde aus und als Teil des Schemakonzepts für Patienten mit stark eingeschränkten Funktionsfähigkeiten entwickelt. Bei solch schweren Störungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, erleben die Patienten ihre *Coping*-Reaktionen sehr intensiv und werden von diesen so dominiert, dass eine distanzierte Reflexion der damit zusammenhängenden Schemata kaum möglich ist. Zudem sind bei diesen Patienten häufig sehr viele Schemata vorhanden, so dass ein strategisches Vorgehen stark erschwert ist. Das Moduskonzept arbeitet weniger Schema- und mehr Modus-fokussiert. Die Interventionen werden dem jeweils aktuellen Zustand des Patienten angepasst und dienen auch der Überwindung von Blockaden. Bei einigen Patienten bleibt dieser Zustand relativ stabil, andere wechseln typischerweise häufig zwischen den Modi hin und her. Das Moduskonzept ist mittlerweile ein integraler Bestandteil der Schematherapie und wird vorwiegend dann angewendet, wenn der Patient keine Fortschritte mehr macht, stark zur Vermeidung tendiert oder sich ständig im Modus der Überkompensation befindet, wenn er zur Selbstbestrafung oder übertriebenen Selbstkritik neigt oder häufige Affektschwankungen bestehen. Als schematherapeutischer Ansatz bei schweren Persönlichkeitsstörungen ist er Ausgangspunkt zur Überwindung von Vermeidung und Überkompensation.

3.2.3 Kernkategorien

Bis dato werden 22 Schemamodi unterschieden. Es ist zu erwarten, dass mit weiteren Untersuchungen zu Moduskonstrukten in der Zukunft weitere Modi identifiziert werden. In dieser Arbeit wird näher eingegangen auf die 14 Modi, die durch das in der Studie verwendete und ins Deutsche übersetzte SMI-r erfasst werden. Die restlichen acht Modi werden tabellarisch aufgelistet (Tabelle 3.2.3-1).

Die Modi „*einsames Kind*“, „*verlassenes und missbrauchtes Kind*“ und „*abhängiges Kind*“ werden zu dem „*vulnerablen Kind*“ zusammengefasst. Grundsätzlich werden Modi in vier Kategorien unterteilt: Kind-Modi, maladaptive Bewältigungs-Modi, dysfunktionale Eltern-Modi und den Modus des *gesunden Erwachsenen*.

Tabelle 3.2.3-1: Schemamodi

Moduskategorien	Modi SMI	Weitere Modi
Kindliche Modi	Vulnerables Kind	Einsames Kind
		Verlassenes und missbrauchtes Kind
		Abhängiges Kind
	Ärgerliches Kind	
	Wütendes Kind	
	Impulsives Kind	
	Undiszipliniertes Kind	
	Glückliches Kind	
Maladaptive Bewältigungsmodi	Bereitwillig Sich-Fügender	
	Distanzierter Beschützer	
	Distanzierter Selbst-beruhiger, -stimulierer	
		Ärgerlicher Beschützer
	Narzisstischer Selbstüberhöher	
	Schikane und Angriff	
		Überkontrollierer <ul style="list-style-type: none"> - perfektionistischer Überkontrollierer - argwöhnischer Überkontrollierer
		Betrügender Manipulierer/gerissene Täuschung
		Kaltblütiger Kämpfer/Beutemodus
		Aufmerksamkeits- und Anerkennungssuchender
Dysfunktionale Elternmodi	Strafender Elternteil	
	Fordernder Elternteil	
Gesunder Erwachsener	Gesunder Erwachsener	

Kind-Modi

Die maladaptiven Kind-Modi zeichnen sich durch starke Emotionen in Folge von Nichterfüllung von zentralen Bedürfnissen aus. Sie treten meistens dann auf, wenn

der Patient intensive, negative, belastende oder überwältigende Emotionen erlebt, die seiner gegenwärtigen Situation objektiv betrachtet nicht angemessen sind. Im Gegensatz dazu verkörpert der Modus *glückliches Kind* eine gesunde Ausgeglichenheit und spielerische Fröhlichkeit, die durch die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse entsteht.

1) Vulnerables Kind

Charakteristika dieses Modus sind die Gefühle der Furcht, Traurigkeit und Hilflosigkeit. Dem Modus des *vulnerablen Kindes* bleibt die gesuchte fürsorgliche Zuwendung von wichtigen Bezugspersonen verwehrt. Ein Patient im Modus des *einsamen Kindes* versucht es jedem recht zu machen und erduldet alles, um Fürsorge, Liebe, Wertschätzung und Aufmerksamkeit zu bekommen. Er fühlt sich leer, einsam und nicht liebenswürdig. Die Modi des *verlassenen* oder *missbrauchten Kindes* erleben starke Verlassenheitsängste und emotionale Schmerzen durch Missbrauch oder Vernachlässigung. Sie sind extrem verletzlich, verängstigt und hoffnungslos verloren. In dem Modus des *abhängigen Kindes* fühlt sich die Person unselbstständig, ohne die Unterstützung von engen Bezugspersonen hilflos und mit den Anforderungen des Erwachsenenlebens überfordert. Diese Untergruppen werden im SMI-r als der Modus des *vulnerablen Kindes* zusammengefasst.

2) Ärgerliches Kind

Wenn dieser Modus vorherrscht, bringt der Patient seinen Ärger unmittelbar und übertrieben stark zum Ausdruck, sobald er das Gefühl hat, dass seine Bedürfnisse nicht erfüllt werden oder er unfair behandelt wird. Der unangemessene Ärger kann sich darin äußern, dass ein Patient schreit, beleidigend wird, Gewaltphantasien entwickelt oder unmäßige, verwöhnte Forderungen stellt. Andere Personen fühlen sich von ihm vor den Kopf gestoßen.

3) Wütendes Kind

In diesem Modus erfährt der Patient intensive und unkontrollierte Gefühle des Ärgers oder der Wut. Dabei kann es passieren, dass er Dinge beschädigt oder Menschen

verletzt. Er erweckt den Anschein eines außer Kontrolle geratenden Kindes, das schreit und sich gegen vermeintliche Gegner und Gefahren vehement wehrt.

4) Impulsives Kind

Der Modus des *impulsiven Kindes* erstrebt umgehende Befriedigung seiner Bedürfnisse. Er handelt situativ, seinen eigenen Bedürfnissen entsprechend, ohne dabei über die Konsequenzen für sich und andere nachzudenken. Häufig wirkt ein Patient in diesem Modus verwöhnt. Die kurzfristige Befriedigung wird langfristigen Zielen übergeordnet.

5) Undiszipliniertes Kind

In diesem Modus kann sich der Patient nicht dazu bringen, routinemäßige und langweilige Aufgaben zu erledigen um ein längerfristiges Ziel zu verfolgen. Er zeichnet sich durch mangelndes Durchhaltevermögen aus, ist schnell frustriert und gibt auf. Wie auch im Modus des *impulsiven Kindes*, wird auch im Modus des *undisziplinierten Kindes* umgehende Befriedigung der eigenen Bedürfnisse erstrebt, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, was das Handeln bei anderen Personen bewirkt.

6) Glückliches Kind

Die Kernbedürfnisse wurden bei Personen in diesem Modus erfüllt. Sie fühlen sich sicher, wertvoll, verstanden, anpassungsfähig, verbunden, kompetent, zuversichtlich und spontan.

Dysfunktionale Elternmodi

Die dysfunktionalen Elternmodi repräsentieren die Internalisierung der Elternfiguren. Der Patient wird für sich selbst zur Elternfigur und behandelt sich entsprechend so, wie er als Kind tatsächlich behandelt worden ist. Die Elternmodi gehen wie die Kindmodi ebenso mit negativen Gefühlen einher, jedoch setzen sich Patienten in diesen Modi eher unter Druck, erleben Selbsthass oder Selbstvorwürfe. Häufig geht mit diesen Modi eine extreme und übertriebene Anforderungshaltung sich selbst gegenüber einher. Diese Anforderungshaltung kann sich auf verschiedene

Lebensbereiche beziehen. So muss die Leistungsanforderung, z.B. an die berufliche Karriere, von emotionalen oder beziehungsbezogenen Anforderungen, z.B. an das Verhalten gegenüber einer anderen Person in einer Beziehung, unterschieden werden.

1) Straforder Elternteil

Hinweisend auf diesen Modus sind übertriebene Selbstverachtung, Selbstkritik, Selbstverletzungen, suizidale Phantasien und andere selbstschädigende Verhaltensweisen. Der Patient wird in diesem Modus für seine vermeintlichen Fehler und normalen Bedürfnisse durch eine internalisierte Elternstimme kritisiert und bestraft. Der Tonfall dieses Modus ist hart, kritisch und unversöhnlich. Der Patient kritisiert und bestraft sich.

2) Fordernder Elternteil

Der Modus des *fordernden Elternteils* vertritt extrem hohe Standards und unrealistisch hohe Erwartungen. Das Kind steht unter dem Druck, perfekt sein und alles richtig machen zu müssen. Der Ausdruck eigener Gefühle und Spontaneität werden unterminiert.

Maladaptive Bewältigungsmodi

Die maladaptiven Bewältigungsmodi spiegeln die drei Bewältigungsstile wieder. Im Gegensatz zu den Kind- und Elternmodi gehen sie in der Regel mit einem weniger starken, unmittelbaren emotionalen Leid einher. Im Zustand eines Bewältigungsmodus versucht der Patient das Leid, welches er in den Eltern- und Kindmodi erfährt, zu kompensieren, zu vermeiden oder zu erdulden. Dabei ist dem *bereitwillig Sich-Fügenden* der Bewältigungsstil der Erduldung zuzuordnen, der *distanzierte Beschützer* und *distanzierte Selbstberuhiger, -stimulierer* wählt Vermeidung als Bewältigungsstrategie, und der Stil der Überkompensation wird beobachtet bei den Modi *narzisstischer Selbstüberhöher* und *Schikane und Angriff*.

1) **Bereitwillig Sich-Fügender**

Der Modus des *bereitwillig Sich-Fügenden* wählt Unterwerfung und Unterordnung als Bewältigungsstil. Sein Handeln und Denken ist von Passivität und Abhängigkeit geprägt. Er sucht stetig nach Rückversicherung aus Angst vor Konflikten oder Zurückweisung. Um es anderen recht zu machen, lässt er sich auch herabsetzen, beherrschen und vernachlässigen. Durch sein Handeln und den Umgang mit Bezugspersonen, die dieses Schema erfüllen, erhält er das selbstzerstörerische Schema aufrecht.

2) **Distanzierter Beschützer**

Die Schemavermeidung ist in der Therapie problematisch, da der Patient versucht sich von seinen Emotionen zu distanzieren und sich vor ihnen zu schützen. Als distanzierter Beschützer baut er eine schützende Mauer um sich auf, verschließt sich anderen gegenüber und vermeidet emotionale Bindungen. Er nimmt eine zynische und unnahbare Haltung an, fühlt sich taub oder leer. Somit wirkt der *distanzierte Beschützer* häufig emotionslos oder entrückt. Es fällt ihm unverhältnismäßig schwer Unterstützung anzunehmen. Nach außen hin wirkt er jedoch oft unauffällig. In der Kindheit mag die Distanzierung von einer traumatischen Umgebung durchaus angebracht gewesen sein, im Erwachsenenalter besteht allerdings die Gefahr der Verselbstständigung des Verhaltensmusters, ohne dass das entsprechende traumatische Umfeld noch existent ist. Hinweisend auf diesen Modus sind Depersonalisation, Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Essanfälle, Selbstverletzungen oder psychosomatische Beschwerden.

3) **Distanzierter Selbstberuhiger oder -stimulierer**

Um Emotionen auszuschalten und nicht mit seinen Schemata konfrontiert zu werden, sucht sich der Modus des *distanzierten Selbstberuhigers* oder *-stimulierers* besänftigende oder stimulierende Beschäftigungen. Diese besitzen häufig suchtartigen und zwanghaften Charakter, wie zum Beispiel in Form von Arbeitswut, Glücksspielen, Extrem-Sport, Substanzmissbrauch, Promiskuität, Computerspielen oder Essanfällen.

4) Schikane und Angriff

Mit dem Bewältigungsstil der Überkompensation handelt der Patient so, als sei das Gegenteil des vorhandenen Schemas der Fall. Fühlt er sich beispielsweise minderwertig, so spielt er den Überlegenen, wurde er oder fühlt er sich ausgenutzt, so nutzt er seinerseits andere Menschen aus. Im Modus *Schikane und Angriff* werden so andere Menschen kontrolliert und absichtlich emotional, physisch, sexuell oder verbal geschädigt. Hinweisend sind z.B. antisoziale Handlungen und sadistische Züge.

5) Narzisstischer Selbstüberhöher

In dem Modus des *narzisstischen Selbstüberhöhers* verhält sich der Patient so, als hätte er besondere Rechte, die nur ihm zustehen. Er setzt seine Wünsche ohne Rücksicht auf Verluste durch, indem er kompetitiv, grandios oder missbrauchend auftritt. Empathie für andere fehlt ihm vollkommen, er will bewundert werden und prahlt. Überkompensation kann sich auch in Form übermäßiger Kontrolle äußern. Um sich vor subjektiv wahrgenommenen oder realen Bedrohungen zu schützen, wird eine erhöhte Aufmerksamkeit an den Tag gelegt, jede Situation muss durch die eigene Person kontrolliert werden.

Gesunder Erwachsener

Der Modus des *gesunden Erwachsenen* sorgt dafür, dass die grundlegenden emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden. Die normalen erwachsenen Funktionen, wie z.B. Arbeit, Übernahme von Verantwortung etc., werden erfüllt. Während der Therapie soll dieser Modus gestärkt werden, damit er den Modus des *vulnerablen Kindes* nährt, bestätigt und beschützt, den Modi des *verärgerten* und *impulsiven Kindes* Grenzen setzt und die dysfunktionalen Bewältigungs- und Eltern-Modi bekämpft.

3.2.4 Modusorientierte Fallkonzeption

Bei der Arbeit mit Schemamodi müssen zunächst die aktuellen und die allgemein vorhandenen Schemamodi identifiziert werden. In ein Moduskonzept gehen grundsätzlich Informationen zu wesentlichen aktuellen Problemen und Symptomen, zur Biografie und zu interpersonellen Verhaltensweisen des Patienten ein. Dies erfolgt durch Selbstberichte, Fragebögen und Interviews zu Problemen und Lebensgeschichte (Jacob et al., 2009). Durch die genaue Beobachtung der Interaktion zwischen Patient und Therapeut lassen sich aktuelle Modi identifizieren. Diese Art der Beobachtung ähnelt der „freischwebenden Aufmerksamkeit“ in der Psychoanalyse, so wie auch das Moduskonzept Ähnlichkeiten mit dem psychodynamischen Konzept der Abwehrmechanismen aufweist. Der aktuell vorherrschende Modustyp wird so aufgedeckt und benannt. Die genaue Charakterisierung und Benennung der Modi erfolgt im Therapieverlauf und wird zusammen mit dem Patienten erarbeitet. Sind die Modi identifiziert, so folgt die Erforschung seiner Ursprünge in der Kindheit.

Um das Entstehen eines Modus für den Patienten verständlich zu machen, wird der adaptive Wert, den ein Modus in der Kindheit besitzt, analysiert. So kann ein Zusammenhang zwischen den Modi und aktuellen Problemen hergestellt werden. Die Vorteile, die aus der Aufgabe und Abänderung der Modi resultieren, müssen anschaulich verdeutlicht werden, um das maladaptive Verhalten zu bekämpfen.

Von außerordentlicher Wichtigkeit bei der Arbeit mit Schemamodi ist die Imaginationsarbeit mit dem Modus des *vulnerablen Kindes*. Die meisten Schemata aktivieren zeitweise diesen Modus, so dass der Arbeit mit diesem eine zentrale Bedeutung zukommt. Die unerfüllten Bedürfnisse des *vulnerablen Kindes* sollen sekundär befriedigt werden. Es werden Modus-Dialoge initiiert, in denen der Modus des *gesunden Erwachsenen* gestärkt und die maladaptiven Modi geschwächt werden sollen. Zunächst übernimmt der Therapeut die Aufgabe des *gesunden Erwachsenen*. Das Verhalten des Therapeuten wird zunehmend vom Patienten internalisiert, so dass er vermehrt selber die Rolle des *gesunden Erwachsenen* übernehmen kann. Im nächsten Schritt wird die Modusarbeit auf den Alltag übertragen. Dafür kann das Verhalten in bestimmten Situationen zunächst in den

Therapiestunden geübt werden, bis der Patient so sicher ist, dass er es auf reale Situationen anwenden kann.

Das Moduskonzept ist das Resultat aus dem klinisch-diagnostischen Prozess. Es werden alle Modi im Überblick dargestellt und in primäre und sekundäre Modi unterteilt. Es bildet die Grundlage zum Verständnis der patientenspezifischen Situation und Interaktion sowie zur Entwicklung der Therapieziele und Interventionsauswahl.

3.2.5 Modusbezogene Interventionen

Die Veränderungsziele, Interventionsmethoden, wie auch die Art der therapeutischen Beziehung, sind je nach Modus unterschiedlich. Natürlich müssen sie der jeweilig individuellen Situation angepasst werden. Die grundlegenden Vorgehensweisen für die einzelnen Modi werden im Folgenden erläutert.

Interventionen bei kindlichen Modi

Prinzipiell werden die Emotionen und Bedürfnisse der Patienten in den kindlichen Modi wahrgenommen und bestätigt. Die Bedürfnisse werden somit normalisiert und sekundär erfüllt.

Der Grundton beim Umgang mit dem *vulnerablen Kind* ist warm, einführend, schützend und tröstend. Auf kognitiver Ebene werden die in der Vergangenheit und aktuell unbefriedigten Bedürfnisse des Patienten herausgearbeitet und ihre Berechtigung als universell geltende Anliegen betont. Die Schuldgefühle des Patienten bezüglich seiner als nicht angemessen erlebten Bedürfnisse sollen aufgehoben werden.

Bei der Modus-orientierten Behandlung spielen Imaginationsübungen als emotionsorientierte Strategie eine zentrale Rolle. Gefühlsmäßig schwierige Kindheitssituationen werden imaginativ wieder aufgesucht und so verändert, dass die Bedürfnisse des Kindes durch Stärkung des *gesunden Erwachsenen* wahrgenommen und befriedigt werden. Da es vielen Patienten mit interpersonellen

Problemen schwer fällt, die Rolle des *gesunden Erwachsenen* selbst zu übernehmen, kann zunächst auf eine imaginierte Hilfsperson, z.B. den Therapeuten zurückgegriffen werden. Zunehmend sollte der Patient durch Internalisierung des gesunden Verhaltens diese Rolle selbst übernehmen. Verhaltenstherapeutisch soll der Patient lernen, seine Bedürfnisse als normal zu akzeptieren, sie auszudrücken und einzufordern.

Auch bei den Modi des *wütenden* und *impulsiven Kindes* sollte der Therapeut die Berechtigung der vorhandenen Gefühle durch die individuelle Lebens- und Leidensgeschichte zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig konfrontiert er sie jedoch mit dem destruktiven Charakter und den negativen Konsequenzen ihrer aus der Wut resultierenden Aktionen für sich und andere. Dabei ist zu beachten, dass der Modus des *wütenden* oder *impulsiven Kindes* häufig mit dem Modus des *strafenden Elternteils* gekoppelt ist. Neben den Gefühlen der Wut finden sich häufig auch Verletzlichkeit, Trauer, Zurückweisungsgefühle und Frustration.

Kognitiv und auf der Verhaltensebene werden also einerseits die Gefühle des Patienten als berechtigt und normal deklariert, andererseits wird ihm beigebracht, den Ausdruck seiner Wut in andere, funktionale Bahnen zu lenken. In Therapiesitzungen kann das neue Verhalten anhand von Rollenspielen und Verhaltensexperimenten erprobt werden, um es später auch außerhalb der Sitzungen anwenden zu können. Emotionsorientiert übt der Patient in Imaginationsübungen mit seiner Wut in Kontakt zu treten, sie adäquat zu kommunizieren und sich nicht von ihr dominieren zu lassen. Auch andere Übungen wie z.B. das Modellieren von Wut in Stuhldialogen oder das physische Ausdrücken von Wut können hier hilfreich sein.

Interventionen bei dysfunktionalen Elternmodi

Bei der Arbeit mit dysfunktionalen Elternmodi versucht der Therapeut als Vorbild für einen gesunden und guten Elternteil zu fungieren und den Patienten vor seinen maladaptiven Elternmodi zu schützen. Durch kognitive Techniken soll dem Patienten beigebracht werden, sich selber nicht so hart und erbarmungslos zu kritisieren. Die Abwertung der eigenen Person wird häufig als ich-synton empfunden, dabei ist sie durch das Umfeld des Patienten geprägt worden. Dies zu vermitteln ist Teil der Behandlungsstrategie. Außerdem muss der Patient verinnerlichen, dass er bei der

Arbeit an diesen Modi nicht tatsächlich gegen seine Eltern kämpft, sondern gegen die durch das Umfeld geprägte Eigenwahrnehmung. Erlebensbasiert wird wieder mit Imaginationsübungen und Stuhldialogen gearbeitet und mit den dysfunktionalen Modi diskutiert, um Kompromisse zu vereinbaren und die fehlerhaften Argumentationsketten der Elternmodi aufzuzeigen. Verhaltenstechnisch erlernt der Patient Methoden, sich selbst positiver zu bewerten und sich dafür zu belohnen.

Interventionen bei maladaptiven Bewältigungsmodi

Auch bei den Bewältigungsmodi ist die primäre Strategie, diese zu validieren. Der funktionale Wert in der Kindheit wird betont und von dem maladaptiven Charakter in der aktuellen Situation differenziert. Da die Bewältigungsstrategie lange Zeit weiterentwickelt wurde, um den Patienten vor seinen eigenen Emotionen zu schützen, liegt die zentrale Aufgabe darin, den Patienten verstehen zu lassen, dass gerade diese Schutzreaktion ihn davon abhält, emotionale Stabilität, vertrauensvolle Beziehungen und einen gesunden Umgang mit den täglichen Herausforderungen zu entwickeln. Bei Vermeidung und Erduldung geht der Therapeut warmherzig, freundlich, wenngleich klar vor, während in dem Modus der Überkompensation ganz klare Grenzen gesetzt werden müssen.

In der Therapiebeziehung klärt der Therapeut die Patienten darüber auf, dass er sich primär um den Modus des *vulnerablen Kindes* kümmern möchte. Die Bewältigungsmodi stehen diesem Prozess häufig im Weg, da sich der Patient nicht in seine ängstliche, hilflose und verletzte Seite versetzen will. Um sich dieser Seite nicht auszuliefern, hat er sich schließlich im Lauf seines Lebens Bewältigungsstrategien aufgebaut. Therapeut und Patient arbeiten daran, diesen Bewältigungsmodus überflüssig zu machen, um die gesunden Seiten zu stärken. Auf kognitiver Ebene werden dem Patienten die Vor- und Nachteile seiner Bewältigungsstrategien in der Kindheit und der aktuellen Situation nahe gebracht. Emotionsorientiert werden z.B. Stuhldialoge eingesetzt. Dabei verhandeln die verschiedenen Modi oder der Therapeut mit dem Modus, inwieweit selbiger sich zurückziehen kann, um anderen Personen einen engeren Kontakt zum Patienten zuzugestehen. Bei den vermeidenden und erdulenden Bewältigungsmodi können diese Diskussionen sehr ruhig und sachlich geführt werden, wohingegen bei den Überkompensierern häufig konfrontative Diskussionen stattfinden, bei denen der

Therapeut deutliche Grenzen ziehen muss. Verhaltenstechnisch arbeitet der Patient daran, sich zunehmend im *gesunden Erwachsenenmodus* oder im *vulnerablen Kindmodus* zu bewegen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine kontinuierliche, zielgerichtete Arbeit bei Patienten mit schweren charakterologischen Problemen deutlich erschwert ist. Das erarbeitete Moduskonzept bildet ein Referenzsystem, in das der Patient mit seinen jeweils vorherrschenden Problemen und Verhaltensmustern in jeder Sitzung neu eingeordnet wird. Häufig korrelieren Symptome mit einem bestimmten Modus, jedoch können abhängig vom Patienten dieselben Symptome mit verschiedenen Modi in Verbindung stehen. Der aktuell vorherrschende Modus muss also vom Therapeuten immer wieder neu erkannt und benannt werden. Die gewählten Interventionsmethoden werden abgestimmt auf die jeweilige Situation. Im Therapieverlauf soll auch der Patient geschult werden, seinen eigenen Modus benennen und somit zunehmend kontrollieren zu können.

In der Therapiebeziehung ist es für den Therapeuten wichtig, seine eigenen Modi zu kennen und zu beurteilen. Er muss sicherstellen, dass seine dysfunktionalen Verhaltensmuster mit denen des Patienten nicht so reagieren, dass es den Behandlungsverlauf negativ beeinflussen könnte (*Modus-Clash*). Supervision, Selbsterfahrung oder Intervision können in solchen Fällen hilfreich für den Therapeuten sein. Außerdem kann die Problemsituation auch in die Therapeuten-Patienten Beziehung eingearbeitet und in ihr geklärt werden.

