Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SASB-KJ)

Anschluss an die Dritte Welle, Störungsäquivalente und Prozessevaluation im teilstationären Setting

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt von: Michael Wöste
Abgabedatum: 28.11.2018
Erstgutachterin: Prof. Dr. Petra Hampel
Zweitgutachter: Prof. Dr. Gunter Groen

„Therapeuten sollten zu **Beziehungsexperten** werden“

(Grawe, 2000, S. 699, Hervorhebung im Original)

Vorwort

Der erste Kontakt zu dem in dieser Arbeit genutzten Modell entstand bereits vor über einem Jahrzehnt im Rahmen einer Diplomarbeit (Wöste, 2010), die potentiellen Anwendungsmöglichkeiten faszinieren seither und führten letztlich zu der hier vorliegenden Arbeit. Wenngleich sich Ansatz und Umfang der vorliegenden Arbeit deutlich vom damaligen Projekt unterscheiden, werden doch einige besonders prägnante Zitate zum Modell erneut verwendet, die bereits in der Diplomarbeit genutzt wurden.

Weiterhin werden, außer bei einem nur allgemeinen Verweis auf Literatur, stets die genauen Seitenzahlen angegeben, um eine Überprüfung zu erleichtern. Konstruktiver wissenschaftlicher Diskurs sollte sich stets der kritischen Auseinandersetzung mit Informationen und deren Herkunft stellen, der punktgenaue Literaturverweis soll hierzu in diesem Rahmen seinen Beitrag leisten.

Um die in der Arbeit dargestellten Ausführungen besser und schneller nachvollziehen zu können, findet sich zudem auf der letzten Seite eine selbst erstellte Abbildung des Modells, welche die wichtigsten Informationen auf einen Blick zusammenfasst.

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes:

Lediglich zur Gewährleistung einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet, wenn sowohl weibliche, männliche oder sich anders definierende Personen gemeint sind.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ..... **I**

Abkürzungsverzeichnis ..... **V**

Zusammenfassung ..... **VI**

Abstract ..... **X**

1 Einleitung **1**

2 Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) **5**

2.1 Interpersonelle Theorie 5
2.2 Zirkumplexstruktur interpersonellen Verhaltens 9
2.3 Das Introjekt 14
2.4 Integration der Ansätze in die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens 18

3 Anwendungsfelder der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens **28**

3.1 Analyse von Beziehungsmustern 28
3.2 Hybrid Approach für Persönlichkeitsstörungen 36
3.3 Einzelfallanalyse 43
3.4 SASB als Grundlage weiterer Verfahren 46

4 Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie **48**

4.1 Verhaltenstherapeutische Entwicklungsphasen und Kernelemente der Dritten Welle 48
4.2 Über das Für und Wider einer „Dritten Welle“ 52

5 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen **55**

5.1 Aktuelle Klassifikationen und Krankheitsverständnis 55
5.2 Internalisierende Störungen 61
5.2.1 Affektive Störungen 61
5.2.2 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 62
5.2.3 Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 67
5.3 Externalisierende Störungen 68
5.3.1 Hyperkinetische Störungen 68
5.3.2 Störungen des Sozialverhaltens 70

6 Forschungs- und Evaluationsansätze in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen **73**

6.1 Metaebene Qualitätsmanagement 73
6.2 Diagnostik 74
6.3 Zielfindung 75
6.4 Wirksamkeits- und Prozessevaluation 76
6.5 Unterschiede in der Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen 78

7 Ableitung der theoretischen Introjekte **81**

7.1 Internalisierende Störungen 82
7.2 Externalisierende Störungen 86

8 Hypothesen 92

9 Darstellung des Studiendesigns 93

9.1 Fragebogenkonstruktion 93
9.2 Örtlicher und zeitlicher Ablaufplan 97
9.3 Erhebungsinstrument MakeMapsWin 99
9.4 Übersicht Datensets und deskriptive Statistiken 102

10 Überprüfung Reliabilität und Validität 108

10.1 Reliabilität 108
10.2 Validität 111
10.3 Diskussion 118

11 Überprüfung der Hauptfragestellungen 123

11.1 Überprüfung der Hauptfragestellung 1 123
11.1.1 Explorative Datenanalyse 138
11.1.2 Diskussion der ersten Hauptfragestellung 143
11.2 Überprüfung der Hauptfragestellung 2 148
11.2.1 Explorative Datenanalyse 156
11.2.2 Diskussion der zweiten Hauptfragestellung 160

12 Allgemeine Diskussion 164

12.1 Einordnung der Gesamtergebnisse 164
12.2 Kann die SASB als Dritte Welle Verfahren betrachtet werden? 171
12.2.1 Interpersonell orientierte Verfahren der Dritten Welle 182
12.2.2 Abschließende Prüfung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells 192
12.3 Nutzen und Mehrwert einer SASB-KJ 196
12.3.1 Erfassung komplexer Beziehungsmuster 197
12.3.2 Integrativer Zugang in einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis 199
12.4 Kritische Würdigung des SASB-Modells und des interpersonellen Ansatzes 202
12.5 Limitationen 204

13 Implikationen und Ausblick für zukünftige Forschung und Praxis 208

13.1 Anwendung der SASB-KJ innerhalb der psychotherapeutischen Praxis 208
13.2 Implikationen für die Forschung 215
13.3 Fazit 219

14 Nachwort 222

15 Literaturverzeichnis 223

16 Abbildungsverzeichnis 254

17 Tabellenverzeichnis 257

18 Anhang 259

Anhang 2.1 - Differenzierte Darstellung des Zirkumplex Ansatzes 259
Anhang 2.2 - Leary Interpersonal Circle 263
Anhang 3.1 - Pointierte Beschreibung des Übertragungsphänomens 264
Anhang 3.2 - Übersicht Codierungen im SASB Cluster-Modell 265
Anhang 3.3 - Theoretische Pattern-Werte 266
Anhang 4.1 - Übersicht der Metaanalyse zur Wirksamkeit der Dritte Welle Verfahren 268
Anhang 9.1 - Übersicht der einzelnen Hauptdiagnosen 269
Anhang 10.1 - Übersicht ausgewählter Ergebnisse faktorenanalytischer Untersuchungen der SASB 271
Anhang 11.1 - Programmoutputs der Patienten EU_001_X und EU_008_X 273
Anhang 11.2 - Deskriptive Statistiken der empirischen Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen 276
Anhang 11.3 - Deskriptive Statistiken einzelner Störungsbilder inklusive Box-Plots für jedes Störungsbild und Cluster 277
Anhang 11.4 - Ergebnisse der Varianzanalyse über einzelne Diagnosecluster 280
Anhang 11.5 - Ergebnisse der Vergleichsberechnung via MakeMapsWin zum Therapieverlauf der Patientin EU_001 282

19 Danksagung 283

20 Eidesstattliche Versicherung 284

21 SASB Cluster-Modell 285

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
AG	Attachment Group
ATK	Attack-Pattern
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
CFL	Conflict-Pattern
CON	Control-Pattern
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
DAG	Disrupted Attachment Group
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMS	Early Maladaptive Schema
FFM	Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit
GZAV	Gewichteter Zuneigungs-Autonomie-Vektor
IPIR	Important Persons and their Internalized Representations
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
IRT	Interpersonal Reconstructive Therapy
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PES	Persönlichkeitsentwicklungsstörung
PS	Persönlichkeitsstörung
SASB	Structural Analysis of Social Behavior
ST	Schematherapie
TBS-TK	Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: I. Psychische Störungen gehören mit Prävalenzraten von etwa 20% zu den häufigsten Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter und stellen eine besondere Herausforderung im Gesundheitssystem dar. Daher sind weitere wissenschaftliche Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig, die auch die Selbstperspektive der Patienten berücksichtigen sollten. Bei der Entwicklung von Verfahren der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie wird ein stärkerer Fokus auf Akzeptanz, Achtsamkeit und die Bedeutung früher Beziehungserfahrungen gelegt. Aktuelle psychotherapeutische Konzepte heben weiterhin die Bedeutung einer integrativen, therapieschulenübergreifenden Behandlung hervor. Hierbei wird auch ein weiter gefasstes Gesundheitsverständnis verfolgt, welches über die Abwesenheit von Krankheitssymptomen hinausgeht. Zur Etablierung einer solchen allgemeinen, integrativen Psychotherapie sind jedoch weitere Forschungsarbeiten notwendig.

II. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974) ist ein interpersonelles Zirkumplexmodell mit den beiden grundlegenden Dimensionen „Affiliation“ und „Interdependenz“. Das SASB-Modell dient hierbei der Erfassung von zwischenmenschlichen Beziehungen auf den Fokusebenen eines aktiven und eines reaktiven Verhaltens. Durch die dritte Fokusebene wird der aktive Umgang mit sich selbst erhoben, dieser Fokus wird als „Introjekt“ bezeichnet. Im SASB Cluster-Modell werden insgesamt acht Cluster formuliert, die einzelne Verhaltensweisen näher definieren: „Freie Spontaneität“ (Cluster 1), „wohlwollende Selbsterforschung“ (Cluster 2), „Selbstliebe / Selbstwertschätzung“ (Cluster 3), „sich selbst umsorgen“ (Cluster 4), „Selbstkontrolle / Selbstbeherrschung“ (Cluster 5), „Selbstanklage / Selbstunterdrückung“ (Cluster 6), „Selbsthass / Selbstzerstörung“ (Cluster 7) und „Tagträumerei / Selbstvernachlässigung“ (Cluster 8). Das komplexe Modell liegt bisher nur in einer Version für Erwachsene vor.

Ziel und Fragestellung: Ziel der vorliegenden Arbeit war die Konzeption einer integrativen Version des SASB-Modells für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SASB-KJ). Hierzu wurde geprüft, ob die SASB zu den Verfahren der aktuellen Dritten Welle der Verhaltenstherapie gezählt werden kann. Weiterhin wurde dargestellt, welchen Mehrwert die Nutzung einer SASB-KJ im Setting einer integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bieten kann. Durch die Erfassung des Introjektes bei Kindern und Jugendlichen wurde darüber hinaus zwei Hauptfragestellungen nachgegangen. Die erste Hauptfragestellung befasste sich mit Unterschieden im Introjekt bei internalisierenden und externalisierenden Störungen. In der zweiten Hauptfragestellung wurde untersucht, ob sich das Introjekt im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung verändert und dadurch die Variable Therapieerfolg erfasst werden kann.

Methoden: Zunächst wurde die deutsche Langform des SASB Introjekt-Fragebogens (Tscheulin & Glossner, 2002) für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen angepasst. Hierzu wurden die Formulierungen der 36 Fragebogenitems so geändert, dass sie leichter zu verstehen sind, ohne die inhaltliche Aussage zu verfälschen. Die angepassten Fragen wurden durch Voruntersuchungen (Expertenreview, Item-Cluster-Zuordnung und Pretest mit Bestimmung der internen Konsistenz) geprüft und teilweise erneut revidiert. Der endgültige Fragebogen wurde durch insgesamt *N* = 122 Kinder und Jugendliche (Alter 8 bis 21 Jahre, *M* = 13.89, *SD* = 2.82) beantwortet. Die Gesamterhebung fand an zwei Standorten statt. In einer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie mit angeschlossener Institutsambulanz in Eutin wurden *n* = 91 Patienten erfasst, weitere *n* = 31 Patienten wurden in einer ambulanten Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Hamburg befragt. Von den *N* = 122 Patienten wurden *n* = 89 der internalisierenden und *n* = 27 der externalisierenden Störungsgruppe zugeordnet, weitere *n* = 6 Patienten wiesen kombinierte Störungen auf. Im Rahmen der zweiten Fragestellung wurden insgesamt *n* = 18 Patienten der Eutiner Tagesklinik zu drei Messzeitpunkten der insgesamt etwa dreimonatigen Behandlungsdauer befragt. Die erste Erhebung (t_1) fand innerhalb der ersten zwei Wochen nach Aufnahme statt, die zweite (t_2) zur Mitte (sechs bis acht Wochen) der Behandlung und noch ein drittes Mal (t_3) innerhalb der letzten beiden Wochen vor Entlassung. Die Datenauswertung erfolgte multimethodal. Zur Eingabe der Fragebogendaten wurde die SASB Software MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) genutzt, hierüber erfolgten auch die Einzelfallanalysen. Der Datenexport erfolgte im dBase Dateiformat, die Datenaufbereitung wurde über Excel realisiert. Die Gruppenanalysen wurden mit SPSS durchgeführt. Zur Reliabilitätsbestimmung wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) berechnet, die Konstruktvalidität wurde durch Faktorenanalysen und Korrelationsberechnungen bestimmt. Zur Hypothesentestung wurden t-Tests und Varianzanalysen der Clustermittelwerte berechnet.

Ergebnisse: Die interne Konsistenz der einzelnen Cluster schwankte zwischen .38 und .78 je Cluster. Vier der acht Cluster wiesen Werte von über .70 auf, zwei Cluster lagen über .50, die beiden übrigen Cluster darunter. In der Hauptkomponentenanalyse zeigten sich drei Faktoren mit Eigenwerten >1, zwei der Faktoren konnten modellkonform als die beiden Hauptachsen Affiliation und Interdependenz interpretiert werden, der dritte Faktor ist als Störvariable zu betrachten. Eine weitere Analyse mit zwei vorgegebenen Faktoren konnte die theoretisch vorgegebene zirkumplexe Struktur der acht Cluster gut wiedergeben, die aufgeklärte Gesamtvarianz lag hierbei bei 62.92%. In der Korrelationsmatrix der Clustermittelwerte zeigten sich positive Korrelationen inhaltlich benachbarter Cluster und negative Korrelationen bei im Modell gegenüberliegenden Clustern. Die Überprüfung der ersten Hauptfragestellung erbrachte lediglich eine

signifikante Differenz (p = .010, d = .58) in Cluster 1, dieser beschreibt “freie Spontaneität”. In der Tendenz (Signifikanzniveau 10%) wiesen weiterhin Cluster 3 („Selbstliebe“, p = .098, d = .37) sowie Cluster 5 („Selbstkontrolle“, p = .057, d = .42) Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen auf. In einer anschließenden explorativen Datenanalyse zeigten sich in der Betrachtung einzelner näher definierter Störungsbilder weitere unterschiedliche Profile in den Clustern, die „wohlwollende Selbsterforschung“ (Cluster 2), „Selbstkontrolle“ (Cluster 5) sowie „Selbstvernachlässigung“ (Cluster 8) beschreiben. Im Rahmen der zweiten Hauptfragestellung ergaben sich signifikante Änderungen lediglich in zwei der acht Cluster. Zum Messzeitpunkt t_3 beschrieben die befragten Kinder und Jugendlichen eine stärkere „wohlwollende Selbsterforschung“ (Cluster 2, p = .003, d = 1.17) und eine geringere „Selbstunterdrückung“ (Cluster 6, p = .035, d = .76) als bei Aufnahme in die Tagesklinik. In der ebenfalls durchgeführten explorativen Datenanalyse zeigten sich jedoch unterschiedliche Verläufe der internalisierenden und externalisierenden Störungsgruppe über den Behandlungsverlauf. Hier lagen bei Patienten mit internalisierenden Störungen in der dritten Erhebung signifikante Änderungen mit großen Effektstärken in den drei Clustern vor, die adaptives Verhaltens beschreiben (Cluster 2 „Selbsterforschung“: p = .006, d = 1.73; Cluster 3 „Selbstliebe“: p = .047, d = 1.11; Cluster 4 „sich selbst umsorgen“: p = .004, d = 1.85). Demgegenüber zeigten Patienten mit externalisierenden Störungen keine signifikanten Veränderungen vom ersten zum letzten Erhebungszeitpunkt.

Diskussion: Die Anpassung des SASB Introjekt-Fragebogens für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen konnte erfolgreich umgesetzt werden. Die ermittelten Gütekriterien zur Reliabilität lagen überwiegend im zufriedenstellenden Bereich bei weiterem Verbesserungspotential. Die guten Ergebnisse zur Konstruktvalidität lassen zudem darauf schließen, dass das Konstrukt „Introjekt“ bereits im Kindes- und Jugendalter erfassbar ist. In beiden Hauptfragestellungen lagen in der qualitativen Betrachtung die erwarteten Unterschiede respektive Veränderungen vor. Einschränkend hierbei ist jedoch zu erwähnen, dass der überwiegende Teil der Clustermittelwerte keine signifikanten Unterschiede zeigte. So konnte in beiden Fällen die Nullhypothese nicht abgelehnt werden. Hinsichtlich des Ziels der vorliegenden Arbeit ist festzuhalten, dass die SASB als Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie betrachtet werden kann. Durch die Erfassung aller Fokusebenen kann eine umfassende interpersonelle Baseline der erlebten inter- wie intrapersonellen Beziehungen erhoben werden. Durch die Darstellung positiver Verhaltensweisen kann zudem ein umfassenderes Gesundheitsverständnis etabliert werden. Über die wiederholte Erfassung der interpersonellen Baseline kann ein Leitfaden für eine Psychotherapie erstellt werden. Innerhalb dieses Rahmens können integrativ

unterschiedliche Behandlungsverfahren einbezogen werden und einheitliche Begriffsstrukturen geschaffen werden. Limitationen ergeben sich, neben den häufig nicht-signifikanten Differenzen, aus der Übernahme der Diagnose der Patienten ohne separate Überprüfung. So konnten aufgrund vieler Patienten, welche die eher unscharfe Diagnose einer Anpassungsstörung erhalten hatten, keine konkreten Aussagen zu Effekten auf Ebene der beiden Hauptstörungsgruppen getroffen werden.

Implikationen für Forschung und Praxis: Für die Implementierung einer SASB-KJ sollten zunächst auch die verbleibenden beiden Fokusebenen des aktiven und reaktiven Verhaltens für eine Anwendung im Kindes- und Jugendalter angepasst werden. Sobald das SASB-Modell für alle Fokusebenen adaptiert ist, kann im Rahmen weiterer Forschungen eine umfassende Validierung erfolgen. Anschließend kann ein Anwender- sowie Behandlungsmanual für die Nutzung der SASB-KJ erstellt werden, die Entwicklung einer Software zur Datenerfassung und patientenfreundlichen Darstellung wird ebenfalls empfohlen. Mit der Nutzung der SASB-KJ wäre ein ganzheitliches Modell für die therapeutische Praxis vorhanden, mit dem ein maßgeblicher Beitrag zur Qualitätssicherung psychotherapeutischer Prozesse gelingen kann. Mit der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Prüfung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells an die Dritte Welle der Verhaltenstherapie, der Anpassung des Introjekt-Fragebogens mit anschließender Überprüfung der Gütekriterien sowie der Darstellung des Mehrwertes einer Nutzung im Rahmen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde der erste, wegweisende Schritt zur Erstellung und integrativen Nutzung der SASB-KJ geschaffen.

Abstract

Introduction: I. Mental disorders, with prevalence rates of around 20%, are among the most common childhood and adolescent diseases and are a particular challenge for health systems. Therefore, further scientific studies on the mental health of children and adolescents are needed, with special respect to the patients' self-perspective. In the development of "third wave" behavioral therapy, the domains of acceptance, mindfulness, as well as the importance of early relationship experiences are becoming more important. Current psychotherapeutic concepts also continue to emphasize the importance of integrative treatment. It also pursues a broader understanding of the concept of health beyond the absence of disease symptoms. However, further research is needed to establish an integrative psychotherapy approach.