3.2.6 Störungsspezifische Modusmodelle

Das schematherapeutische Modusmodell stellt prinzipiell einen störungsübergreifenden Ansatz dar. Darüber hinaus hat sich vor allem in störungsspezifischen Psychotherapie-Forschungsprojekten die Entwicklung störungsspezifischer Modusmodelle bewährt. Die ersten störungsspezifischen

Modusmodelle wurden von Young et al. für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die narzisstische Persönlichkeitsstörung entwickelt (Young et al., 2005). In ersten Studien zur Wirksamkeit der Schematherapie bei Borderline Patienten wurde mit einem Therapiemanual gearbeitet, das sich am Borderline-Modusmodell von Young et al. orientierte (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). Die überzeugenden Studienergebnisse sowie die Tatsache, dass sich das Modusmodell klinisch sehr gut bewährte, führten zu weiteren Behandlungsstudien und zur konsekutiven Weiterentwicklung des störungsspezifischen Modusmodells. In der Zwischenzeit wurden sowohl für die übrigen Persönlichkeitsstörungen (Übersicht: Lobbestael et al., 2007; 2008) als auch für forensische Patienten und chronische Achse I Störungen störungsspezifische Modusmodelle entworfen. So ein störungsspezifisches Modusmodell kann als Prototyp, der die für eine Störung typischen Modi aufzeigt, angesehen werden. Dabei versteht sich, dass das Modusmodell aufgrund der Komplexität und Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen auf seine genaue Passform für die individuelle Problematik des Patienten überprüft, und gegebenenfalls erweitert oder ergänzt wird.

Im Folgenden werden eine Übersicht (Tabelle 3.2.6-1) über störungsspezifische Modusmodelle geliefert und einige Modelle zur Veranschaulichung näher erläutert.

Tabelle 3.2.6-1: Störungen und zugeordnete charakteristische Modi entsprechend der störungsspezifischen Modusmodelle

Störung	Modus
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Verlassenes/ missbrauchtes Kind Ärgerliches/ wütendes Kind Strafender Elternteil Distanzierter Beschützer
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Einsames Kind Fordernder Elternteil Narzisstischer Selbstüberhöher Distanzierte Selbststimulation
Histrionische Persönlichkeitsstörung	Verlassenes/ missbrauchtes Kind Impulsives/ undiszipliniertes Kind Suche nach Aufmerksamkeit und Anerkennung
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Einsames Kind Strafender Elternteil Distanzierter Beschützer Bereitwillig Sich-Fügender
Dependente Persönlichkeitsstörung	Verlassenes/ missbrauchtes Kind Dependentes/ abhängiges Kind Forderner/ strafender Elternteil Bereitwillig Sich-Fügender
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	Einsames Kind Fordernder/ strafender Elternteil Perfektionistischer Überkontrollierer Distanzierter Selbststimulierer/ narzisstischer Selbstüberhöher
Paranoide Persönlichkeitsstörung	Verlassenes/ missbrauchtes Kind Wütendes Kind Strafender Elternteil Misstrauischer Überkontrollierer Vermeidender Beschützer

Störungsspezifisches Modusmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Kennzeichnend für das Modusmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind die Modi *verlassenes/ missbrauchtes Kind*, *ärgerliches/ wütendes Kind*, *strafender Elternteil* und *distanzierter Beschützer*.

Bezeichnend für den Modus *verlassenes/ missbrauchtes Kind* sind die extremen Gefühle der Verlassenheit, Einsamkeit und Bedrohung. Diese Gefühle werden häufig von der Angst vor Missbrauch begleitet.

In dem Modus *ärgerliches/ wütendes Kind* kommen der Ärger und die Wut über die ungerechte Behandlung des Patienten in der Kindheit zum Ausdruck. Dieser Modus hat teilweise einen undisziplinierten oder impulsiven Charakter und bildet somit die Tendenz zu unmittelbarer und unkontrollierter Bedürfnisbefriedigung ab.

Der Modus des *strafenden Elternteils* verdeutlicht die Gefühle der extremen Entwertung und des maßlosen Selbsthasses des Patienten.

Als vorherrschender Bewältigungsmodus bei Borderline-Patienten wird der *distanzierte Beschützer* konzeptualisiert. Dieser soll die Aufgabe erfüllen, den Patienten vor den Emotionen der Eltern- und Kindmodi zu schützen. Typische Verhaltensweisen sind zum Beispiel Rückzug, Vermeidung, Substanz- und Medikamentengebrauch und Essanfälle.

Störungsspezifisches Modusmodell der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Das Modusmodell der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung besteht aus den Modi *einsames Kind*, *fordernder Elternteil*, *narzisstischer Selbstüberhöher* und *Selbststimulator*.

Der Modus des *einsamen Kindes* ist bei Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung nicht typischer Weise offensichtlich erkennbar, da andere Modi häufig offensiver im Vordergrund stehen. Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass negative Gefühle wie Einsamkeit, Versagensängste, Scham oder Verlassenheit existieren. Diese können im Therapieverlauf deutlicher herausgearbeitet werden.

In dem Modus des *fordernden Elternteils* spiegeln sich die häufig extreme Leistungsorientierung und Erwartungshaltung wider, mit denen der Patient in seiner Vergangenheit konfrontiert war.

Charakteristisch für die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist der Überkompensationsmodus der *narzisstischen Selbstüberhöhung*. Dem eigenen Versagens- oder Unwichtigkeitserleben wird mit Größenphantasien, Abwertungen anderer und Selbstüberschätzung begegnet. Der Patient erwartet eine besondere Behandlung und nimmt Rechte für sich in Anspruch, die für andere nicht gelten.

Ferner besteht eine Tendenz zu suchtartigem Verhalten, welches im Modus der *distanzierten Selbststimulation* ausgelebt wird. So stimulieren sich narzisstische Personen häufig durch Glücksspiel, Substanzgebrauch, Konsum von pornografischen Produkten, Sex, exzessives Arbeiten etc.

Störungsspezifisches Modusmodell der Histrionischen Persönlichkeitsstörung

Neben dem Modus des *verlassenen/ missbrauchten Kindes* gelten die Modi des *impulsiven/ undisziplinierten Kindes* sowie die *Suche nach Anerkennung und Aufmerksamkeit* als typisch für die histrionische Persönlichkeitsstörung.

Im Modus des *impulsiven/ undisziplinierten Kindes* wird das Bedürfnis nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung verdeutlicht. Das Handeln ist auf sofortigen Erfolg ausgerichtet, ein Belohnungsaufschub wird nicht akzeptiert.

Kennzeichnend für den Histrioniker ist sein ausgeprägter Hang im Mittelpunkt stehen zu wollen. So gilt als Bewältigungsmodus der Überkompensationsmodus der *Suche nach Aufmerksamkeit und Anerkennung* als bezeichnend. Dieses beinhaltet Verhaltensmuster wie dramatisierendes, theatralisches Auftreten, übertrieben sexualisiertes Verhalten, die Suche nach sozialer Bestätigung und Unterstützung, bewusstes Ausspielen von anderen Personen gegeneinander sowie der Hang zu Provokationen.

Modusmodell für forensische Patienten

Dieses Modusmodell bildet keine spezifische Störung ab sondern bietet Muster, die das deliktische Verhalten von forensischen Patienten mit verschiedenen Cluster-B-

Persönlichkeitsstörungen erklären. Ziel in der forensischen Behandlung ist dabei das Verstehen und die Reduktion von deliktischem Verhalten.

Für das forensische Modell wurden weitere Modi definiert und integriert. Hierzu gehören der Modus der *gerissenen Täuschung*, in dem andere gezielt manipuliert werden um eigene Ziele zu erreichen, und der *Beutemodus*, der auftritt, wenn ein Patient in kalter, gezielter Weise Widersacher um eigener Interessen willen außer Gefecht setzen (Bernstein et al., 2007). Spezifisch für forensische Patienten ist auch der Modus *Schikane und Angriff*, in dem Patienten gezielt aggressiv auftreten, um eigene Bedürfnisse und Interessen durchzusetzen.

In der Fallkonzeptualisierung wird das forensische Modell mit dem Modusmodell der jeweilig vorliegenden Persönlichkeitsstörung in Verbindung gesetzt.

3.3 Stand der Forschung

Die Schematherapie wurde ursprünglich von Young entwickelt für Patienten, die auf die traditionelle kognitive Verhaltenstherapie nicht ansprechen. Dies sind vor allem Patienten mit schweren, chronischen charakterologischen Störungen, vornehmlich Persönlichkeitsstörungen. Der Schemaansatz wurde bereits in vielen Studien untersucht und seine Effektivität unter Beweis gestellt.

Nordahl et al. führten eine Anwendungsbeobachtung bei 6 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) durch, wobei der Schwerpunkt auf Modusarbeit und begrenzte, nachträgliche elterliche Fürsorge gelegt wurde. Die Patienten wurden über mindestens 18 Monate schematherapeutisch betreut und nach 12 Monaten in einer Nachfolgeuntersuchung erneut beurteilt. Die Ergebnisse waren viel versprechend in Bezug auf die systematische Reduzierung genereller psychopathologischer und BPS bezogener Symptome (Nordahl et al., 2005).

In einer randomisiert-kontrollierten Studie verglichen Giesen-Bloo et al. die Therapieerfolge von insgesamt 88 BPS Patienten, die über einen Zeitraum von drei Jahren randomisiert entweder mit schemafokussierten (SFT) oder übertragungsfokussierten (TFT) Verfahren therapiert wurden. Gemessen an der

Reduzierung von BPS spezifischen und generellen psychopathologischen Dysfunktionen, Messwerten der SFT- und TFT- Konzepten, der Verbesserung der Lebensqualität und der Haltequote war die SFT der TFT in allen Belangen signifikant überlegen (Giesen-Bloo et al., 2006).

Van Asselt et al. untersuchten in der zuvor beschriebenen Studie die Kosten der beiden Therapieformen in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Effektivität. Hier fielen die Ergebnisse ebenso zugunsten der Schematherapie aus (van Asselt et al., 2008).

Auch für andere Persönlichkeitsstörungen wurde die Effektivität der Schematherapie getestet. Ball et al. (2000) lieferten einen klinischen Ansatz für substanzabhängige Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In ihrem Ansatz der „Dual Focus Schema Therapy“ (DFST) wird der Schwerpunkt einerseits auf schematherapeutische Techniken und andererseits auf die klassische symptomorientierte Rückfallprävention gelegt. Dieser Ansatz zeigte deutliche Vorteile gegenüber anderen Methoden.

Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im forensischen Bereich erarbeiteten Bernstein et al. einen Ansatz basierend auf der Schematherapie. Sie modifizierten den Therapieablauf angelehnt an das forensische *Setting*. Dabei ergänzten sie das Moduskonzept um vier Modi, die bei forensischen Patienten häufig gefunden werden: den *ärgerlichen Beschützer*, den *kaltblütigen Kämpfer*, den *betrügenden Manipulierer* und den *Überkontrollierer* (Bernstein et al., 2007).

Die Arbeitsgruppe um Arntz überprüft aktuell in einer Studie die Wirksamkeit klinischer Ansätze für Patienten mit selbstunsicherer, dependenter, zwanghafter, paranoider und histrionischer Persönlichkeitsstörung, und Riso et al. brachten klinische Veröffentlichungen zur Schematherapie bei Patienten mit verschiedenen Achse-I-Störungen (Riso, 2007).

Ursprünglich als Einzeltherapieform entwickelt, konnte in einer randomisiert-kontrollierten Studie von Farrell et al. auch die gute Wirksamkeit der Schematherapie im Gruppen-Setting bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung demonstriert werden (Farrell et al., 2009).

Während die Schematherapie Gegenstand multipler Forschungsprojekte ist, befinden sich die Forschungen zum Moduskonzept im Rahmen der Schematherapie

noch in den Anfängen. Arntz et al. veröffentlichten 2005 eine empirische Studie zu dem Moduskonzept bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese basiert auf einem von Young entwickelten Modus-Model für Patienten mit BPS. Das Modell geht von der Annahme aus, dass BPS-Patienten rasch und unberechenbar zwischen vier für ihre Störung typischen Modi hin und her springen. Diese charakteristischen Modi sind 1) *der distanzierte Beschützer*, 2) *der strafende Elternteil*, 3) *das verlassene/ missbrauchte Kind* (als Untergruppe des *vulnerablen Kindes*) und 4) *das ärgerliche Kind*. Der Modus des *gesunden Erwachsenen* ist hingegen sehr schwach ausgeprägt. Diese Annahmen konnten in Arntz Studie bestätigt werden; ebenso wie die Beobachtung, dass BPS-Patienten bei Stressinduktion gehäuft in den Modus des *distanzierten Beschützers* wechseln (Arntz et al., 2005).

Im gleichen Jahr überprüften Lobbestael et al. die Anwendbarkeit von Youngs Modus-Konzept auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen und dissoziale Persönlichkeitsstörungen. Die BPS-Patienten erzielten signifikant höhere Ergebnisse in den vier zuvor erwähnten charakteristischen Modi. Die Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung lagen in denselben Modi signifikant höher als die gesunde Kontrollgruppe, aber signifikant niedriger als die Borderline-Gruppe. Der Modus *Schikane und Angriff* war bei dieser Gruppe signifikant höher als bei den Gesunden, jedoch nicht signifikant höher als bei der Borderline-Gruppe (Lobbestael et al., 2005).

Johnston et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen Modi bzw. Kindheitstraumata und dem Dissoziationsgrad bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hierbei zeigte sich, dass die dysfunktionalen Modi im Gegensatz zu den Kindheitstraumata eine Vorhersage über den Grad der Dissoziation machen können (Johnston et al., 2008).

In einer 2008 veröffentlichten Studie untersuchten Lobbestael et al. die Zusammenhänge zwischen 14 Schema-Modi und den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Die Ergebnisse bestätigten die angenommenen Korrelationen zwischen Modusprofilen und Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. Die hohe Anzahl von vorhandenen Modi für einige Persönlichkeitsstörungen werfen jedoch Fragen bezüglich der Spezifität des Modus-Konzepts auf (Lobbestael et al., 2008).

Wegweisend für weitere Forschungsprojekte und die Arbeit mit Schemamodi ist das von Lobbestael et al. entwickelte Fragebogeninventar, Schema Mode Inventory-revised, zur Erfassung und Diagnostik von 14 Schemamodi. In einer Studie zur Validität des SMI-r konnten gute psychometrische Eigenschaften nachgewiesen werden (Lobbestael et al., submitted for public).

Bisher gab es keine Studien hinsichtlich der Beziehung zwischen Schemamodi und anderen etablierten psychologischen Konstrukten. Da dieser Zusammenhang jedoch als wichtiger Aspekt in Bezug auf die inhaltliche Validität des Moduskonstrukts gewertet werden muss, werden in der hier beschriebenen Studie Korrelationen zwischen Modi und den Konstrukten allgemeine Psychopathologie, Depression, Ärger, Schuld, Scham, Impulsivität, Narzissmus, Selbstwert und interpersonale Probleme erhoben.

4 Methoden

4.1 Studiendesign

Die Untersuchung wurde in dem Zeitraum von März 2008 bis März 2009 als Fragebogenstudie an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg durchgeführt. Das Schema Mode Inventory - revised (SMI-r) wurde von Rothemund, Pillmann, Dominiak und Jacob ins Deutsche übersetzt. Zur inhaltlichen Validierung der Übersetzung wurde die deutsche Version von zwei Teilnehmergruppen, bestehend aus insgesamt 157 Personen, ausgefüllt und ausgewertet. Die Gruppen gliederten sich in eine Patientengruppe (n=123) und eine gesunde Kontrollgruppe (n=34). Alle Teilnehmer füllten außer dem SMI-r, deutsche Version, auch einen demographischen Fragebogen aus und durchliefen ein diagnostisches Interview. Um den Zusammenhang zwischen Schema-Modi und verschiedenen etablierten psychologischen und psychopathologischen Konstrukten zu untersuchen, füllten die interviewten Teilnehmer ein Fragebogenpaket aus, in dem die in Tabelle 4.1-1 aufgelisteten Konstrukte ausgewertet und mit den Schemamodi korreliert wurden.

Für die psychometrische Validierung der deutschen Version des SMI-r wurde diese von weiteren 197 Personen einer randomisierten Gruppe ausgefüllt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einer weiteren Studie präsentiert werden (Reiss et al., in preparation).

Die Vorbereitungen für die Studie, die Rekrutierung der Patienten, die Verteilung der Fragebögen und die diagnostischen Interviews erfolgten durch zwei Doktorandinnen. In dieser Promotionsarbeit werden neben der deutschen Version des Schema Modus Inventars die Fragebögen STAXI, UPPS, IIP-C und SCL-K-9 sowie die Korrelationen der jeweiligen psychologischen Konstrukte zu den Schemamodi ausgewertet. Die Beschreibung und Auswertung der Fragebögen BDI, Rosenberg-Skala, NPI, TOSCA-3 und CoSS wird in der Dissertation der Mitdoktorandin der Autorin erfolgen.

Tabelle 4.1-1: Messinstrumente und Variablen

Variable	Fragebogen
Depression	BDI: Beck Depressionsinventar
Selbstwert	Rosenberg-Skala
Ärger	STAXI: State-Trait-Ärgerausdrucks Inventar
Narzissmus	NPI: Narzissmus Persönlichkeitsinventar
Impulsivität	UPPS Impulsive Behaviour Scale
Interpersonale Probleme	IIP-C: Inventar interpersonaler Probleme
Allgemeine Psychopathologie	SCL-K-9: Kurzform Symptom-Checkliste
Schuld, Scham	TOSCA-3: Test of Self-Conscious Affect shortform
Scham	CoSS: Compass of Shame Styles

4.2 Studienablauf

Das Hauptaugenmerk dieser Studie wurde auf den Zusammenhang zwischen Modusskalen des Schema-Modus-Inventars und verschiedenen psychologischen und psychopathologischen Konstrukten gelegt. Dafür wurden außer der deutschen Version des SMI-r noch Fragebögen zu den Konstrukten Depressivität (BDI), Ärger (STAXI), Scham (CoSS, TOSCA-3), Schuld (TOSCA-3), Impulsivität (UPPS), Selbstwert (Rosenberg-Skala), Narzissmus (NPI), interpersonale Probleme (IIP) und allgemeine Psychopathologie (SCL-K-9) ausgewählt und zusammen mit Informationen zur Studie, Instruktionen zu den einzelnen Fragebögen, Screening-Fragebögen für das diagnostische Interview und einer Einverständniserklärung in doppelter Ausführung zu einem Fragebogenpaket zusammengestellt. Zu Beginn der Untersuchung enthielt das Fragebogenpaket noch die Fragebögen Young Parenting Inventory (YPI) und Eegna Minnen av Barndoms Uppfostran - Eigene Erinnerungen an die Erziehung (EMBU). Diese wurden im Studienverlauf aus dem Paket herausgenommen, da der Zeitaufwand zum Ausfüllen aller Fragebögen sehr hoch war und einige potentielle Teilnehmer von einer Teilnahme an der Studie

zurückschrecken ließ. Die schon ausgefüllten YPIs und EMBUs wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg genehmigt.

Die Rekrutierung der Patienten und die Durchführung der diagnostischen Interviews wurde von zwei Doktorandinnen, Pauline Dominiak und der Autorin, unter der Betreuung von Fr. Dr. Gitta Jacob und Hr. Prof. Dr. Ulrich Voderholzer in einem Zeitraum von März 2008 bis März 2009 durchgeführt.

Um Mitarbeiter über die Studie zu informieren, wurde das Studienvorhaben sowie das Fragebogenpaket von den Doktorandinnen und Fr. Dr. Gitta Jacob an mehreren Terminen in der Mittagsbesprechung der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie vorgestellt. Zusätzlich wurden die Fragebögen und Informationen zur Studie per E-Mail an alle Psychologen und Ärzte der Abteilung geschickt. Die Doktorandinnen klärten außerdem das Pflegepersonal der Stationen, auf denen Patienten rekrutiert werden sollten, über das Projekt auf.

Die psychiatrischen Diagnosen oder das Fehlen derselbigen bei Patienten und Personen der gesunden Kontrollgruppe wurden durch ein diagnostisches Interview (SKID I und II) gestellt. Dafür wurden die Doktorandinnen von Fr. Dr. Jacob in Theorie und Durchführung von SKID I und II unterwiesen. Mit dem Einverständnis der Patienten waren sie zunächst anwesend bei Interviews, die Fr. Dr. Jacob durchführte. Im Anschluss führten sie die Interviews unter der Supervision von Fr. Dr. Jacob. Schließlich führten die Doktorandinnen, zunächst gemeinsam, dann selbstständig, die diagnostischen Interviews mit den Patienten durch. Fr. Dr. Jacob stand jederzeit für Fragen bezüglich der Durchführung und Ergebnisse zur Verfügung.

Nach dem SKID-Training wurde mit der Rekrutierung der Patienten begonnen. Die Patientengruppe wurde rekrutiert

1. von den Stationen 3 (Schwerpunkt: Abhängigkeitserkrankungen),
5 (Schwerpunkt: Affektive Störungen/ Depressionsbehandlung),
6 (Schwerpunkt: Zwangserkrankungen), 7 (Wahlleistungsstation) und

- 8 (Schwerpunkt: Krisenintervention und Borderline - Persönlichkeitsstörungen) der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg,
2. von der Tagesklinik der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg,
 3. aus der Forschungsdatenbank der AG Borderline der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg,
 4. der AG Essstörungen der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg, unter der Betreuung von Fr. Dr. Jennifer Svaldi,
 5. aus der AG Borderline der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Mainz, unter der Betreuung von Dipl.-Psych. Neele Reiß.

Für die Rekrutierung der Patienten von den verschiedenen Stationen und der Tagesklinik der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg bestimmten die Doktorandinnen zunächst, zusammen mit den betreuenden Ärzten und Psychologen sowie mit dem Pflegepersonal, für die Studie geeignete Patienten. Diese durften keine der im folgenden genannten Ausschlusskriterien erfüllen und sollten sich außerdem in einem ausreichend stabilen Zustand befinden, so dass sie den zusätzlichen Aufwand durch das umfangreiche Fragebogenpaket sowie die Diagnostikinterviews nicht als zu große Belastung empfinden würden.

Im Anschluss stellten sich die Doktorandinnen bei den ausgewählten Patienten vor und informierten sie ausführlich über den Inhalt, Sinn und Ablauf der Studie. Insbesondere wurden sie über den Zeitaufwand bei der Teilnahme an der Studie informiert. Dieser betrug ca. 2-3 Stunden zum Ausfüllen der Fragebögen und ca. 1 ½ Stunden für SKID I und II. Wurde einer Teilnahme zugestimmt oder diese erwogen, händigten die Doktorandinnen den Patienten das Fragebogenpaket aus. Es wurde ein Termin ca. 1 Woche später zum Einsammeln des Fragebogenpakets sowie zur Durchführung von SKID I und II vereinbart. Die Fragebögen konnten in der Zwischenzeit in freier Zeiteinteilung ausgefüllt werden. Selbstverständlich wurden die Patienten auch darüber informiert, dass ein Ausscheiden aus der Studie zu jedem Zeitpunkt möglich sei, ohne dass für sie dadurch ein Nachteil entstehen würde.

Am vereinbarten Termin holten die Doktorandinnen die Patienten auf der jeweiligen Station oder in der Tagesklinik ab. Für das Interview (SKID I und II) stand ihnen ein Raum in der Tagesklinik der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg zur Verfügung. Zunächst wurden Fragebogenpaket und Einverständniserklärung eingesammelt, auf Vollständigkeit überprüft, und ggf. noch offene Fragen zu der Studie oder zu den Fragebögen beantwortet. Anschließend wurde das Interview durchgeführt. In den meisten Fällen konnten SKID I und II an einem Termin durchgeführt werden. In einzelnen Fällen, wenn es den Patienten zu anstrengend wurde oder es zeitlich nicht möglich war, das Interview zu Ende zu führen, wurde ein weiterer Termin vereinbart.

Zur Rekrutierung der Patienten aus der Forschungsdatenbank der Borderline AG wurden Patienten, die sich bereit erklärt hatten, für Forschungszwecke kontaktiert zu werden, von den Doktorandinnen angerufen. Am Telefon wurde ihnen der Studieninhalt und -ablauf geschildert. Wurde einer Teilnahme an der Studie zugestimmt, bekamen die Patienten das Fragebogenpaket auf dem Postweg zugestellt. Nach ca. einer Woche wurden sie erneut telefonisch kontaktiert, um den Fortschritt der Fragebogenbeantwortung zu erfragen und einen Termin für das diagnostische Interview zu vereinbaren. Das Interview wurde entweder bei den Patienten zu Hause oder in einem Raum der Tagesklinik durchgeführt. Auch hier wurden zunächst etwaige Fragen beantwortet.

Ebenfalls per Post wurde das gesamte Fragebogenpaket Fr. Dr. Jennifer Svaldi aus der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg, AG Essstörungen sowie Dipl.-Psych. Fr. Neele Reiß aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Mainz, AG Borderline zugestellt. Diese hatten sich zuvor bereit erklärt, die Studie geeigneten Patienten, die sich in ihrer Betreuung befanden, vorzustellen und ihnen bei Teilnahmewunsch ein Fragebogenpaket auszuhändigen und später wieder einzusammeln. Die teilnehmenden Patienten sind im Rahmen der Diagnostik innerhalb der letzten drei Monate vor Eintritt in die Studie nach SKID I und II interviewt worden. Die ausgefüllten Fragebogenpakete mitsamt den SKID - Diagnosen wurde anschließend wieder an die Doktorandinnen zurückgeschickt.

Die Rekrutierung der gesunden Kontrollgruppe fand in der Umgebung der Doktorandinnen statt. Der Ablauf gestaltete sich identisch zu dem Ablauf bei der

Patientengruppe mit der Ausnahme, dass die Interviews zu Hause bei den Doktorandinnen oder Probanden geführt wurden. Für die Teilnehmer dieser Gruppe wurde eine Aufwandsentschädigung von 15 € gezahlt.

4.3 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 157 Personen aus zwei Gruppen zusammen. Alle Teilnehmer wurden zu Beginn der Studie ausführlich über Studieninhalt und Studienablauf aufgeklärt.

4.3.1 Ausschlusskriterien

Als Ausschlusskriterien für die Patienten- und Kontrollgruppe wurden folgende Faktoren festgelegt:

- Deutliche Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Schwierigkeiten beim Lesen oder bei der verbalen Kommunikation
- Diagnose einer Schizophrenie
- Aktuelle Diagnose einer psychotischen Störung
- Diagnose einer dementiellen Erkrankung
- Diagnose einer anderen organischen Hirnerkrankung

4.3.2 Teilnehmergruppen

Patientengruppe (n=123)

Diese Gruppe bestand aus 123 ambulanten und stationären Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. Die Diagnosen wurden durch Strukturierte Klinische Interviews für psychische Störungen, die im Diagnostischen und Statistischen Handbuch (DSM IV) definiert werden (SKID I und SKID II) validiert. Zusätzlich wurden die vorhandenen Patientenakten gesichtet. Bei keinem der Patienten wurde ein Ausschlusskriterium erfüllt. Die Tabellen 4.3.2-1 und 4.3.2-2 geben einen Überblick über die diagnostizierten psychischen Erkrankungen der Patienten.

Tabelle 4.3.2-1: Achse I Störungen und Prävalenz in der Patientengruppe

Achse I Störungen	Anzahl
Alkoholabhängigkeit	26 Patienten (21%)
Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen	5 Patienten (4%)
Major Depression	50 Patienten (41%)
Bipolare Störung	7 Patienten (6%)
Soziale Phobie	11 Patienten (9%)
Panikstörung	20 Patienten (16%)
Posttraumatische Belastungsstörung	10 Patienten (8%)
Essstörung mit Essanfällen (binge eating disorder)	18 Patienten (15%)
Zwangsstörung	18 Patienten (15%)
Somatisierungsstörung	7 Patienten (6%)

Tabelle 4.3.2-2: Achse II Störungen und Prävalenz in der Patientengruppe

Achse II Störungen	Anzahl
Ängstliche/ vermeidende Persönlichkeitsstörung	22 Patienten (18%)
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	9 Patienten (7%)
Borderline-Persönlichkeitsstörung	36 Patienten (29%)

Gesunde Kontrollgruppe (n=34)

Die gesunde Kontrollgruppe setzte sich aus 34 Personen zusammen. Im SKID I und II wurden bei diesen Personen keine Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllt bei gleichzeitigem Fehlen von Ausschlusskriterien.

4.4 Messinstrumente

4.4.1 SKID I und SKID II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und Achse II Störungen

Das SKID als semistrukturiertes Interview wurde zur Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV definiert sind, entworfen. Es setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen.

Das SKID-I (original amerikanische Version (First et al., 1996), deutsche Übersetzung (Wittchen et al., 1997)) dient der Erfassung aller wichtigen Achse-I-Störungen gemäß DSM-IV und bildet den Kern des Interviews. Es beginnt mit einem kurzen Explorationsleitfaden, mit dessen Hilfe sich der Interviewer einen Überblick über die Art, den Beginn und den Verlauf der Hauptprobleme des Patienten verschafft. Danach werden Screening-Fragen für einzelne Sektionen gestellt. Es folgt ein nach den einzelnen Störungen und Störungsgruppen strukturierter Teil, in dem in der ersten Spalte die Symptome und Beschwerden mit Hilfe vieler offener

Fragen systematisch erhoben werden. Im Interviewheft ist in einer zweiten Spalte neben jeder SKID-Frage das zugehörige DSM-IV Kriterium aufgeführt, so dass der Interviewer sofort abschätzen kann, ob die Antwort des Probanden für eine Beurteilung ausreicht oder ob gegebenenfalls detaillierter nachgefragt werden muss. Hierbei berücksichtigt der Interviewer auch Verhaltensbeobachtungen, um sich ein klinisches Urteil zu bilden. In der dritten Spalte, der Kodierungsspalte, markiert der Interviewer für jede Frage eine der folgenden Kodierungsoptionen:

- ? = unsicher/ zu wenig Informationen
- 1 = nein/ nicht vorhanden
- 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt
- 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt

Sprungregeln sorgen dafür, dass nur die für die Diagnosestellung relevanten Informationen erhoben werden. So können beispielsweise Sektionen, deren Screening-Fragen verneint wurden, übersprungen werden.

Zur Diagnostik der zehn Persönlichkeitstörungen auf Achse-II sowie weiteren zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen wurde das SKID-II (original amerikanische Version (First et al., 1997), deutsche Übersetzung (Fydrich et al., 1997)) konzipiert. Es stellt ein eigenständiges, semistrukturiertes Interview dar, sollte aber nach Möglichkeit in Kombination mit dem SKID-I durchgeführt werden. In einem zweistufigen Verfahren wird dem Patienten zunächst ein Fragebogen ausgehändigt. Die *Items* repräsentieren die Kriterien des DSM. Zur Verringerung der Durchführungszeit werden im folgenden Interview lediglich die bejahten und ausgelassenen Fragebogenitems weiter auf die Erfüllung der Kriterien exploriert. Die erhobenen Informationen werden auf ein Ergebnis- bzw. Kontrollblatt übertragen.

Wird von den Fragen für eine bestimmte Störung aus SKID I oder II eine definierte Anzahl kriteriumsgemäß nach DSM-IV mit „ja“ beantwortet, so gilt die Störung als vorhanden. Die Durchführungszeit für das SKID-I beträgt bis zu 100 Minuten, die für das SKID-II etwa 30 Minuten.

Für die Objektivität des Verfahrens sprechen die Vorgabe des Wortlautes und der Fragenabfolge sowie die genauen Regeln zum Überspringen von Abschnitten. Die Möglichkeit zum Stellen von Zusatzfragen und die Einbeziehung der klinischen Erfahrung des Diagnostikers in die Beurteilung der Symptome können zu Abweichungen zwischen verschiedenen Interviewern führen. In einer Studie von Zanarini et al. (2000) werden gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten zwischen .57 (Zwangsstörung) und 1.00 (Substanzstörung) für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID beschrieben. Die Retest-Reliabilitäten lagen für ein Intervall zwischen 7 und 10 Tagen bei .60 und höher mit Ausnahmen von der Dysthymen Störung (.35) und der Angststörung (.44). Für das SKID-II liegt auch eine Studie zur Reliabilität für die deutsche Version vor, in der die Interrater-Kappa-Koeffizienten zwischen .55 (Histrionische Persönlichkeitsstörung) und .82 (Zwanghafte Persönlichkeitsstörung) bei einem guten Median von .70 lagen (Fydrich et al., 1996). Bezüglich der Retest-Reliabilitäten wurden in der amerikanischen Version des SKID-II Werte von .50 und höher ermittelt (First et al., 1995).

Die Validität eines diagnostischen Interviews kann geprüft werden, indem man die mit ihm gestellten Diagnosen an einem diagnostischen Goldstandard misst. Da strukturierte Interviews jedoch entwickelt wurden, um die unstrukturierte klinische Exploration zu verbessern, bilden sie oft selbst diesen Maßstab und eine Überprüfung ihrer Validität ist nur unzureichend möglich. Vergleiche der Diagnosen eines klinischen Erstgespräches mit denen des SKID für DSM-III-R ergaben nur geringe bis mittlere Übereinstimmungen (First et al., 1995).

4.4.2 SMI-r: Schema Mode Inventory - revised, deutsche Version

Um in Zukunft das SMI-r auch vermehrt in Deutschland einsetzen zu können, wurde es zu Beginn der Studie von Rothemund, Pillmann, Dominiak und Jacob ins Deutsche übersetzt. Die psychometrische Validierung der deutschen Version des SMI-r ist in Arbeit (Reiss et al., in preparation).

Der SMI-r umfasst 124 Fragen (*Items*), die auf insgesamt 14 Schemamodi aus 4 Hauptkategorien ausgerichtet sind. Jede Frage wird auf einer 6 Punkte Likert Skala beantwortet. Dabei entspricht

- 1 = nie oder fast nie
 2 = selten
 3 = gelegentlich
 4 = öfters
 5 = meistens
 6 = immer

Jeder Modus wird von 4 bis 10 Fragen repräsentiert. Die Punktzahl für einen Modus wird ausgerechnet, indem die Summe der Punkte aller *Items* der jeweiligen Modusskala durch die Anzahl der *Items* dividiert wird. Höhere Werte in den Skalen der maladaptiven Modi repräsentieren einen stärkeren maladaptiven Charakter des Modus. In den adaptiven Modi bedeuten höhere Werte eine größere adaptive Ausprägung. Es folgt eine Aufzählung der berücksichtigten Modi mit der jeweiligen Itemanzahl (n) und Beispiel-Items:

Tabelle 4.4.2-1: Modusskalen des SMI und Beispiel-Items

Modus, Itemanzahl (n)	Beispiel-Items
Vulnerables Kind n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich fühle mich schwach und hilflos. - Ich habe das Gefühl, dass mich niemand liebt.
Ärgerliches Kind n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn ich nicht für mich kämpfe, werde ich missbraucht oder vernachlässigt. - Es macht mich wütend, wenn mir jemand erzählt, wie ich mich fühlen oder verhalten sollte.
Wütendes Kind n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn ich wütend bin, verliere ich die Selbstkontrolle und bedrohe andere. - Ich schmeiße mit Gegenständen wenn ich wütend bin.
Impulsives Kind n=9	<ul style="list-style-type: none"> - Ich handle impulsiv oder äußere Emotionen so, dass es mich in Schwierigkeiten bringt oder andere Menschen verletzt. - Wenn ich das Bedürfnis habe etwas zu tun, dann tue ich es auch.

Modus, Itemanzahl (n)	Beispielitems
Undiszipliniertes Kind n=6	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn ich ein Ziel nicht erreichen kann, bin ich schnell frustriert und gebe auf. - Ich bin faul.
Glückliches Kind n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich fühle mich verbunden mit anderen Menschen. - Ich fühle mich gehört, verstanden und unterstützt.
Bereitwillig Sich-Fügender n=7	<ul style="list-style-type: none"> - Ich gebe mir größte Mühe es anderen recht zu machen, um Konflikte, Auseinandersetzungen oder Zurückweisungen zu vermeiden. - In Beziehungen lasse ich die andere Person die Oberhand halten.
Distanzierter Beschützer n=9	<ul style="list-style-type: none"> - Mir ist alles egal. Es gibt nichts, was mir wichtig ist. - Ich fühle mich abgekoppelt (nicht im Kontakt mit mir selbst, meinen Gefühlen oder anderen Menschen).
Distanzierter Selbstberuhiger n=4	<ul style="list-style-type: none"> - Um weniger von unangenehmen Gedanken oder Gefühlen belastet zu werden, Sorge ich dafür, dass ich immer beschäftigt bin. - Ich mache gern etwas Aufregendes oder Beruhigendes, um meine Gefühle zu vermeiden (z.B. Essen, Sex, Ausgehen, Fernsehen, Shoppen gehen)
Narzisstischer Selbstüberhöher n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich fühle mich besonders und besser als die meisten anderen Menschen. - Ich bin ziemlich kritisch anderen Menschen gegenüber
Schikane und Angriff n=9	<ul style="list-style-type: none"> - Indem ich anderen zeige, dass mit mir nicht zu spaßen ist, verschaffe ich mir Respekt. - Angriff ist die beste Verteidigung
Fordernder Elternteil n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich gebe mir selbst keine Gelegenheit zu entspannen oder Spaß zu haben, bevor ich nicht alles erledigt habe, was ich tun muss. - Ich stehe ständig unter dem Druck, Dinge zu leisten oder zu erreichen.
Strafender Elternteil n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich verdiene es bestraft zu werden. - Ich gönne mir kein Vergnügen, weil ich es nicht verdiene.
Gesunder Erwachsener n=10	<ul style="list-style-type: none"> - Ich habe ein gutes Bild davon, wer ich bin und was ich brauche, um glücklich zu werden. - Wenn es Probleme gibt, tue ich mein Bestes, um sie selbst zu lösen.

Diese 14 Modi lassen sich in 4 Hauptkategorien unterteilen: den maladaptiven und gesunden Kind-Modi, den maladaptiven Bewältigungsmodi, den dysfunktionalen Elternmodi und dem gesunden Erwachsenen Modus. Zu der Kategorie der Kind-Modi gehören die fünf maladaptiven Modi *vulnerables Kind*, *ärgerliches Kind*, *wütendes Kind*, *undiszipliniertes Kind* sowie der gesunde Kind-Modus *glückliches Kind*. Der zweiten Kategorie der maladaptiven Bewältigungsmodi zugehörig sind die Modi *bereitwillig Sich-Fügender*, *distanzierter Beschützer*, *distanzierter Selbstberuhiger*, *narzisstischer Selbstüberhöher* und *Schikane und Angriff*. In die dritte Kategorie, den dysfunktionalen Elternmodi, fallen die Modi *fordernder Elternteil* und *strafender Elternteil*, und die letzte Kategorie bildet der Modus *gesunder Erwachsener*. Somit sind die zwei Modi *glückliches Kind* und *gesunder Erwachsener* adaptive Modi, wohingegen die anderen 12 Modi einen maladaptiven Charakter besitzen.

Eine psychometrische Studie der holländischen Version des SMI wurde von Lobbestael et al. durchgeführt und zur Publikation eingereicht. Sie zeigte eine exzellente Passform des 14 Faktoren Models (CFI = .98) und gute interne Beständigkeit (Cronbachs α reichend von .76 bis .96, mean = .86). Außerdem wurden eine mäßige bis gute Inter-Korrelation zwischen den Subskalen, eine zufrieden stellende Konstrukt-Validität sowie eine exzellente Test- Retest Reliabilität erzielt (mean ICC = .84) (Lobbestael et al., submitted for public).

Eine vergleichbare psychometrische Studie der deutschen Übersetzung des SMI-r erbrachte ähnliche Ergebnisse mit vergleichbaren psychometrischen Eigenschaften (Reiss et al., in preparation).

4.4.3 STAXI: State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar

Das STAXI (Schwenkmezger et al., 1991) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, dessen erster Abschnitt zur Messung der Intensität von situationsbezogenem Ärger (Zustandsärger) dient und dessen zweiter Abschnitt die Ausprägung vier dispositioneller Ärgerdimensionen erfasst (Eigenschaftsärger, nach innen gerichteter Ärger, nach außen gerichteter Ärger, Ärgerkontrolle).

Im Handbuch des STAXI ist Zustandsärger definiert als emotionales Bedingungsgefüge, welches aus subjektiven Gefühlen der Spannung, Störung, Irritation und Wut besteht, begleitet von einer Aktivierung des autonomen Nervensystems. Der Ärgerzustand kann in seiner Intensität in Abhängigkeit vom Frustrationslevel variieren. Ursächlich für die Frustration kann eine wahrgenommene Ungerechtigkeit oder eine Behinderung oder Blockierung zielgerichteter Verhaltensweisen sein.

Ärger als Eigenschaft wird von den Autoren als die Neigung, eine große Bandbreite von Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen und in einer solchen Situation mit einer Erhöhung des Ärgerzustandes zu reagieren, definiert.

Das STAXI setzt sich zusammen aus drei Teilen und umfasst insgesamt 44 *Items*, die fünf Skalen und eine Subskala bilden.

1. Die Ärger-Zustandsskala (*State-Anger, S-A*) umfasst zehn *Items* und erfasst die Intensität des subjektiven Ärgerzustands zu einem definierten Zeitpunkt. Der Proband soll beschreiben, wie er sich aktuell fühlt. („*Ich bin wütend*“, „*Ich bin aufgebracht*“).
2. Die Ärger-Dispositionsskala (*Trait-Anger, T-A*) besteht ebenfalls aus zehn *Items* und erfasst interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft, in einer ärgerprovozierenden Situation mit einer Erhöhung von Zustandsärger zu reagieren. Diese Skala kann in zwei Subskalen aufgeteilt werden, die sich jeweils aus fünf *Items* zusammensetzen.
 - a. Die Ärger-Temperaments-Skala (*Angry Temperament, TA/T*) spiegelt die allgemeine Neigung wieder, Ärger ohne spezifische Provokation zu erfahren und auszudrücken („*Ich bin ein Hitzkopf*“, „*Wenn ich wütend werde, sage ich hässliche Dinge*“).
 - b. Die Ärger-Reaktions-Skala (*Angry Reaction, TA/R*) repräsentiert interindividuelle Unterschiede in der Äußerung von Ärger in Situationen, in denen man sich kritisiert oder unfair behandelt fühlt („*Es*

macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde“, „Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde“).

3. Die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (*Anger-in, AI*) umfasst 8 *Items* und misst die Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle unterdrückt und nicht nach außen abreagiert werde. (Beispiele: „Ich fresse Dinge in mich hinein“, „Ich empfinde Groll, rede aber mit niemandem darüber“).
4. Die Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (*Anger-out, AO*) besteht ebenfalls aus acht *Items* und erfasst die Häufigkeit, mit der eine Person Ärger gegen andere Personen oder Objekte richtet („*Ich fahre aus der Haut*“, „*Ich platze heraus, so dass andere meinen Ärger zu spüren bekommen*“).
5. Schließlich gibt die aus acht *Items* bestehende Ärger-Kontroll-Skala (*Anger Control, AC*) Auskunft über die Häufigkeit von Versuchen, Ärger zu kontrollieren bzw. ihn nicht aufkommen zu lassen („*Ich bewahre meine Ruhe*“, „*Ich kontrolliere mein Verhalten*“).

Der erste Teil des STAXI besteht aus SA, der zweite aus ST und der dritte setzt sich zusammen aus AI, AO und AC. Die Beantwortung aller Skalen erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit den Intensitätsangaben:

- 1 = überhaupt nicht
- 2 = ein wenig
- 3 = ziemlich
- 4 = sehr

Der Mittelwert einer Eichstichprobe von 1990 lag für Trait-Anger bei 18 von 40 möglichen Punkten. Die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) der Skalen des STAXI liegt in der Eichstichprobe zwischen .79 und .88 und in klinischen Stichproben zwischen .75 und .91. Die Retest-Reliabilität weist einen ähnlich guten Wert für Trait-Anger auf (.76) und erwartungsgemäß schwächere Werte für State-Anger (.20 bis

.60). Faktorenanalytisch lassen sich die Ärgerzustands- und die Ärgerdispositionsskalen gut trennen. Es liegen zahlreiche befriedigende Befunde zur konvergenten und diskriminanten Validität vor (Schwenkmezger et al., 1991), (Müller et al., 2001).

4.4.4 UPPS: Impulsivitätsskala

Die UPPS Impulsivitätsskala (Whiteside et al., 2001) ist ein aus 45-Items bestehender Fragebogen, der vier unterschiedliche Konstrukte erfasst, die mit impulsivem Verhalten verbunden sind.

1. ***Urgency:*** *Die Unfähigkeit starke Impulse des eigenen Handelns zu unterdrücken*

Dieser Faktor stellt einen Bezug zwischen Impulsivität und negativem Affekt her. Abgebildet wird die Tendenz, besonders starke und schwer kontrollierbare Impulse zu empfinden, häufig unter der Bedingung von negativen Emotionen (*„Manchmal, wenn ich mich schlecht fühle, kann ich einfach nicht aufhören mit dem, was ich tue, auch wenn es alles nur noch schlimmer macht“*). Diese Facette ist stark assoziiert mit der Impulsivitätsskala der Neurotizismusdimension des NEO-PI-R (Costa et al., 1992). Personen mit einem hohen Wert auf der Urgency-Skala zeigen mit hoher Wahrscheinlichkeit impulsives Verhalten, um negative Emotionen abzubauen ohne dabei mögliche Konsequenzen zu berücksichtigen.

2. ***Lack of Premeditation:*** *Die Unfähigkeit vor auszuschauen*

Der zweite Faktor verweist auf die mangelnde Fähigkeit, die Konsequenzen des eigenen Handelns im Allgemeinen vor der Tat zu antizipieren und in die Entscheidung mit einzubeziehen (*„Oft mache ich etwas nur noch schlimmer, weil ich unüberlegt handele, wenn ich aufgebracht bin“*). Personen mit niedrigen Werten auf dieser Skala handeln wohlüberlegt und gewissenhaft, wohingegen Personen mit hohen Werten eher spontan handeln.

3. **Lack of Perseverance:** *Die Unfähigkeit langweilige oder schwierige Handlungen weiterzuführen*

Personen dieser Kategorie fällt es schwer, routinemäßige Aufgaben zu erfüllen. Langfristige Ziele werden zugunsten von kurzfristiger Impulsbefriedigung nicht verfolgt („*Es gibt so viele kleine Sachen zu erledigen, dass ich manchmal einfach alles sein lasse*“). Personen mit geringen Werten auf der Skala des dritten Faktors schaffen es, ihre Projekte trotz Ablenkungen zu beenden. Personen mit hohen Werten hingegen schaffen es eher selten, das abzuschließen, was sie sich vorgenommen haben.

4. **Sensation Seeking:** *Die Tendenz Sensationen zu suchen*

Der vierte Faktor beinhaltet zwei Aspekte. Erstens die Tendenz, an aufregenden Aktivitäten Spaß zu haben und diese aufzusuchen und zweitens eine Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, die auch gefährlich sein können („*Es würde mir Spaß machen, mit Skiern einen verschneiten Hang in großer Geschwindigkeit hinab zu fahren*“). Personen mit hohen Werten auf dieser Skala zeichnen sich durch eine hohe Risikofreude aus.

Jedes Item ist auf einer 5 Punkte Likert-Skala von (1) = „*lehne ich vollkommen ab*“ bis (5) = „*stimme ich vollkommen zu*“ zu beantworten.

Die Skalen der UPPS wurden aus einer Faktorenanalyse heraus gewonnen, basierend auf den Dimensionen Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R und 17 weiteren Skalen, die Aspekte der Impulsivität erfassen sollen. In einer Studie von Whiteside et al. wird von internen Konsistenzkoeffizienten von .82 (lack of Perseverance) bis .91 (lack of Premeditation) für die vier Skalen berichtet (Whiteside et al., 2001). Studien, die zur Validierung der UPPS Impulsivitätsskala durchgeführt wurden (Miller et al., 2003; Whiteside et al., 2005) zeigen, dass die vier Facetten unterschiedlich mit verschiedenen impulsiven Formen des Verhaltens und der Psychopathologie verbunden sind.

4.4.5 IIP: Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme

Das IIP (deutsche Version: Horowitz et al., 2000) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung interpersonalen Probleme. Es dient der Einschätzung von Problemen der Testperson im Umgang mit anderen Menschen. Das IIP schließt an das von Leary entwickelte Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens (Leary, 1957) an, welches wiederum auf den interpersonalen Theorien von Sullivan und Kiesler basiert. Sullivan postulierte, dass das „was den Menschen ausmacht, das Ergebnis der Interaktion von Diktaten seiner biologischen Natur und den Anforderungen seiner physiochemischen und interpersonalen Umwelt“ sei (Sullivan, 1953). Kiesler behauptete, dass Reziprozität oder Komplementarität interpersonalen Verhaltens impliziert, dass bestimmte Arten von Aktionen beim anderen bestimmte Arten von Reaktionen provozieren (Kiesler, 1993). In Anlehnung an den interpersonalen Zirkel erfolgte die Konstruktion der Circumplex- Skalen für das IIP. Die zwei Hauptachsen werden gebildet aus den Dimensionen

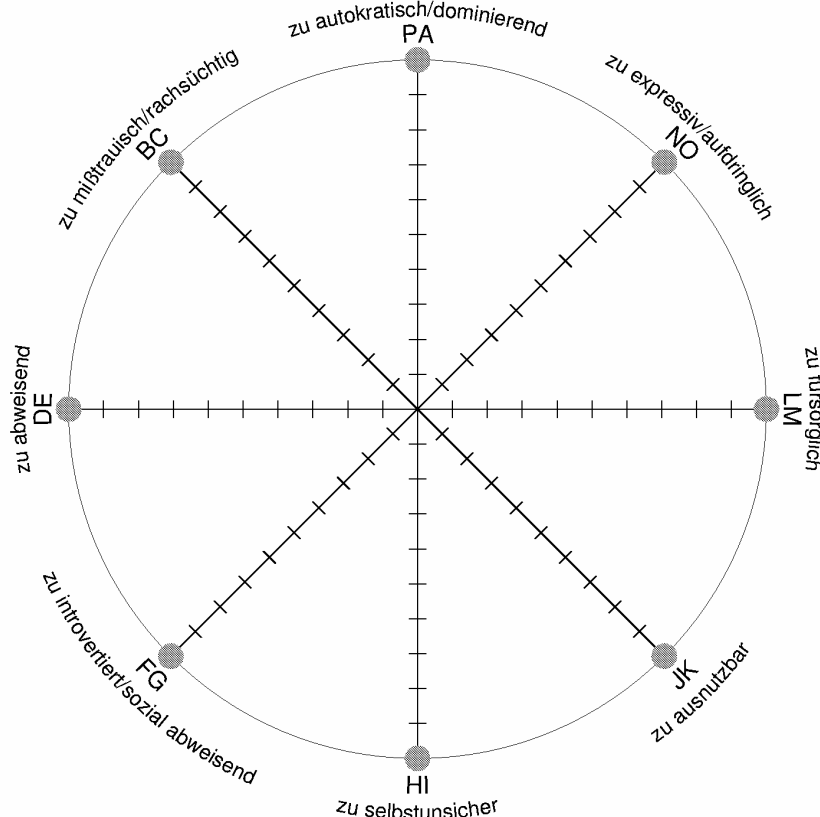
1. Affiliation mit einer Ausprägung zwischen Freundlichkeit bis Feindseligkeit und
2. Macht und Kontrolle mit einer Ausprägung zwischen Unterwürfigkeit bis Dominanz.