II. Structural Analysis of Social Behavior (SASB; Benjamin, 1974) is an interpersonal circumplex model with two basic dimensions, "affiliation" and "interdependence". The SASB model serves to capture relationships at the surface of active and reactive interpersonal behavior. The third surface represents behaviors that are intrapsychic rather than interpersonal. This surface is called introject. In the SASB cluster model, a total of eight clusters are formulated, which further define specific individual behaviors: "self-emancipate" (Cluster 1), “self-affirm” (Cluster 2), “self-love” (Cluster 3), “self-protect” (Cluster 4), “self-control” (Cluster 5), “self-blame” (Cluster 6), “self-attack” (Cluster 7) and “self-neglect” (Cluster 8). This complex model is currently only available for adult patients.

Goal and issues: The main goal of the present study is the conception of an integrative version of the SASB model for psychotherapy with children and adolescents. For this purpose, it will be examined whether the model can be seen as a member of the family of third wave behavioral therapies. Furthermore, the potential value of SASB-KJ in the context of an integrative child and adolescent psychotherapy will be shown. By testing introjects of children and adolescents, moreover, two issues are pursued. The first issue deals with introject-differences in internalizing and externalizing disorders. In the second issue it is examined whether introject changes in the treatment of a clinical therapy.

Methods: German long form of the SASB introject questionnaire (Tscheulin & Glossner, 2002) was adapted for the use with children and adolescents. For this purpose, the formulations of the 36 questionnaire items were changed so that they are easier to understand without changing the content of the statement. The adjusted questions were examined during preliminary investigations (expert review, item-cluster-assignment and pretest with determination of internal consistency) and revised again. The final questionnaire was answered by a total of *N* = 122 children and adolescents (8 to 21 years,

M = 13.89, *SD* = 2.82). The survey took place at two different locations. In a psychiatric day-care clinic in Eutin, *n* = 91 patients were surveyed and a further *n* = 31 patients were included in an outpatient office for psychotherapy in Hamburg. Of the *N* = 122 patients, *n* = 89 were assigned to an internalizing and *n* = 27 to an externalizing disorder group, another *n* = 6 patients had combined disorders. In the context of the second research question, a total of *n* = 18 patients from the clinic in Eutin were questioned three times during the clinical treatment. The first survey (t_1) took place within the first two weeks after admission, the second (t_2) to the mid-section (six to eight weeks) of treatment and a third time (t_3) within the last two weeks before discharge. Data analysis was a multimethod-design. SASB software MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) was used for data input. This software also was the basis for individual case analysis. Data export took place in the dBase format; data processing was realized via Excel. Group analyses were performed with SPSS. To determine the reliability of the model, the internal consistency (Cronbach's alpha) was calculated; construct validity was determined by factor analysis and intercorrelations. For hypothesis testing, t-tests and variance analysis of cluster mean values were calculated.

Results: Internal consistency of the individual clusters varies between .38 and .78 per cluster. Four of the eight clusters showed values above .70; two clusters are above .50, the other two clusters below. In principal component analysis, three factors with eigenvalues >1 were found; two of the factors could be interpreted in accordance with the model as the two main axes of affiliation and interdependence; the third factor should be seen as an unexpected variable. Further analysis with two predefined factors showed a good representation of the theoretically given circumplex structure of the eight clusters, accounted for 62.92% of the variance. In the correlation matrix, positive correlations of neighboring clusters were found as well as negative correlations for opposing clusters. The review of the first major issue only showed a significant difference (*p* = .010, *d* = .58) in cluster 1, which describes "self-emancipate". With significance level of 10%, also cluster 3 ("self-love", *p* = .098, *d* = .37) and cluster 5 ("self-control", *p* = .057, *d* = .42) showed differences between the two groups of internalizing and externalizing disorders. In a following exploratory data analysis, the examination of individual, more precisely defined mental disorders revealed further different profiles in the clusters which define "self-affirm (cluster 2), "self-control" (cluster 5) and "self-neglect" (cluster 8). In the context of the second main issue, there also were changes in the introject, which suggest that the clinical treatment was effective. Significant changes, however, occurred only in two of the eight clusters. At the time of the last measurement (t_3), the children and adolescents described a stronger "self-affirm" (cluster 2, *p* = .003, *d* = 1.17) and a lower "self-blame" (cluster 6, *p* = .035, *d* = .76) than at the beginning of clinical treatment. In the explorative

data analysis, different processes of the internalizing and externalizing disorder group were shown over the duration of treatment. In the third measurement, patients with internalizing disorders showed significant changes with large effect sizes in the three clusters describing adaptive behavior (cluster 2 "self-affirm": p = .006, d = 1.73; cluster 3 "self-love": p = .047, d = 1.11; cluster 4 "self-protect": p = .004, d = 1.85). In contrast, patients with externalizing disorders showed no significant changes from the first to the last measurement.

Discussion: Adaptation of the SASB introject questionnaire for the use with children and adolescents has been successfully implemented. Reliability results were mainly satisfactory with further potential for improvement. The good results on construct validity also suggest that the construct "introject" can already be detected in childhood and adolescence. In both main issues, observation of qualitative differences provided the expected differences and changes. Restrictively, however, it should be mentioned that the majority of cluster mean values showed no significant differences. Thus, in both cases, the null hypothesis could not be rejected. Regarding the aim of the present study, it should be noted that the SASB can be considered as a model of the third wave of behavioral therapy. By gathering the data of all three SASB surfaces, a comprehensive interpersonal baseline of the experienced inter- and intrapersonal relationships can be ascertained. In addition, a more comprehensive understanding of health can be established through the presentation of positive behaviors. The repetition of the interpersonal baseline can be used to create a common frame for psychotherapy. Within this framework, integrative treatment methods can be integrated and constant conceptual structures can be created. Limitations arise, apart from the often non-significant differences, from assuming the diagnosis of the patients without a separate review. Thus, many patients have received the rather vague diagnosis of an adjustment-disorder; this complicates solid statements on effects at the level of the two main disorders groups.

Implications: For an implementation of the SASB-KJ, the remaining two surfaces of active and reactive interpersonal behavior should be adapted first. Once the SASB model is adapted for all three surfaces, full validation studies can be done. Then, a user and treatment manual for the use of SASB-KJ can be created. This would provide a holistic, integrative frame model that can promote a major contribution to the quality of psychotherapeutic processes. With the present study the first groundbreaking step for creation and integrative use of the SASB-KJ was created.

„STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL BEHAVIOR“

(Benjamin, 1974, S. 392).

Deutsche Übersetzungen in Werken Benjamins:

„Strukturanalyse sozialer Beziehungen“
(Benjamin, 1996b, S. 140).

„Strukturale Analyse sozialen Verhaltens“
(Benjamin, 2001, S. 11).

Deutsche Übersetzungen in Artikeln von Fremdautoren:

„Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens“
(Tress & Junkert, 2002a, S. 36).

„Strukturelle Analyse Sozialer Beziehungen“
(Amelang & Zielinski, 2004, S. 553, Fettdruck im Original)

„Strukturanalyse sozialer Beziehungen“
(Fiedler & Herpertz, 2016, S. 125).

1 Einleitung

Die einleitenden unterschiedlichen Übersetzungen der Structural Analysis of Social Behavior (SASB), einem Modell der interpersonellen Theorie zur Erfassung von zwischenmenschlichen und intrapsychischen Beziehungen, verdeutlichen bereits die Herausforderungen bei einer ersten Begegnung mit dem Modell. Welcher Übersetzung folgen? Welche Autoren beziehen sich aufeinander, welche Autoren schreiben möglicherweise ohne Kenntnis des anderen aneinander vorbei? Einerseits wird das SASB-Modell ganz aktuell positiv rezipiert (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 125ff), andererseits liegt nicht einmal eine einheitliche Übersetzung des Modells im deutschen Sprachraum vor. Zudem finden sich derzeit lediglich vereinzelte Projekte, in denen nur die Kurzform des Modells verwendet wird (etwa Fincke, Möller & Taubner, 2015), für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie konnten **keine Forschungsansätze** gefunden werden. Ansatz und Anspruch der vorliegenden Arbeit ist es daher, die Grundlage für eine **integrative Version des SASB-Modells für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SASB-KJ)** zu entwickeln.

Die **Relevanz** einer solchen Arbeit ergibt sich aus verschiedenen Aspekten. So stellt die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen eine besonders gewichtige gesundheitsbezogene Herausforderung dar, hierbei ist „die Gewinnung von umfassenden Informationen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland von besonderer Bedeutung“ (Ravens-Sieberer, Klasen & Petermann, 2016, S. 4). Der Erfassung von Symptomen aus der **Selbstperspektive** der Kinder und Jugendlichen wird dabei explizit eine große Bedeutung beigemessen (Klasen, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017, S. 403).

Zur **Behandlung** dieser psychischen Störungen sind als anerkannte ambulante Psychotherapieverfahren psychoanalytisch begründete Therapien sowie die Verhaltenstherapie zugelassen (Psychotherapie-Richtlinie, 2017, S. 12). Im Rahmen der Therapie steht zumeist eine **Symptomreduktion** im Vordergrund, die Patienten-perspektive hingegen wird im therapeutischen Prozess nicht immer ausreichend berücksichtigt (Krause, Fernández & Bräutigam, 2015, S. 419). In einem solchen Krankheitsverständnis spiegelt sich eine dichotome, kategoriale Einteilung in „gesund“ oder „krank“ wieder (Lutz, 2011, S. 56f), eine erfolgreiche Therapie wäre in diesem Kontext durch die Abwesenheit der ursprünglichen Krankheitssymptome definiert. Im Rahmen eines umfassenderen **salutogenetischen Konzeptes** wird Gesundheit jedoch sehr viel weiter gefasst und ein dimensionales Verständnis von Krankheit und Gesundheit

entwickelt (Antonovsky, 1997, S. 29f; Hartung, 2011, S. 235). Auch wenn die Klassifizierung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter inzwischen **multiaxial** erfolgt (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012, S. 9), wird die einzelne psychische Erkrankung selbst weiterhin rein definierend beschrieben (Dilling & Reinhardt, 2016, S. 7). Ein Nicht-Vorliegen der entsprechenden Störungskriterien ist somit einhergehend mit der Beschreibung von „Gesundheit", ohne ein positiv-formuliertes Gesundheitsverständnis zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der beiden anerkannten Psychotherapieverfahren ist der Wunsch nach einer **schulenübergreifenden, integrativen Psychotherapie** nach wie vor aktuell. So hat sich Grawe (2000) der Konzeption einer allgemeinen, integrativen Psychotherapie gewidmet, dies wird auch durch Fiedler und Herpertz (2016) als „Vision für die Zukunft" (S. 247) betrachtet. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gilt dies umso mehr, da hier im Vergleich zur Psychotherapieforschung bei Erwachsenen wesentlich weniger Studien vorliegen (Krause et al., 2015, S. 419). Döpfner (2003, S. 264) beklagt ebenfalls die mangelhafte Psychotherapieforschung in Deutschland. Für interpersonelle Psychotherapieverfahren der Depression im Speziellen wird die deutsche Studienlage gar als unbefriedigend bezeichnet (Straub, Nicolaus, Plener, Spröber & Kölch, 2014, S. 14).

Innerhalb der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungspraxis wird weiterhin ein häufig **eklektisches Vorgehen** kritisiert, welches einem stringenten wissenschaftlichen Anspruch entgegensteht (Schulte-Markwort & Bindt, 2006, S. 73). Die Notwendigkeit und Relevanz wissenschaftlicher Arbeiten zur Konzeptionierung einer allgemeinen, integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie soll abschließend mit folgendem Zitat zusammengefasst werden:

> „Zur weiteren Entwicklung einer Allgemeinen Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien sind dringend weitere wissenschaftlich fundierte Arbeiten notwendig" (Borg-Laufs, 2007b, S. 917).

Mit der in dieser Arbeit vorgenommenen Konzeption einer **integrativen SASB-KJ** wird ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung der aufgeführten Handlungsfelder geleistet. Mit der SASB-KJ wird ein ganzheitliches Modell psychotherapeutischer Prozesse präsentiert, mit dem einheitliche Begriffsstrukturen und ein weitergefasstes Gesundheitsverständnis geschaffen werden könnten.

Um dies zu gewährleisten, erfolgt zunächst eine ausführliche Beschreibung des Modells sowie der zugrunde liegenden Theorien und Ansätze, um eine fundierte Basis zu schaffen, auf der alle weiteren Überlegungen und Ausführungen fußen. Hierauf aufbauend soll dann im weiteren Verlauf die Anschlussfähigkeit an die aktuelle psychotherapeutische Strömung der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (etwa Heidenreich & Michalak, 2013, S. 14) sowie die Prüfung des potentiellen Mehrwertes für den Einsatz des Modells in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgen. Darüber hinaus wird eine Adaption des SASB **Introjekt-Fragebogens** für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen, hierbei werden die Kinder und Jugendlichen befragt, wie sie aktiv mit sich selbst umgehen. Anhand der erhobenen Daten soll **zwei Hauptfragestellungen** nachgegangen werden. In der **ersten Hauptfragestellung** wird geprüft, ob Patienten mit internalisierenden Störungen ein anderes Introjekt zeigen als Patienten mit externalisierenden Störungen. Die **zweite Hauptfragestellung** widmet sich der Überprüfung, ob durch die wiederholte Erfassung des Introjektes im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung eine Prozessevaluation ermöglicht werden kann.

Aus dem Ansatz dieser Arbeit als grundlegendes Werk einer SASB-KJ ergibt sich auch deren Aufbau. Neben der diffusen Namensvielfalt der Übersetzungen ergibt sich bei einem ersten Kontakt mit dem Modell eine zusätzliche Hürde durch dessen **Komplexität**, dies wird auch durch Benjamin (1996a, S. 255) selbst einschränkend erwähnt. Daher wird, um die erwähnte notwendige Basis zu etablieren, das SASB-Modell sukzessive eingeführt. Zunächst beschreibt **Kapitel 2** die theoretischen Grundlagen und die Integration der unterschiedlichen Konzepte in die SASB, ehe in **Kapitel 3** die bisherigen Anwendungsfelder des Modells vorgestellt werden. Um die Anschlussfähigkeit an die Dritte Welle der Verhaltenstherapie prüfen zu können, werden in **Kapitel 4** die Kernelemente dieser Strömung herausgearbeitet. Für die Konzeption einer SASB-KJ ist es weiterhin notwendig, sich mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen, dies erfolgt in **Kapitel 5**. Der theoretische Teil der Arbeit schließt mit **Kapitel 6**, in dem kurz auf bisherige Forschungs- und Evaluationsansätze der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingegangen wird, um auch hier eine Ausgangsbasis zu schaffen, gegen die später der Mehrwert geprüft werden kann.

Aufbauend auf den Ergebnissen zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen beginnt der praktische Teil der Arbeit mit der Konzeption theoretischer Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen in **Kapitel 7**. Die beiden Hauptfragestellungen werden in **Kapitel 8** zu konkreten Hypothesen operationalisiert, in **Kapitel 9** wird das Studiendesign einschließlich der Fragebogenkonstruktion vorgestellt. Im folgenden **Kapitel 10** wird der neu konstruierte Fragebogen hinsichtlich Reliabilität und Validität überprüft, die Prüfung der aufgestellten Hypothesen findet sich daran

anschließend in **Kapitel 11**. Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen und Ergebnisse finden sich bereits jeweils am Ende der Kapitel 10 und 11 eigenständige kapitelspezifische Diskussionen. In der abschließenden Diskussion in **Kapitel 12** wird zunächst eine Einordnung der Gesamtergebnisse vorgenommen. Aufbauend auf die Ausführungen im theoretischen Teil werden daran anschließend folgende Fragen beantwortet: Ist das SASB-Modell ein Verfahren der Dritten Welle? Welchen Mehrwert bietet die Nutzung des Modells? Darüber hinaus finden sich in diesem Kapitel eine kritische Betrachtung des Modells sowie die Auseinandersetzung mit den Limitationen der vorliegenden Arbeit. Im abschließenden **Kapitel 13** wird ein Ausblick auf einen möglichen SASB-KJ unterstützten Therapieablauf gegeben, zudem werden konkrete Implikationen für anschließende Forschungsprojekte formuliert.

Bei allen Ausführungen wird großer Wert darauf gelegt, sie möglichst lebendig und praxisnah an **konkreten Beispielen innerhalb der SASB Nomenklatur** zu verdeutlichen. Hierdurch soll, dem Anspruch dieser Arbeit folgend, die Nachvollziehbarkeit der Ausführungen erleichtert sowie Raum geschaffen werden, eigene Ideen für die **Nutzung im psychotherapeutischen Alltag** zu entwickeln.

Um bereits an dieser Stelle der Namensdiffusität vorzubeugen und eine einheitliche deutsche Übersetzungsvariante für die zukünftige Verwendung vorzuschlagen, wird in dieser Arbeit der Übersetzung nach Tress und Junkert (2002a, S. 36) gefolgt. Zum einen ist sie aus dem deutschen Standardwerk (Tress, 2002) entnommen worden, zum anderen deckt sie sich mit der Übersetzung in der deutschen Hauptmonographie Benjamins (2001) und wird in dieser Form auch im Programm für die deutsche Fragebogenversion (Tscheulin, 2001) verwendet. Die Structural Analysis of Social Behavior wird somit wie folgt übersetzt:

Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB).

2 Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)

Wie bereits einleitend beschrieben, ist für alle weiteren Ausführungen ein fundiertes Verständnis der SASB erforderlich. Daher wird das Modell inklusive der theoretischen, zugrundeliegenden Ansätze im Folgenden detailliert dargestellt. Begonnen wird hierbei mit den Grundannahmen der interpersonellen Theorie sowie der Methodik, interpersonelles Verhalten mittels Zirkumplexmodellen darzustellen, weiterhin wird der hier verwendete Begriff des Introjekts näher behandelt. Zuletzt folgt die Darstellung der Integration der einzelnen Ansätze in das SASB-Modell.

2.1 Interpersonelle Theorie

Benjamin (1974) benennt als die hinter dem SASB-Modell stehende grundlegende psychiatrische Theorie die **interpersonelle Theorie nach Harry Stack Sullivan** (1983). Obwohl „sein Werk und Erbe nicht nur im deutschsprachigen Raum wenig bekannt sind“ (Conci, 2011, S. 140), stellt seine Theorie „den besten theoretischen Rahmen für die intersubjektive Sichtweise“ (Conci, 2011, S. 140) dar. So wurde das Hauptwerk Sullivans (1983) erst posthum veröffentlicht und entstand aus unveröffentlichtem Material seiner Vorlesungen. Durch die interpersonelle Theorie wurde eine **Alternative zur psychoanalytischen Theorie** geschaffen, welche vor allem intrapsychische Vorgänge betont (Kiesler, 1982, S. 3). Somit wird Sullivan der Neo-Psychoanalyse zugeordnet (Rattner, 1990, S. 416).