Der Zirkel wird entsprechend den Oktanten des interpersonalen Kreismodells in insgesamt 8 Sektoren oder Skalen unterteilt, die jeweils ein interpersonales Thema beschreiben (siehe auch Abbildung 4.4.5-1):

1. Autokratie/ Dominanz (PA), Beispiel: „Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.“
2. Streitsucht/ Konkurrenz (BC), Beispiel: „Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.“
3. Kälte (DE), Beispiel: „Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen.“
4. Soziale Vermeidung (FG), Beispiel: „Ich bin vor anderen Menschen verlegen.“
5. Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit (HI), Beispiel: „Es fällt mir schwer, jemandem zu sagen, dass er mich nicht belästigen soll.“

6. Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit (JK), Beispiel: „Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.“
7. Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit (LM), Beispiel: „Ich stelle zu oft Bedürfnisse anderer über meine eigenen.“
8. Expressivität/ Aufdringlichkeit (NO), Beispiel: „Es fällt mir schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.“

Abbildung 4.4.5-1: IIP-Skalen Circumplex (Horowitz et al., 2000)



Erfragt werden sowohl interpersonale Verhaltensweisen, die dem Probanden schwer fallen, als auch solche, die ein Proband im Übermaß zeigt. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme primär im klinischen Kontext.

Das IIP liegt in einer Lang- (127 *Items*) und einer Kurzform (64 *Items*) vor. In dieser Studie wurde die Kurzform verwendet. Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten:

- 0 = nicht
- 1 = wenig
- 2 = mittelmäßig
- 3 = ziemlich
- 4 = sehr

Die Skalaauswertung erfolgt, indem die Summe der Punkte aller *Items* der Skala durch die Anzahl der *Items* dividiert wird und liegt somit zwischen 0 und 4. Der Skalenrohwert wird gebildet, indem alle Skalenwerte addiert werden. Das Ergebnis liegt zwischen 0 und 32. Der IIP-Gesamtwert wird ausgerechnet, indem der Skalenrohwert durch 8 geteilt wird, so dass die Ergebnisse zwischen 0 und 4 liegen.

Die Retest-Reliabilitäten für das IIP werden mit Werten zwischen $r = .81$ und $r = .90$ angegeben (Horowitz et al., 2000). Sowohl für die amerikanische Originalversion (*Inventory of Interpersonal Problems*) als auch für die deutsche Fassung liegen eine Reihe von Validierungsstudien vor, die zeigen, dass das Instrument klinische Gruppen differenziert, sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen von Psychotherapie eignet, und dass die interpersonale Problematik mit anderen klinischen Merkmalen und Konstrukten (z.B. Bindungsstile, Personenschemata) in Zusammenhang steht. (u.a. Barkham et al., 1994, Davis-Osterkamp, 1993)

4.4.6 SCL-K-9: Symptom-Check-Liste, Kurzform

Derogatis entwickelte 1977 mit der Symptom-Check-Liste (Derogatis, 1994) ein störungsübergreifendes Symptom-Messinstrument, das heute zu einem weit verbreiteten Instrument in der Psychotherapieforschung zählt (Lambert et al., 1994). Das Selbstbeurteilungsinstrument wurde von Franke für den deutschsprachigen Raum adaptiert (Franke, 2002). Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome im Zeitfenster der letzten sieben Tage. Jedes *Item* beginnt mit der Instruktion „*Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...*“.

Nachfolgend werden dem Probanden die einzelnen Symptome präsentiert, deren Ausprägung er anhand einer fünfstufigen Likert–Skala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „stark“ angeben kann. Der SCL–90–R bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun faktorenanalytisch gewonnene Skalen und drei globale Kennwerte. Die einzelnen *Items* werden den folgenden neun Faktoren zugeordnet:

- Skala 1: Somatisierung
- Skala 2: Zwanghaftigkeit
- Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt
- Skala 4: Depressivität
- Skala 5: Ängstlichkeit
- Skala 6: Aggressivität/ Feindseeligkeit
- Skala 7: Phobische Angst
- Skala 8: Paranoides Denken
- Skala 9: Psychotizismus

Die psychometrischen Kennwerte der Faktoren werden von Franke als gut eingeschätzt. Die Retest-Reliabilität nach einer Woche liegt zwischen $r = 0.69$ und $r = 0.92$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) schwankt für die einzelnen Faktoren zwischen 0.51 und 0.89, kann für den GSI jedoch mit sehr gut bewertet werden ($0.94 < \alpha < 0.98$). Die mangelnde Konstruktvalidität und die teilweise hohen Interrelationen der Faktoren ($r_{\min} = 0.28$; $r_{\max} = 0.7$), die sich aus dem gemeinsamen Auftreten der Symptome bei verschiedenen Störungen ergeben, sprechen für den GSI als Parameter, der Anzahl und Intensität der Beschwerden zusammenfasst (Rief et al., 1991).

Aus zeitökonomischen Gründen, zumal es vor allem um die Bestimmung des *Global Severity Index* (GSI) als Indikator für allgemeine Belastung in Folge psychischer und körperlicher Beschwerden ging, wurde in dieser Studie die Kurzform, die SCL-K-9 (Klaghofer et al., 2001) verwendet. Die Kurzform SCL-K-9 besteht aus den jeweils trennschärfsten *Items* der neun Originalskalen. Sie korreliert mit dem Index (GSI) der Langform mit $r = .93$. Mit einem Cronbach- α von .87 erreicht auch die Kurzform eine sehr gute interne Konsistenz (Klaghofer et al., 2001).

4.5 Statistik

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Programms SPSS ® Version 17.0 vorgenommen.

Die Interrelationen der SMI-r Skalen und die Korrelationen der Schemamodi mit den Skalen der anderen Fragebögen erfolgten mittels des Pearson-Korrelationskoeffizienten. Dieser ist ein dimensionsloses Maß für die Stärke des linearen Zusammenhangs zwischen zwei quantitativen Größen. Man erhält einen Korrelationskoeffizienten r , mit Werten zwischen -1 und +1. Je dichter r bei 0 liegt, desto schwächer ist der lineare Zusammenhang und je näher r an -1 oder +1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang. Ist $r > 0$ so besteht ein positiver, bei $r < 0$ ein negativer Zusammenhang.

Der Korrelationskoeffizient liefert allerdings keine Aussage über die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen den untersuchten Variablen. Hierfür wird das Signifikanzniveau benötigt. Die Signifikanz beschreibt die Wahrscheinlichkeit eines systematischen Zusammenhangs zwischen den Variablen. Gängig ist die Formulierung, dass bei einer Korrelation zweier Variablen von $r = 0,5$ ein Signifikanzniveau von $p \leq 1\%$ besteht. Das heißt, dass die gefundene Korrelation in $\leq 1\%$ der Fälle zufällig auftritt. Die Kennzahl p berücksichtigt sowohl die Höhe der Korrelation als auch die Größe der Stichprobe.

Zur Korrektur bei mehrfachen Tests wurden die p -Werte durch 14 (Anzahl der Modus-Skalen) dividiert. Demnach wurden p -Werte von $p \leq 0,07\%$ als signifikant angesehen. Das entspricht einem Korrelationskoeffizienten von $r \geq ,270$.

Der Umgang mit fehlenden Daten erfolgte nach Empfehlungen aus dem Handbuch des jeweiligen Messinstruments. Lagen keine Empfehlungen vor, so wurden pro Skala fehlende Werte von $\leq 10\%$ geduldet. Ansonsten wurde die Skala aus der Wertung ausgenommen.

5 Ergebnisse

5.1 Soziodemographische Daten

Für die inhaltliche Validierung der deutschen Übersetzung des SMI-r, die Interrelationen der Schema-Modus Skalen und Korrelationen dieser mit anderen psychologischen Konstrukten, wurden die von folgenden zwei Gruppen ausgefüllten Fragebogenpakete ausgewertet: 1) die Patientengruppe (PG, $n=123$) und 2) die gesunde Kontrollgruppe (KG, $n=34$). Eine nähere Beschreibung der Gruppen erfolgte im Kapitel 4.3.2.

Weitere 219 SMI-r - Fragebögen wurden von randomisierten Personen ausgefüllt und werden in einer gesonderten Studie zur psychometrischen Validierung der deutschen Version des SMI-r ausgewertet (Reiss et al., in preparation).

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer betrug 35 Jahre ($sd = 12,8$).

Insgesamt waren 70,7% der Teilnehmer weiblich und 29,3% männlich. Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Gruppen war ähnlich ausgeprägt (s Tabelle 5.1.1).

Tabelle 5.1.1: Geschlecht der Teilnehmer

	Männlich	Weiblich	Summe
Patientengruppe	37 (30,1%)	86 (69,9%)	123
Gesunde Kontrollgruppe	9 (26,5%)	25 (73,5%)	34
Summe	46 (29,3%)	111 (70,7%)	157

Deutlich heterogener gestalteten sich die Gruppen hinsichtlich des Bildungsgrades und der Berufstätigkeit. Während 97% der gesunden Kontrollgruppe (KG) Abitur oder einen Hochschulabschluss hatte, so lag der Prozentsatz mit 60,5% in der Patientengruppe (PG) deutlich niedriger. 21% der PG hatte einen

Realschulabschluss, im Gegensatz zu 3% der KG. Einen Hauptschulabschluss hatte 18,5% der PG und keiner aus der KG vorzuweisen.

42% der Probanden der PG befanden sich in der Lehre oder hatten diese bereits abgeschlossen, 33,6% studierten oder hatten das Studium zum Abschluss gebracht. Bei der KG waren 6% der Probanden in der Lehre oder hatten diese abgeschlossen, 87,9% befanden sich im Studium oder hatten einen Abschluss des Studiums vorzuweisen.

Erwerbstätig waren 46,2% der Probanden aus der PG, während sich 18,5% von ihnen noch in der Lehre oder im Studium befand. Bei der KG waren 66,7% erwerbstätig, wobei 51,5% noch in der Weiterbildung (Lehre oder Studium) waren.

Eine Übersicht über schulischen Abschluss und Berufstätigkeit liefert Tabelle 5.1-1.

Tabelle 5.1-1: Höchster schulischer Abschluss und Berufstätigkeit

	Patientengruppe	Gesunde Kontrollgruppe	Summe
Ø Abschluss	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hauptschule	22 (18,5%)	0 (0%)	22 (14,0%)
Realschule	25 (21,0%)	1 (3,0%)	26 (16,6%)
Gymnasium	44 (37,0%)	23 (69,7%)	67 (42,7%)
Hochschule	28 (23,5%)	9 (27,3%)	37 (23,6%)
Keine Angaben	5 (3,2%)		5 (3,2%)
In Lehre	2 (1,3%)	1 (0,6%)	3 (1,9%)
Lehre abgeschlossen	48 (30,6%)	1 (0,6%)	49 (31,2%)
Im Studium	20 (12,7%)	16 (10,2%)	36 (22,9%)
Studium abgeschlossen	20 (12,7%)	13 (8,3%)	33 (21,0%)
Sonstiges	29 (18,5%)	2 (1,3%)	31 (19,7%)
Keine Angaben	5 (3,2%)		5 (3,2%)
Erwerbstätig	55 (46,2%)	22 (66,7%)	77 (49,0%)
Ø erwerbstätig	64 (53,8%)	11 (33,3%)	75 (47,8%)
Keine Angaben	5 (3,2%)		5 (3,2%)

Bezüglich einer Paarbeziehung lebten 52,5% der PG in einer festen Partnerschaft, bei der KG waren es 48,5%.

43 (36,1%) der 119 Probanden aus der PG hatten Kinder (durchschnittlich 1,95), während 8 (24,2%) von 33 Teilnehmern der KG Eltern waren (durchschnittlich 2,25 Kinder).

Der überwiegende Anteil der Patientengruppe lebte gemeinsam mit dem Partner und/ oder Kindern (37%), wohingegen der Großteil der gesunden Kontrollgruppe (51,1%) in einer Wohngemeinschaft lebte (s. Abb. 5.1-2).

Tabelle 5.1-2: Wohnsituation der Probanden

	Patienten- gruppe	Gesunde Kontrollgruppe	Summe
Alleine	41 (26,1%)	7 (4,5%)	48 (30,6%)
Mit Eltern	19 (12,1%)	1 (0,6%)	20 (12,8%)
Mit Partner und/ oder Kindern	44 (28,0%)	8 (5,1)	52 (33,1%)
In einer Wohngemeinschaft	15 (9,6%)	17 (10,8%)	32 (20,4%)
Keine Angaben	5 (3,2%)		5 (3,2%)

In der PG hatten 90,7% der Probanden Geschwister (durchschnittlich 2,1), in der KG hatten alle Teilnehmer Geschwister (im Durchschnitt 1,8).

5.2 Interrelation der Modusskalen des SMI-r

Die Interrelationen zwischen den Modusskalen waren insgesamt hoch und zumeist signifikant (s. Tabelle 5.2-2).

Tendenziell waren die Interrelationen bei den Kind-Modi (außer *undiszipliniertes Kind*), dem *strafenden Elternteil*, und dem *distanzierten Beschützer* höher als bei den anderen maladaptiven Bewältigungs- und Elternmodi. Die durchschnittlichen Korrelationen waren am höchsten bei dem *vulnerablen Kind*, dem *bestrafenden Elternteil* und dem *gesunden Kind* und am niedrigsten bei *Schikane und Angriff*, dem *undisziplinierten Kind* und bei dem *narzisstischen Selbstüberhöher* (s. Tabelle 5.2-1).

Tabelle 5.2-1: Durchschnittliche Korrelation einer Modussskala mit den restlichen Modussskalen des SMI bei der Patienten- (n=123) und gesunden Gruppe (n=34)

	VK	ÄK	WK	IK	UK	GK	BSF
Mittelwert	,632	,597	,505	,550	,411	,604	,485

	DB	DSB	NSÜ	SA	SE	FE	GE
Mittelwert	,605	,441	,321	,426	,619	,444	,504

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; GK: Gesundes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafender Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener.

Das **vulnerable Kind** korrelierte am höchsten mit den Modi *gesundes Kind* (umgekehrt), *strafender Elternteil* und *distanzierter Beschützer* und am niedrigsten mit dem Modus *Schikane und Angriff*.

In der Skala **ärgerliches Kind** wurden die höchsten Zusammenhänge mit dem *vulnerablen Kind*, dem *glücklichen Kind* (umgekehrt), dem *impulsiven Kind*, dem *strafenden Elternteil* und dem *wütenden Kind* gefunden, die niedrigsten Korrelationen mit dem *undisziplinierten Kind* und dem *narzisstischen Selbstüberhöher*.

Der Schemamodus **wütendes Kind** hing am höchsten mit den Modi *impulsives Kind*, *ärgerliches Kind* und *strafender Elternteil* und am geringsten mit den Modi *fordernder Elternteil*, *narzisstischer Selbstüberhöher*, *distanzierter Selbstberuhiger* und *bereitwillig Sich-Fügender* zusammen.

Der Modus des **impulsiven Kindes** erzielte die höchsten Korrelationswerte mit den Modi *wütendes Kind*, *ärgerliches Kind* und *strafender Elternteil*, die niedrigste Korrelation mit dem Modus des *fordernden Elternteils*.

Der Modus **undiszipliniertes Kind** korrelierte am höchsten mit dem *impulsiven Kind* und am geringsten mit dem *fordernden Elternteil*.

Eine positive Korrelation mit dem Modus **glückliches Kind** gab es nur für den Modus **gesunder Erwachsener** und umgekehrt. Die höchsten negative Korrelationen hatten beide Modi mit dem *vulnerablen Kind*, dem *distanzierten Beschützer* und dem *strafenden Elternteil*.

Mit dem Modus **bereitwillig Sich-Fügender** korrelieren am höchsten das *vulnerable Kind*, der *strafende Elternteil* sowie der *distanzierter Beschützer* und am geringsten der *narzisstische Selbstüberhöher* und *Schikane und Angriff*.

Der Modus **distanzierter Beschützer** zeigte die höchsten Korrelationen mit den Modi *vulnerables Kind*, *glückliches Kind* (umgekehrt) und *strafender Elternteil*.

Der Schemamodus **distanzierter Selbst-Beruhiger** hing am engsten mit dem *fordernden Elternteil* und dem *ärgerlichen Kind* zusammen.

Ein hoher Zusammenhang bestand zwischen dem Modus **Schikane und Angriff** und den Modi *narzisstischer Selbstüberhöher*, *ärgerliches Kind* und *impulsives Kind*.

Der Modus **strafender Elternteil** erzielte die höchsten Korrelationen mit dem *vulnerablen Kind*, dem *distanzierten Beschützer* und dem *glücklichen Kind* (umgekehrt).

Der **fordernde Elternteil** korrelierte am höchsten mit dem *strafenden Elternteil*, dem *vulnerablen Kind*, dem *distanzierten Beschützer* und dem *bereitwillig Sich-Fügenden*.

Insgesamt niedrigere Interrelationen wurden für den Modus **narzisstischer Selbstüberhöher** errechnet. Die höchsten Korrelationen bestanden hier mit den Modi *Schikane und Angriff* und *ärgerliches Kind*.

Nicht signifikant waren die Korrelationen zwischen dem Modus *narzisstischer Selbstüberhöher* und den Modi *gesunder Erwachsener*, *bereitwillig Sich-Fügender*, *glückliches Kind*, *undiszipliniertes Kind*, *vulnerables Kind*, *distanzierter Beschützer* und *distanzierter Selbstberuhiger*. Ebenso nicht signifikant korrelierten *fordernder Elternteil* und *undiszipliniertes Kind*, *Schikane und Angriff* und *bereitwillig Sich-*

Fügender, gesunder Erwachsener und Schikane und Angriff sowie fordernder Elternteil und Schikane und Angriff.

Die Interrelationen der Modusskalen sind in Tabelle 5.2-2 zusammengefasst.

Tabelle 5.2-2: Interrelationen der Moduskalen bei der gesunden und Patientengruppe

	Gesunder Erwachsener	Fordernder Elternteil	Strafender Elternteil	Schikane und Angriff	Narzisstischer Selbstüberhöher	Distanzierter Selbstberuhiger	Distanzierter Beschützer	Bereitwillig Sich-Fügender	Glückliches Kind	Undiszipliniertes Kind	Impulsives Kind	Wütendes Kind	Ärgerliches Kind	Vulnerables Kind
VK	-.718**	.544**	.809**	.363**	.207	.479**	.849**	.693**	-.885**	.482**	.607**	.505**	.710**	1**
ÄK	-.485**	.492**	.669**	.566**	.417**	.500**	.624**	.476**	-.697**	.405**	.681**	.641**	1**	
WK	-.403**	.307**	.613**	.490**	.320**	.340**	.488**	.346**	-.475**	.379**	.760**	1**		
IK	-.457**	.301**	.651**	.500**	.344**	.403**	.546**	.405**	-.551**	.499**	1**			
UK	-.493**	-.002	.362**	.360**	.183	.333**	.478**	.316**	-.457**	1**				
GK	.785**	-.480**	-.712**	-.366**	-.150	-.461**	-.831**	-.605**	1**					
BSF	-.567**	.515**	.638**	.150	.089	.348**	.633**	1**						
DB	-.649**	.528**	.755**	.426**	.215	.447**	1**							
DSB	-.380**	.506**	.485**	.274**	.221	1**								
NSÜ	-.056	.363**	.290**	.633**	1**									
SA	-.169	.241	.423**	1**										
SE	-.605**	.644**	1**											
FE	-.285**	1**												
GE	1**													

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafender Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener. p-Werte unter .07% ($\approx 1\%$ dividiert durch 14) sind markiert mit **

5.3 Korrelationen der Modusskalen des SMI-r mit Skalen anderer Fragebögen zur Erfassung psychologischer Konstrukte

5.3.1 SMI-r - SCL-K-9

Korrelationen zwischen den verschiedenen Modus-Skalen und den Werten aus dem SCL-K-9 Fragebogen als Indikator für die allgemeine Psychopathologie waren insgesamt hoch und ergaben tendenziell ebenfalls höhere Werte für die Modi *vulnerables Kind*, *strafender Elternteil*, *gesunder Erwachsener* (umgekehrt) und *distanzierter Beschützer*. Niedriger lagen Korrelationen zwischen dem SCL-K-9 und den Modi *Schikane und Angriff*, *undiszipliniertes Kind* sowie *distanzierter Selbst-Beruhiger*. Nicht signifikant war die Korrelation zwischen dem Modus *narzisstischer Selbst-Überhöher* und dem SCL-K-9.

Die durchschnittlichen Korrelationen der Schemamodusskalen mit den Fragebögen zu anderen psychologischen Konstrukten werden in der Tabelle 5.3.1-1 zusammengefasst.

Tabelle 5.3.1-1: Durchschnittliche Korrelationen zwischen Schemamodi und Skalen des SCL-K-9, STAXI, UPPS und IIP in der Patienten- und gesunden Kontrollgruppe

	SCL-K-9	STAXI	UPPS	IIP
VK	.768**	.592	.386	.603
ÄK	.625**	.665	.355	.486
WK	.498**	.599	.406	.339
IK	.510**	.577	.499	.423
UK	.387**	.357	.408	.319
GK	-.707**	.586	.385	.572
BSF	.612**	.403	.287	.525
DB	.687**	.539	.337	.538
DSB	.467**	.397	.267	.335
NSU	.175	.400	.149	.208
SA	.372**	.432	.266	.298
SE	.716**	.571	.333	.531
FE	.516**	.408	.107	.405
GE	-.586**	.452	.444	.537

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; GK: Gesundes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafendes Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener.

5.3.2 SMIr - STAXI

Hier werden die Korrelationsergebnisse zwischen den 14 Schemamodi und den 8 Skalen des STAXI (Summe STAXI, Zustandsärger, Eigenschaftsärger, Eigenschaftsärger: Ärger Temperament, Eigenschaftsärger: Ärger Reaktion, nach innen gerichteter Ärger, nach außen gerichteter Ärger und Ärger Kontrolle) präsentiert.

Insgesamt waren die Korrelationen zwischen den Modus Skalen und den STAXI Skalen hoch und überwiegend signifikant.

Im Durchschnitt korrelierten die Kind-Modi (außer *undiszipliniertes Kind*) höher mit den STAXI-Skalen als die dysfunktionalen Elternmodi und die maladaptiven

Bewältigungsmodi. Die höchsten Korrelationswerte wurden gefunden für die Modi *ärgerliches Kind*, *wütendes Kind* und *vulnerables Kind*. Schlusslicht bildeten die Modi *narzisstischer Selbstüberhöher*, *distanzierter Selbstberuhiger* und *undiszipliniertes Kind* (s. Tabelle 5.3.1-1).

Die höchsten Korrelationswerte in der Skala „**Zustandsärger**“ erreichten das *ärgerliche Kind*, das *vulnerable Kind*, der *distanzierte Beschützer* und der *gesunde Erwachsene* (umgekehrt).

Beim „**Eigenschaftsärger**“ sowie den zwei Subskalen „**Ärger Temperament**“ und „**Ärger Reaktion**“ erzielten das *wütende Kind*, das *ärgerliche Kind* und das *impulsive Kind* die höchsten Korrelationswerte.

In der Skala „**nach innen gerichteter Ärger**“ waren hohe Korrelationen für das *vulnerable Kind*, den *gesunden Erwachsenen* (umgekehrt) und den *distanzierten Beschützer* zu beobachten.

Der „**nach außen gerichtete Ärger**“ korrelierte vor allem mit dem *wütendem Kind*, dem *impulsiven Kind*, dem *ärgerlichen Kind* und dem *strafenden Elternteil*.

In der Skala „**Ärger Kontrolle**“ waren hohe negative Korrelationen mit den Modi *impulsives Kind*, *wütendes Kind* und *ärgerliches Kind* zu sehen. Positive signifikante Korrelationen in dieser Skala erreichten das *glückliche Kind* und der *gesunde Erwachsene*.

Höhere Korrelationen als in den anderen Skalen zeigten sich für das *vulnerable Kind* und den *distanzierten Beschützer* in den Skalen „Zustandsärger“ und „nach innen gerichteter Ärger“. Höhere Korrelationen in den Skalen „Eigenschaftsärger“ und „nach außen gerichteter Ärger“ waren hingegen für das *wütende Kind*, das *impulsive Kind* und den *strafende Elternteil* festzustellen.