Den zentralen Aspekt in der interpersonellen Theorie stellt das **Konzept der Angst** dar (Goddemeier, 2017, S. 177), dies jedoch im Verständnis einer grundlegenden Erfahrung sowie Basisemotion und nicht als akute Störung im Sinne einer Angst- oder Panikattacke (Chrzanowski, 1977, S. 57). Im interpersonellen Raum „rückt das Streben nach Sicherheit und die Vermeidung von Angst und Hilflosigkeit an die zentrale Position“ (Hartkamp, 2002, S. 14). Eine einprägsame Metapher dieses Angstkonzeptes beschreibt Chrzanowski (1982): “Sullivan thought that anxiety is an interpersonal umbrella that covers every aspect of human existence” (S. 33). Sullivan (1983, S. 98) sieht den Beginn der Entwicklung von Angstanspannung bereits im Säuglingsalter. Hierbei wird die Angst durch die Bezugsperson, insbesondere der Mutter, induziert und beeinträchtigt die Bedürfnisbefriedigung des Kindes. Möglich ist dieser Prozess, da postuliert wird, dass ein Säugling ein Grundbedürfnis nach emotionalem Kontakt, einschließlich Körperkontakt, besitzt (Benjamin, 2001, S. 24). Ein solches Bedürfnis nach Nähe zu den unmittelbaren Bezugspersonen entsteht aus einer überlebensnotwendigen Abhängigkeit zu diesen, da sie Quelle von Nahrung und Schutz sind. Aufgrund dieser engen, emotionalen

Verwobenheit werden auch Ängste seitens der Bezugspersonen durch das Kind erlebt und auf das Kind übertragen. Davon ausgehend wird der **Beginn von Lernerfahrungen** beschrieben, um „wachsende von geringer werdender Angst zu unterscheiden und die Aktivität in Richtung der letzteren zu lenken“ (Sullivan, 1983, S. 179). Auch Sandler (2003, S. 224) benennt Angst als eines der bedeutendsten Verhaltensmotive, sowie weiterhin das Bedürfnis nach Aufrechterhaltung eines Sicherheitsgefühls.

Während Chrzanowski (1977, S. 23) betont, Sullivans Formulierungen ließen keinen Raum für konstruktive Aspekte der Angst, sondern seien grundsätzlich schädlich für die Entwicklung, differenziert Sullivan (1983, S. 178f) selbst zwischen schwerer, lähmender Angst, welche in der Tat einen störenden Faktor ohne Informationsgewinn darstellt, und einer schwächer ausgeprägten Form von Angst, durch die ein Lernprozess begonnen werden kann. Diesen dualen Aspekt im Sinne einer positiven Aktivierung zur Angstbewältigung oder aber primär lähmender Angst beschreibt auch Riemann (2009, S. 9).

Indem Sullivan explizit die Biologie und Sozialpsychologie als Beitrag zur Ausgestaltung der interpersonellen Theorie benennt, wird ein **interdisziplinärer Ansatz** verfolgt. Hierbei wird insbesondere die Sozialpsychologie George Herbert Meads und die dortige Beschreibung der Entwicklung des Selbst benannt, in der sich ein Individuum „auf der Basis reflektierter Bewertungen seitens anderer sowie des Erlernens von Rollen, die man übernimmt“ (Sullivan, 1983, S. 39) entwickelt. Mead (2013, S. 207ff) kritisiert die in der damaligen Psychologie zum Teil vertretene Meinung, die Identität eines Menschen könne sich eigenständig ohne Kontakt entwickeln und bestehen und hebt die Erlangung der Identität im und durch den gesellschaftlichen Prozess hervor.

Auch im interpersonellen Ansatz wird verdeutlicht, dass der Mensch als Wesen betrachtet wird, welches sich nicht isoliert und zentriert auf sich selbst, sondern im **reziproken Austausch mit anderen** entwickelt, wobei auch kulturelle Aspekte explizit mit einbezogen werden: „Sullivan nimmt besonders die Verwobenheit des Einzelnen mit seiner Umwelt in den Blick“ (Goddemeier, 2017, S. 176). Hierzu wird durch Chrzanowski (1977, S. 98ff) herausgestellt, dass in jeder Kultur und Gesellschaft immer auch differente und kollidierende Anforderungen, Motivationen und Erwartungen vorherrschen und sich die individuelle Entwicklung dementsprechend in Abhängigkeit der jeweiligen Kultur divergent entwickeln kann, Ziel bleibt aber auch hier die Vermeidung von Angst respektive die Herstellung von Sicherheit. Bedeutsam hierbei ist jedoch nicht die „objektive“ Umwelt, sondern die **subjektive Erfahrung** eben jener. Das Konglomerat dieser individuellen Erfahrungen wird als „reflected appraisals“ (Sullivan, 1947, S. 10) bezeichnet. Das Selbstbild hängt folglich nicht davon ab, wie eine Person objektiv „ist“, sondern wie diese

Person subjektiv glaubt, selbst in den Augen von anderen wahrgenommen zu werden (Chrzanowski, 1982, S. 38f). Auch hier zeigt sich die gedankliche Verknüpfung zu Mead (1969, S. 77), der betont, dass subjektive Vorstellungen von etwas für eine Person genauso real und gewichtig sein können, wie das objektive Element selbst.

Ein weiteres wichtiges Element stellt das „Ein-Genus-Postulat“ (Sullivan, 1983, S. 55) dar. Hiernach sind Unterschiede zwischen verschiedenen Menschen weitaus geringer als zwischen einem Menschen und der nächstverwandten Spezies, sodass vor allem die Gemeinsamkeiten herausgestellt werden. Diesem Ansatz folgend zeigt sich der **Grundgedanke eines dimensionalen Krankheitsverständnisses**, da Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Personen nicht grundlegender oder kategorialer Natur sind, sondern vielmehr gradueller (Conci, 2005, S. 162). In Abgrenzung zur psychoanalytischen Sichtweise führt Sullivan (1983) die Entwicklung psychischer Störungen demzufolge nicht darauf zurück, dass „der Mensch seinem Wesen nach schlecht sei“ (Sullivan, 1983, S. 242) und entsprechenden Trieben folgt. Vielmehr ist in der interpersonellen Theorie eine **psychische Störung als Anpassungsreaktion an eine inkonsistente Umwelt** zu verstehen. In diesem Zusammenhang stellt auch das erwähnte Streben nach Angstvermeidung und Sicherheit keinen Trieb dar, sondern einen Zustand, welcher mittels komplexer Anpassungen zu erreichen versucht wird (Hartkamp, 2002, S. 15).

Sullivan (1983, S. 242ff) beschreibt eindrücklich die **Entwicklung aggressiven Verhaltens** im Kindesalter aufgrund von unterschiedlichen Reaktionen, die ein Kind seitens der Bezugspersonen erfährt, obwohl es stets gleich agiert. Dasselbe Verhalten des Kindes führt in der einen Situation also zu positiver Zuwendung, in der anderen hingegen zu Abwertung und Verletzung. In einer solch unvorhersehbaren Umwelt kann dieses Kind nicht kontrollieren, welche Reaktion sein Verhalten hervorruft, als Konsequenz entwickelt es eine feindselige Grundhaltung als Schutzfunktion des Selbst, welche sich bei späterer Manifestation in anderen Beziehungen als hinderlich erweist, negative Reaktionen des neuen Gegenübers forciert und zu weiteren Problemen führt.

Fehlangepasste Verhaltensweisen, die in Persönlichkeitsstörungen persistieren können, sind demgemäß Folge einer **ursprünglich gesunden Überlebensstrategie** innerhalb eines belastenden Lebensweltkontinuums. Dieses Verhalten ist jedoch nicht unveränderlich, Sullivan verfolgt einen Ansatz, der zusätzlich den Entwicklungsaspekt betont (Chrzanowski, 1982, S. 34). Damit ist die „interpersonale Theorie nicht nur auf die horizontale Ebene des Feldkonzeptes, sondern auch auf die vertikale Ebene der Entwicklung zentriert“ (Conci, 2011, S. 145). Dem Therapeuten kommt im Rahmen der Behandlung und Entwicklung von gesundem Verhalten die **Rolle als teilnehmender**

Beobachter zu. Er ist einbezogen und verwickelt in das therapeutische Gespräch und fungiert sowohl als Adressat als auch als Adressant von Botschaften innerhalb eines wechselseitigen Austausches, der Therapeut muss sich dessen auch stets gewahr sein und den Prozess kritisch reflektieren (Sullivan, 1976, S. 16ff). Weiterhin ist in diesem Prozess immanent, dass der Therapeut sich nicht als außenstehender Betrachter sieht, sondern versucht, die Umwelt aus Patientensicht zu verstehen (Benjamin, 2001, S. 24).

Aktuell wird die **Interpersonelle Psychotherapie (IPT)** insbesondere als Psychotherapieverfahren bei Depressionen eingesetzt. Hier zeigt sich die IPT gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) als ähnlich effizient und wirksam, auch über einen längeren Zeitraum (Hautzinger, 2007, S. 232). Der Fokus der Therapie bezieht sich auf die Arbeit mit aktuell vorliegenden interpersonellen und psychosozialen Problemen. Depression und interpersonelle Belastungen fungieren hierbei gleichermaßen als wechselwirkende auslösende und aufrechterhaltende Faktoren (Brakemeier & Schramm, 2013, S. 305). Mit gleichem Störungsverständnis wird die IPT auch zur ambulanten Kurzzeittherapie für Essstörungen eingesetzt, eine Wirksamkeitssteigerung erfährt sie durch die Kombination mit Elementen der KVT (Hilbert, 2015, S. 283). Auch suizidales Verhalten wurde unter dem Aspekt der interpersonellen Theorie betrachtet, hier zeigt sich ein Mehrwert durch die zusätzliche Betrachtung von qualitativen Aspekten im interpersonellen Raum, die über die rein quantitative Zunahme von Belastungsfaktoren hinausgehen (Wachtel & Teismann, 2013, S. 103). Es existiert weiterhin ein für Jugendliche adaptiertes interpersonelles Therapieverfahren der Depression, welches als alltagsnahe Kurzzeitbehandlung konzipiert ist. Verfahren zur Depressionsbehandlung bei Grundschulkindern zielen vor allem auf die Bearbeitung dysfunktionaler Interaktionen in der Eltern-Kind-Beziehung ab (Mehler-Wex, 2008, S. 108). Für die stationäre Therapie von leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden bei Jugendlichen stellt die IPT neben der KVT das Mittel der Wahl dar, hierbei liegt trotz geringer Fallzahl gegenüber KVT-Studien ebenfalls empirische Evidenz für ihre Wirksamkeit vor (Ihle, 2016, S. 544).

2.2 Zirkumplexstruktur interpersonellen Verhaltens

Wie lassen sich nun die antizipierten interpersonellen Beziehungsmuster operationalisieren? Es wurden diverse unterschiedliche Modelle entwickelt, um zwischenmenschliche Beziehungs- und Kommunikationsaspekte darzustellen. Hierbei „entstanden eine Reihe von Modellen, dreieckige, viereckige und andere Strukturen, bis schließlich ein kreisförmiges Modell resultierte, das jedoch erst viel später als ‚zirkumplex' bezeichnet wurde" (Hartkamp, 2002, S. 19). Den **Modellcharakter** definieren Dierk, Sommer und Heinrigs (2002):

> „Es handelt sich bei Circumplexmodellen ganz allgemein um die geometrische Repräsentation sogenannter zirkulärer Korrelationsmatrizen, innerhalb derer eine Rangreihe von Korrelationskoeffizienten ohne Anfang und Ende gebildet werden kann. Die Variablen lassen sich nach ihrer inhaltlichen Nähe bzw. Ähnlichkeit und Polarität zueinander kreisförmig anordnen, wobei die graphische Nähe die Höhe der jeweiligen Korrelation widerspiegeln soll" (S. 69).

Benjamin (1974, S. 405) sieht diese Methode als Ansatz der Persönlichkeitsforschung, um Sets homogener Items, die jeweils unabhängige Dimensionen beschreiben, hinsichtlich ihrer Abstufungen zweier zugrundeliegender Faktoren zu untersuchen und benennt als Urheber dieses Modells die Arbeit Guttmans (1966). Dieser führte den Begriff des Zirkumplex schon in einem früheren Artikel ein, hier wird auch die Etymologie deutlich, da von einer „circular order of complexity" (Guttman, 1954, S. 260) gesprochen wird, um Variablen zu ordnen. In dieser Arbeit bezieht Guttman sich jedoch ausschließlich auf Leistungstests. Ziel ist es, Interkorrelationskoeffizienten zwischen einzelnen Subtestwerten grafisch darzustellen, ohne jedoch eine Rangordnung zu forcieren, indem ein Leistungsindex an die erste Stelle und ein anderer an die letzte Stelle einer Grafik gesetzt wird. Seine Lösung ist eine **kreisrunde Darstellung**, bei der alle Subtestwerte eines mehrdimensionalen Leistungstests einen gleichwertigen Rang und gleichzeitig auch eine Anordnung aufweisen: **Je höher Subtests miteinander korrelieren, desto näher sind sie auch grafisch angeordnet** (Guttman, 1954, S. 325; zur vertiefenden Beschreibung dieses Ansatzes, inklusive grafischer Darstellungen, sei auf Anhang 2.1 verwiesen). Später wurde dieses Konzept auch auf den Bereich der Sozialpsychologie ausgeweitet, um Variablensets interpersoneller Beziehungen zu ordnen, zu reduzieren und grafisch darzustellen (Guttman, 1966, S. 453).

Als die beiden zirkumplexen Modelle interpersonellen Verhaltens, die als **Grundlage für das SASB-Modell** dienen, benennt Benjamin (1974, S. 393) die Arbeiten von **Schaefer** (1965a) sowie **Leary** (1957), wobei Letzterer sich nicht auf die Theorie Guttmans bezieht und folglich auch nicht den Begriff des Zirkumplex verwendet.

Schaefer (1959) arbeitete bereits in einer früheren Studie an der Darstellung mütterlichen Verhaltens gegenüber ihren Kindern nach dem zirkumplexen Ansatz Guttmans (1954). Neben der Ordnung von Interkorrelationsmatrizen mittels Zirkumplex wurden zur Verifizierung der Daten auch klassische faktorenanalytische Lösungen berechnet, die **Positiva der Zirkumplexlösung** gegenüber den klassischen Methoden zeigten sich in den Möglichkeiten der Datenordnung: „The advantage of the circumplex order over the previous organizations is that it directs attention to the sequential order of variables and does not divide the matrix into discrete clusters or factors“ (Schaefer, 1959, S. 232). In der anschließenden Studie wurde der Fokus auf die Beschreibung elterlichen Verhaltens durch Kinder gelegt. Die Anordnung der Daten erfolgte erneut mittels Zirkumplex, diesem lagen drei Achsen zugrunde, über welche der zweidimensionale Merkmalsraum gespannt wurde. Die Pole der drei Achsen wurden durch faktorenanalytische Auswertung der kindlichen Reports bestimmt. Die **horizontale Achse** des elterlichen Verhaltens im Schaefer Modell reicht von **„Ablehnung“ bis „Akzeptanz“**, die **vertikale Achse** von **„Kontrolle“ bis „Autonomie“**, die dritte Achse liegt quer zu den anderen beiden und beschreibt die grundlegende Kontrolldimension des Verhaltens von „strikter Kontrolle“ bis zu „lockerer Kontrolle“ (Schaefer, 1965a, S. 554f; Schaefer, 1965b, S. 415). Gemäß dem Grundsatz zirkumplexer Darstellungen können auch die Zwischenräume zwischen den Extrempunkten mit differenzierten Verhaltensbeschreibungen definiert werden. Abbildung 2.1 zeigt das Modell nach Schaefer (1965a) für elterliches Verhalten.

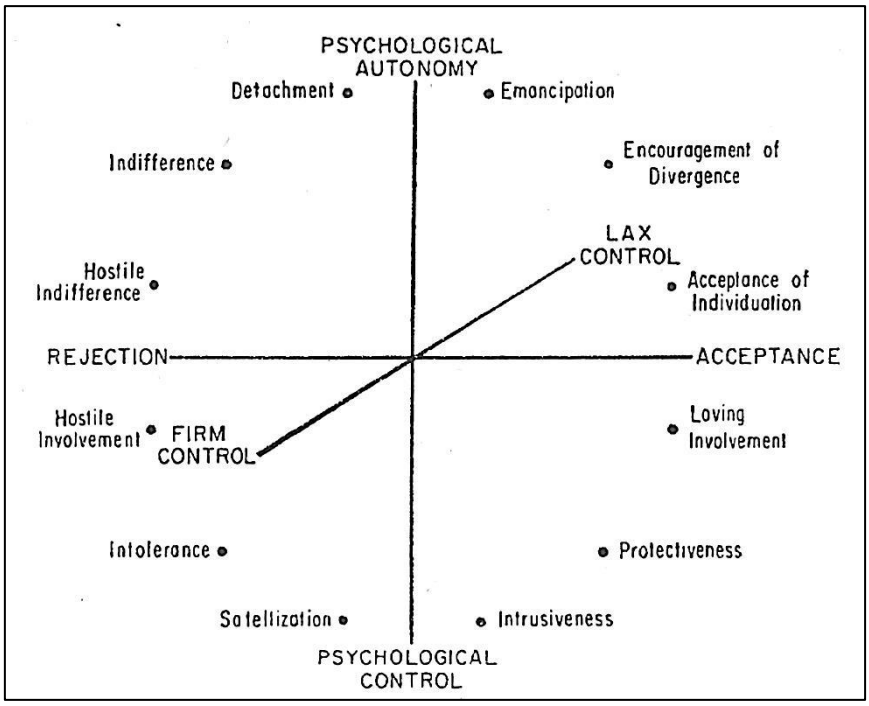


Abbildung 2.1: Modell elterlichen Verhaltens (entnommen aus Schaefer, 1965a, S. 557).

Als zweites Grundlagenmodell für die Entwicklung der SASB wurde wie eingangs beschrieben **das interpersonelle Modell nach Leary** (1957) herangezogen. Das Modell ist das Resultat einer Forschungsreihe der Kaiser Foundation zur Persönlichkeits- und Psychotherapieforschung (Leary, 1957, S. xvii). Hierzu wurden Persönlichkeitstests und Interaktionsbeobachtungen analysiert und in einer ersten Arbeit die interpersonelle Dimension von Persönlichkeit beschrieben, sowie eine Differenzierung in drei Ebenen von **öffentlichem, bewusstem sowie vorbewusstem Verhalten** vorgenommen (Freedman, Leary, Ossorio & Coffey, 1951, S. 148). Tabelle 2.1 zeigt diese drei Ebenen und verschiedene Möglichkeiten, diese Daten zu erheben.

Tabelle 2.1: Drei Ebenen von Verhalten und Quellen zur jeweiligen Datenerhebung (zusammengefasst, übersetzt und modifiziert nach Freedman et al., 1951, S. 148 sowie LaForge, Leary, Naboisek, Coffey und Freedman, 1954, S. 130).

Ebenen von Verhalten	**Potentielle Datenquellen**
Level I: Einschätzung von Verhalten durch Beobachter	- Soziometrische Ratings - Einzel- und Gruppenpsychotherapie - Assessments
Level II: Einschätzung von Verhalten durch eigene Beschreibung	- Autobiografische Aussagen - Interviews - Persönlichkeitsfragebögen
Level III: Einschätzung von Verhalten durch projektive Verfahren	- Träume und Fantasien - Kreative Produkte - Projektive Tests

In einer zweiten Arbeit der Forschungsreihe wurde die Organisation und Darstellung von konkretem Verhalten behandelt. Die Daten wurden mittels Interkorrelationsberechnungen geordnet, die Darstellung im Merkmalsraum wurde durch Vektorrechnung realisiert (LaForge et al., 1954, S. 139ff). Die interpersonelle Theorie nach Sullivan (1947) wurde hierbei als Basis des Modells benannt und der Versuch unternommen, dieses zu erweitern (Freedman et al., 1951, S. 145; Leary, 1957, S. 8).

In der Hauptarbeit Learys (1957, S. 192ff) wurden noch zwei zusätzliche Ebenen von Verhaltensweisen beschrieben, in Level IV die Beschreibung von unausgesprochenen sowie bewusst oder unbewusst ausgelassenen Verhaltensaspekten, in Level V die geschilderten Ideale einer Person. Beide Bereiche wurden dort jedoch nur kurz angerissen und nicht weiter ausgeführt, sodass vor allem die drei in Tabelle 2.1 beschriebenen Verhaltensebenen bedeutsam sind.

Die unterschiedlichen möglichen Verhaltensweisen wurden in einem Kreismodell verortet. Ähnlich wie im Modell nach Schaefer (siehe Abbildung 2.1) wurden zwei bipolare Achsen formuliert, über die sich das Modell aufspannt. Die **horizontale Achse** reicht von **„Feindseligkeit“ bis „Zuneigung“**, die **vertikale Achse** von **„Dominanz“ bis „Unterwerfung“**, dazwischen erstrecken sich alle darauf basierenden Abstufungen von Verhalten (Leary, 1957, S. 64). Insgesamt wurden 16 unterschiedliche Verhaltensweisen und Reaktionen, bezogen auf die psychischen Bedürfnisse („needs“) nach Murray (1938), formuliert, in acht Kreissegmente zusammengefasst und entgegen dem Uhrzeigersinn nummeriert. Das komplette Modell nach Leary (1957) inklusive Beschreibung findet sich in Anhang 2.2. Innerhalb des Modells können unterschiedliche subjektive Sichtweisen von Verhalten visualisiert werden, um Gemeinsamkeiten und Differenzen in der jeweiligen Einschätzung aufzudecken und für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Abbildung 2.2 zeigt beispielhaft die deutlich voneinander abweichenden Verhaltensbeschreibungen innerhalb einer Familienkonstellation.

Die einzelnen ausgefüllten Segmente des Kreises zeigen die Bereiche des bewerteten Verhaltens, die Intensität des Ratings wird hierbei durch die stärkere Füllung des jeweiligen Segments dargestellt. So lassen sich rasch **Verhaltensschwerpunkte visualisieren**. Während die Mutter in Abbildung 2.2 sich selbst als verantwortungsvoll und normal (Segment 8) beschreibt, sieht sie ihren Mann als primär rebellisch und misstrauisch (Segment 4), ähnlich „vaterhaft“ wird auch das Kind dargestellt (Segment 4). Die Mutter wiederum wird durch ihren Mann hauptsächlich als autokratisch (Segment 1) und aggressiv (Segment 3) agierend beschrieben.

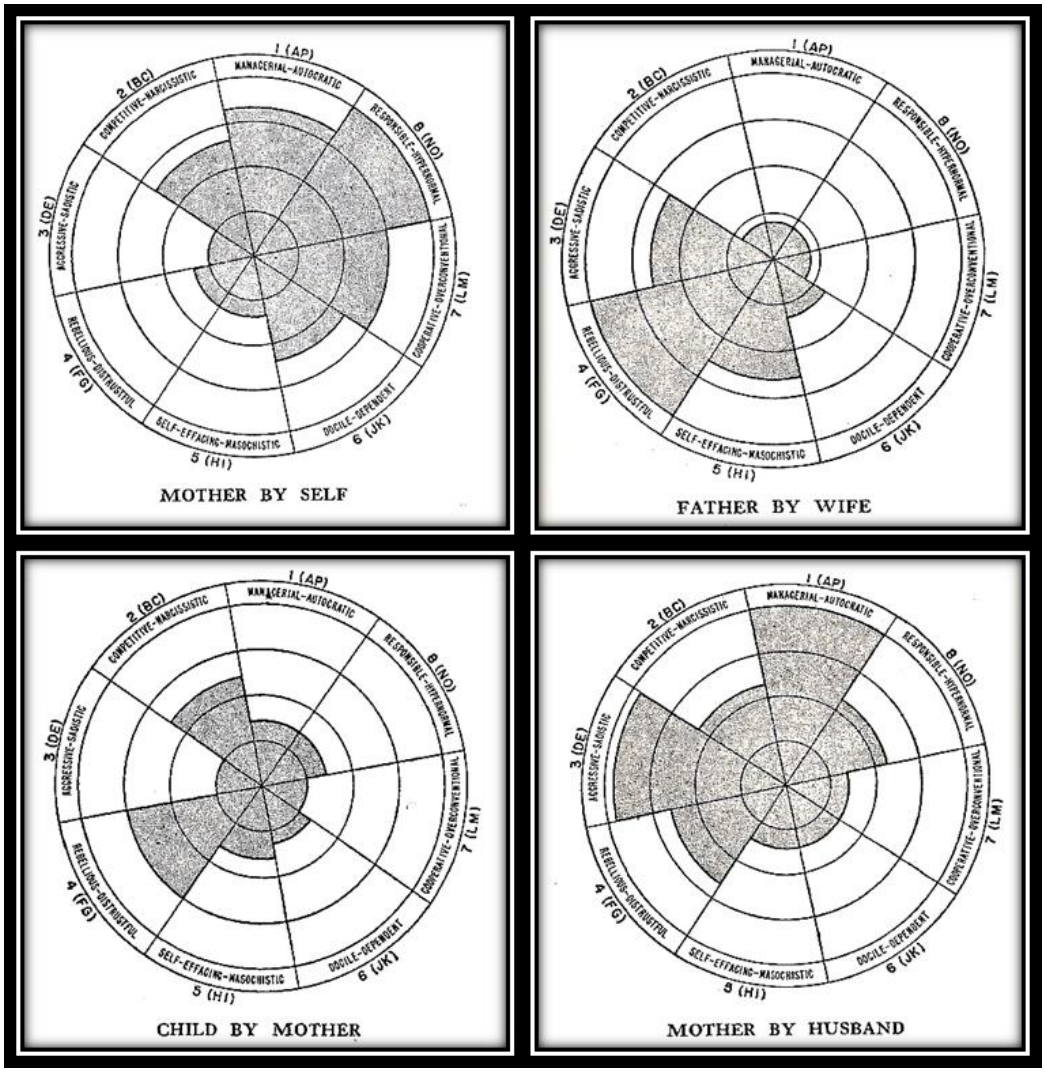


Abbildung 2.2: Unterschiedliche intrafamiliäre Verhaltensbeschreibungen (modifiziert nach Leary, 1957, S. 146f).

Durch diese Darstellung im Kreismodell lassen sich **spezifische „Fingerabdrücke“** von Verhaltensmustern finden und somit typologisch betrachten. Durch die Differenzierung unterschiedlicher „Typen“ im Modell ist zum einen eine kategoriale Betrachtungsweise möglich, zum anderen kann jede Person auf allen Segmenten unterschiedliche Ausprägungen aufweisen, so werden gleichzeitig dimensionale Charakteristika deutlich (Davies-Osterkamp, 2002b, S. 7).

Obwohl wie beschrieben die Arbeiten der Forschungsgruppe um Leary ohne Bezug auf den Zirkumplex-Ansatz Guttmans (1954) stattfanden, wurde auch hier die kreisrunde Darstellung über zwei grundlegende Achsen favorisiert, die zu ähnlichen Ergebnissen in der grafischen Illustration führte:

> „the Kaiser Group decided that the structural arrangement of these 16 variables was best represented as a circular ordering around the orthogonal axes of power and affiliation. Although this decision was made without knowledge of Guttman’s (1954) circumplex model […], the reasoning seems quite similar” (Wiggins, 1982, S. 187).

Bevor die Beschreibung des SASB-Modells auf Grundlage dieser beiden Modelle interpersonellen Verhaltens vorgenommen werden kann, muss zunächst noch der verwendete Begriff des **Introjekts** erläutert werden. Dies ist insbesondere dahingehend von besonderer Bedeutung, als dass im späteren Teil der Arbeit explizit das Introjekt von Kindern und Jugendlichen mittels Fragebogen erhoben und ausgewertet wird.

2.3 Das Introjekt

Was wird unter dem Begriff „Introjekt“ verstanden? Und was wird demgegenüber in Abgrenzung zu verwandten psychoanalytischen Begriffen nicht darunter verstanden?

Sandler (1964a, S. 728) beschreibt die **unklare Abgrenzung des Begriffs Introjektion** gegenüber der Identifizierung; auch über 20 Jahre später kritisiert der Autor weiterhin eine mangelnde Klarheit hinsichtlich der Objektbeziehungstheorien (Sandler, 1989, S. 859). Der Kritik wird auch in dieser Arbeit gefolgt, so zeigt sich in der Objektbeziehungstheorie Kernbergs (1981) eine wenig trennscharfe Vermengung der Begriffe: „Introjektionen, Identifizierungen und Ichidentität sind drei Ebenen des Prozesses der Internalisierung von Objektbeziehungen im psychischen Apparat; ich nenne alle drei umfassend Identifizierungssysteme“ (Kernberg, 1981, S. 20f). Und selbst knapp zwei Dekaden später konstatieren Zepf und Hartmann (2005, S. 30) die uneinheitliche Verwendung der beiden Konzepte Introjektion und Identifizierung.

Kreiert wurde der Begriff der Introjektion Anfang des 20. Jahrhunderts durch Ferenczi, indem er die Aufnahme von Teilaspekten der Außenwelt in das *Ich* sowie den Transfer zu unbewussten Phantasien durch den Neurotiker beschreibt und schlussfolgert: „Diesen Prozeß könnte man, im Gegensatz zur Projektion, Introjektion nennen“ (Ferenczi, 1984, S. 19, der Originalaufsatz stammt aus dem Jahr 1909). Freud (1968a, S. 228) nahm diesen Begriff auf, differenzierte ihn jedoch unter dem Aspekt des Triebkonzeptes, da nur Objekte in das *Ich* aufgenommen würden, sofern sie Lustquellen darstellten.

Diese Art der Internalisierung von Außenweltaspekten stellt jedoch im Vergleich zur Identifikation einen rudimentäreren Vorgang dar, mit primär affektivem Bezug zum aufgenommenen Objekt. In der Identifikation kommt es über den affektiven Bezug hinaus zur Aneignung konkreter Verhaltensweisen (Mirò & Friedrich, 2009, S. 106). In einer späteren Arbeit erweiterte Freud (1968b) die Introjektionsprozesse auf den Aspekt der Aggression, die verinnerlicht und in Form des *Über-Ichs* übernommen wird. Hier stellt sie sich als Gewissen gegen das *Ich* und verhindert so das Ausleben von Aggressionen gegenüber anderen Personen, sodass ein Zusammenleben innerhalb einer Kultur möglich wird (Freud, 1968b, S. 482).

Die von Freud ausgeführte einseitige Dominanz triebgesteuerter Funktionen wie Lust und Aggression für die Identitätsentwicklung gegenüber anderen, auch externen, Einflüssen wird aktuell selbst in der Psychoanalyse nicht mehr postuliert (Sandler, 2003, S. 224). Der Begriff des Introjekts findet sich heute primär in der Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen und der möglichen Bildung eines **Täterintrojekts**. Erfahrungen mit Traumatisierungscharakter müssen nicht rückführbar sein auf ein separates, einzelnes und überwältigendes Erlebnis, sondern können beispielsweise auch Folge einer längerdauernden, emotionalen Deprivation im familiären Rahmen sein. So werden in der Genese von Persönlichkeitsstörungen zunehmend real erlebte Traumata angenommen (Hirsch, 1996, S. 204). Ein Täterintrojekt wird in diesem Kontext definiert als „die Verinnerlichung von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen anderer Personen in das Selbst, die zu Selbstanteilen werden“ (Meurer, 2012, S. 99). Auch Scheuffgen (2015, S. 297) sieht im Täterintrojekt den aktiven, steuernden Anteil im Selbst, durch die **Identifikation mit dem Täter** kann eigenes Ohnmachtsempfinden innerhalb der eigentlichen Opferrolle vermieden werden. Damit stellt es eine zunächst lebensstabilisierende Funktion im Selbstsystem eines Menschen dar: „Er reagiert in der Sprache der Mißhandlung auf sich selbst. So versucht er den unerträglichen Schmerz, den er erlitten hat, in Schach zu halten, wenn er andere quält. Es ist ein kleiner Schmerz, der den größeren, inneren Schmerz eine Weile betäuben kann“ (Cierpka & Cierpka, 1997, S. 104). Im weiteren Lebensverlauf übernimmt das Täterintrojekt jedoch eine „quälende Herrschaft“ (Ermann, 2005, S. 216), wenn es durch kleinste Erinnerungen, Gefühle oder

externe Reize getriggert wird und sich gegen die eigene oder andere Personen richtet (Ermann, 2005, S. 216). Unausgesprochene, unbearbeitete Traumata sowie daraus resultierende (Täter-) Introjekte führen zu fehlangepassten Verhaltensweisen, die wiederum in intrafamiliären Konflikten und der Gefahr einer Traumatisierung eigener Kinder münden können, eine transgenerationale Weitergabe von Täterintrojekten und Traumatisierungen ist hierbei der Fall (Stadler, 2017, S. 183ff).

Aber: In den vorangegangen Ausführungen zum Täterintrojekt zeigt sich genau die eingangs beschriebene Problematik der nach wie vor unzureichenden Trennung und oftmaligen Vermengung der beiden Begrifflichkeiten „Identifikation“ und „Introjektion“.

Introjektion wird im Rahmen dieser Arbeit nicht als aktive Übernahme der Täteranteile in das Selbstbild verstanden. Introjektion wird in dieser Arbeit nicht so definiert, dass das Opfer zum Täter wird. Damit wird dem **Verständnis Sandlers** (1989) hinsichtlich Identifikation und Introjektion gefolgt:

> “In a sense the introject could be regarded as acting as a companion which would exist in the person’s internal world, but would not be part of that person’s self-representation. In other words, if one identified with some aspect of a parent, then one would duplicate that perceived aspect in oneself and become more like that parent. If one introjected the parent, then the introject would not modify one’s self-representation but would become an internal companion, a sort of back-seat driver” (Sandler, 1989, S. 865).

Hierbei kommt es nicht mehr darauf an, ob das ursprüngliche Objekt noch in der physischen Lebensumwelt existiert, durch seine Introjektion wird die Beziehung weiterhin aufrechterhalten (Sandler, 1964a, S. 739), die Bedeutung des Objektes wird als Modell in die persönliche innerpsychische Welt verlagert (Sandler, 1964b, S. 812) und nimmt die Funktion eines **inneren Begleiters** ein. Ähnlich differenziert Hirsch (1996) zwischen Identifikation als „Veränderung der Selbstrepräsentanz durch Übernahme von Objektaspekten“ (Hirsch, 1996, S. 201) und Introjektion als ein vom übrigen Selbst abgetrenntes „In-sich-Aufnehmen von Objektaspekten“ (Hirsch, 1996, S. 201). Auch Kreft (2005) trennt klar zwischen beiden Begriffen, bei der Introjektion „kommt es gerade nicht zu einer imitatorischen Nachahmung des Angreifers […]. Vielmehr bleibt das Opfer in seiner Position des Opfers gefangen. Der Verfolger wird zum inneren Verfolger, zum Introjekt“ (Kreft, 2005, S. 53).

In diesem Zusammenhang soll angemerkt werden, dass Introjekte auch positiv besetzt sein können, wenn etwa stabile und sichere Bindungserfahrungen gemacht wurden und diese als Resilienzfaktoren im späteren Leben fungieren (Sandler, 2003, S. 232). Neben den Eltern als erste und wichtigste Bezugspersonen können darüber hinaus auch andere

Personen oder mediale Heldenfiguren introjiziert werden (Helbing-Tietze, 1992, S. 58), im Laufe einer Psychotherapie kann durch ausreichendes Reparenting auch die Person des Therapeuten zu einem neuen, positiven Introjekt gedeihen (Kreft, 2005, S. 69).

Benjamin (1996b) unterscheidet ebenfalls zwischen verschiedenen Formen der Übernahme von Objektbeziehungen:

1. „Sei wie er oder sie (Identifikation),
2. Handle, als sei er oder sie noch da (Rekapitulation) und
3. Behandle Dich selbst so, wie er oder sie es getan hat (Introjektion)“ (S. 139).

In dieser Übersicht trifft die vorangegangene Beschreibung der Introjektion als „Back-Seater“ oder Begleiter eher auf den Mechanismus der Rekapitulation zu. Doch ist die Trennschärfe zwischen Rekapitulation und Introjektion schon in der Hermeneutik der beiden beschreibenden Sätze nicht eindeutig ersichtlich. Auch Benjamin (2001, S. 99) selbst führt im späteren Hauptwerk zum interpersonellen Behandlungsansatz vor allem die Bereiche der Rekapitulation und Identifikation an und trennt den Bereich der Introjektion nicht mehr separat von diesen ab, sondern erklärt vielmehr aktuell vorliegende Introjekte durch Prozesse der Rekapitulation. Dies folgt letztlich der Logik im SASB-Modell und wird im Kapitel 3 dezidiert dargestellt.

Wenn im weiteren Verlauf von Introjekt und Introjektion gesprochen wird, dann ist somit nicht die aktive Übernahme von Verhaltensweisen in das eigene Handlungs- und Persönlichkeitsrepertoire gemeint, sondern das **Agieren unter der Prämisse eines „Begleiters auf dem Rücksitz“**, dessen (unbewusste) Präsenz das Selbstsystem sowie inter- und intrapsychische Handlungen zu beeinflussen vermag.

2.4 Integration der Ansätze in die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens

> „The recent circumplex model of interpersonal behavior presented by Benjamin […] is the most detailed, clinically rich, ambitious, and conceptually demanding of all contemporary models" (Wiggins, 1982, S. 193).

Für ihr Modell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens integrierte Benjamin (1974) die beiden Ansätze zur Erfassung interpersonellen Verhaltens nach Leary (1957) und Schaefer (1965a), ordnete die Variablen nach der Zirkumplextheorie Guttmans (1954) und wählte als übergeordnetes Theoriekonzept die interpersonelle Theorie Sullivans (1983).

Die **horizontale Achse** im SASB-Modell stellt die Affiliationskomponente von Verhalten dar und reicht von den Extrempolen „Hass" bis „Liebe", diese Bezeichnung decken sich mit den Modellen Learys und Schaefers. Die **vertikale Achse** deckt die Interdependenzkomponente ab, hierbei gibt es jedoch **unterschiedliche Definitionen** der Pole in den beiden Modellen. Während Leary (1957) die Pole als „Dominanz" und „Unterwerfung" kennzeichnet (siehe Anhang 2.2), stellt im Modell nach Schaefer (1965a, 1965b) das Gegenteil von „Kontrolle" nicht „Unterwerfung" dar, sondern vielmehr „Autonomie" (siehe Abbildung 2.1). Hierzu Benjamin (1974): „Each definition seems reasonable, but the resulting classifications are quite different" (S. 395).