Das *ärgerliche Kind* zeigte ähnlich hohe Korrelationen in allen Skalen des STAXI.

Das *glückliche Kind* und der *gesunde Erwachsene* zeigten in allen Skalen, außer der der „Ärger Kontrolle“, signifikante negative Korrelationen.

Tabelle 4.3.2-1 führt die Korrelationen zwischen den einzelnen Modus- und STAXI-Skalen auf.

Tabelle 5.3.2-1: Korrelationen zwischen Modus- und STAXI Skalen bei der Patienten- und gesunden Gruppe

	Summe STAXI	Zustands-ärger	Eigenschafts- ärger	Ärger Temperament	Ärger Reaktion	Nach Innen gerichteter Ärger	Nach Außen gerichteter Ärger	Ärger Kontrolle	Mittelwert
VK	.762**	.613**	.609**	.577**	.525**	.783**	.551**	-.314**	.592
ÄK	.803**	.658**	.756**	.689**	.680**	.680**	.652**	-.401**	.665
WK	.630**	.499**	.704**	.807**	.476**	.333**	.833**	-.510**	.599
IK	.602**	.503**	.642**	.698**	.470**	.413**	.742**	-.546**	.577
UK	.397**	.375**	.387**	.390**	.313**	.359**	.327**	-.309**	.357
GK	-.737**	-.582**	-.608**	-.572**	-.530**	-.783**	-.513**	.360**	.586
BSF	.564**	.343**	.443**	.372**	.428**	.629**	.356**	-.086	.403
DB	.729**	.563**	.572**	.511**	.524**	.748**	.467**	-.197	.539
DSB	.524**	.334**	.483**	.407**	.465**	.495**	.352**	-.112	.397
NSÜ	.456**	.327**	.521**	.473**	.465**	.247	.457**	-.251	.400
SA	.518**	.468**	.473**	.495**	.365**	.360**	.508**	-.275**	.432
SE	.733**	.558**	.619**	.600**	.521**	.643**	.627**	-.265	.571
FE	.594**	.445**	.485**	.365**	.509**	.517**	.328**	.019	.408
GE	-.503**	-.361**	-.493**	-.469**	-.424**	-.570**	-.402**	.394**	.452
MW	.611	.474	.557	.530	.478	.540	.508	.289	

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; GK: Gesundes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafender Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener; MW: Mittelwert.

5.3.3 SMI-r - UPPS

In diesem Abschnitt werden die Modusskalen des SMI-r mit den vier Subskalen der UPPS-Impulsivitätsskala (1. **Urgency**: der Unfähigkeit Impulse zu unterdrücken, 2. **Lack of Premeditation**: der Unfähigkeit die Konsequenzen des Handelns vorauszusehen, 3. **Lack of Perseverance**: der mangelnden Ausdauer bei langweiligen Aktivitäten und 4. **Sensation Seeking**: der Tendenz zur Sensationssuche) korreliert.

Zusammen mit dem Modus *gesunder Erwachsener* korrelierten alle kindlichen Modi höher mit den UPPS-Skalen als die maladaptiven Bewältigungsstile und dysfunktionalen Elternmodi. Die höchste Korrelation erzielte der Modus *impulsives Kind*, gefolgt von den Modi *glückliches Kind* (umgekehrt), *undiszipliniertes Kind* und *wütendes Kind*. Am niedrigsten korrelierten die Modi *narzisstischer Selbstüberhöher* und *fordernder Elternteil* (s. Tabelle 5.3.1-1).

In der UPPS Skala „**Urgency**“, der Unfähigkeit Impulse zu unterdrücken, war die höchste Korrelation mit dem Modus *impulsives Kind* zu beobachten. Es folgen das *wütende Kind*, das *vulnerable Kind* und das *ärgerliche Kind*. Die beiden adaptiven Modi *gesunder Erwachsener* und *glückliches Kind* korrelierten signifikant negativ. Die niedrigsten Korrelationswerte in dieser Skala wurden für die Modi *fordernder Elternteil* und *narzisstischer Selbstüberhöher* errechnet.

In der Skala „**Lack of Premeditation**“, der Unfähigkeit Handlungs-Konsequenzen zu antizipieren, führte ebenfalls der Modus *impulsives Kind* die Korrelationstabelle an, gefolgt von dem *wütenden Kind*, dem *undisziplinierten Kind* und dem *gesunden Erwachsenen* (umgekehrt).

Die höchste Korrelation in der Skala „**Lack of Perseverance**“, der mangelnden Ausdauer, war für den Modus *undiszipliniertes Kind* zu sehen. Ebenfalls hohe Korrelationen bestanden zu den Modi *gesunder Erwachsener* (umgekehrt), *glückliches Kind* (umgekehrt) und *vulnerables Kind*.

In der Skala „**Sensation Seeking**“, Sensationssuche, erzielte keiner der Schemamodi eine signifikante Korrelation, wobei im nicht signifikanten Bereich die Modi *impulsives Kind*, *gesunder Erwachsener* und *bereitwillig Sich-Fügender* (umgekehrt) die höchsten Werte erreichten.

Tabelle 5.3.3-1: Korrelationen zwischen Modus- und UPPS Skalen bei der Patienten- und gesunden Gruppe

	Urgency	Lack of Premeditation	Lack of Perseverance	Sensation Seeking	Mittelwert
VK	.678**	.282**	.537**	-.046	.386
ÄK	.659**	.239	.440**	.081	.355
WK	.688**	.395**	.369**	.172	.406
IK	.801**	.538**	.419**	.236	.499
UK	.504**	.394**	.692**	.040	.408
GK	-.602**	-.221	-.556**	.161	.385
BSF	.487**	.066	.371**	-.222	.287
DB	.566**	.215	.477**	-.090	.337
DSB	.455**	.169	.305**	.137	.267
NSÜ	.282**	.143	.030	.141	.149
SA	.444**	.209	.214	.197	.266
SE	.635**	.259	.388**	.051	.333
FE	.298**	-.066	-.005	-.059	.107
GE	-.566**	-.314**	-.643**	.254	.444
Mittelwert	.548	.251	.389	.135	

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; GK: Gesundes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafender Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener.

5.3.4 SMlr - IIP

Hier folgt die Beschreibung der Korrelationsergebnisse zwischen den Schemamodi und den acht Skalen des IIP (Autokratie/ Dominanz, Streitsucht/ Konkurrenz, Abweisung/ Kälte, Introvertiertheit/ soziale Vermeidung, Selbstunsicherheit/

Unterwürfigkeit, Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit, Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit, Expressivität/ Aufdringlichkeit).

Durchschnittlich korrelierten die IIP Skalen signifikant mit allen Modi mit Ausnahme des *narzisstischen Selbstüberhöhers*.

Die adaptiven Modi *glückliches Kind* und *gesunder Erwachsener* korrelierten signifikant hoch im negativen Bereich und die Modi *vulnerables Kind*, *distanzierter Beschützer*, *strafender Elternteil* und *bereitwillig Sich-Fügender* am höchsten im positiven Bereich (s. Tabelle 5.3.1-1).

In der Skala „**Dominanz/ Autokratie**“ erreichten die Modi *Schikane und Angriff*, *impulsives Kind*, *ärgerliches Kind* und *wütendes Kind* die höchsten Korrelationen, während die Modi *fordernder Elternteil* und *bereitwillig Sich-Fügender* die niedrigsten Werte zeigten.

Führend bei der Skala „**Streitsucht/ Konkurrenz**“ waren der *distanzierte Beschützer*, das *vulnerable Kind*, das *ärgerliche Kind* sowie *Schikane und Angriff*. Das Schlusslicht dieser Skala bildete der *distanzierte Selbstberuhiger*.

In der Kategorie „**Abweisung/ Kälte**“ erzielten die Modi *distanzierter Beschützer*, *vulnerables Kind*, *strafender Elternteil* und *ärgerliches Kind* die höchsten Werte.

Die höchsten Korrelationen in der Skala „**Introvertiertheit/ soziale Vermeidung**“ wurden bei den Modi *vulnerables Kind*, *distanzierter Beschützer* und *bereitwillig Sich-Fügender* beobachtet.

In der Skala „**Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit**“ führten der *bereitwillig Sich-Fügende*, das *vulnerable Kind* sowie der *distanzierte Beschützer*.

Bezüglich der Skala „**Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit**“ wurden die höchsten Korrelationen für die Modi *bereitwillig Sich-Fügender* und *vulnerables Kind* gemessen. Diese Modi waren auch führend in der Skala „**Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit**“.

In der letzten Skala, „**Expressivität/ Aufdringlichkeit**“, dominierten die Modi *impulsives Kind*, *ärgerliches Kind* und *strafender Elternteil*.

Der Schemamodus **vulnerables Kind** erzielte in allen Skalen des IIP, außer bei „Dominanz/ Autokratie“, überdurchschnittlich hohe Korrelationen.

Der Modus **ärgerliches Kind** korrelierte am höchsten mit den IIP-Skalen „Streitsucht/ Konkurrenz“, „Abweisung/ Kälte“, „Dominanz/ Autokratie“ und „Expressivität/ Aufdringlichkeit“.

Bei dem **wütenden Kind** waren die höchsten Korrelationen in den Skalen „Dominanz/ Autokratie“, „Streitsucht/ Konkurrenz“ sowie „Abweisung/ Kälte“, und keine signifikante Korrelation zu der Skala „Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit“ festzustellen.

Der Schemamodus **impulsives Kind** erreichte seine höchsten Korrelationen mit den Skalen „Streitsucht/ Konkurrenz“, „Dominanz/ Autokratie“ sowie „Abweisung/ Kälte“, und keine signifikante Korrelation mit der Skala „Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit“.

Das **undisziplinierte Kind** korrelierte am höchsten mit den Skalen „Streitsucht/ Konkurrenz“, „Abweisung/ Kälte“ und „Introvertiertheit/ soziale Vermeidung“ und nicht signifikant mit den Skalen „Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit“, „Expressivität/ Aufdringlichkeit“ und „Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit“.

Der Modus **gesunder Erwachsener** korrelierte signifikant negativ mit allen Skalen des IIP, der Modus **glückliches Kind** mit allen außer „Expressivität/ Aufdringlichkeit“.

Die höchsten Korrelationen bestanden beim Modus **bereitwillig Sich-Fügender** mit den Skalen „Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit“, „Introversion/ soziale Vermeidung“, „Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit“ sowie „Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit“. Hingegen bestanden keine signifikanten Relationen mit den Skalen „Expressivität/ Aufdringlichkeit“ und „Dominanz/ Autokratie“.

Im Vergleich mit den anderen Schemamodi lagen bei dem **distanzierten Beschützer** die Korrelationen zu annähernd allen IIP-Skalen überdurchschnittlich hoch. Eine Ausnahme bildeten die Skalen „Dominanz/ Autokratie“, in der der „distanzierte Beschützer“ im Mittelfeld lag, und „Expressivität/ Aufdringlichkeit“, in der keine signifikante Korrelation nachweisbar war.

Höhere Werte als in Korrelation mit anderen Skalen erzielte der **distanzierte Selbstberuhiger** in den Skalen „Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit“, „Abweisung/ Kälte“ und „Introvertiertheit/ soziale Vermeidung“. Nicht signifikant korrelierte er mit „Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit“ und „Dominanz/ Autokratie“.

Der Modus **narzisstischer Selbstüberhöher** korrelierte signifikant lediglich mit den Skalen „Dominanz/ Autokratie“, „Streitsucht/ Konkurrenz“ und „Abweisung/ Kälte“.

Ebenso mit drei Skalen korrelierte der Schemamodus **Schikane und Angriff** signifikant: mit „Dominanz/ Autokratie“, „Streitsucht/ Konkurrenz“ und „Abweisung/ soziale Kälte“.

Der Schemamodus **strafender Elternteil** zeigte überdurchschnittlich hohe Korrelationen mit den meisten IIP-Skalen, vor allem mit „Introvertiertheit/ soziale Vermeidung“, „Abweisung/ Kälte“, „Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit“ sowie „Streitsucht/ Konkurrenz“.

Der Modus **fordernder Elternteil** wies die höchste Korrelation mit der Skala „Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit“ auf, gefolgt von den Skalen „Abweisung/ Kälte“ sowie „Introvertiertheit/ soziale Vermeidung“.

Tabelle 5.3.2.2: Korrelationen zwischen Modus- und IIP Skalen bei der Patienten- und gesunden Gruppe

	Dominanz & Autokratie	Streitsucht & Konkurrenz	Abweisung & Kälte	Introvertiertheit & soziale Vermeidung	Selbstunsicherheit & Unterwürfigkeit	Ausnutzbarkeit & Nachgiebigkeit	Fürsorglichkeit & Freundlichkeit	Expressivität & Aufdringlichkeit	Mittelwert
VK	.411**	.644**	.753**	.802**	.650**	.539**	.698**	.328**	.603
ÄK	.496**	.627**	.599**	.485**	.423**	.319**	.561**	.376**	.486
WK	.487**	.470**	.457**	.336**	.239	.116	.348**	.257	.339
IK	.529**	.537**	.508**	.389**	.317**	.267	.428**	.405**	.423
UK	.299**	.464**	.458**	.406**	.265	.165	.296**	.201	.319
GK	-.380**	-.699**	-.786**	-.807**	-.595**	-.452**	-.632**	-.228	.572
BSF	.180	.374**	.555**	.710**	.762**	.685**	.700**	.237	.525
DB	.367**	.646**	.798**	.784**	.529**	.409**	.597**	.176	.538
DSB	.259	.330**	.415**	.350**	.279**	.266	.459**	.323**	.335
NSÜ	.451**	.410**	.343**	.091	-.006	-.142	.070	.149	.208
SA	.606**	.588**	.509**	.228	.047	-.029	.202	.173	.298
SE	.413**	.579**	.660**	.661**	.545**	.451**	.598**	.337**	.531
FE	.241	.343**	.491**	.452**	.430**	.393**	.585**	.302**	.405
GE	-.334**	-.594**	-.683**	-.750**	-.636**	-.474**	-.557**	-.271**	.537
MW	.390	.522	.573	.518	.409	.336	.481	.269	

VK: Vulnerables Kind; ÄK: Ärgerliches Kind; WK: Wütendes Kind; IK: Impulsives Kind; UK: Undiszipliniertes Kind; GK: Gesundes Kind; BSF: Bereitwillig Sich-Fügender; DB: Distanzierter Beschützer; DSB: Distanzierter Selbstberuhiger; NSÜ: Narzisstischer Selbstüberhöher; SA: Schikane und Angriff; SE: Strafender Elternteil; FE: Fordernder Elternteil; GE: Gesunder Erwachsener; MW: Mittelwert.

6 Diskussion

6.1 Herleitung der Fragestellung

Schema-Modi sind definiert als funktionale und dysfunktionale Schemaoperationen, die in einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt vorherrschen. Sie beschreiben also Affektzustände als „Selbstanteile“, die zu diesem definierten Zeitpunkt Gedanken, Emotionen und Verhalten dominieren. Dabei können sowohl verschiedene Schemata denselben Modus aktivieren als auch ein Schema verschiedene Modi bedingen. Insofern entsprechen Modi Zuständen (*states*), während Schemata Eigenschaften (*traits*) beschreiben. Diese Zustände können bei Personen verschieden beständig sein. Einige befinden sich über einen langen Zeitraum in demselben Modus, während andere sehr schnell von einem Modus in den nächsten wechseln.

Das Modusmodell ist zunehmend der schematherapeutische Ansatz der Wahl bei schweren Persönlichkeitsstörungen. Einige Modelle charakterisieren eine spezielle psychische Störung, vornehmlich Persönlichkeitsstörungen, durch eine spezifische Kombination an Modi. Das am besten studierte spezifische Modusmodell existiert für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Young et al., 2005; Arntz et al., 2010). In der ersten Beschreibung des Modus-Konzepts wurden 10 verschiedene Modi definiert und Modus-Modelle für die Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung dargestellt (Young et al., 2005). Seitdem wurden weitere Modus-Konzepte für andere Persönlichkeitsstörungen und für forensische Patienten (Bernstein et al., 2007) entwickelt sowie zusätzliche Modi definiert, die bestimmte Persönlichkeitsstörungen besser beschreiben (Arntz et al., 2000), (Lobbestael et al., 2007). Bisher gab es drei Studien, die die Präsenz von Schemamodi in Persönlichkeitsstörungen untersuchen (Arntz et al., 2005), (Lobbestael et al., 2005; 2008).

Berücksichtigt man das wachsende Interesse und den vermehrten Einsatz der Schematherapie und insbesondere des Moduskonzeptes, so fällt auf, dass die Forschung zu dem Modusmodell sowie empirische Tests zur Validierung desselben hinterherhinken. Zur Erfassung und Beurteilung der Schemamodi wurde das

Schema-Modus-Inventar entwickelt. Das SMI-r erfasst 14 Modi, und zeigt gute psychometrische Eigenschaften (Lobbestael et al., submitted for public). Eine Studie, die den Zusammenhang untersuchte zwischen Schema-Modi, die durch das SMI-r erfasst wurden, und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, zeigte spezielle Modus-Profile für alle Persönlichkeitsstörungen. Sie unterstützt so die angenommen Korrelationen und bekräftigt die Konstruktvalidität des Moduskonzepts (Lobbestael et al., 2008).

Einige Aspekte des Modus-Modells ähneln anderen etablierten psychologischen Konstrukten. So ist beispielsweise anzunehmen, dass sich der Modus *impulsives Kind* mit dem Konstrukt „Impulsivität“, wie es durch Patton et al. (1995) oder Whiteside et al. (2005) beschrieben wird, überschneidet. Ähnlich verhält es sich mit anderen Modi; z.B. scheint ein Zusammenhang zwischen den Modi *ärgerliches Kind*, *Schikane und Angriff* sowie *wütendes Kind* und dem von Spielberger et al. (1999) beschriebenen Konstrukt „Ärger“ nahe liegend. Obwohl die Zusammenhänge zwischen den Schema-Modi und anderen psychologischen Konstrukten als wichtiger Aspekt für die inhaltliche Validität des Schema-Modus-Konstrukts angesehen werden kann, gab es hierzu bisher keine Studien.

Ziel der Studie, auf der diese Arbeit basiert, ist es, die deutsche Übersetzung des SMI-r inhaltlich zu validieren und die Konstruktvalidität des Moduskonzepts durch Interrelation der durch die SMI-r erfassten Modi sowie durch Korrelation mit anderen etablierten psychologischen Konstrukten zu untersuchen.

6.2 Interrelation SMI-r

Insgesamt sprechen die gemessenen Interrelationen zwischen den durch das SMI-r - deutsche Version - festgehaltenen Modi für eine gute inhaltliche Validität des Modus-Konzepts. Wie zu erwarten stehen einige verwandte Modi in einem besonders signifikanten Zusammenhang. So sind beispielsweise hohe Korrelationen zwischen den aggressiven/ ärgerlichen Modi *ärgerliches Kind*, *wütendes Kind*, *impulsives Kind* und dem *strafenden Elternteil* zu beobachten. Auch der Modus *Schikane und Angriff*

korreliert erwartungsgemäß am höchsten mit den Modi *narzisstischer Selbstüberhöher*, *ärgerliches Kind* und *impulsives Kind*, während kein signifikanter Zusammenhang zu dem *bereitwillig Sich-Fügenden* besteht. Dies spiegelt die Gegensätzlichkeit zwischen den Bewältigungsmodi Überkompensation in Form von Kontrolle und Angriff einerseits und Ergebenheit in Form von Unterwerfung und Unterordnung andererseits wider.

Als essentiell wichtiger Modus in der Schematherapie wurde bereits das *vulnerable Kind* beschrieben, da dieser Modus bei jedem Schema vorherrschen kann. In der Therapie wird diesem mit nachträglicher elterlicher Fürsorge begegnet, die unerfüllten Bedürfnisse werden sekundär legitimiert und befriedigt. So wie das *vulnerable Kind* in allen Schemata wieder zu finden sein kann, so wurden auch hoch signifikante Korrelationen mit allen Modi bis auf den *narzisstischen Selbstüberhöher*, und in geringerem Maße als mit den anderen Modi, mit *Schikane und Angriff* gefunden. Insgesamt hatte das *vulnerable Kind* die höchste durchschnittliche Relation zu den restlichen Modi.

Die einzigen adaptiven Modi *glückliches Kind* und *gesunder Erwachsener* korrelierten wie vermutet hoch signifikant im negativen Bereich mit allen Modi, ausgenommen *Schikane und Angriff* und *narzisstischer Selbstüberhöher*, und signifikant positiv miteinander.

Insgesamt wird mit diesen Ergebnissen die inhaltliche Validität des SMI-r gestützt, allerdings bestehen Limitierungen hinsichtlich der Spezifität der Modi. So waren annähernd alle Modi hoch signifikant untereinander korreliert. Lediglich elf Interrelationen erreichten keine hochsignifikante Korrelation, darunter allein sieben auf der Skala *narzisstischer Selbstüberhöher*. Diese, trotz konservativer p-Korrektur hohe Interkorrelationsrate wirft die Frage auf, ob die Modi zuverlässig voneinander unterschieden werden können, oder ob das Modus-Modell eine deutlichere Differenzierung braucht.

In einer Studie von Lobbestael et al. (submitted for public) wurde das hier verwendete SMI-r mit zwei alternativen und differenzierteren Modusmodellen verglichen. Die Ergebnisse zeigten trotz der hohen Modusinterrelationen die beste

Passform für das hier verwendete SMI-r. Dennoch wurden ähnliche Ergebnisse wie in dieser Studie samt Limitierungen hinsichtlich der inhaltlichen Validität auch von Lobbestael et al. beschrieben. Es wurde die Präsenz von Schemamodi in den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen untersucht. Während die meisten angenommenen Korrelationen bestätigt werden und spezielle Modusprofile für alle Persönlichkeitsstörungen herausgearbeitet werden konnten, so wurden für einige Persönlichkeitsstörungen auch hohe Korrelationen mit Modi gefunden, die als nicht typisch für diese Störung galten. Des Weiteren entstanden, übereinstimmend mit dieser Studie, Zweifel an der Spezifität des Modusmodells durch die hohe Anzahl an signifikant hohen Moduskorrelationen bei einigen Persönlichkeitsstörungen (Lobbestael et al., 2008).

6.3 Korrelationen der Modusskalen des SMI-r mit Skalen anderer Fragebögen zur Erfassung psychologischer Konstrukte

Auch die Ergebnisse der Korrelationen zwischen Modi und den psychologischen Konstrukten „allgemeine Psychopathologie“, „Impulsivität“, „Ärger“ und „interpersonale Probleme“ unterstützen die inhaltliche Validität des Modusmodells, so wie es durch das SMI-r untersucht wird.

Einige der Modusskalen wiesen eine besonders hohe, sowohl Interrelation als auch Korrelation mit Skalen der allgemeinen Psychopathologie und negativer Emotionen auf. Die höchsten Werte sowohl bei Interrelationen als auch bei Korrelation mit dem SCL-K-9 lagen für die Modi *vulnerables Kind*, *strafender Elternteil*, *distanzierter Beschützer*, *ärgerliches Kind*, *glückliches Kind* (umgekehrt) und *gesunder Erwachsener* (umgekehrt) vor. Personen mit hohen Werten in diesen Skalen berichteten generell über negative Gefühle und geringen Selbstwert. Diese Resultate stützen und validieren partiell das Borderline-Persönlichkeitsstörung Modus Modell, so wie es durch Young et al. (2005) und Arntz et al. (2010) beschrieben und von Lobbestael et al. (2008) empirisch bekräftigt wurde.

Wie auch für andere Persönlichkeitsstörungen wurde für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Modusprofil ermittelt. Dieses ist charakterisiert durch die Kombination folgender Schemamodi: *vulnerables Kind*, *ärgerliches/ wütendes Kind*, *strafender Elternteil* und *distanzierter Beschützer*, während die adaptiven Modi *gesunder Erwachsener* und *glückliches Kind* sehr schwach ausgeprägt sind. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt eine Störung mit maximal ausgeprägten emotionalen Problemen dar, und geht typischer Weise einher mit Selbstaussagen der Patienten über eine deutlich erhöhte Ausprägung aller möglichen negativen Gefühle (Rosenthal et al., 2008). Die hohe Übereinstimmung von BPS-typischen Modi mit allen möglichen emotionalen Problemen und allgemeiner Psychopathologie in unserer Studie untermauert das Borderline-Persönlichkeitsstörung Modus Modell.

Wie erwartet fielen auch die Korrelationen der Schemamodi mit dem Konstrukt „Ärger“, gemessen durch das STAXI, aus. So bestanden die höchsten Korrelationen mit den Skalen „Zustands-Ärger“, „Eigenschafts-Ärger“ und „nach außen gerichteter Ärger“ für die Modi *ärgerliches Kind*, *wütendes Kind*, *impulsives Kind* und *strafender Elternteil*. Auf der Skala „nach innen gerichteter Ärger“, welche die Tendenz widerspiegelt, Ärger herunterzuschlucken, war hingegen ein höherer Zusammenhang mit den Modi *vulnerables Kind*, *distanzierter Beschützer* und *glückliches Kind* (umgekehrt) zu finden. Ebenfalls erwartungsgemäß korrelierten die Modi des *ärgerlichen*, *wütenden* und *impulsiven Kindes* hoch negativ mit der Skala „Ärgerkontrolle“.