Im SASB-Modell wird diese unterschiedliche Taxonomie durch die Berücksichtigung beider Konstrukte, getrennt nach **Fokus des Verhaltens**, gelöst. Im ersten, transitiven Fokus wird aktiv ausgerichtetes Verhalten mit den Polen „Dominanz/Kontrolle ausüben" und „Emanzipation/Autonomie gewähren", abgebildet, Benjamin benennt dieses Verhalten als prototypisch „elternhaft", dies jedoch ohne Anspruch auf tatsächlich nur Eltern vorbehaltenem Verhalten. Im zweiten, intransitiven Fokus wird entsprechend der prototypischen Beschreibung „kindhaftes", reaktives Verhalten beschrieben, hier liegen die Extrempole bei „Unterwerfung" und „Emanzipation/Autonomie". Da im ersten Fokus aktives Verhalten und im zweiten Fokus reaktives Verhalten beschrieben wird, liegen beide im *inter*personellen Kontext von Verhalten. Zusätzlich wird noch ein dritter Fokus für die Darstellung von *intra*personellem Verhalten implementiert, der **Introjekt-Fokus**. Dieser beschreibt die Ausrichtung von transitivem Verhalten der ersten Fokusebene auf das eigene Selbst, im Modellkonzept folglich den **aktiven Umgang mit sich selbst** (Benjamin, 1974, S. 395ff). Abbildung 2.3 zeigt die Übersicht der drei Fokusebenen sowie der jeweiligen Achsen in der deutschen Version.

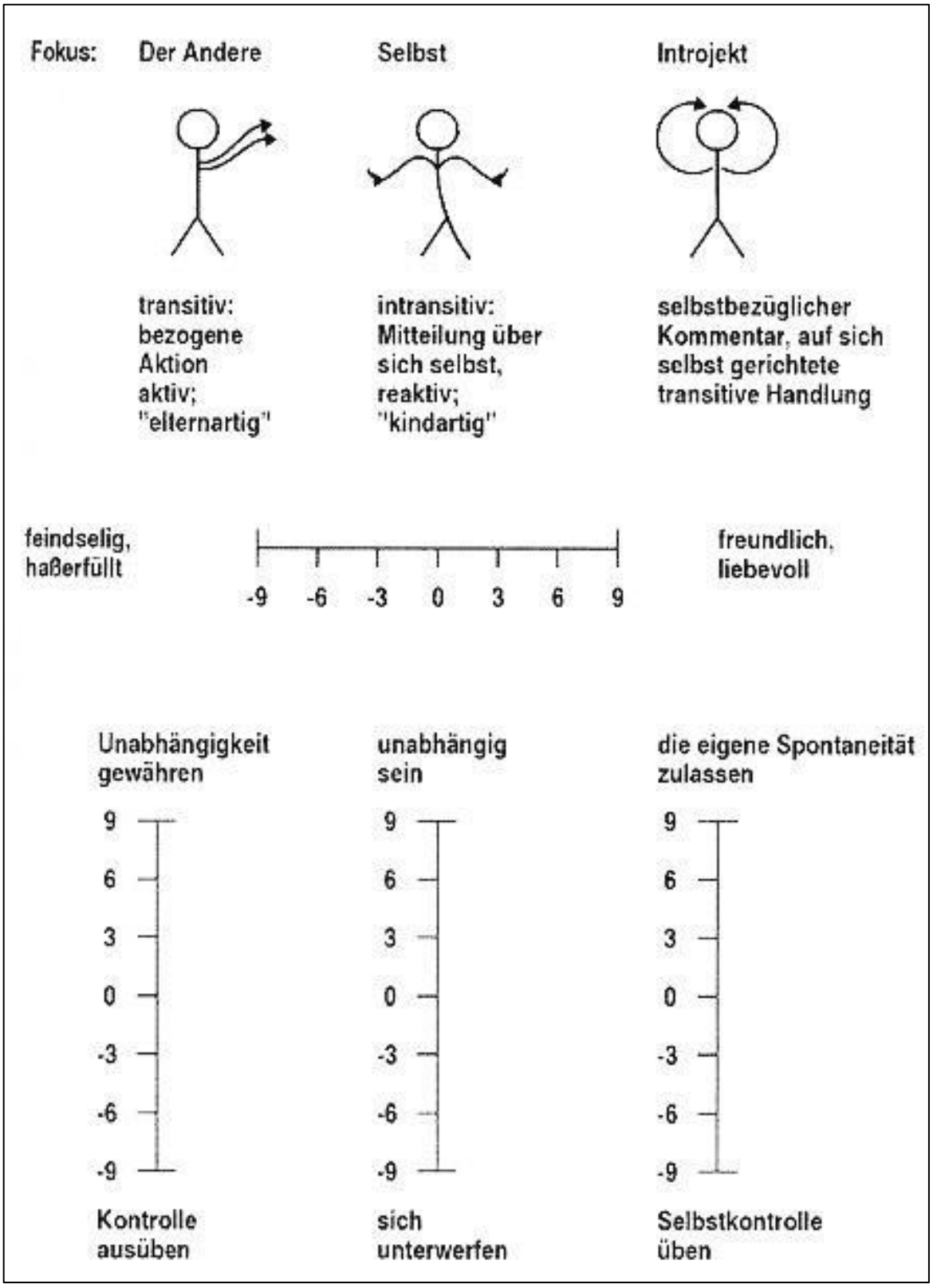


Abbildung 2.3: Fokusübersicht und Achsenbeschreibung im SASB-Modell der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 41).

Die einzelnen Achsen in Abbildung 2.3 sind jeweils bipolar skaliert, von den Extremwerten verringert sich die Intensität des Verhaltens bis zum Nullpunkt in der Mitte der Skala und schlägt dann in das jeweilige gegenteilige Verhalten um. Über diese Basisdimensionen werden, entsprechend der dargestellten Charakteristik zirkumplexer Modelle interpersonellen Verhaltens, die einzelnen abgestuften Verhaltensweisen aufgespannt.

Im kompletten SASB-Modell besteht jeder Fokus (transitiv, intransitiv, Introjekt) aus jeweils **36 einzelnen distinkten Verhaltensweisen** (Benjamin, 1974, S. 395). Abbildung 2.4 zeigt dieses „full model“ (Benjamin, 1982, S. 194), ebenfalls wieder für die deutsche Version. Somit ergeben sich im gesamten SASB-Modell insgesamt **3x36=108** einzelne, konkrete Verhaltensbeschreibungen.

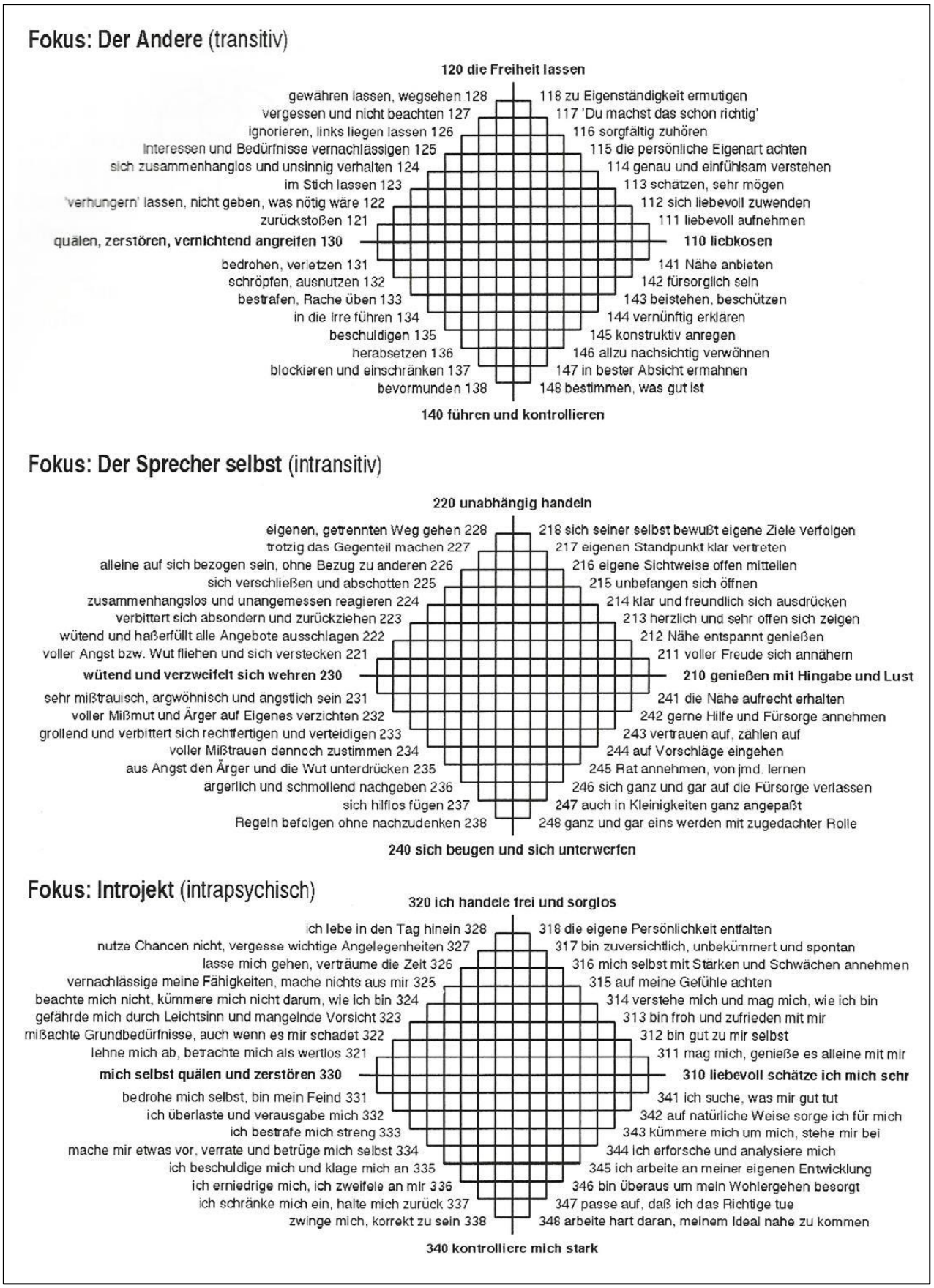


Abbildung 2.4: SASB Full-Modell in der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 42).

Im Modell ist jede einzelne Verhaltensbeschreibung durch **drei Zahlen kodiert**, hierdurch lassen sich später schnelle Verhaltensanalysen vornehmen und abbilden. Die erste Ziffer (Range 1-3) zeigt den jeweiligen **Fokus des Verhaltens** an, die zweite Ziffer (Range 1-4) den **Quadranten** im kartesischen Koordinatensystem, in dem der Punkt liegt. Die letzte Ziffer (Range 0-8) definiert das **einzelne Verhalten** im jeweiligen Quadranten, die Ziffer 0 beschreibt hierbei die Extremwerte an den jeweiligen Achsenpolen (Benjamin, 1974, S. 398; Benjamin, 1996d, S. 1205). Tabelle 2.2 zeigt zusammengefasst die Aufschlüsselung der Kodierung im Full-Modell.

Tabelle 2.2: Aufschlüsselung der Kodierung einzelner Verhaltensweisen im SASB Full-Modell (zusammenfassend aus Benjamin, 1974, S. 398; Benjamin, Foster, Roberto & Estroff, 1986, S. 398).

Zahlenbereich		***Beschreibung***
Hunderter	100er	Transitives, aktives Verhalten
	200er	Intransitives, reaktives Verhalten
	300er	Introjektives, auf sich selbst gerichtetes Verhalten
Zehner	10er	Freundliches, ermutigendes/unabhängiges Verhalten
	20er	Feindliches, abweisendes/unabhängiges Verhalten
	30er	Feindliches, kontrollierendes/unterwerfendes Verhalten
	40er	Freundliches, kontrollierendes/unterwerfendes Verhalten
Einer	1er	Konkrete Verhaltensbeschreibung je Quadrant

Jeder Punkt in diesem Modell kann über Abschreiten der Affiliations- und Interdependenzachse erreicht werden, hierbei wird mit absoluten Beträgen gemäß der Gleichung |X|+|Y|=1 gerechnet, sodass keine negativen Werte in die spätere Berechnung einfließen, wie eine Betrachtung der Achsen in Abbildung 2.3 zunächst vermuten lassen könnte.

Ein **Beispiel** zur Veranschaulichung: **Punkt 135** „beschuldigen“ (Abbildung 2.4) besitzt den Wert -4/9 auf der Abszissenachse und -5/9 auf der Ordinatenachse, die Summe der absoluten Werte ist 1. Benjamin (1974, S. 397) entschied sich für diese

Berechnungsvariante gegenüber der Verwendung von quadrierten Werten, um die Gleichungen einfacher zu gestalten und die Achsenpole deutlicher hervorzuheben.

Durch zwei dem SASB-Modell inhärenten Merkmalen unterscheidet es sich von allen anderen interpersonellen Modellen und besitzt dadurch eine **Sonderposition**. Zunächst ist das Modell mit der Formulierung von 36 separaten Verhaltensbeschreibungen **deutlich umfangreicher** als andere Zirkumplexmodelle, welche überwiegend mit 8-15 Verhaltenskategorien operieren (Wiggins, 1980, S. 274). Weiterhin findet sich nur im SASB-Modell die **Differenzierung in drei Fokusbereiche** des Verhaltens und der dadurch möglichen Unterscheidung von Unterwerfung und Unabhängigkeit auf der Interdependenzachse, je nach Fokus (Anchin, 1982, S. 316).

Durch diese detaillierte Unterteilung besteht einerseits der Vorteil, auch **Nuancen im interpersonellen Kontinuum** abbilden und untersuchen zu können, insbesondere für den klinischen Bereich (Benjamin, 1996a, S. 259), andererseits gestaltet sich die Handhabung von derart vielen einzelnen Elementen schnell **unhandlich und komplex** (Tress & Junkert, 2002a, S. 39). Um den Einsatz ökonomischer und die Darstellung übersichtlicher zu gestalten, wurde im Anschluss an die Etablierung des Full-Modells eine Datenreduktion der 36 einzelnen Verhaltensbeschreibungen je Fokus auf **acht Cluster** je Fokus vorgenommen, hierzu werden jeweils vier bis fünf Einzelitems zu einem Cluster zusammengefasst. Die Cluster-Version des SASB-Modells stellt einen Mittelweg zwischen dem komplexen Full-Modell und einer zu groben Darstellung nur anhand der Quadranten dar (Benjamin, 1982, S. 201). Das Cluster-Modell für die deutsche Version ist in Abbildung 2.5 dargestellt.

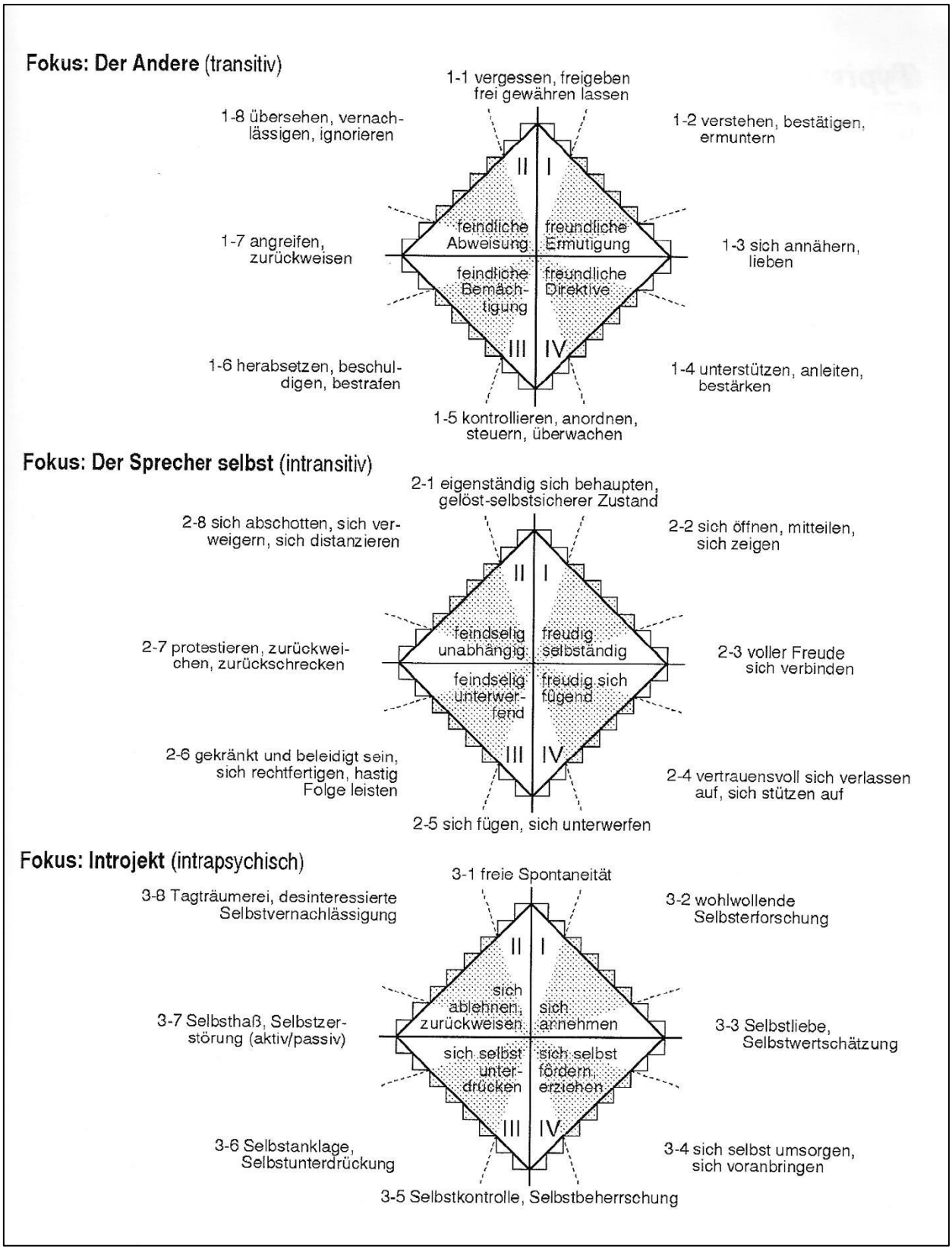


Abbildung 2.5: SASB Cluster-Modell in der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 43).

Die **Kodierung im Cluster-Modell** geschieht analog zum Full-Modell, durch die Datenreduktion werden jedoch lediglich zwei Ziffern benötigt. Die erste Ziffer (Range 1-3) beschreibt den jeweils dargestellten Fokus, die zweite Ziffer (Range 1-8) gibt im Uhrzeigersinn die einzelnen Cluster an.

Daten für das SASB-Modell können per **Verhaltensbeobachtung** durch externe Beurteiler erhoben werden. Hierzu werden einzelne Beobachtungseinheiten bewertet: zunächst wird der Fokus der Interaktion bestimmt, anschließend das Verhalten auf den Achsen der Affiliation und Interdependenz, um das Verhalten einem Punkt im Full- oder Cluster-Modell zuzuordnen. Diese Zuordnung wird in einem letzten Schritt einer klinischen Prüfung hinsichtlich ihrer Passung in den Gesamtkontext unterzogen, die einzelnen Beobachtungseinheiten können in einem Rating-Protokoll erfasst werden (Tress & Junkert, 2002b, S. 66). Die komplexe Verhaltensanalyse ist durch geschulte Beurteiler durchzuführen, angestrebt ist eine paarweise Analyse, um Kennwerte der Inter-Rater-Reliabilität erfassen zu können und damit die Güte der Verhaltensanalyse zu steigern (Junkert, 2002, S. 49).