Eng zusammen hängt das Konstrukt „Ärger“ auch mit dem Konstrukt „Impulsivität“. So sind ähnliche Korrelationsprofile zwischen den Schemamodi und den Skalen des STAXI und den Skalen des UPPS zu finden. Wie nicht anders zu erwarten führt auf den UPPS-Skalen, die die Unfähigkeit Impulse zu unterdrücken („Urgency“) und die Konsequenzen des eigenen Handelns vorzusehen („Premeditation“) beschreiben, der Modus *impulsives Kind*. Dies unterstützt die inhaltliche Validität des SMI-r. Die Modi *ärgerliches Kind* und *wütendes Kind* erreichen ebenfalls erwartungsgemäß hohe Korrelationswerte. Ebenso erwartungsgemäß liegt auf der Skala, die die Unfähigkeit beschreibt, routinemäßige Handlungen zu verfolgen („Perseverance“), der Modus des *undisziplinierten Kindes* mit der höchsten negativen Korrelation vorn, während der Modus *fordernder Elternteil* nicht signifikant

mit dieser Skala sowie mit der Skala „Unfähigkeit die Konsequenzen des eigenen Handelns vorauszuahnen“ zusammenhängt.

Während sowohl Interrelationen als auch Korrelationen generell sehr hoch waren, so korreliert kein Modus signifikant mit der Skala „Sensation Seeking“ des UPPS. Diese Skala beschreibt im Gegensatz zu anderen Skalen einen weniger pathologischen Aspekt des Konstrukts Impulsivität. So überlappt sie auch mit „gesunden“ Konstrukten, wie zum Beispiel den Skalen „Wärme“, „positive Emotionen“ und „Aktivität“ des NEO-PI (Whiteside et al., 2001). Ähnlich niedrige Korrelationen waren auf einer Skala, die ebenfalls deutlich weniger pathologische Persönlichkeitsaspekte beschreibt, des TOSCA zu verzeichnen. (Die Konstrukte Scham und Schuld werden näher in der Dissertation der Mitdotorandin der Autorin beschrieben.) Insofern lässt sich ableiten, dass in den Skalen, die eine hohe psychopathologische Komponente innehaben, hohe Korrelationen gefunden werden, während deutlich niedrigere Korrelationen auf weniger pathologischen Skalen verzeichnet werden.

Etwas aus dem Rahmen hinsichtlich Inter- und Korrelationen fielen die Modi *Schikane und Angriff* und *narzisstischer Selbstüberhöhung*. Während die meisten Modi eine signifikant hohe Korrelation mit den meisten anderen Modi sowie Skalen der anderen psychopathologischen Konstrukte erzielten, so war für diese Überkompensations-Modi eine signifikante Korrelation nur mit sehr ähnlichen Skalen ersichtlich, wie z.B. den Skalen „Dominanz/ Autokratie“, „Streitsucht/ Konkurrenz“ und „Abweisung/ Kälte“ des IIP, der Skala „Unfähigkeit der Impulsunterdrückung“ des UPPS und einigen Skalen des STAXI. Deutlich geringer fielen ihre Korrelationen zu Konstrukten, die emotionale Probleme, Psychopathologie und geringen Selbstwert erfassen, aus. Übereinstimmend mit klinischen Beobachtungen und Selbsteinschätzungen von Patienten in Überkompensationsmodi, bestätigt sich der Zusammenhang zwischen Überkompensation und dem Gefühl von Stärke, Kontrolle und überhöhtem Selbstwert. Durch diese Ergebnisse wird die Konstruktvalidität besonders dieser zwei Modi unterstrichen.

6.4 Limitierungen dieser Studie

Die Ergebnisse dieser Studie decken mehrere Limitierungen auf. Diskutiert wurden bereits die generell hohen Inter- und Korrelationen der Modi untereinander und mit anderen psychopathologischen Konstrukten. Während die Ergebnisse insgesamt die Konstruktvalidität des SMI-r und des Modusmodells untermauern, resultiert jedoch die Frage nach ihrer Spezifität. Als mögliche Erklärung für die insgesamt hohen Korrelationsraten könnte der hohe Einfluss von zugrunde liegenden Variablen in Betracht gezogen werden. Beispielsweise könnte das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus sowohl die Modi als auch andere emotionale Probleme und Konstrukte beeinflussen. Demnach würden Patienten, die eine hohe Punktzahl in der Erfassung von Neurotizismus erzielen, auch ausgeprägtere Modi und stärkere emotionale und soziale Probleme erleben. Jedoch wurde das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus, welches z.B. durch das MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (Hathaway et al., 2000), das NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory) (Costa et al., 1992), das FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) (Fahrenberg et al., 1994) oder das BIP (Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung) (Hossiep et al., 2003) erfasst werden kann, in dieser Studie nicht weiter berücksichtigt. Für zukünftige Studien wäre es demnach interessant, dieses Persönlichkeitsmerkmal mit zu untersuchen, um die Effekte von Neurotizismus auf Schemamodi zu prüfen.

Wie im Kapitel 3.2.2 beschrieben, hat sich das Modusmodell aus der Schematherapie entwickelt, um einen neuen Ansatz für besonders schwere Fälle, meist Patienten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen, zu bieten, wenn die klassische Schematherapie versagt. Diese Patienten werden häufig dominiert von ihren sehr heftigen Coping-Reaktionen und wechseln typischer Weise abrupt von einem in den nächsten Modus. Dies macht eine differenzierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Schemata sehr unübersichtlich. Hinzu kommt, dass bei diesen Patienten sehr viele Schemata vorhanden sind. Das Moduskonzept soll also eine übersichtlichere Therapieform bieten, die auf den jeweilig in einem Moment aktivierten Modus eingeht.

Die in dieser Studie gezeigten hohen Interrelationen zwischen den Modi wirft jedoch die Frage auf, ob das Arbeiten mit Modi tatsächlich übersichtlicher ist. Es ist anzunehmen, dass bei vielen Patienten mit komplexen psychischen Störungen sowohl zahlreiche Schemata als auch Modi vorhanden sind, so dass eine Vereinfachung und verbesserte Übersichtlichkeit durch die Arbeit mit spezifischen und differenzierten Modi nicht immer zu gewährleisten ist. Dieser Kritikpunkt wird auch von Lobbestael et al. (2007) angeführt. In einer Studie untersucht sie, welche Modi für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen typisch sind (Lobbestael et al., 2008). Tatsächlich wird auch für jede Persönlichkeitsstörung ein einzigartiges Modus-Muster beschrieben. Für komplexe Persönlichkeitsstörungen, wie zum Beispiel der Borderline- Persönlichkeitsstörung, werden neben den zentral zu erwartenden Modi jedoch auch noch andere Modi als typisch beschrieben, so dass sich eine Vereinfachung durch die Arbeit mit wenigen Modi statt vielen Schemata so nicht bestätigt hat.

Ein weiterer limitierender Faktor dieser Studie ist, dass ausschließlich mit Selbstbeurteilungsverfahren gearbeitet wurde und keine Fremdbeurteilungsverfahren Anwendung fanden. Die Verfahren der Selbstbeurteilung dienen vor allem der Schweregradbestimmung eines bestimmten Merkmals, der ein- oder mehrdimensionalen Erfassung von Symptomen, der Selektion einer Testgruppe, als Basis für therapeutische Entscheidungen und der Evaluation der Effektivität therapeutischer Interventionen (Schwarz, 2007). Vorteile dieser Verfahrensgruppe sind insbesondere die ökonomische Durchführung und die gute teststatistische Absicherung der meisten gängigen Verfahren. Des Weiteren sind gerade Stimmungen und Befindlichkeiten nur durch die zu testende Person selbst einschätzbar.

Nachteile liegen vor allem in der mangelnden Objektivität der Testpersonen. Es kann zu unwissentlichen Verfälschungen durch Erinnerungs- oder Selbstdarstellungsfehler, zur absichtlichen Verfälschung oder zu der Benutzung so genannter *Response-Sets* (Antworttendenzen) kommen. Zum Beispiel können die Antworten der Personen bestimmt werden davon, wie sie sich selbst darstellen wollen, also was sie dem Empfänger mitteilen wollen. Sie können ihre Äußerungen so verändern, dass sie in ihr Selbstkonzept passen. Patienten, die stark zur Vermeidung tendieren, können demnach ihre Antworten so glätten, dass sie in die

soziale Norm fallen. Ebenso können Patienten in ihren Antworten bewusst oder unterbewusst über- oder untertreiben, nach bestimmten Response-Sets zum Ja- oder Neinsagen tendieren, oder aber immer die mittlere Ausprägung einer Skala wählen.

Im praktischen Einsatz erfordern die Selbstbeurteilungsverfahren ein gewisses Maß an Intelligenz, was das Sprach- und Leseverständnis angeht, sowie ein hohes Maß an Motivation und Kooperationsbereitschaft. Bei schweren Störungsgraden sowie mangelnder Intelligenz ist ein solches Verfahren deswegen häufig nicht anwendbar (Stieglitz et al., 2001).

Als Fremdbeurteilungsverfahren können beispielsweise Ratingskalen und Interviewverfahren angewendet werden. Im Gegensatz zu Selbstbeurteilungsverfahren ist es bei Ratingskalen der Beobachter, der aus einem Reaktionsausschnitt der Testperson eine Bewertung auf einer Skala abgibt. Sie können auch dann eingesetzt werden, wenn die zu untersuchende Person nur unzureichende Auskunft geben kann oder will, und stellt somit eine eigene Informationsquelle dar. Nachteile ergeben sich durch den hohen Zeitaufwand für die Beurteilung sowie durch die notwendige ausführliche Ausbildung des *Raters*. So können durch verschiedene Fehlerquellen (Informationsvarianz, Interpretationsvarianz, Beobachtungsvarianz, Begriffsvarianz) Rater zu verschiedenen Beurteilung kommen (Stieglitz et al., 2001).

Für zukünftige Studien könnte somit die Kombination von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, wie z.B. dem observer-rating, zu objektiveren und differenzierteren Ergebnissen führen.

7 Zusammenfassung

Das Moduskonzept als integraler Bestandteil der Schematherapie hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend etabliert und wird immer häufiger angewendet bei Patienten mit schweren, chronischen Achse-I und Persönlichkeitsstörungen. Zur Erhebung der vorhandenen Schemamodi wurde das SMI-r entwickelt, welches gute psychometrische Eigenschaften aufweist (Lobbestael et al., submitted for public). Ziel dieser Arbeit war es, die deutsche Version des SMI-r inhaltlich zu validieren und die Konstruktvalidität des Modusmodells zu überprüfen, indem die Modi untereinander und mit Skalen anderer etablierter psychologischer Konstrukte korreliert wurden.

Die zu erwartenden hohen Interrelationen zwischen verwandten Modi wurden bestätigt. Auch die Zusammenhänge zwischen Modi und ihnen ähnlichen psychologischen Konstrukten konnten nachgewiesen werden, so dass die Konstruktvalidität des Modusmodells insgesamt unterstrichen werden konnte.

Limitierungen bestanden vor allem hinsichtlich der Spezifität des Modusmodells, da insgesamt eine erhebliche Anzahl hochsignifikanter Korrelationswerte erhoben wurde.

Als Erklärung für die generell hohen Korrelationswerte könnten zugrunde liegende, in dieser Studie nicht weiter untersuchte, Variablen wie z.B. das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus in Betracht kommen.

Deutlich niedrigere Korrelationen mit Schemamodi wiesen diejenigen Skalen auf, die weniger oder nicht pathologische Konstrukte untersuchten.

Die Überkompensationsmodi *Schikane und Angriff* und *narzisstischer Selbstüberhöher* korrelierten im Gegensatz zu den anderen Modi eher spezifisch mit ähnlichen Konstrukten, wie z.B. Narzissmus oder den dominanten/ kalten IIP-Skalen, und zeigten nur geringe Korrelationen mit emotionalen Problemen, Psychopathologie und geringem Selbstwert.

Eine weitere Limitierung besteht durch die ausschließliche Auswertung von Selbstbeurteilungsverfahren mit den immanenten Problemen der Fehleinschätzung oder bewussten Täuschung und den damit einhergehenden mangelnden Objektivierungsmöglichkeiten durch den behandelnden Therapeuten. In zukünftigen Studien könnten noch andere Verfahren, wie z.B. *observer ratings* miteinbezogen werden.

8 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Arntz, A., Genderen, H. v. & John Wiley und Sons Ltd, J. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Bergstr: Beltz, J.

Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.

Barkham, M., Hardy, G. E. & Startup, M. (1994). The structure, validity and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British journal of medical psychology*, 62 (3), 171-185.

Beck, A. T., Freeman, A. & Breidenbach, C. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

Bernstein, D. P., Arntz, A. & de Vos, M. (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6 (2), 169-183.

Costa, P. & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. & McCrea, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-P) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Davis-Osterkamp, S. (1993). Zirkumplexe Modelle interpersonalen Verhaltens in der klinischen Psychologie. In W. Tress (Ed.), *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens - SASB - Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie* (Heidelberg: Ronald Asanger.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedures manuel (3rd ed.)*. Minneapolis, Minn: National Computer Systems, Inc.

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1*. Göttingen: Hogrefe.

Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SKID-CV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID II)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II): II Multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9, 92-104.

Flehsig, K. (1998). *Kulturelle Schemata und interkulturelles Lernen*. .

Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis - Deutsche Version (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. (1997). *SKID-II*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C. & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, K. Limbacher & T. Fydrich (Ed.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (pp. 91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63.

Hathaway, S. & McKinley, J. (2000). *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2*. Bern: Huber.

Horowitz, L., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Problems - Deutsche Version - 2. Auflage*. .

Hossiep, R. & Paschen, M. (2003). *Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung - BIP*. Göttingen: Hogrefe.

Jacob, G. A., Bernstein, D., Lieb, K. & Arntz, A. (2009). Schematherapie mit dem Moduskonzept bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3.

Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtneye, D., Bayles, T. & O'Kane, M. (2008). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

Kiesler, D. J. (1993). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.

Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung der SCL-90-R, Construction and validation of a short form of the SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (2), 115-124.

Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 72-113).

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

Lobbestael, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240-253.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 76-85.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P. & Schouten, E. ((submitted for public). The reliability and validity of the Schema Mode Inventory (SMI).

Mandl, H., Spada, H. & Aebli, H. (1988). *Wissenspsychologie*. München [u.a.]: Psychologie-Verl.-Union.

Miller, J., Flory, K., Lynam, D. & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences*, 34, 1403-1418.

Müller, C., Bongard, S., Heiligt, U. & Hodapp, V. (2001). Das State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI) in der klinischen Anwendung: Reliabilität und faktorielle Validität. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 30, 172-181.

Nadort, M., Arntz, A., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (11), 961-973.

Nordahl, H. M. & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264.

Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Reiss, N., Dominiak, P., Harris, D. A., Knörschild, C., Schouten, E. & Jacob, G. A. (in preparation). Psychometric validation of the German Schema Mode Inventory.

Rief, W. G. M. & Fichter, M. (1991). Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37, 58-65.

Riso, L. P. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems*. Washington, DC: American Psychological Assoc.

Rosenthal, N. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 75-91.

Schwarz, S. (2007). *Validierung der deutschen Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) für das Kindes- und Jugendalter*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1991). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar*. Bern Göttingen Toronto: Hans Huber.

Spielberger, D. C., Sydeman, S. J., Owen, A. E. & Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (2nd ed.)* (pp.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Stieglitz, R. & Ahrens, B. F. H. (2001). Fremdbeurteilungsverfahren. In R. Stieglitz, U. Baumann & H. Freyberger (Ed.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (pp. 95-106). Stuttgart: Thieme.

Stieglitz, R. & Freyberger, H. (2001). Selbstbeurteilungsverfahren. In R. Stieglitz, U. Baumann & H. Freyberger (Ed.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (pp. 83-94). Stuttgart: Thieme.

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

van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M. & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.

Whiteside, S. P. & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a Four-factor Model of Impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.

Wittchen, H., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, S. (1997). *SKID-I, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.

Zanarini, M., Skodol, A., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C. & Schaefer, E. e. a. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.

9 Anhang

9.1 Patienteninformation

Übersetzung und Validierung des Schema-Modus-Inventars

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Wir führen an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg eine wissenschaftliche Untersuchung durch, deren Ergebnisse dazu beitragen sollen, die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen weiter zu verbessern.

Was ist das Ziel der Untersuchung?

In der Diagnostik zur Vorbereitung einer Psychotherapie werden häufig Fragebögen verwendet. In der Studie möchten wir einen Fragebogen, der als Grundlage der Diagnostik in der so genannten Schematherapie dienen soll, auf seine Tauglichkeit hin überprüfen. Es handelt sich dabei um das Schema Modus Inventar (SMI). Dazu bitten wir Sie, die von uns übersetzte Version dieses Fragebogens auszufüllen, und darüber hinaus noch einige weitere Fragebögen, deren Ergebnisse möglicherweise mit dem neu übersetzten Fragebogen zusammenhängen.

Wie sieht der Ablauf aus?

Wir bitten Sie, das SMI sowie eine Reihe andere Fragebögen auszufüllen. Wenn Sie möchten, können Sie das Ausfüllen der Fragebögen gerne auf mehrere getrennte Termine verteilen. Zusätzlich führen wir mit Ihnen ein diagnostisches Interview durch, mit dem wir genau erfassen, welche psychischen Symptome bei Ihnen aktuell vorliegen und in der Vergangenheit vorlagen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Teilnahme an der Studie ist grundsätzlich freiwillig. Sie können jederzeit – auch bei schon gegebener Einwilligung – aus der Studie ausscheiden. Selbstverständlich entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie die Teilnahme ablehnen.

Die Ergebnisse der Diagnostik werden Ihnen und Ihren Behandlern hier im Haus oder ambulant mitgeteilt, da es sich dabei um klinisch relevante Daten handelt. Ihre Fragebogendaten werden jedoch anonym ausgewertet; es ist dann nicht mehr möglich, Ihre Angaben mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen. Zu den erhobenen Daten haben nur wissenschaftliche Mitarbeiter der Studie Zugang, die der Schweigepflicht unterliegen.

Es werden keine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen) an Dritte (z.B. Rentenversicherungsträger und Krankenkassen) weitergegeben. Bei Veröffentlichungen, z.B. in Fachzeitschriften, wird kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an der Studie teilnehmen würden. Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Untersuchung teilnehmen möchten, bitten wir Sie, **die im ersten Fragebogen abgedruckte Einverständniserklärung zu unterschreiben**. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung für Ihre Unterlagen befindet sich auf der nächsten Seite.

Bereits an dieser Stelle danken wir Ihnen ganz herzlich für Ihr Verständnis und Ihre Mühe!

--	--

Prof. Dr. U. Voderholzer
Leitender Oberarzt

Dr. G. Jacob
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

9.2 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der Studie

Übersetzung und Validierung des Schema-Modus-Inventars

Ich bin über den Inhalt und Zweck der genannten wissenschaftlichen Untersuchung informiert worden. Dazu wurde mir ein Merkblatt ausgehändigt, das mich über Inhalt, Zielsetzung und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen informiert. Mir wurde darin zugesichert, dass die personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich wurde aufgefordert, alle mich interessierenden Fragen zu stellen und habe keine weiteren Fragen.

Hiermit willige ich unter den in der Patienteninformation genannten Voraussetzungen ein, an der Studie teilzunehmen. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Name

Ort, Datum

Unterschrift

9.3 Fragebogenpaket

9.3.1 Demographische Daten

1) Geschlecht:

- 1 männlich
- 2 weiblich

2) Partnerschaft:

- 1 allein stehend
- 2 feste Partnerschaft

3) Kinder:

- 1 nein
- 2 ja, _____ (Anzahl)

4) Wohnen:

- 1 alleine
- 2 mit Eltern
- 3 mit Partner und/ oder Kindern
- 4 WG

5) Höchster Schulabschluss:

- 1 keiner
- 2 Hauptschule
- 3 Realschule
- 4 Gymnasium
- 5 (Fach-) Hochschule

6) Berufliche Ausbildung:

- 1 aktuell in Lehre
- 2 Lehre abgeschlossen
- 3 aktuell im Studium
- 4 Studium abgeschlossen
- 5 Sonstiges, und zwar _____

7) Erwerbstätig:

- 1 ja
- 2 nein/ berentet/ arbeitslos

8) Geschwister:

- 1 nein
 2 ja, _____ (Anzahl)

9) Falls Geschwister, Platz in der Geburtsreihenfolge:

- 1 ältestes Kind
 2 „Sandwich“-Kind (mit jüngeren und älteren Geschwistern)
 3 jüngstes Kind

9.3.2 Schema Modus Inventar, deutsche Version (SMI-r)

Im Folgenden werden Aussagen gemacht, wie Personen sich selbst beschreiben könnten. Bitte schätzen Sie pro Aussage ein, wie oft diese auf Sie **im Allgemeinen** zutrifft.

Im Allgemeinen...		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
1.	Indem ich anderen zeige, dass mit mir nicht zu spaßen ist, verschaffe ich mir Respekt.	1	2	3	4	5	6
2.	Ich fühle mich geliebt und akzeptiert.	1	2	3	4	5	6
3.	Ich gönne mir kein Vergnügen, weil ich es nicht verdiene.	1	2	3	4	5	6
4.	Ich fühle mich unzureichend, mangelhaft oder wertlos.	1	2	3	4	5	6
5.	Ich habe den Drang mich selbst zu bestrafen, indem ich mir selbst wehtue (z.B. mich schneide).	1	2	3	4	5	6
6.	Ich fühle mich verloren.	1	2	3	4	5	6
7.	Ich bin hart zu mir selbst.	1	2	3	4	5	6
8.	Ich gebe mir größte Mühe es anderen recht zu machen, um Konflikte, Auseinandersetzungen oder Zurückweisungen zu vermeiden.	1	2	3	4	5	6
9.	Ich kann mir selbst nicht vergeben.	1	2	3	4	5	6
10.	Ich tue Dinge, um im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
11.	Ich reagiere gereizt, wenn andere nicht das tun, was ich von ihnen erwarte.	1	2	3	4	5	6
12.	Ich kann meine Impulse schlecht kontrollieren.	1	2	3	4	5	6
13.	Wenn ich ein Ziel nicht erreichen kann, bin ich schnell frustriert und gebe auf.	1	2	3	4	5	6
14.	Ich habe Wutanfälle.	1	2	3	4	5	6
15.	Ich handle impulsiv oder äußere Emotionen so, dass es mich in Schwierigkeiten bringt oder andere Menschen verletzt.	1	2	3	4	5	6
16.	Es ist meine Schuld, wenn etwas Schlimmes passiert.	1	2	3	4	5	6
17.	Ich bin zufrieden und entspannt.	1	2	3	4	5	6
18.	Ich verändere mich in Abhängigkeit von den Leuten, mit denen ich zusammen bin, damit sie mich mögen oder anerkennen.	1	2	3	4	5	6
19.	Ich fühle mich verbunden mit anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
20.	Wenn es Probleme gibt, tue ich mein Bestes, um sie selbst zu lösen.	1	2	3	4	5	6
21.	Ich zwingen mich nicht dazu, routinemäßige oder unangenehme Aufgaben zu erledigen.	1	2	3	4	5	6
22.	Wenn ich nicht für mich kämpfe, werde ich missbraucht oder vernachlässigt.	1	2	3	4	5	6
23.	Ich muss mich um die Menschen in meinem Umfeld kümmern.	1	2	3	4	5	6
24.	Wer sich hänseln lässt, ist ein Versager.	1	2	3	4	5	6
25.	Ich greife andere körperlich an, wenn ich wütend auf sie bin.	1	2	3	4	5	6
26.	Wenn ich erst mal wütend bin, kann ich mich nicht mehr kontrollieren und verliere die Beherrschung.	1	2	3	4	5	6
27.	Es ist wichtig für mich, die „Nummer Eins“ zu sein (z.B. die/ der Beliebteste, Erfolgreichste, Reichste, Mächtigste).	1	2	3	4	5	6
28.	Ich bin leidenschaftslos.	1	2	3	4	5	6
29.	Ich kann Probleme rational lösen, ohne von meinen Gefühlen überwältigt zu werden.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
30.	Ich finde es sinnlos im Voraus zu planen, wie ich etwas anpacken kann.	1	2	3	4	5	6
31.	Ich begnüge mich nicht mit dem Zweitbesten.	1	2	3	4	5	6
32.	Angriff ist die beste Verteidigung.	1	2	3	4	5	6
33.	Ich fühle mich kalt gegenüber anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
34.	Ich fühle mich abgekoppelt (nicht im Kontakt mit mir selbst, meinen Gefühlen oder anderen Menschen).	1	2	3	4	5	6
35.	Ich folge meinen Gefühlen blindlings.	1	2	3	4	5	6
36.	Ich bin verzweifelt.	1	2	3	4	5	6
37.	Ich lasse es zu, dass andere mich kritisieren oder herabsetzen.	1	2	3	4	5	6
38.	In Beziehungen lasse ich die andere Person die Oberhand haben.	1	2	3	4	5	6
39.	Ich fühle mich anderen Menschen gegenüber distanziert.	1	2	3	4	5	6
40.	Ich denke nicht nach über das, was ich sage und bringe mich damit selbst in Schwierigkeiten oder verletze andere.	1	2	3	4	5	6
41.	Ich arbeite viel oder treibe intensiv Sport, um nicht über unangenehme Dinge nachdenken zu müssen.	1	2	3	4	5	6
42.	Ich bin böse, weil andere versuchen, mir meine Freiheit oder Unabhängigkeit zu nehmen.	1	2	3	4	5	6
43.	Ich fühle nichts.	1	2	3	4	5	6
44.	Ich tue was ich will, ungeachtet der Bedürfnisse und Gefühle anderer Menschen.	1	2	3	4	5	6
45.	Ich gebe mir selbst keine Gelegenheit zu entspannen oder Spaß zu haben, bevor ich nicht alles erledigt habe, was ich tun muss.	1	2	3	4	5	6
46.	Ich schmeiße mit Gegenständen, wenn ich wütend bin.	1	2	3	4	5	6
47.	Ich bin wütend auf jemanden.	1	2	3	4	5	6
48.	Ich fühle, dass ich zu anderen Menschen dazugehöre.	1	2	3	4	5	6
49.	Ich habe viel aufgestaute Wut in mir, die heraus muss.	1	2	3	4	5	6
50.	Ich fühle mich einsam.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
51.	Ich versuche bei allem was ich tue mein Bestes zu geben.	1	2	3	4	5	6
52.	Ich mache gern etwas Aufregendes oder Beruhigendes, um meine Gefühle zu vermeiden (z.B. Essen, Sex, Ausgehen, Fernsehen, Shoppen gehen).	1	2	3	4	5	6
53.	Gleichwertigkeit existiert nicht, deshalb ist es am Besten über anderen zu stehen.	1	2	3	4	5	6
54.	Wenn ich wütend bin, verliere ich die Selbstkontrolle und bedrohe andere.	1	2	3	4	5	6
55.	Ich lasse anderen Leuten ihren Willen, anstatt meine eigenen Bedürfnisse auszudrücken.	1	2	3	4	5	6
56.	Wer nicht für mich ist, ist gegen mich.	1	2	3	4	5	6
57.	Um weniger von unangenehmen Gedanken oder Gefühlen belastet zu werden, Sorge ich dafür, dass ich immer beschäftigt bin.	1	2	3	4	5	6
58.	Ich bin ein schlechter Mensch, wenn ich auf andere wütend werde.	1	2	3	4	5	6
59.	Ich möchte mich nicht auf andere Menschen einlassen.	1	2	3	4	5	6
60.	Ich bin schon einmal so wütend gewesen, dass ich jemanden (ernsthaft) verletzt oder getötet habe.	1	2	3	4	5	6
61.	Ich finde, dass ich genügend Stabilität und Sicherheit in meinem Leben habe.	1	2	3	4	5	6
62.	Ich weiß, wann ich meine Gefühle äußern sollte und wann nicht.	1	2	3	4	5	6
63.	Ich bin wütend auf jemanden, weil er nicht für mich da war oder mich verlassen hat.	1	2	3	4	5	6
64.	Ich fühle mich nicht verbunden mit anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
65.	Ich kann mich nicht überwinden unangenehme Dinge zu tun, auch wenn ich weiß, dass es zu meinem Besten wäre.	1	2	3	4	5	6
66.	Ich verletze Regeln und bereue es hinterher.	1	2	3	4	5	6
67.	Ich fühle mich erniedrigt.	1	2	3	4	5	6
68.	Ich vertraue den meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
69.	Ich handle und denke erst hinterher darüber nach.	1	2	3	4	5	6
70.	Mir wird leicht langweilig und ich verliere schnell das Interesse an den Dingen.	1	2	3	4	5	6
71.	Selbst wenn ich Menschen um mich habe, fühle ich mich einsam.	1	2	3	4	5	6
72.	Weil ich schlecht bin, gestehe ich es mir nicht zu, angenehme Dinge zu tun wie andere Menschen auch.	1	2	3	4	5	6
73.	Ich setze mich ein für das was ich will, ohne dabei zu übertreiben.	1	2	3	4	5	6
74.	Ich fühle mich besonders und besser als die meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
75.	Mir ist alles egal; es gibt nichts, was mir wichtig ist.	1	2	3	4	5	6
76.	Es macht mich wütend, wenn mir jemand erzählt, wie ich mich fühlen oder verhalten sollte.	1	2	3	4	5	6
77.	Wenn man andere nicht beherrscht, dann wird man beherrscht.	1	2	3	4	5	6
78.	Ich sage was ich fühle oder tue Dinge impulsiv, ohne über die Folgen nach zudenken.	1	2	3	4	5	6
79.	Ich würde anderen gern die Meinung sagen für die Art und Weise, wie sie mich behandelt haben.	1	2	3	4	5	6
80.	Ich bin in der Lage, für mich selbst zu sorgen.	1	2	3	4	5	6
81.	Ich bin ziemlich kritisch anderen Menschen gegenüber.	1	2	3	4	5	6
82.	Ich stehe dauernd unter dem Druck, Dinge zu leisten oder zu erreichen.	1	2	3	4	5	6
83.	Ich versuche keine Fehler zu machen; ansonsten mache ich mich dafür runter.	1	2	3	4	5	6
84.	Ich verdiene es, bestraft zu werden.	1	2	3	4	5	6
85.	Ich kann lernen, mich entwickeln und mich verändern.	1	2	3	4	5	6
86.	Ich will mich von Gedanken und Gefühlen ablenken, die mich durcheinander bringen.	1	2	3	4	5	6
87.	Ich bin wütend auf mich.	1	2	3	4	5	6
88.	Ich fühle mich hohl.	1	2	3	4	5	6
89.	Ich muss die/ der Beste sein in dem, was ich tue.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

		nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
90.	Ich opfere Vergnügen, Gesundheit oder Glück, um meine eigenen Ansprüche zu erfüllen.	1	2	3	4	5	6
91.	Ich bin anderen gegenüber anspruchsvoll.	1	2	3	4	5	6
92.	Wenn ich wütend werde, kann die Situation so entgleisen, dass es Verletzte gibt.	1	2	3	4	5	6
93.	Ich bin unantastbar.	1	2	3	4	5	6
94.	Ich bin ein schlechter Mensch.	1	2	3	4	5	6
95.	Ich fühle mich sicher.	1	2	3	4	5	6
96.	Ich fühle mich gehört, verstanden und unterstützt.	1	2	3	4	5	6
97.	Es ist mir unmöglich, meine Impulse zu kontrollieren.	1	2	3	4	5	6
98.	Wenn ich wütend bin, mache ich Dinge kaputt.	1	2	3	4	5	6
99.	Wenn man andere beherrscht, kann einem nichts passieren.	1	2	3	4	5	6
100.	Ich bleibe passiv, selbst wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin.	1	2	3	4	5	6
101.	Meine Wut gerät außer Kontrolle.	1	2	3	4	5	6
102.	Ich schikaniere andere.	1	2	3	4	5	6
103.	Ich würde gern jemandem wehtun für das, was sie/ er mir angetan hat.	1	2	3	4	5	6
104.	Ich weiß, dass es eine „gute“ und eine „schlechte“ Art gibt, Dinge zu tun; ich gebe mir große Mühe alles richtig zu machen, sonst fange ich an, mich selbst zu kritisieren.	1	2	3	4	5	6
105.	Ich fühle mich oft allein auf der Welt.	1	2	3	4	5	6
106.	Ich fühle mich schwach und hilflos.	1	2	3	4	5	6
107.	Ich bin faul.	1	2	3	4	5	6
108.	Es ist klug alles zu akzeptieren von den Menschen die mir wichtig sind.	1	2	3	4	5	6
109.	Ich wurde betrogen oder unehrlich behandelt.	1	2	3	4	5	6
110.	Wenn ich das Bedürfnis habe etwas zu tun, dann tue ich es auch.	1	2	3	4	5	6
111.	Ich fühle mich ausgeschlossen.	1	2	3	4	5	6

Im Allgemeinen...

	nie oder fast nie	selten	gelegentlich	öfters	meistens	immer
112. Ich setze andere herab.	1	2	3	4	5	6
113. Ich bin optimistisch.	1	2	3	4	5	6
114. Ich habe das Gefühl, dass ich mich nicht an die gleichen Regeln halten muss wie andere.	1	2	3	4	5	6
115. Mein Leben dreht sich gerade darum, viele Dinge zu erledigen und alles möglichst gut zu machen.	1	2	3	4	5	6
116. Ich zwingen mich verantwortungsbewusster zu sein als die meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
117. Ich kann für mich selbst einstehen, wenn ich das Gefühl habe zu Unrecht kritisiert, missbraucht oder ausgenutzt zu werden.	1	2	3	4	5	6
118. Ich verdiene kein Mitleid, wenn mir etwas Schlimmes passiert.	1	2	3	4	5	6
119. Ich habe das Gefühl, dass mich niemand liebt.	1	2	3	4	5	6
120. Ich fühle, dass ich von Natur aus ein guter Mensch bin.	1	2	3	4	5	6
121. Wenn es nötig ist, mache ich langweilige oder routinemäßige Aufgaben fertig, um Dinge zu erreichen, die mir wichtig sind.	1	2	3	4	5	6
122. Ich bin spontan und verspielt.	1	2	3	4	5	6
123. Ich kann so wütend sein, dass ich in der Lage bin, jemanden umzubringen.	1	2	3	4	5	6
124. Ich habe ein gutes Bild davon, wer ich bin und was ich brauche, um glücklich zu sein.	1	2	3	4	5	6

© 2007 Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M and Klokman, J..

Übersetzung: Rothmund, Pillmann, Dominiak, Jacob

9.3.3 Beck Depressionsinventar (BDI)

Dieser Fragebogen enthält Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am

besten beschreibt, wie Sie sich **in den vergangenen sieben Tagen einschließlich heute** gefühlt haben! Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

Nr. 1

- 1 Ich fühle mich nicht traurig.
- 2 Ich fühle mich traurig.
- 3 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 4 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

Nr. 2

- 1 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 3 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 4 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.

Nr.3

- 1 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 2 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 3 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 4 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

Nr. 4

- 1 Ich kann die Dinge genau so genießen wie früher.
- 2 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 3 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 4 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

Nr. 5

- 1 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 2 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 3 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 4 Ich habe immer Schuldgefühle.

Nr. 6

- 1 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 2 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 3 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 4 Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören.

Nr. 7

- 1 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 2 Ich bin von mir enttäuscht.
- 3 Ich finde mich fürchterlich.
- 4 Ich hasse mich.

Nr. 8

- 1 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 2 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler oder Schwächen.
- 3 Ich mache mir die Ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 4 Ich gebe mir für alles Schuld, was schief geht.

Nr. 9

- 1 Ich denke nicht daran, mir was anzutun.
- 2 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 3 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 4 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.

Nr. 10

- 1 Ich weine nicht öfter als früher.
- 2 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 3 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 4 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

Nr. 11

- 1 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 4 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

Nr. 12

- 1 Ich habe nicht das Interesse an anderen Menschen verloren.
- 2 Ich interessiere mich jetzt weniger für andere Menschen als früher.
- 3 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 4 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

Nr. 13

- 1 Ich bin so entschlossfreudig wie immer.
- 2 Ich schiebe jetzt Entscheidungen öfter als früher auf.
- 3 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 4 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

Nr. 14

- 1 Ich habe nicht das Gefühl schlechter auszusehen als früher.
- 2 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 3 Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen eingetreten sind, die mich unattraktiv machen.
- 4 Ich finde mich hässlich.

Nr. 15

- 1 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 2 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 3 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 4 Ich bin unfähig zu arbeiten.

Nr. 16

- 1 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 2 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 3 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 4 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Nr. 17

- 1 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 2 Ich ermüde schneller als früher.
- 3 Fast alles ermüdet mich.
- 4 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

Nr. 18

- 1 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 2 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 3 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 4 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

Nr. 19

- 1 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als zwei Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als fünf Kilo abgenommen.
- 4 Ich habe mehr als acht Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen

☐ Ja ☐ Nein

Nr. 20

- 1 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 2 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anderes zu denken.
- 4 Ich mache mir so große Sorgen über meine gesundheitlichen Probleme, dass ich an nichts anderes denken kann.

Nr. 21

- 1 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 2 Ich interessiere mich jetzt weniger für Sex als früher.
- 3 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 4 Ich habe mein Interesse an Sex völlig verloren.

9.3.4 Rosenberg-Skala

Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen:

Auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 4 (trifft vollkommen zu)

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	1	2	3	4
2. Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	1	2	3	4
3. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	1	2	3	4
4. Ich kann vieles genauso gut, wie die meisten anderen Menschen auch.	1	2	3	4
5. Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	1	2	3	4
6. Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	1	2	3	4
7. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere Menschen auch.	1	2	3	4
8. Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	1	2	3	4
9. Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	1	2	3	4
10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	1	2	3	4

© für die dt. Ausgabe 2003 by Verlag Hans Huber, Bern

9.3.5 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

TEIL 1

Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen** Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Ich bin ungehalten.	1	2	3	4
2. Ich bin wütend.	1	2	3	4
3. Ich bin sauer.	1	2	3	4
4. Ich bin enttäuscht.	1	2	3	4
5. Ich bin zornig.	1	2	3	4
6. Ich bin aufgebracht.	1	2	3	4
7. Ich bin schlecht gelaunt.	1	2	3	4
8. Ich könnte vor Wut in die Luft gehen.	1	2	3	4
9. Ich bin ärgerlich.	1	2	3	4
10. Ich könnte laut schimpfen.	1	2	3	4

TEIL 2

Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
11. Ich werde schnell ärgerlich.	1	2	3	4
12. Ich rege mich leicht auf.	1	2	3	4
13. Ich bin ein Hitzkopf.	1	2	3	4
14. Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde.	1	2	3	4
15. Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde.	1	2	3	4
16. Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse.	1	2	3	4
17. Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde.	1	2	3	4
18. Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen.	1	2	3	4
19. Wenn ich wütend werde, sage ich hässliche Dinge.	1	2	3	4
20. Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde.	1	2	3	4

TEIL 3

Von Zeit zu Zeit fühlen wir uns ärgerlich oder wütend, aber Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie reagieren, wenn sie ärgerlich sind. Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die benutzt werden können, um seinen *ärgerlichen* oder *wütenden* Gefühlszustand zu beschreiben. Lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie oft Sie in der beschriebenen Weise **im Allgemeinen** handeln oder fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie **im Allgemeinen** handeln oder fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
21. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle.	1	2	3	4
22. Ich fresse Dinge in mich hinein.	1	2	3	4

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
23. Ich bewahre meine Ruhe.	1	2	3	4
24. Ich koche innerlich, zeige es aber nicht.	1	2	3	4
25. Ich empfinde Groll, rede aber mit niemandem darüber.	1	2	3	4
26. Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen.	1	2	3	4
27. Ich mache Dinge, wie Türen zuschlagen.	1	2	3	4
28. Ich bin ärgerlicher, als ich es zugeben möchte.	1	2	3	4
29. Ich kontrolliere mein Verhalten.	1	2	3	4
30. Ich bin weit mehr erzürnt, als andere es wahrnehmen.	1	2	3	4
31. Ich mache hässlich Bemerkungen.	1	2	3	4
32. Ich kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden.	1	2	3	4
33. Nach außen bewahre ich die Haltung.	1	2	3	4
34. Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren.	1	2	3	4
35. Ich werde wütend.	1	2	3	4
36. Ich kontrolliere meinen Ärger.	1	2	3	4
37. Ich platze heraus, sodass andere meine Ärger zu spüren bekommen.	1	2	3	4
38. Ich werde laut.	1	2	3	4
39. Ich fahre aus der Haut.	1	2	3	4
40. Ich sage mir: „Reg' Dich nicht auf“.	1	2	3	4
41. Ich könnte platzen, aber ich lasse es niemanden merken.	1	2	3	4
42. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.	1	2	3	4
43. Ich verliere die Fassung.	1	2	3	4
44. Ich bin ärgerlicher, als ich es mir anmerken lasse.	1	2	3	4

9.3.6 Fragebogen zu Impulsivität (UPPS)

Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen:

Auf einer Skala von 1 (lehne ich vollkommen ab) bis 5 (stimme ich vollkommen zu)

		Lehne ich vollkommen ab				Stimme ich vollkommen zu
1.	Ich zeichne mich durch Zurückhaltung und Vorsicht aus.	1	2	3	4	5
2.	Es fällt mir schwer, meine Impulse zu kontrollieren.	1	2	3	4	5
3.	Ich bin ein Mensch, der immer neue, aufregende Erfahrungen sucht.	1	2	3	4	5
4.	Ich mache gern die Dinge bis zum Ende.	1	2	3	4	5
5.	Meine Art zu denken ist sorgsam und zweckvoll.	1	2	3	4	5
6.	Es fällt mir schwer, Begierden zu widerstehen (z.B. Essen, Zigaretten).	1	2	3	4	5
7.	Ich probiere alles einmal aus.	1	2	3	4	5
8.	Ich gebe leicht auf.	1	2	3	4	5
9.	Ich gehöre nicht zu den Personen, die etwas Unüberlegtes sagen.	1	2	3	4	5
10.	Mir passieren oft Dinge, die ich im Nachhinein bereue.	1	2	3	4	5
11.	Ich mag Sportarten oder Spiele, bei denen man schnell reagieren muss.	1	2	3	4	5
12.	Unabgeschlossene Aufgaben nerven mich.	1	2	3	4	5
13.	Bevor ich handele, halte ich oft kurz inne, um noch mal darüber nachzudenken.	1	2	3	4	5
14.	Wenn ich mich schlecht fühle, tue ich oft etwas, was ich später bereue, nur um mich für den Moment besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
15.	Wasserski würde mir großen Spaß machen.	1	2	3	4	5
16.	Wenn ich einmal mit etwas angefangen habe, höre ich ungern damit auf.	1	2	3	4	5

		Lehne ich vollkommen ab				Stimme ich vollkommen zu
17.	Ich beginne nicht gern etwas, ohne mir die nächstfolgenden Schritte zu überlegen.	1	2	3	4	5
18.	Manchmal, wenn ich mich schlecht fühle, kann ich einfach nicht aufhören mit dem, was ich tue, auch wenn es alles nur noch schlimmer macht.	1	2	3	4	5
19.	Ich nehme gern Risiken in Kauf.	1	2	3	4	5
20.	Ich kann mich gut konzentrieren.	1	2	3	4	5
21.	Ich tendiere eher zu einer vernünftigen, sensiblen Vorgehensweise.	1	2	3	4	5
22.	Wenn ich aufgeregt bin, reagiere ich oft ohne nachzudenken.	1	2	3	4	5
23.	Ich würde gern Fallschirmspringen.	1	2	3	4	5
24.	Ich beende, was ich begonnen habe.	1	2	3	4	5
25.	Für gewöhnlich sortiere ich meine Gedanken mit logischem Schlussfolgern.	1	2	3	4	5
26.	Wenn ich mich zurückgewiesen fühle, neige ich dazu, Dinge zu sagen, die ich später bereue.	1	2	3	4	5
27.	Es fällt mir schwer, nicht nach meinen Gefühlen zu handeln.	1	2	3	4	5
28.	Neue, spannende Erlebnisse sind mir sehr willkommen, auch wenn sie etwas unkonventionell und nicht ganz ungefährlich sein sollten.	1	2	3	4	5
29.	Ich bin ziemlich gut organisiert, so dass ich die meisten Dinge rechtzeitig schaffe.	1	2	3	4	5
30.	Ich bin eine vorsichtige Person.	1	2	3	4	5
31.	Oft mache ich etwas nur noch schlimmer, weil ich unüberlegt handle, wenn ich aufgebracht bin.	1	2	3	4	5
32.	Ich würde gern lernen, ein Flugzeug zu steuern.	1	2	3	4	5
33.	Ich bin ein sehr produktiver Mensch, der meist seine Aufgaben erledigt bekommt.	1	2	3	4	5
34.	Bevor ich mich in neue Situationen begeben, versuche ich heraus zu finden, was mich erwartet.	1	2	3	4	5
35.	In der Hitze eines Streites sage ich oft Sachen, die mir später Leid tun.	1	2	3	4	5

		Lehne ich vollkommen ab				Stimme ich vollkommen zu
36.	Manchmal mache ich gern Dinge, die etwas anstrengend sind.	1	2	3	4	5
37.	Wenn ich mit einem Projekt begonnen habe, bringe ich es für gewöhnlich auch zu Ende.	1	2	3	4	5
38.	Ich denke für gewöhnlich nach, bevor ich etwas tue.	1	2	3	4	5
39.	Ich bin immer in der Lage, meine Gefühle unter Kontrolle zu behalten.	1	2	3	4	5
40.	Es würde mir Spaß machen, mit Skiern einen verschneiten Hang in hoher Geschwindigkeit herab zu fahren.	1	2	3	4	5
41.	Es gibt so viele kleine Sachen zu erledigen, dass ich manchmal einfach alle sein lasse.	1	2	3	4	5
42.	Ich würde gerne Tauchen gehen.	1	2	3	4	5
43.	Bevor ich Entscheidungen treffe, wäge ich das Für und Wider ab.	1	2	3	4	5
44.	Manchmal folge ich einem Impuls und bereue es später.	1	2	3	4	5
45.	Schnelles Autofahren gefällt mir.	1	2	3	4	5

UPPS; S. P. Whiteside & D. R. Lynam, 2001

9.3.7 Narzissmus Persönlichkeitsinventar (NPI)

Aus jedem der folgenden Satzpaare wählen Sie bitte den Satz aus, mit dem Sie sich identifizieren können und kreisen Sie den passenden Buchstaben ein. Bitte nur eine Antwort und kein Satzpaar auslassen!