Eine weitere, auch in der vorliegenden Arbeit verwendete Möglichkeit zur Datenerfassung bietet die **Erhebung mittels Fragebogen**. Hierzu werden **„Intrex" Fragebögen** verwendet (Benjamin, 2000), die auch für den deutschen Sprachraum vorliegen (Tscheulin & Glossner, 2002). Im Rahmen der Darstellung der Fragebogenkonstruktion wird in Kapitel 9 gezielt auf den Intrex Fragebogen eingegangen.

Schon an dieser Stelle sei kurz erwähnt, dass sich solche von Probanden selbst ausgefüllten Fragebögen immer der Kritik einer möglichen Verfälschung durch die Antworttendenz der **sozialen Erwünschtheit** stellen müssen (siehe etwa Amelang & Bartussek, 2001, S. 172f). SASB-Fragebögen enthalten als „Kontrollvariable" weder eine Lügenskala, noch projektive Elemente. Benjamin (2001, S. 28) steht der Erfassung von Daten mittels projektiver Verfahren kritisch gegenüber und sieht die direkte Befragung als die beste Möglichkeit an, um Daten zu erheben: „If you want to know what is the matter with the patient, ask him" (Benjamin, 1974, S. 399). In der Einzelauswertung wird dem Problem der Antworttendenzen insofern begegnet, als dass im Datenoutput nur solche Items angezeigt werden, die der Proband über seinem **individuellen Median** beantwortet hat (Benjamin, 1974, S. 419). Gleichwohl ist es nötig, auch die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Datensets unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit zu betrachten und dies in der Interpretation der Ergebnisse kritisch zu berücksichtigen.

An dieser Stelle soll lediglich die Modellstruktur verdeutlicht werden. Die Anwendung der SASB inklusive der Beschreibung von Verhaltensdyaden ist aufgrund der komplexen Modellstruktur sehr umfangreich und findet sich daher separat im nächsten Kapitel. Dennoch ist zu einer **ersten Veranschaulichung der bisherigen Ausführungen** an **realen Daten** in Abbildung 2.6 eine Introjekt Text-Map abgebildet. Das Introjekt stammt hierbei von einer 15-jährigen Patientin mit der Diagnose einer Anpassungsstörung (F43.2). Die Patientin hat den adaptierten Fragebogen beantwortet, Abbildung 2.6 zeigt die Datenausgabe im SASB Auswertungsprogramm MakeMapsWin (Tscheulin, 2001). Die Informationen für die nachfolgenden Erläuterungen sind zur schnelleren Auffindbarkeit vergrößert, unterstrichen und in Fettdruck hervorgehoben.

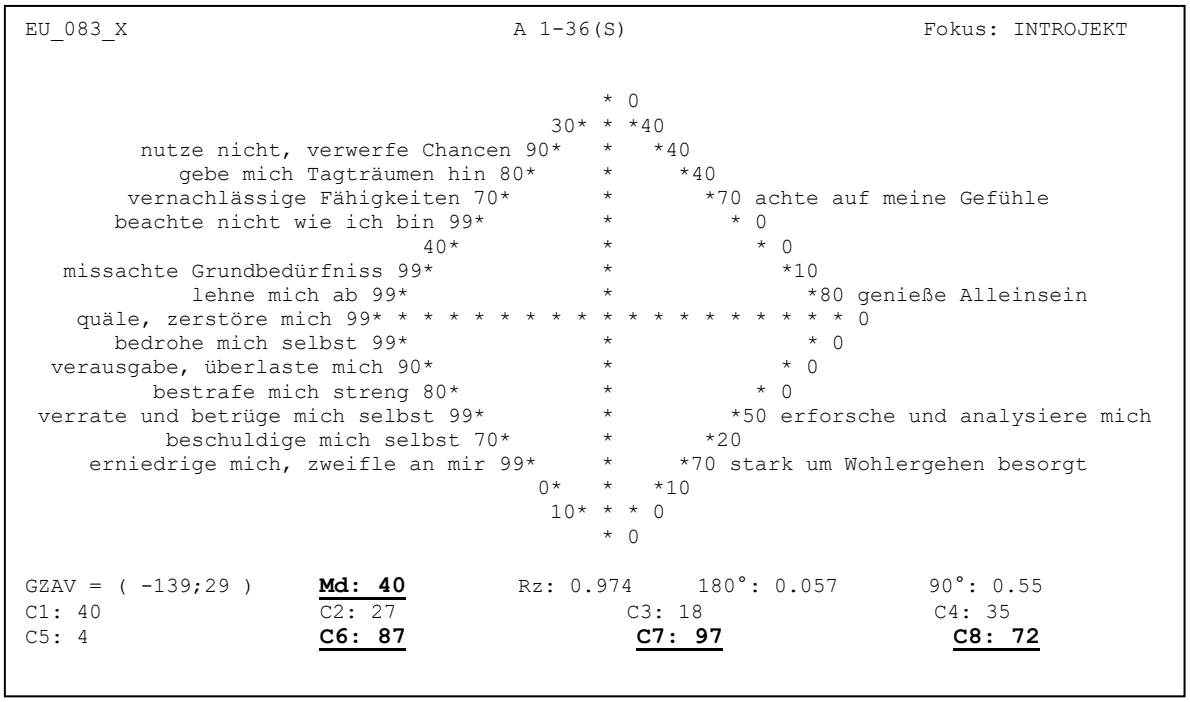


Abbildung 2.6: Introjekt Text-Map einer 15-jährigen Patientin mit der Diagnose Anpassungsstörung.

Mit den bisherigen Kenntnissen über das SASB-Modell lässt sich auf den ersten Blick ein **Schwerpunkt des Verhaltens** auf der linken Seite der Affiliationsachse feststellen, was für eine feindliche Haltung sich selbst gegenüber spricht. Auf der Interdependenzachse lässt sich kein solcher Schwerpunkt erkennen, die dargestellten Verhaltensweisen sind über den gesamten Achsenbereich verteilt. Der Median (Md) im abgebildeten Introjekt liegt bei 40, somit werden nur Items angezeigt, die darüber liegen. Da die Langform verwendet wurde, können alle 36 Items, respektive Verhaltensweisen, angezeigt werden. Im unteren Bereich sind die **Clustermittelwerte** der acht Cluster (C1 – C8) dargestellt. Der höchste Wert findet sich hierbei in Cluster 7, dies zeigt gemäß Cluster-Modell (siehe

Abbildung 2.5) „Selbsthass, Selbstzerstörung“. Weitere hohe Werte weisen die Cluster 6 („Selbstanklage, Selbstunterdrückung“) sowie 8 („Tagträumerei, desinteressierte Selbstvernachlässigung“) auf. Eine ausführliche Beschreibung der Maps findet sich in Kapitel 9 (Abbildung 9.3).

Kapitelfazit

Das Modell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Benjamin (1974) fußt auf der interpersonellen Theorie Sullivans (1983), die Darstellung einzelner Verhaltensweisen wird auf Grundlage der Zirkumplextheorie nach Guttman (1954) realisiert. Hierbei werden Variablen in einer kreisrunden Darstellung abgebildet, je näher sich Variablen in der räumlichen Anordnung sind, desto höher ist auch deren Korrelation, die Intensität des Verhaltens kann durch zunehmende Entfernung vom Kreismittelpunkt dargestellt werden.

Die interpersonellen Modelle nach Schaefer (1965a) sowie Leary (1957) stellen die Grundlagenmodelle der SASB dar. Beide Modelle haben hierbei eine horizontale Achse, die von den Extrempositionen Zuneigung/Liebe bis Abneigung/Hass reicht. Auf der vertikalen Achse zeigen sich jedoch Unterschiede. Im Modell nach Schaefer (1965a) liegen die Achsenpole bei Autonomie und Kontrolle. Im Modell nach Leary (1957) wird Kontrolle ebenfalls als Achsenpol definiert, Verhalten der gegenüberliegenden Seite stellt hingegen Unterwerfung dar.

Im SASB-Modell wird diesen unterschiedlichen vertikalen Achsenbeschreibungen durch die Einführung von drei Fokusebenen begegnet. Der erste Fokus beschreibt transitives, aktives Verhalten von den Polen Autonomiegewährung bis Kontrolle. Im zweiten Fokus ist intransitives, reaktives Verhalten von Unabhängigkeit bis Unterwerfung abgebildet. Der dritte Fokus beschreibt das Introjekt, hier zeigt sich der aktive Umgang mit sich selbst.

Die Etablierung der drei Fokusebenen von Verhaltensweisen findet sich nur im SASB-Modell (Anchin, 1982, S. 316), darüber hinaus ist das SASB-Modell hinsichtlich der Möglichkeiten zur Beschreibung von Verhalten deutlich umfangreicher als andere interpersonelle Zirkumplexmodelle (Wiggins, 1980, S. 274).

3 Anwendungsfelder der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens

Nachdem im vorangegangen Kapitel die Grundlagen, die zur Konzeption der SASB beigetragen haben, vorgestellt und darauf aufbauend die Modellstruktur der SASB beschrieben wurde, soll in diesem Kapitel auf Basis des Wissens über das Modell eine weiterführende Darstellung der **Anwendungsfelder in Forschung und Praxis** erfolgen. Zunächst wird beschrieben, wie mit dem SASB-Modell eine Beschreibung und Analyse von **Beziehungsmustern** vorgenommen werden kann und wie dies in der Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen Anwendung findet. Weiterhin wird die zusätzliche Möglichkeit des Modells zur Einzelfallanalyse in der klinischen Praxis dargestellt, abschließend wird ein psychodynamisches Verfahren beschrieben, welches auf dem SASB-Modell aufbaut. Ziel soll es sein, darauf aufbauend im weiteren Verlauf der Arbeit den Mehrwert für eine Anwendung auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie herauszustellen.

3.1 Analyse von Beziehungsmustern

Wie kann die komplexe Modellstruktur der SASB innerhalb von Forschung und Praxis eingesetzt werden? Eine Möglichkeit ist die Analyse von Beziehungen im interpersonellen Kontinuum, weiterhin auch die Analyse des Niederschlages von Beziehungserfahren im intrapersonellen Selbstsystem. Diese **Beziehungsanalysen** können im SASB-Modell kodiert und operationalisiert werden, um anhand des Modells a priori Hypothesen aufzustellen und diese anschließend statistisch zu untersuchen (Benjamin, 1996a, S. 253). Damit soll dem Falsifizierbarkeitsanspruch wissenschaftlicher Forschung entsprochen werden. Sie beschreibt SASB unter diesem Aspekt als „a model for social interaction that is concrete enough to be tested and proven wrong, yet abstract enough to have broad and meaningful clinical applications" (Benjamin, 1984, S. 123). Im Modell werden folgende grundlegende Beziehungsmuster kodiert, die sich aus der im zweiten Kapitel beschriebenen Modellstruktur ableiten lassen:

Gegenteil

Gegenteiliges Verhalten ist im **selben Fokus** verankert, jedoch **um 180° gedreht**. Das Verhalten „bestrafen, Rache üben" (Position 133 im Full-Modell, siehe Abbildung 2.4) beispielsweise ist im kartesischen Koordinatensystem durch die Achsenwerte -6/9 (x-Achse) und -3/9 (y-Achse) definiert. Das gegenteilige Verhalten wird nun durch die

Änderung des Vorzeichens beschrieben und liegt an Position +6/9 und +3/9 im Full-Modell: „schätzen, sehr mögen“ (Position 113). Die Hunderter-Position (Fokusbeschreibung, siehe Tabelle 2.2) und die Einer-Position (Konkrete Verhaltensbeschreibung) bleiben hierbei unverändert, nur die Zehner-Position (Quadrantenbeschreibung) verschiebt sich auf die gegenüberliegende Seite (in Anlehnung an Benjamin, 1984, S. 129f). Im Cluster-Modell (siehe Abbildung 2.5) ist gegenteiliges Verhalten entsprechend durch Verhalten im **gegenüberliegenden Cluster** bei gleichbleibendem Fokus charakterisiert.

Komplementarität

Komplementäre Beziehungsmuster unterscheiden sich im SASB-Modell **lediglich anhand der Fokusebene**, nicht jedoch hinsichtlich der Werte auf der Affiliations- und Interdependenzachse. Ein transitives Verhalten wird also mit gleicher Kodierung im intransitiven Verhalten beantwortet. Auf eine beispielsweise freundlich-anleitende Aktion würde somit eine ebenso freundlich-annehmende Reaktion folgen. Im SASB Full-Modell lässt sich ein solches Verhalten ableiten, indem nur die Hunderter-Position des Verhaltens (Fokusbeschreibung) geändert wird, die restlichen Ziffern aber übernommen werden. Handelt eine Person gemäß Full-Modell etwa so, dass sie „vernünftig erklärt“ (Position 144), wäre eine komplementäre Reaktion des Adressaten, dass er „auf Vorschläge eingeht“ (244). Im Cluster-Modell werden ähnliche Verhaltensweisen zusammengefasst, so werden nur zwei Ziffern zur Kodierung benötigt. Eine komplementäre Reaktion auf „angreifen, zurückweisen“ (Cluster 1-7) wäre dementsprechend „protestieren, zurückweichen, zurückschrecken“ (2-7), auch hierbei wird **lediglich der Fokus gewechselt, der Cluster aber übernommen**. Im Regelfall „gesunder“ Kommunikation sollte die Komplementarität den überwiegenden Anteil ausmachen, indem generell freundlich agiert und entsprechend freundlich reagiert wird (zusammenfassend aus Benjamin, 1974, S. 414; Benjamin, 1984, S. 134; Tress, Henry, Strupp, Reister & Junkert, 1990, S. 250). Durch die Prinzipien des **Gegenteils** und der **Komplementarität** im interpersonellen Verhalten wird auch die in Kapitel 2 beschriebene „Lösung“ der unterschiedlichen Achsenbezeichnungen der Interdependenzdimension der Modelle nach Leary (1957) und Schaefer (1965a) ersichtlich:

> „The model […] resolves this dilemma by defining submit as the *complement* of dominate while calling emancipate (allow autonomy) the *opposite* of dominate or control“ (Benjamin, 1974, S. 395, Hervorhebung im Original).

Unterwerfung (Cluster 2-5) ist ein komplementäres Verhalten zu Kontrolle (1-5), während Autonomiegewährung (1-1) ein gegenteiliges Verhalten zu kontrollierendem Verhalten (1-5) darstellt.

Das Prinzip interpersoneller Komplementarität wurde auch metaanalytisch überprüft, hierbei zeigten sich jedoch **uneinheitliche Ergebnisse**. Während die Studiendaten eine generelle Komplementarität bei freundlich-dominantem und freundlich-unterwerfendem Verhalten bestätigen konnten, insbesondere bei Beziehungen mit natürlichem Statusunterschied, zeigte sich in einigen Studien, dass feindlich-dominantes Verhalten oftmals auch mit ebenfalls feindlich-dominantem Verhalten beantwortet wurde, vor allem in statusgleichen Beziehungen. Zudem war freundlich-dominierendes Verhalten in verschiedenen Studien eine mögliche Reaktion auf freundlich-dominierendes und feindlich-unterwerfendes Verhalten (Orford, 1986, S. 374f).

Das SASB-Modell könnte diese Unterschiede möglicherweise durch die Einführung der drei Fokusebenen erklären. Orford (1986, S. 369) selbst berücksichtigte in dieser Metaanalyse das SASB-Modell nicht, genau auf Grund der unterschiedlichen Fokusebenen, wodurch sich SASB von anderen interpersonellen Modellen unterscheidet, die nur auf einem Zirkumplex beruhen. Hierdurch seien **Studienvergleiche sehr komplex** und würden zu lange Erläuterungen und Ausführungen benötigen.

Groß und Riedel (1995, S. 88) untersuchten mit der SASB die Komplementarität innerhalb einer Psychotherapie und konnten die Prozesse in weiten Teilen bestätigen, zudem zeigte sich ein signifikanter Einfluss positiver Komplementarität auf den Therapieerfolg.

In den folgenden Beispielen werden Kodierungen stets anhand des **Cluster-Modells** beschrieben, da dies als übersichtlicher angesehen wird und durch die Zusammenfassung einzelner Verhaltenseinheiten zu Clustern „Ungenauigkeiten ausgeglichen [werden], wie sie allein durch unterschiedliches Sprachverständnis bedingt sein können“ (Tscheulin & Glossner, 2002, S. 132). Sollten einzelne Cluster in ihrer Beschreibung jedoch unpassend formuliert sein (zum Beispiel 1-3 „sich annähern, lieben“ in der Beschreibung eines Therapieprozesses), werden auch einzelne Verhaltensbeschreibungen aus dem Full-Modell übernommen.

Ähnlichkeit/Identifikation

Ähnlichkeit, Nachahmung oder auch Identifikation ist definiert als die Übernahme der erlebten Verhaltensweisen anderer Personen in das eigene interpersonelle Repertoire und stellt einen sehr wirksamen Mechanismus innerhalb der kindlichen Sozialisation dar (Benjamin, 2001, S. 84; Benjamin, 2006, S. 134). Im SASB-Modell zeigt sich dieses

Prinzip in der **Übernahme des gleichen Clusters bei ebenfalls beibehaltener Fokusebene**, jedoch wechselt der „Rolleninhaber“, der dieses Verhalten zeigt. Erlebt ein Kind etwa, wie ein Elternteil es selbst oder jemand anderen „herabsetzt, beschuldigt und bestraft“ (1-6), zeigt es das Prinzip der Ähnlichkeit, wenn es selbst nunmehr andere Personen ebenfalls „herabsetzt, beschuldigt und bestraft“ (1-6). Dieses Prinzip verdeutlicht erneut die in Kapitel 2 vorgenommene differenzierte Betrachtung des Introjektbegriffs. Die oftmalige Verwendung des Begriffs Introjektion als Übernahme von Täteranteilen in das eigene Selbstsystem kann im SASB-Modell eher durch das **Muster der Ähnlichkeit** dargestellt werden, so auch Benjamin (2001): „Das SASB-Prinzip der Ähnlichkeit umfasst das klinische Konzept der ‚Identifikation mit dem Aggressor‘, ist jedoch allgemeiner als dieses“ (S. 84).