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Ich habe eine natürliche Begabung, auf Menschen Einfluss zu nehmen. | A |
| | Ich kann nicht besonders gut Einfluss auf jemanden ausüben. | B |
| 2. | Bescheidenheit ist nicht meine Sache. | A |
| | Im Grunde bin ich ein bescheidener Mensch. | B |
| 3. | Ich würde fast jede Herausforderung annehmen. | A |
| | Ich bin ein ziemlich vorsichtiger Mensch. | B |

-
- | | | |
|-----|--|--------|
| 4. | Wenn mir jemand ein Kompliment macht, werde ich manchmal verlegen.
Ich weiß, dass ich jemand bin, weil mir das alle sagen. | A
B |
| 5. | Der Gedanke, dass ich über die Welt herrschen sollte, versetzt mich in Panik.
Wenn ich über die Welt herrschen würde, hätten wir eine bessere Welt. | A
B |
| 6. | Ich kann mich durch Redegewandtheit immer aus der Affäre ziehen.
Ich versuche, für das was ich getan habe, gerade zu stehen. | A
B |
| 7. | Ich will in der Menge nicht auffallen.
Ich bin am liebsten im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. | A
B |
| 8. | Ich will erfolgreich sein.
Mir ist Erfolg nicht besonders wichtig. | A
B |
| 9. | Ich bin weder besser noch schlechter als die meisten Menschen.
Ich glaube, ich bin etwas Besonderes. | A
B |
| 10. | Ich bin nicht sicher, ob ich eine Führungspersönlichkeit bin.
Ich betrachte mich als gute Führungspersönlichkeit. | A
B |
| 11. | Ich kann mich durchsetzen.
Ich wollte, ich könnte mich besser durchsetzen. | A
B |
| 12. | Ich habe gern Autorität über andere.
Es macht mir nichts aus, Anordnungen zu befolgen. | A
B |
| 13. | Mir fällt es leicht, Menschen zu manipulieren.
Wenn ich merke, dass ich Menschen lenke, gefällt mir das nicht. | A
B |
| 14. | Ich bestehe darauf, dass mir gebührende Achtung entgegengebracht wird.
Es kommt selten vor, dass mich jemand respektlos behandelt. | A
B |
| 15. | Ich mag es nicht besonders, meinen Körper zur Schau zu stellen.
Ich stelle meinen Körper gern zur Schau. | A
B |
| 16. | Ich kann in anderen wie in einem Buch lesen.
Manchmal ist es schwierig, die Menschen zu verstehen. | A
B |
| 17. | Wenn ich mich einer Sache gewachsen fühle, bin ich gewillt, Verantwortung zu übernehmen.
Ich übernehme gerne die Verantwortung für zu treffende Entscheidungen. | A
B |
| 18. | Ich will einfach nur glücklich sein.
Ich will etwas darstellen in den Augen der Welt. | A
B |
| 19. | Mein Körper ist nichts Besonderes.
Ich schaue meinen Körper gern an. | A
B |
| 20. | Ich bemühe mich, kein Angeber zu sein.
Wenn sich die Gelegenheit ergibt, gebe ich schon mal an. | A
B |
| 21. | Ich weiß immer was ich tue.
Manchmal bin ich nicht sicher, was ich tue. | A
B |
| 22. | Manchmal brauche ich andere, um etwas zu schaffen.
Ich kann fast alles ohne die Hilfe anderer Leute schaffen. | A
B |
| 23. | Ab und zu erzähle ich Interessantes.
Jeder hört mir gern zu. | A
B |

- | | |
|--|---|
| 24. Ich erwarte viel von anderen Leuten. | A |
| Ich tue gern etwas für andere Leute. | B |
| 25. Ich werde nie zufrieden sein bis ich alles bekomme, was mir zusteht. | A |
| Ich bin mit dem zufrieden, was mir der Zufall gibt. | B |
| 26. Wenn ich Komplimente bekomme, ist mir das peinlich. | A |
| Mir gefällt es, wenn mir jemand ein Kompliment macht. | B |
| 27. Macht ist mir sehr wichtig. | A |
| Macht um der Macht Willen interessiert mich nicht. | B |
| 28. Ich mache mir nicht viel aus neuen Trends und Moden. | A |
| Ich bin gerne Trendsetter. | B |
| 29. Ich schaue mich gern im Spiegel an. | A |
| Ich bin nicht besonders scharf darauf, mich im Spiegel anzuschauen. | B |
| 30. Es macht mir echt Spaß, Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu sein. | A |
| Ich fühle mich nicht wohl, wenn ich Mittelpunkt der Aufmerksamkeit bin. | B |
| 31. Ich kann mein Leben so gestalten, wie es mir beliebt. | A |
| Man kann nicht immer nach seiner Wunschvorstellung leben. | B |
| 32. Die Führungsposition inne zu haben, bedeutet mir nicht viel. | A |
| Meine Führungsrolle scheint immer anerkannt zu werden. | B |
| 33. Ich möchte gern eine führende Stellung innehaben. | A |
| Es macht mir eigentlich nichts aus, ob ich andere dominiere oder nicht. | B |
| 34. Ich werde einmal eine bedeutende Persönlichkeit. | A |
| Ich hoffe, ich werde erfolgreich sein. | B |
| 35. Manchmal glaubt man mir. | A |
| Ich kriege es hin, dass jeder mir das abnimmt, was ich ihm erzähle. | B |
| 36. Ich besitze von Natur aus die Fähigkeit, andere zu führen. | A |
| Menschen zu führen ist eine Fähigkeit, die einer langen Entwicklungszeit bedarf. | B |
| 37. Ich wünschte, eines Tages würde jemand meine Biographie schreiben. | A |
| Ich möchte keinesfalls, dass jemand in meinem Leben herumschnüffelt. | B |
| 38. Es regt mich auf, wenn man nicht bemerkt wie ich aussehe, wenn ich mich in der Öffentlichkeit zeige. | A |
| Es macht mir nichts aus in der Masse unterzugehen, wenn ich ausgehe. | B |
| 39. Ich habe mehr Fähigkeiten, als andere Leute. | A |
| Von anderen Menschen kann ich viel lernen. | B |
| 40. In vielerlei Hinsicht bin ich wie jeder andere Mensch. | A |
| Ich bin eine außergewöhnliche Persönlichkeit. | B |

9.3.8 Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-C)

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

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

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

Es fällt mir schwer...	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
16. mit anderen zurechtzukommen.	1	2	3	4	5
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen.	1	2	3	4	5
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern.	1	2	3	4	5
19. wenn nötig, standfest zu sein.	1	2	3	4	5
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden.	1	2	3	4	5
21. anderen Grenzen zu setzen.	1	2	3	4	5
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen.	1	2	3	4	5
23. mich anderen nahe zu fühlen.	1	2	3	4	5
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern.	1	2	3	4	5
25. mich mit jemand anderem zu streiten.	1	2	3	4	5
26. alleine zu sein.	1	2	3	4	5
27. jemandem ein Geschenk zu machen.	1	2	3	4	5
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag.	1	2	3	4	5
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen.	1	2	3	4	5
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.	1	2	3	4	5
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind.	1	2	3	4	5
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen.	1	2	3	4	5
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.	1	2	3	4	5
34. mich über andere zu ärgern.	1	2	3	4	5
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen.	1	2	3	4	5
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war.	1	2	3	4	5
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist.	1	2	3	4	5
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze.	1	2	3	4	5

Es fällt mir schwer...	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin.	1	2	3	4	5

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

	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
40. Ich streite mich zu viel mit anderen.	1	2	3	4	5
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich.	1	2	3	4	5
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.	1	2	3	4	5
43. Ich öffne mich anderen zu sehr.	1	2	3	4	5
44. Ich bin zu unabhängig.	1	2	3	4	5
45. ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.	1	2	3	4	5
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.	1	2	3	4	5
47. Ich spiele zu oft den Clown.	1	2	3	4	5
48. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden.	1	2	3	4	5
49. Ich vertraue anderen nicht.	1	2	3	4	5
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.	1	2	3	4	5
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.	1	2	3	4	5
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern.	1	2	3	4	5
53. Ich bin zu leichtgläubig.	1	2	3	4	5
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.	1	2	3	4	5
55. Ich habe vor anderen zu viel Angst.	1	2	3	4	5
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch.	1	2	3	4	5

	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will.	1	2	3	4	5
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge.	1	2	3	4	5
59. Ich streite zu oft mit anderen.	1	2	3	4	5
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz.	1	2	3	4	5
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.	1	2	3	4	5
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen.	1	2	3	4	5
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr.	1	2	3	4	5
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.	1	2	3	4	5

© Horowitz et al., 1988

9.3.9 Kurzform Symptom-Check-List (SCL-K-9)

Im Nachfolgenden finden Sie eine Liste mit Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie die einzelnen Beschwerden durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört und bedrängt worden sind.

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter.....		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren?	1	2	3	4	5
2	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen?	1	2	3	4	5
3	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen?	1	2	3	4	5
4	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?	1	2	3	4	5

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter.....		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
5	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden?	1	2	3	4	5
6	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein?	1	2	3	4	5
7	Schweregefühl in den Armen oder Beinen?	1	2	3	4	5
8	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden?	1	2	3	4	5
9	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind?	1	2	3	4	5

© Klaghofer, R.; Brähler, E.

9.3.10 Test of Self-Conscious Affect - shortform (TOSCA-3)

Instruktion:

In diesem Fragebogen sind Situationen beschrieben, denen Sie im alltäglichen Leben begegnen könnten. Anschließend werden mehrere häufig vorkommende Reaktionsweisen genannt.

Wenn Sie die einzelnen Situationsbeschreibungen lesen, versetzen Sie sich bitte in diese Lage. Schätzen Sie dann bitte ein, wie wahrscheinlich jede der genannten Reaktionen für Sie ist. **Es ist wichtig, dass Sie alle Reaktionsweisen nach ihrer Wahrscheinlichkeit einschätzen, da in ein und derselben Situation mehr als eine Reaktionsweise auf Sie zutreffen kann.** Es ist auch möglich, dass Ihre Reaktion zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich ausfällt.

		1= nicht wahrscheinlich			5 = sehr wahrscheinlich
1	Sie planen, mit einem Freund gemeinsam Mittagessen zu gehen. Um fünf Uhr nachmittags bemerken Sie, dass Sie ihn versetzt haben.				
a)	Sie würden denken: „Ich bin rücksichtslos“.	1	2	3	4 5
b)	Sie würden denken: „Er wird schon Verständnis dafür haben.“	1	2	3	4 5
c)	Sie würden versuchen, es so schnell wie möglich wieder gutzumachen.	1	2	3	4 5
d)	Sie würden denken: „Na ja, mein Chef hat mich kurz vor der Mittagspause noch aufgehalten“.	1	2	3	4 5
2	Sie haben auf der Arbeit einen Gegenstand kaputtgemacht und verstecken ihn anschließend.				
a)	Sie würden denken: „Das ist mir unangenehm. Ich muss ihn entweder selbst wieder in Ordnung bringen oder jemanden finden, der dies für mich tun könnte.“	1	2	3	4 5
b)	Sie würden über eine Kündigung nachdenken.	1	2	3	4 5
c)	Sie würden denken: „Viele Dinge sind heutzutage eben nicht sehr gut verarbeitet.“	1	2	3	4 5
d)	Sie würden denken: „Es war nur ein Versehen.“	1	2	3	4 5
3	Auf der Arbeit verschieben Sie die Planung einer wichtigen Aufgabe auf die letzte Minute, und alles geht schief.				
a)	Sie würden sich inkompetent fühlen.	1	2	3	4 5
b)	Sie würden denken: „Der Tag hat eben nie genug Stunden.“	1	2	3	4 5
c)	Sie würden denken: „Ich hätte eine Strafe verdient.“	1	2	3	4 5
d)	Sie würden denken: „Ich habe alles getan, was in meiner Macht stand.“	1	2	3	4 5
4	Auf der Arbeit machen Sie einen Fehler. Sie finden heraus, dass ein anderer Mitarbeiter dafür verantwortlich gemacht wird.				
a)	Sie würden denken: „Die Firmenleitung mag diesen Mitarbeiter eben nicht.“	1	2	3	4 5
b)	Sie würden denken: „Das Leben ist ungerecht.“	1	2	3	4 5

		1= nicht wahrscheinlich			5 = sehr wahrscheinlich		
c)	Sie würden schweigen und diesem Mitarbeiter aus dem Weg gehen.	1	2	3	4	5	
d)	Sie wären unzufrieden und sehr darum bemüht, die Situation richtig zu stellen.	1	2	3	4	5	
5	Während eines Spieles werfen Sie einen Ball. Dieser trifft einen Freund ins Gesicht.						
a)	Sie fühlen sich unfähig, da Sie noch nicht einmal in der Lage sind, einen Ball zu werfen.	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden denken, dass Ihr Freund das Fangen wohl noch ein bisschen üben muss.	1	2	3	4	5	
c)	Sie würden denken: „Es war nur ein Versehen.“	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden sich entschuldigen und dafür sorgen, dass es Ihrem Freund besser geht.	1	2	3	4	5	
6	Sie überfahren auf der Straße ein kleines Tier.						
a)	Sie würden denken, dass dieses Tier nicht auf die Straße gehört.	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden denken: „Ich bin ein schrecklicher Mensch.“	1	2	3	4	5	
c)	Sie würden es als Unfall ansehen.	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden wahrscheinlich mehrmals darüber nachdenken und sich fragen, ob Sie es hätten verhindern können.	1	2	3	4	5	
7	Sie verlassen eine Prüfung und denken, Sie waren sehr gut. Dann finden Sie heraus, dass Sie schlecht abgeschnitten haben.						
a)	Sie würden denken: „Es war ja nur eine Prüfung.“	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden denken: „Der Prüfer mag mich nicht.“	1	2	3	4	5	
c)	Sie würden denken: „Ich hätte mehr lernen sollen.“	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden sich blöd vorkommen.	1	2	3	4	5	
8	Während Sie mit einer Gruppe von Freunden ausgehen, machen Sie sich über einen Freund lustig, der nicht anwesend ist.						
a)	Sie würden denken: „Das war ja nur Spaß; das ist harmlos.“	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden sich klein und mies vorkommen.	1	2	3	4	5	

		1= nicht wahrscheinlich			5= sehr wahrscheinlich		
c)	Sie würden denken, dass dieser Freund vielleicht hätte dabei sein sollen, um sich verteidigen zu können.	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden sich entschuldigen und über die guten Seiten dieses Freundes reden.	1	2	3	4	5	
9	Sie machen auf der Arbeit bei einer wichtigen Aufgabe einen großen Fehler. Andere Leute waren von Ihrer Arbeit abhängig, und Ihr Chef kritisiert Sie.						
a)	Sie würden denken, Ihr Chef hätte die Erwartungen, die an Sie gestellt werden, klarer machen sollen.	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden sich am liebsten verstecken.	1	2	3	4	5	
c)	Sie würden denken: „Ich hätte das Problem erkennen und lösen sollen.“	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden denken: „Na ja, es ist eben niemand perfekt.“	1	2	3	4	5	
10	Sie kümmern sich um den Hund Ihres Freundes, während der Freund im Urlaub ist, und der Hund läuft Ihnen davon.						
a)	Sie würden denken, "Ich bin verantwortungslos und inkompetent."	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden denken, Ihr Freund kann sich nicht sehr gut um seinen Hund kümmern, denn sonst wäre er nicht davongelaufen.	1	2	3	4	5	
c)	Sie würden schwören, beim nächsten Mal vorsichtiger zu sein.	1	2	3	4	5	
d)	Sie würden denken, Ihr Freund könnte sich einfach einen neuen Hund zulegen.	1	2	3	4	5	
11	Sie gehen zur Hauseinweihungsfeier eines Kollegen und verschütten Rotwein auf seinem neuen cremefarbenen Teppich, doch Sie denken, es bemerkt niemand.						
a)	Sie denken, Ihr Kollege hätte mit einigen Missgeschicken bei so einer großen Party rechnen sollen.	1	2	3	4	5	
b)	Sie würden bis zum Ende bleiben, um nach der Party zu helfen, den Fleck zu entfernen.	1	2	3	4	5	

	1 = nicht wahrscheinlich			5 = sehr wahrscheinlich		
c) Sie würden sich von der Party fort wünschen	1	2	3	4	5	
d) Sie würden sich wundern, warum Ihr Kollege sich entschied, Rotwein bei diesem neuen, hellen Teppich zu servieren.	1	2	3	4	5	

© J. Tangney et al., 2000; deutsche Version von / German version by N. Rüsç & R. Brück 2003, kurze Version / short version: 11 neg. scen., 0 pos. scen.

9.3.11 Compass of Shame Styles, deutsch (CoSS)

Die folgende Liste von Items beschreibt Situationen, die jeder von Zeit zu Zeit erlebt. Jeder Situationsbeschreibung folgen vier mögliche Reaktionsweisen. Lesen Sie bitte die Beschreibungen und Reaktionsmöglichkeiten genau durch. Kreuzen Sie dann rechts die Zahl des Items an, die Ihrer Meinung nach am besten für Sie zutrifft. Zur Einsschätzung der Zahlen verwenden sie bitte die untenstehende Skala.

Bitte beantworten Sie immer alle vier Items für jede beschriebene Situation.

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
A. Wenn ich etwas mitmache, wo ich mir schwach oder unterlegen vorkomme...					
1. ...lasse ich mich davon nicht stören.	1	2	3	4	5
2. ...werde ich auf mich selbst wütend, weil ich nicht gut genug bin.	1	2	3	4	5
3. ...ziehe ich mich zurück.	1	2	3	4	5
4. ...werde ich auf die anderen ärgerlich.	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
B. In Konkurrenzsituationen, in denen ich mich selbst mit anderen vergleiche...					
5. ...kritisiere ich mich.	1	2	3	4	5
6. ...versuche ich, unsichtbar zu sein.	1	2	3	4	5
7. ...werde ich den anderen gegenüber feindselig.	1	2	3	4	5
8. ...ignoriere ich meine Fehler.	1	2	3	4	5
C. In Situationen, in denen ich mich unsicher fühle oder an mir zweifle...					
9. schleiche ich mich davon.	1	2	3	4	5
10. gebe ich anderen die Schuld dafür.	1	2	3	4	5
11. verhalte ich mich nach außen selbstsicherer, als ich eigentlich bin.	1	2	3	4	5
12. ärgere ich mich über mich selbst.	1	2	3	4	5
D. Wenn ich unzufrieden mit meinem Aussehen bin...					
13. lasse ich das an anderen Menschen aus.	1	2	3	4	5
14. tue ich so, als ob es mir egal wäre.	1	2	3	4	5
15. ärgere ich mich über mich selbst.	1	2	3	4	5
16. halte ich mich von anderen Leuten fern.	1	2	3	4	5
E. Falls ich einen peinlichen Fehler in der Öffentlichkeit mache...					
17. überspiele ich meine Verlegenheit mit einem Witz.	1	2	3	4	5
18. werfe ich mir selbst vor, dass ich nicht vorsichtiger war.	1	2	3	4	5
19. wäre es mir am liebsten, wenn man mich gar nicht bemerken würde.	1	2	3	4	5
20. ...werde ich wütend auf jeden, der mich verlegen macht.	1	2	3	4	5
F. Wenn ich mich einsam oder ausgeschlossen fühle...					
21. mache ich mich selbst fertig.	1	2	3	4	5
22. ziehe ich mich von den anderen zurück.	1	2	3	4	5
23. mache ich anderen Leuten Vorwürfe, weil sie mich ausschließen.	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
24. lasse ich es mir nicht anmerken.	1	2	3	4	5
G. Wenn ich das Gefühl habe, dass andere schlecht über mich denken...					
25. fühle ich mich alleine.	1	2	3	4	5
26. würde ich am liebsten auf deren Fehler hinweisen.	1	2	3	4	5
27. leugne ich, dass es irgendeinen Grund für mich gibt, mich schlecht zu fühlen.	1	2	3	4	5
28. fühle ich mich durch meine Fehler wie ein schlechterer Mensch.	1	2	3	4	5
H. Wenn ich denke, dass ich andere Menschen enttäuscht habe...					
29. werde ich wütend auf sie, weil sie so viel erwarten.	1	2	3	4	5
30. kaschiere ich meine Gefühle mit einem Witz.	1	2	3	4	5
31. mache ich mich selbst runter.	1	2	3	4	5
32. verlasse ich die Situation.	1	2	3	4	5
I. Wenn ich mich von jemandem zurückgewiesen fühle...					
33. beruhige ich mich durch Ablenkung.	1	2	3	4	5
34. denke ich immer wieder über meine Mängel nach.	1	2	3	4	5
35. ziehe ich mich zurück.	1	2	3	4	5
36. werde ich auf diejenigen sauer.	1	2	3	4	5
J. Wenn andere auf meine Fehler hinweisen...					
37. frustriert es mich, diese Fehler zu haben.	1	2	3	4	5
38. habe ich das Gefühl, zu schrumpfen.	1	2	3	4	5
39. weise ich auf deren Fehler hin.	1	2	3	4	5
40. versuche ich, mich deshalb nicht schlecht zu fühlen.	1	2	3	4	5
K. Wenn ich mich gedemütigt fühle...					
41. isoliere ich mich von anderen Menschen.	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
42. werde ich wütend auf andere, weil sie diese Gefühle auslösen.	1	2	3	4	5
43. vertusche ich die Demütigung, indem ich mich mit etwas anderem beschäftige.	1	2	3	4	5
44. ärgere ich mich über mich selbst.	1	2	3	4	5
L. Wenn ich mich schuldig fühle...					
45. schiebe ich das Gefühl auf diejenigen, die es ausgelöst haben.	1	2	3	4	5
46. verleugne ich das Gefühl.	1	2	3	4	5
47. habe ich das Gefühl, ich bin es nicht wert, unter Menschen zu sein.	1	2	3	4	5
48. will ich mich zurückziehen.	1	2	3	4	5
49. Wenn ich etwas mitmache, wo ich mir schwach oder unterlegen vorkomme, denke ich darüber nach, wie ich mich auf diesem Gebiet verbessern kann.	1	2	3	4	5
50. Wenn ich mich unsicher fühle oder an mir zweifle, versuche ich, meine Möglichkeiten realistisch abzuschätzen.	1	2	3	4	5
51. Wenn ich in der Öffentlichkeit einen peinlichen Fehler mache, erinnere ich mich daran, dass jeder Fehler macht.	1	2	3	4	5
52. Wenn ich mich einsam oder im Stich gelassen fühle, rede ich mit einem Freund oder einer Freundin.	1	2	3	4	5
53. Wenn ich das Gefühl habe, andere denken schlecht von mir, versuche ich den Grund dafür zu verstehen.	1	2	3	4	5
54. Wenn ich denke, dass ich andere Menschen enttäuscht habe, überlege ich, was ich tun könnte, um es wieder gut zu machen.	1	2	3	4	5
55. Wenn ich mich von jemandem zurückgewiesen fühle, verbringe ich meine Zeit mit anderen Freunden.	1	2	3	4	5
56. Wenn anderen auf meine Fehler hinweisen, denke ich darüber nach, wie ich mich verändern kann.	1	2	3	4	5
57. Wenn ich mich gedemütigt fühle, überlege ich, wie ich die Situation verändern kann.	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
58. Wenn ich mich schuldig fühle, versuche ich, es wieder gut zu machen.	1	2	3	4	5

© Jeff Elison 2000, deutsche Übersetzung: Corinna Scheel 2008

10 Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater, Hr. Prof. Dr. med. Ulrich Vorderholzer, für die Überlassung des Promotionsthemas sowie für die Betreuung meiner Arbeit auch nach seinem beruflich bedingten Umzug von Freiburg nach Prien.

Fr. Prof. Dr. med. Almut Zeeck danke ich für die schnelle und freundliche Zusage für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ein besonderer Dank gilt Fr. Dr. Gitta Jacob, die mich während der gesamten Zeit auf eine sehr unkomplizierte Weise und mit viel Energie unterstützte, mich in die Materie einführte und mir die nötigen Fähigkeiten vermittelte. Für Fragen und Anregungen stand sie immer zur Verfügung und fand für alle Probleme eine Lösung.

Den Mitarbeitern der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg, die unser Projekt tatkräftig unterstützten, sowie Fr. Dr. Jennifer Svaldi aus der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg und Fr. Dipl.-Psych. Neele Reiß aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Mainz danke ich an dieser Stelle herzlich.

Ebenso danke ich Pauline Dominiak und Juliane Kracht - schön, dass ich Euch kennen lernen und mit Euch arbeiten durfte. Alleine wäre ich an mancher Stelle sicherlich verzweifelt. Ich wünsche Euch viel Glück auf euren Wegen.

Allen Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben, gilt ein besonderer Dank. Sie haben nicht nur ihre Zeit geopfert und mir ihr Vertrauen geschenkt, sie haben mir viel beigebracht und diese Promotionsarbeit erst ermöglicht.

Für das Korrekturlesen will ich noch ganz besonders zwei Menschen danken:

Meiner Schwester Marietta von Lavergne: Ganz bewusst habe ich Dich gewählt als erste Leserin dieser Arbeit. Im Endspurt hast Du mich nochmals ermutigt und mich motiviert, dieses Kapitel meines Lebens abzuschließen. Dein aufrechtes Urteil war mir sehr wichtig. Danke!

Meinem Mitbewohner und guten Freund Tobias Ruther: Für deine akribische Pfennigfuchseriei beim Durchlesen dieser Arbeit, aber auch für die Tatsache, dass Du mich während des Ganzen mit Engelsgeduld ertragen hast, danke ich Dir von ganzem Herzen. Ich werde mich gerne bei Gelegenheit revangieren!

Abschließend gilt mein Dank meiner Familie. Ich wäre nicht da, wo ich jetzt bin, wenn es Euch nicht gäbe.

Meinen Eltern, Uta und Bob Harris, danke ich dafür, dass Sie mir Vertrauen entgegenbringen und mir das Studieren und Student sein ermöglicht haben. Ihr habt mir viel mit auf dem Weg gegeben und ich freue mich, eure Tochter sein zu dürfen. Danke!

Einen besonderen Stellenwert in meinem Leben haben meine Geschwister, Marietta von Lavergne und Sean Harris, inne. Durch eure direkte, hinterfragende, manchmal auch harte, gleichzeitig aber auch liebevolle, herzliche und aufrichtige Art prägt ihr mich und macht Entwicklung möglich. Ich weiß, dass Ihr immer für mich da seid, und dass erfüllt mich mit Glück. Danke!

Danke auch an den Zuwachs, der unsere Familie bereichert: mein Schwager Oliver von Lavergne und meine Schwägerin Michaela Harris - ihr seid der Hammer!

Ganz besonders freue mich, dass mein Großvater Ulrich Dibbern, dieses erreichte Ziel mit mir teilen kann. Als wirklich bemerkenswerte Persönlichkeit dienst Du mir in vielen Dingen als Vorbild. Ich danke Dir und deiner Frau Ingeborg Dibbern recht herzlich für eure Unterstützung und Begleitung auf meinem Lebensweg.

Eine Quelle der Inspiration und Liebe ist auch meine Familie in den USA, bei der ich mich geborgen, geschätzt und immer willkommen fühle. Ihr seid ein sehr wichtiger Teil meines Lebens. Myrna, thanks for being!

11 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Dawn Angela Harris
Adresse:	Dreikönigstraße 14, 79102 Freiburg
Familienstand:	ledig
Staatsangehörigkeit:	deutsch, US-amerikanisch
Geburtsdatum:	31.03.1980
Geburtsort:	Bonn

Schulische Ausbildung

1986 – 1987	Grundschule Kirchheim
1987 – 1990	Gemeinschaftsgrundschule Sürster Weg, Rheinbach
1990 – 1999	St. Michael Gymnasium Bad Münstereifel Abschluss: Abitur

Studium

1999-2007:	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau
09/2002:	Ärztliche Vorprüfung
08/2003:	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
03/2006:	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
05/2007:	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
06/2007:	Approbation als Ärztin

Famulaturen

02/2003:	Allgemeine- und Viszeralchirurgie, Uniklinikum Freiburg
02/2004:	Pädiatrie, KMG Klinikum Güstrow GmbH
03/2004:	Innere Medizin, Loretto-Krankenhaus Freiburg
09/2005:	Pneumologische Ambulanz, Uniklinikum Freiburg

Praktisches Jahr:

04 - 08/2006:	Anästhesie, HELIOS Klinik Titisee-Neustadt
08 - 11/2006:	Innere Medizin, HELIOS Klinik Titisee-Neustadt
11 - 12/2006:	Chirurgie, HELIOS Klinik Titisee-Neustadt
01 - 02/2007:	Chirurgie, Nepean Hospital, Penrith, Australia

Facharztweiterbildung Allgemeine Chirurgie:

Seit 07/2007:	Assistenzärztin Chirurgie, HELIOS Klinik Titisee-Neustadt, Hr. Prof. Dr. med. Eggstein, Fr. Dr. med. Holoch
---------------	---