Introjektion

Aus der bereits beschriebenen Logik der Komplementarität wird weiterhin auch das Prinzip des Introjekts im SASB-Modell ersichtlich: „It outlines what happens if focus from others is turned inward“ (Benjamin, 1984, S. 134). Erlebt eine Person in ihrer Sozialisation primär ein transitives Verhalten seiner wichtigsten Bezugspersonen, das „unterstützend, anleitend, bestärkend“ (1-4) ist, **überträgt sich gemäß der Modellkonzeption dieses Erleben auf das Selbstsystem**, sodass die Person „sich selbst umsorgt und sich voranbringt“ (3-4). Im Gegenzug kann erlebtes Verhalten, welches feindlich geprägt war, auch in einem feindlichen Verhalten sich selbst gegenüber münden: Erleben von „angreifen, zurückweisen“ (1-7) führt zu „Selbsthass, Selbstzerstörung“ (3-7). Wichtig hierbei ist im Verständnis der Theorie Benjamins nicht, wie eine Beziehung „objektiv“ gewesen ist, sondern wie sie **subjektiv empfunden** wurde, mit Schwerpunkt auf frühe Beziehungserfahrungen (Benjamin, 2001, S. 25). Abbildung 3.1 zeigt die Entwicklung von transitiven und intransitiven Verhaltensweisen über verschiedene Altersgruppen (Altersgruppe 1: Alter 0-5 Monate, Altersgruppe 11: Alter 14-21 Jahre) hinweg. Verglichen wurde das beobachtete Verhalten mit theoretischen Werten, um die Konsistenz beider Verhaltensweisen zu betrachten. So ist bei Kindern in den ersten Lebensjahren kaum konsistentes transitives („elternartiges“) Verhalten vorhanden, intransitives reaktives („kindartiges“) Verhalten jedoch schon ab den frühesten Lebensmonaten. Mit zunehmendem Alter schreitet auch die kognitive Entwicklung voran und es werden Erfahrungen gesammelt, sodass ab dem siebten Lebensjahr (Altersgruppe 9 in Abbildung 3.1) transitives und intransitives Verhalten gleichermaßen konsistent vorliegen (Benjamin, 1974, S. 403f). Tscheulin (1995, S. 156) sieht in dieser unterschiedlichen Konsistenzentwicklung eine mögliche Erklärung dafür, dass sich in späteren Introjekten

vor allem das von den **frühen Bezugspersonen** erlebte, dadurch erlernte und schließlich auf sich selbst gerichtete transitive Verhalten darstellt.

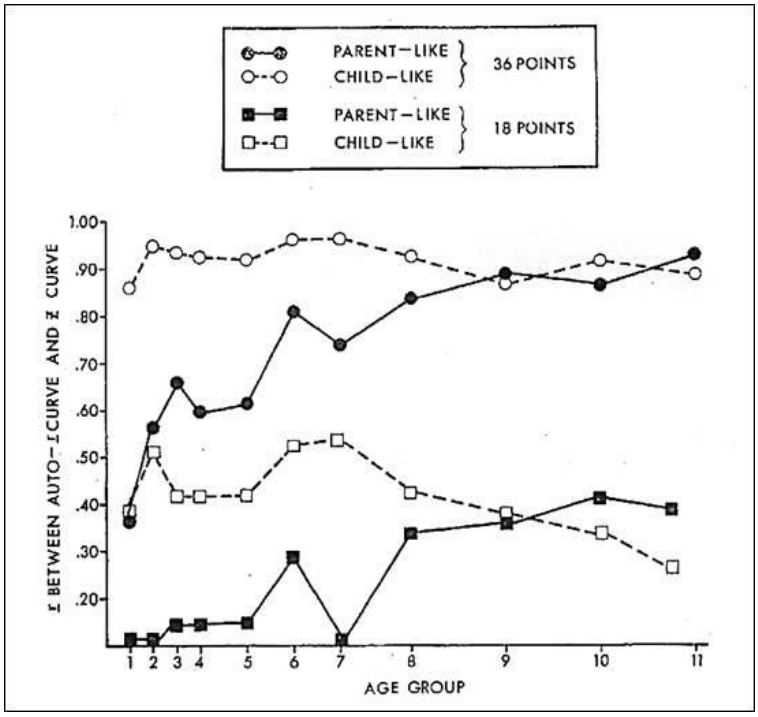


Abbildung 3.1: Konsistenzentwicklung von transitivem („Parent-Like“) und intransitivem („Child-Like“) Verhalten im Altersverlauf (entnommen aus Benjamin, 1974, S. 404)

Aus den hier aufgeführten Darstellungen wird abermals die im Kapitel 2 benannte **nicht eindeutige Trennung zwischen Rekapitulation und Introjektion** (vergleiche etwa Benjamin, 1996b, S. 139) ersichtlich. Durch die Introjektion im SASB-Modell werden erlebte transitive Verhaltensweisen der wichtigsten Bezugsperson ins Selbstsystem übernommen, „herabsetzen, beschuldigen, bestrafen“ (1-6) führt im Modell zu „Selbstanklage, Selbstunterdrückung“ (3-6), eben so, als sei die Person noch immer präsent. Auch Tress et al. (1990) beschreiben das Introjekt als „verinnerlichte Elternhaltung, ‚Stimme des Gewissens'“ (S. 247), sodass die in Kapitel 2 getroffene definitorische Beschreibung und Abgrenzung des in dieser Arbeit verwendeten **Introjekt-Begriffs** auch unter der hier dargestellten Modellkonzeption **beibehalten** werden kann.

Negative Komplementarität

In privaten Interaktionen stellt dieses Beziehungsmuster letztlich ein **komplementäres Verhalten in den Quadranten zwei und drei** dar, in denen feindliches Verhalten definiert ist (siehe Abbildung 2.5). Das Attribut „negativ“ trifft vor allem auf den Bereich der

Psychotherapie zu. Sie tritt auf, wenn ein Patient mit feindlichem Verhalten agiert und der Therapeut mit einem zwar komplementären, aber somit ebenfalls feindlichem Verhalten reagiert. Würde ein Patient den Therapeuten „herabsetzen, beschuldigen, bestrafen“ (1-6), so wäre eine negative komplementäre Reaktion des Therapeuten, „gekränkt und beleidigt zu sein, sich zu rechtfertigen und hastig Folge zu leisten“ (2-6). Negativ deshalb, da hierdurch der Therapieprozess gefährdet werden kann, wenn solche Beziehungsmuster längerfristig vorliegen und nicht erkannt und bearbeitet werden (Tress et al., 1990, S. 250). Achtsam für solche Muster zu sein und diese rechtzeitig zu erkennen ist eine wichtige Anforderung an den Therapeuten, gerade hinsichtlich von **Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen**: „Übertragung als zentraler Begriff der Psychoanalyse bezieht sich auf das Wiederholen von Beziehungsmustern und Erlebensparallelen. Übertragung ereignet sich überall, ist aber nur für den erkennbar, der um sie weiß“ (Bauers, 1994, S. 84).

Der Begriff der Übertragung/Gegenübertragung sollte vorsichtig genutzt werden, wenn er unreflektiert als direkter Zugang zur Psyche des Gegenübers gesehen wird (ähnlich auch Hartkamp, Schmitz, Schulze-Edinghausen, Ott & Tress, 2002, S. 273; eine sehr pointierte Beschreibung solch unreflektierter Übertragungsinterpretationen gibt Reisinger, 2013, S. 163, sie ist in Anhang 3.1 zitiert). Bei achtsamer Anwendung kann sie jedoch **Hinweise auf das Erleben eines Patienten** geben (Kernhof, Obbarius, Kaufhold, Merkle & Grabhorn, 2013, S. 152) und somit eine Quelle für die **Generierung von Störungshypothesen** darstellen.

Antithese

Das Konzept der Antithese im SASB-Modell ist definiert als „the opposite to the complement of a specific behavior” (Benjamin, 1984, S. 135), der Adressat einer Handlung wechselt gemäß der komplementären Reaktion den Fokus, nimmt bezüglich der Affiliations- und Interdependenzwerte aber den entgegengesetzten Cluster (oder im Full-Modell eine einzelne Verhaltenseinheit) ein, **ein rein komplementärer Beziehungsprozess wird also unterbrochen**.

Übertragen auf den Therapieprozess und anknüpfend an das Beispiel der negativen Komplementarität würde sich eine solche Antithese wie folgt gestalten: Der Patient „setzt herab, beschuldigt, bestraft“ (1-6), der Therapeut reagiert nicht mit der komplementären Reaktion 2-6, sondern mit der im Modell gegenüberliegenden Reaktion (Beziehungsmuster Gegenteil) und „öffnet sich, teilt sich mit“ (2-2). Problematischer kann es werden, wenn etwa auf eine „unterstützende, anleitende und bestärkende“ (1-4) Aussage des Therapeuten seitens des Patienten mit einer Antithese reagiert wird und

dieser sich somit „abschottet, verweigert, distanziert“ (2-8). Hierbei ist erneut die Achtsamkeit des Therapeuten gefordert, der auf diese Reaktion nicht seinerseits komplementär mit „vernachlässigen und ignorieren“ (1-8) reagieren darf, sondern mit einer antithetischen Antwort auf diese Antithese (2-8 → 1-4) und weiterhin „unterstützt, anleitet und bestärkt“.

Das Prinzip der Antithese kann bei Kindern und relativ gesunden Erwachsenen angewendet werden, Personen mit schwereren psychischen Störungen nehmen solche Antworten eher kontextuell falsch und unangemessen wahr (angelehnt an Benjamin, 1984, S. 135; Benjamin, 2001, S. 89, Tress et al., 1990, S. 250f).

Shaurette-Prinzip

Da die **Antithese nicht bei Personen mit stärkeren psychischen Störungen** eingesetzt werden kann, kann die Beziehungsgestaltung hier mit dem „Shaurette-Prinzip“, benannt nach dem Arzt Glenn Shaurette (Benjamin, 2001, S. 90), strukturiert werden. Hierbei „sollte der Therapeut den Patienten dort abholen, wo er steht“ (Scheibe, Junkert-Tress, Hildenbrand & Tress, 1997, S. 230), sich also durchaus dem Patienten in **seinem fehlangepassten Verhalten nähern**, um dann schrittweise das SASB-Modell in Richtung des gewünschten Zielverhaltens zu beschreiten, welches zuvor etwa durch Formulierung eines Gegenteils bestimmt wurde.

Wenn beispielsweise ein schwer sozialphobischer Patient sich in der Therapie vollständig „fügt und unterwirft“ (2-5), wäre ein angestrebtes Zielverhalten möglicherweise im Gegenteil verortet, der Patient soll somit lernen, „sich eigenständig und selbstsicher zu behaupten“ (2-1). Das hierzu komplementäre transitive Verhalten „freigeben und frei gewähren lassen“ (1-1, Antithese zu 2-5) würde den Patienten aktuell aber überfordern, daher nähert sich der Therapeut dem Patienten komplementär auf „seinem“ Cluster und „kontrolliert, ordnet und steuert“ (1-5) zunächst den Therapieverlauf. Im weiteren Verlauf schreitet der Therapeut dann Schritt für Schritt die Cluster zum angestrebten Verhalten ab: 1-4 („unterstützen, bestärken“) → 1-3 („beistehen, wertschätzen“) → 1-2 („bestätigen, ermuntern“) → 1-1 („zur Eigenständigkeit ermutigen, frei gewähren lassen“). Sofern der Patient diese Aktionen seinerseits jeweils komplementär beantwortet, folgt er dem Therapeuten auf diesem **Weg zum erwünschten Zielverhalten** (2-1) und lernt, sich „eigenständig und selbstsicher zu behaupten“ (angelehnt an Benjamin, 2001, S. 89ff).

Komplexe Kodierungen

Komplexe Kodierungen im Modell können nicht per Fragebogen-Rating erhoben werden, da hier alle Items eindeutig zugeordnet sind. Vielmehr treten sie zu Tage, wenn Ratings aus **Verhaltensbeobachtungen** erstellt werden, in denen eine Beobachtungseinheit nicht eindeutig zu einem Cluster zugeordnet werden kann, sondern mehrdeutige, auch widersprüchliche, Aussagen enthält (Tress et al., 1990, S. 251). Wird etwa eine Interaktion von Vater und Kind betrachtet, in welcher der Vater sagt „ich habe dich sehr lieb“ (1-3), in seiner Körpersprache aber zurückweicht und keinen Kontakt haben will (1-8), entsteht für das Kind in diesem Moment der Konflikt, mit welchem Verhalten es komplementär reagieren soll (2-3 oder 2-8). Eine solche Verhaltenseinheit zeigt somit paradoxe Elemente und stellt eine **Double-Bind-Botschaft** dar (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2011, S. 196).

Alle dargestellten Beziehungskonstellationen müssen generell unter dem Aspekt **adaptiver und maladaptiver Verhaltensweisen** betrachtet werden. So wandten Kruse und Tress (2010, S. 114) die SASB auf die Analyse von Behandlungsgesprächen zwischen Hausarzt und Patient an und stellten fest, dass in der überwiegenden Zeit ein dominierendes, kontrollierendes Verhalten des Arztes vorliegt und sich der Patient in seiner Reaktion dem Arzt primär „fügt“ und seinen Ratschlägen folgt, ein in einer solchen Situation nachvollziehbares und angemessenes Verhalten.

Auch feindseliges Verhalten kann **kontextabhängig** vollkommen „gesund“ sein, Benjamin (1996a) stellt dies ebenfalls heraus und bezieht Psychopathologie auf ein **generell feindliches Verhalten als Baseline** im zwischenmenschlichen Kontakt, unabhängig vom spezifischen Kontext. Generell freundliche Verhaltensweisen als Basisvariable werden zusammenfassend als „Attachment Group (AG)“ (Benjamin, 1996a, S. 253) definiert, feindliche Basisverhaltensvariablen klassifiziert sie als pathologische „Disrupted Attachment Group (DAG)“ (Benjamin, 1996a, S. 254).

Weiterhin können die in den bisherigen, simplifizierten Beziehungsmuster-Beispielen dargestellten Verhaltensweisen auch in ihrer **jeweiligen Stärke variieren**. Wie in zirkumplexen Modellen üblich, ist ein Verhalten umso stärker ausgeprägt, je weiter es vom Kreismittelpunkt entfernt codiert ist, die Intensität eines spezifischen Verhaltens selbst stellt im SASB-Modell jedoch keine Pathologie dar. Pathologisches Verhalten der DAG wird im Modell dementsprechend nicht quantitativ, sondern **qualitativ unterschieden** von Normalverhalten der AG, dies stellt die **Zielvariable** für einen psychotherapeutischen Prozess dar (Benjamin, 1996a, S. 253; Benjamin, 2001, S. 86).

Da die Unterscheidung in diese beiden Gruppen im weiteren Verlauf der Arbeit immer wieder aufgriffen wird, zeigt Tabelle 3.1 dezidiert die **Charakteristika dieser**

Verhaltensmuster und weiterhin die Ableitung der entsprechenden konkreten Cluster, diese beziehen sich jeweils auf alle drei Fokusebenen.

Tabelle 3.1: Übersicht Charakteristika der Attachment und Disrupted Attachment Group sowie konkrete Cluster-Ableitung (zusammenfassend aus Benjamin, 1996a, S. 253f, 2001, S. 86; Benjamin, Rothweiler & Critchfield, 2006, S. 98).

Attachment Group **AG**	**Disrupted Attachment Group** **DAG**
Achse Kontrolle - Unterwerfung zugehörig zu AG oder DAG, abhängig vom Kontext	
Freundliches, moderat verstricktes/ differenziertes Verhalten	Feindliches, moderat verstricktes/ differenziertes Verhalten
Liebe und Freundlichkeit, flexibler und offener kognitiver Stil	Hass und Feindseligkeit, rigider und verschlossener kognitiver Stil
Normales, adaptives Verhalten	Pathologisches, maladaptives Verhalten
Daraus folgende konkrete Cluster Ableitung	
Cluster 2 Cluster 3 Cluster 4	Cluster 6 Cluster 7 Cluster 8
Cluster 1 und 5 beschreiben die Interdependenzachse, Zugehörigkeit somit kontextabhängig	

3.2 Hybrid Approach für Persönlichkeitsstörungen

Neben der detaillierten Beschreibung von Beziehungsmustern wurde das SASB-Modell im Schwerpunkt auch als erweiterter Ansatz zur Erklärung der **Genese von Persönlichkeitsstörungen** genutzt, um darauf aufbauend einen **interpersonellen Therapieansatz** zu konzipieren. Psychische Störungen werden aktuell anhand zweier Klassifikationssysteme diagnostiziert, dem fünften Kapitel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision, ICD-10 (Dilling, Wombour & Schmidt, 2014) sowie dem Diagnostischen und Statistischem Manual Psychischer Störungen in der fünften Revision, DSM-V (Falkai & Wittchen, 2015a). Für den deutschen Sprachraum ist das ICD-10 maßgeblich, für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie insbesondere das **Multiaxiale Klassifikationsschema** (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (Remschmidt et al., 2012). In der

Forschung wird das DSM ebenfalls häufig zusätzlich zum ICD-10 eingesetzt, beide Klassifikationssysteme basieren auf dem Prinzip einer operationalen und deskriptiven Diagnostik ohne zusätzliche ätiologische Kriterien (Amelang & Zielinski, 2004, S. 533). Das fünfte Kapitel des ICD-10 nimmt hierbei gegenüber den anderen Kapiteln eine **Sonderrolle** ein, da nur hier eine rein definierende Beschreibung der Diagnosen vorliegt (Dilling & Reinhardt, 2016, S. 7). Durch diese operationale Diagnostik soll die **Reliabilität der psychopathologischen Diagnosen** erhöht werden, eine Diagnose wird dementsprechend dann vergeben, wenn nach definierten Regeln bestimmte Symptome vorhanden sind. Die Symptome liegen als einzelne, abgrenzbare Einheiten vor, Symptombeziehungen und Kontextbezüge werden dabei nicht betrachtet (Jäger, Frasch & Becker, 2008, S. 288). Hohage (2001) kritisiert diese und weitere Schwächen des Kapitels V im ICD-10 (zusammenfassend siehe Tabelle 3.2) und stellt fest: „Die ICD-10 ist als diagnostisches Instrument für die psychotherapeutische Praxis ungeeignet“ (Hohage, 2001, S. 110).

Tabelle 3.2: Schwächen des Kapitels V der ICD-10 (zusammenfassend aus Hohage, 2001, S. 111-113).

Kernaussage	Begründung
Vernachlässigung des Leidensdruckes	Da die ICD-10 störungszentriert ist und eine Fokussierung auf die Funktionsbeeinträchtigung vorliegt, wird der individuelle Leidensdruck nicht angemessen berücksichtigt. Behandelt wird jedoch vorrangig das Leiden, nicht die Funktionsstörung an sich.
Verzicht auf Ätiologie	In den übrigen Kapiteln der ICD-10 findet eine ätiologische Diagnostik statt, nur im Kapitel V ist diese ausgeklammert. Psychotherapie ist jedoch ätiologisch ausgerichtet und auch die Psychotherapierichtlinien definieren, dass Symptome allein keine seelische Krankheit ausmachen.
Keine Differenzierung von endogenen und psychogenen Aspekten	Die Symptomorientierung des ICD-10 lässt keine Differenzierung der ursächlichen Faktoren zu, neurobiologische und psychologische Eigendynamiken werden nicht unterschieden.
Keine Ursache-Symptom-Verknüpfung	Im ICD-10 findet keine patientenspezifische Verknüpfung von Persönlichkeitsfaktoren, Konflikten und Symptomen statt. Komplexe Störungen mit mehreren Symptomen werden nicht ätiologisch erklärt, sondern durch Komorbiditäten. Es werden so viele parallele Diagnosen vergeben, wie für die Beschreibung der Störung notwendig.
Statisches Konzept von Persönlichkeit	Klassifikationen von Persönlichkeitsstörungen basieren auf einem statischen Persönlichkeitskonzept, eine kategoriale Trennung von „Gesund“ und „Gestört“ ist jedoch nicht möglich. Patienten haben meist keine extremen Normabweichungen, sondern Verhaltensmuster, die sich in spezifischen Lebensbereichen als dysfunktionale Symptome zeigen. Erst diese Dysfunktionalität erfordert eine Behandlung, nicht die Abweichung von der Norm an sich.
Zweckentfremdung für Kostensteuerung	Der Versuch, anhand der Summe der komorbiden Einzeldiagnosen die Schwere der Erkrankung und den Umfang der Behandlung abzuschätzen, greift zu kurz. Es kann bei einem Patienten z.B. nicht erst eine störungsspezifische Therapie einer Panikstörung stattfinden und separat davon die Therapie einer depressiven Episode, ohne Symptome zu verknüpfen und zugrundeliegende Faktoren zu behandeln.

Auch diese Kritik muss im wissenschaftlichen Diskurs kritisch reflektiert werden. So kann unter dem Aspekt „Leidensdruck“ auch ein „externer“ Leidensdruck durch Familie, Schule oder Peergroup denkbar sein, der zu einer Therapie Anstoß gibt, ohne dass zunächst ein offensichtlicher eigener Leidensdruck beim Patienten ersichtlich ist, ein Beispiel für eine solche Konstellation wäre eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Im MAS wird zudem versucht, mögliche **auslösende und aufrechterhaltende Faktoren** mit einzubeziehen, indem im multiaxialen Schema die fünfte Achse „Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“ berücksichtigt. Weiterhin ist die deskriptive Beschreibung der Störungen auch dem Umstand geschuldet, dass hinsichtlich einer ursächlichen Erklärbarkeit von psychischen Störungen **nach wie vor kein Konsens über unterschiedliche Theorieschulen** hinweg vorliegt (Remschmidt et al., 2012, S. 10). Jedoch fordert auch Hirschberg (2011), „die Multidimensionalität komplexer Syndrome auch in ihrer theoretischen Konstruktion zu beachten“ (S. 50).

Der Kritik an einer rein symptomorientierten und operationalen Diagnose psychischer Störungen schließt sich Benjamin (1982, S. 190) an und kritisiert das DSM (damals in der dritten Revision), welches zwar zu einer erhöhten Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen geführt hat, aber **keine Informationen zu Ätiologie und Behandlung** enthält. Sie begegnet diesem Umstand mit der Übertragung von Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM auf das SASB-Modell: „The result is a hybrid approach. A dimensional model is used to define categories“ (Benjamin, 1993, S. 93).

Hierzu untersuchte Benjamin (1994) Psychiatriepatienten mittels SASB, dem interpersonellen Modell nach Leary (1957) und dem Fünf-Faktoren-Modell (FFM) der Persönlichkeit, den „Big Five“ (zur Übersicht siehe etwa Amelang & Bartussek, 2001, S. 364-384). Dieses Modell wurde ebenfalls zur Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen verwendet, die Autoren beziehen sich hierbei explizit auf Leary und sehen die beiden Faktoren Extraversion und Verträglichkeit als vergleichbar mit den Achsen im Modell nach Leary an (Costa & McCrae, 1990, S. 363). Abbildung 3.2 zeigt die **SASB Clusterwerte für unterschiedliche Diagnosen** und erfasste Fokusebenen, jeder Cluster allein ermöglicht hierbei bereits eine signifikante Differenzierung der einzelnen Gruppen (Benjamin, 1994, S. 303f).

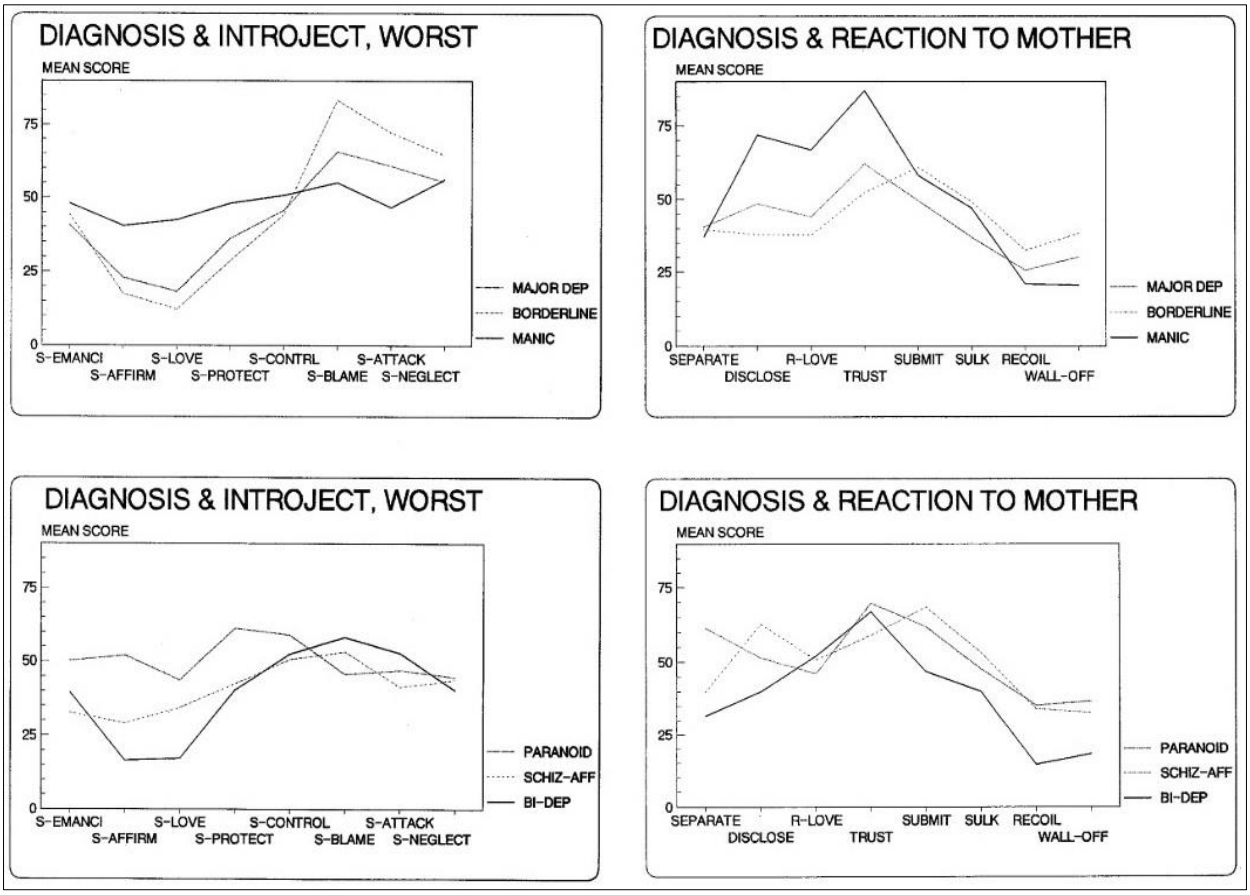


Abbildung 3.2: Clusterwerte unterschiedlicher Diagnosen und Fokusebenen (modifiziert nach Benjamin, 1994, S. 303f).

Die Introjekt-Kurvenverläufe der Patienten mit Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen eine gute Abbildung der Zirkumplexstruktur, wobei hier das Maximum im Cluster 3-6 „Selbstanklage / Selbstunterdrückung“ liegt und das Minimum im Cluster 3-3 „Selbstliebe / Selbstwertschätzung“. Patienten mit manischer und paranoider Erkrankung hingegen schätzen ihren Umgang mit sich selbst als deutlich liebevoller und wertschätzender ein. Die Kurve der schizoaffektiven Gruppe fällt, Benjamin (1994) spricht selbst von „Perhaps not coincidentally“ (S. 304), zwischen die Verläufe der paranoiden und bipolar-depressiven Gruppen. Abgebildet sind hierbei jeweils die Introjekte der „schlechtesten Zeit“. In Erhebungen mit Intrex-Fragebögen werden zumeist zwei Introjekte erfragt, einmal „zur besten Zeit“ und einmal „zur schlechtesten Zeit“, um Differenzen zwischen beiden Stimmungslagen zu erfassen (Benjamin, 1984, S. 159). In der vorliegenden Arbeit wird jedoch nur ein „allgemeines“ Introjekt erhoben, daher wird auf dieses Konzept an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen.

Gemessen an der **Augenscheinvalidität** spiegeln die Kurvenverläufe durchaus die einzelnen Symptome wider und können den klinischen Eindruck der unterschiedlichen Störungen wiedergeben. Auf der rechten Seite der Abbildung 3.2 sind die erinnerten

Reaktionen der Patienten auf ihre Mütter abgebildet, also das Verhalten auf der intransitiven Fokusebene, wieder getrennt nach Störungsbildern. Hierbei sticht vor allem die Gruppe der manischen Patienten hervor, die ein deutlich liebevolleres und vertrauensvolleres Verhalten (Cluster 2-2 bis 2-4) in der Beziehung zur Mutter angeben, als dies bei den übrigen Gruppen der Fall ist.

Insgesamt erbrachten Korrelationsanalysen auch unabhängig von der bereits beschriebenen Augenscheinvalidität **signifikante Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Daten**, die mittels SASB erhoben wurden. Die individuell empfundene Beziehung zur Mutter zeigte einen starken Einfluss auf die Psychopathologie des Erwachsenenalters: „In sum, diagnosis was associated with introject, views of others, and views of the generic self with others" (Benjamin, 1994, S. 307).

Auch Pincus, Gurtman und Ruiz (1998) verglichen das SASB-Modell mit einem auf dem Modell nach Leary aufbauendem Zirkumplexmodell und dem FFM und benennen die Vorteile des SASB Ansatzes: „One advantage of SASB may be the generation of testable hypotheses regarding the developmental links between introject dimensions and important early relationships" (Pincus et al., 1998, S. 1642).

Aufbauend auf dem Modell der SASB entwickelte Benjamin (1996c, deutsche Auflage 2001) einen **interpersonellen Ansatz** zur Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die Grundannahmen des Ansatzes können wie folgt beschrieben werden:

- Eine psychische Erkrankung ist keine Störung im Sinne eines Zusammenbruches, sondern eine Anpassung.
- Wenn die Symptome dieser Erkrankung aus der Sicht des Patienten betrachtet werden, ergeben sie Sinn.
- Eine wirksame Therapie muss neue, „gesunde" Anpassungsformen bieten.
- Vulnerabilitäten für psychische Erkrankungen ergeben sich aus genetischen und biologischen Veranlagungen, sowie aus sozialen Lernerfahrungen.
- Objektbeziehungen zu frühen, wichtigen Bezugspersonen spiegeln sich im späteren Selbstsystem (Introjekt) wider.
- Aktionen und Reaktionen der Patienten sind Versuche, die Zustimmung und Liebe dieser internalisierten Objektbeziehungen („IPIRs": Important Persons and their Internalized Representations) zu erhalten. Durch ein solches Verhalten wird ein Sicherheitsgefühl aktiviert, welches als Verstärkervariable fungiert.
- Eine Therapie muss diese Verbindung zu diesen Objekten mit dem Patienten gemeinsam aufdecken und verändern. Dies beinhaltet die Aufdeckung von

interpersonellen Beziehungen und ihren Niederschlag in intrapsychische Selbstkonzepte.

- Vor der Veränderung steht die Vermittlung des Sinns dieser Verhaltensmuster. Im nächsten Schritt wird erarbeitet, wie diese Muster im aktuellen Kontext maladaptive Verhaltensweisen darstellen.
- Veränderungsmotivation muss geschaffen werden, anschließend können neue, adaptive Verhaltensweisen aufgebaut werden.
- Kognitionen, Emotionen und Verhalten entwickeln sich gleichzeitig und bedingen sich gegenseitig. Der Therapeut muss sich diesen drei Variablen gleichzeitig widmen. Hierbei können unterschiedliche Methoden, einschließlich kognitiver Techniken und medikamentöser Unterstützung, eingesetzt werden.
- Die Therapie ist getragen durch einen freien Gesprächsstil, Therapeut und Patient arbeiten zusammen.
- Die Beschreibungen der Aktionen, Reaktionen und des Selbstkonzeptes werden anhand der SASB beschrieben (zusammenfassend aus Benjamin, 1996b, S. 139ff; Benjamin, 2001, S. 539).

Für diesen Ansatz überführte Benjamin (2001) **Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM in „Fingerabdrücke“ im SASB-Modell** auf allen drei Fokusebenen, eine Übersicht der einzelnen Grundhaltungen verschiedener Störungen findet sich in Anhang 3.2. Weiterhin wird jede Persönlichkeitsstörung mittels DSM beschrieben, um anschließend Hypothesen zur Pathogenese auf Grundlage der SASB zu erstellen. Zusätzlich werden Zusammenhänge zwischen den Symptomen des DSM und der Beschreibung der Manifestation dieser Symptome in interpersonellen Beziehungen dargestellt. Darauf aufbauend werden Behandlungsempfehlungen formuliert, die sich aus den vorhergehenden Überlegungen ableiten (Benjamin, 2001, S. 16).

So konnten die im DSM fehlenden ätiologischen Aspekte in der Genese und Aufrechterhaltung psychischer Störungen in ein Therapiekonzept übernommen werden. Davies-Osterkamp (2002a) beschreibt die Vorteile dieses Ansatzes wie folgt:

> „Er bietet eine einheitliche psychologische Sichtweise und Terminologie, innerhalb derer eine Verknüpfung von diagnostischen Aussagen und genetischen Hypothesen bei den Persönlichkeitsstörungen möglich wird. Darüberhinaus [sic!] läßt sich in ihm die Entwicklung differentieller Interventionsstrategien in der Therapieplanung innerhalb desselben Modells begründen. Das Modell ist so ausformuliert, daß eine empirische Überprüfung der postulierten Verknüpfung zwischen ätiologischen Hypothesen, diagnostischen Aussagen und therapeutischen Strategien prinzipiell möglich wird“ (S. 252).

3.3 Einzelfallanalyse

Neben dem bereits dargestellten Ansatz auf Grundlage einer empirischen Basis, dessen Schlussfolgerungen aus statistischen Analysen von Untersuchungen mit größeren Fallzahlen gezogen werden und deren Interpretation hinsichtlich zuvor formulierter Hypothesen erfolgt, erlaubt das SASB-Modell durch die „N = 1 technology“ (Benjamin, 2000, S. 94) noch eine **weitere Analysemöglichkeit**, die primär für den **therapeutischen Alltag** von Belang ist. Hierzu besteht die Möglichkeit, die **Antworten einer einzelnen Person** (*N* = 1) auf statistische Signifikanz hinsichtlich des Zusammenhanges zu theoretischen Profilen zu prüfen.

Die Clustermittelwerte der Antworten werden in einer **Strukturkurve („Pattern“)** angezeigt und mit theoretischen Pattern, die unterschiedliche charakteristische Verhaltensweisen definieren, verglichen (Benjamin, 1984, S. 144f). Es liegen insgesamt 21 theoretische Pattern vor, die Werte und dazugehörigen Verhaltensweisen sind in Anhang 3.3. aufgeführt.

Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 3.3 die **Introjekt Pattern-Map** der 15-jährigen Patientin, deren Introjekt Text-Map bereits im zweiten Kapitel vorgestellt wurde (siehe Abbildung 2.6). Zur Generierung wurde erneut das Programm MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) genutzt.

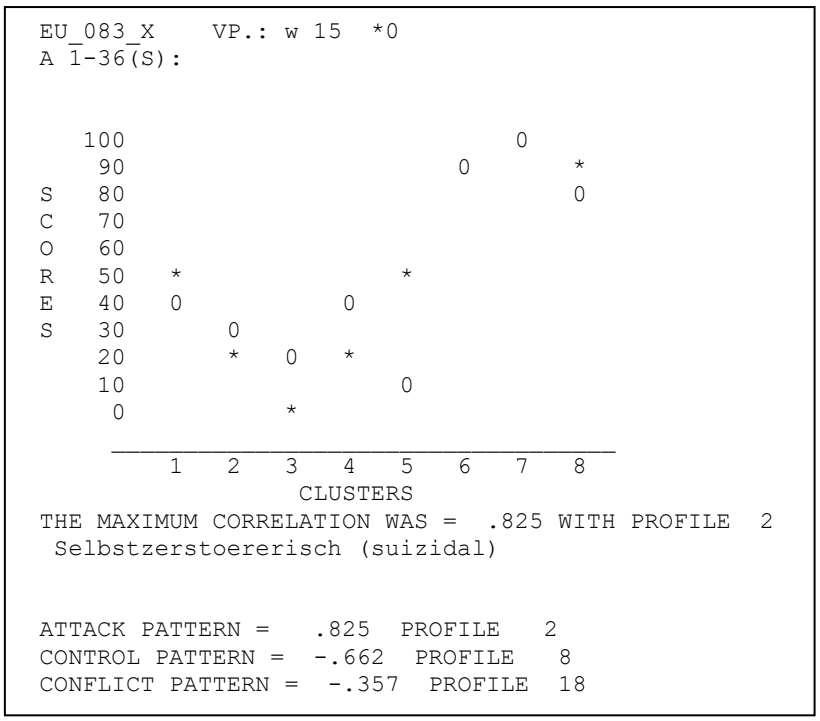


Abbildung 3.3: Introjekt Pattern-Map einer 15-jährigen Patientin.

In Abbildung 3.3 stellen die Kreise die tatsächlichen Clustermittelwerte der Patientenantworten dar, die Sternchen zeigen die Werte der theoretischen Strukturkurve an, die am besten zum vorliegenden Profil passt. Sind beide Werte deckungsgleich, wird lediglich der Kreis angezeigt. Unter den Werten wird **der passendste Pattern** noch einmal ausgeschrieben formuliert, zudem findet sich hier die Höhe der Korrelation zwischen tatsächlicher und theoretischer Strukturkurve (Tscheulin, 2001, Software Output). Darunter finden sich noch drei weitere Korrelationskoeffizienten zu speziellen theoretischen Pattern, Tabelle 3.3 zeigt die jeweiligen möglichen Werte und die dazugehörige Interpretation des Beziehungsmusters.

Tabelle 3.3: Interpretationen der Beziehungsmuster für Attack, Control und Conflict Pattern (zusammenfassend aus Davies-Osterkamp, Hartkamp & Junkert, 2002, S. 160f; Tscheulin, 2001, Software Output).

Pattern Werte	Interpretation des Beziehungsmusters
Attack (ATK) Werte	
+ ATK	Feindselig, aggressiv
- ATK	Freundlich
Control (CON) Werte	
+ CON	Kontrollierend/unterwürfig (je nach Fokus)
- CON	Autonomie gewähren/nehmen, freie Spontaneität (je nach Fokus)
Conflict (CFL) Werte	
+ CFL	Konflikt: Kontrolle/Unterwerfung vs. Autonomie, ≙ Konflikt auf der Interdependenzachse
- CFL	Konflikt: Liebe/Annäherung vs. Hass/Ablehnung, ≙ Konflikt auf der Affiliationsachse

Die Korrelation der tatsächlichen Ratings zum theoretischen Pattern mit dem besten Fit ist ab einer Höhe von .71 auf einem Niveau von α = .05 signifikant (Benjamin, 1984, S. 145). Im Beispiel liegt also ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Antworten der Patientin (über die Clustermittelwerte) und dem suizidalen Pattern 2 vor. Für die Berechnung der **ATK, CON und CFL Pattern** wird das Patienten-Rating nicht nur mit einem Pattern verglichen, sondern mit mehreren prototypischen ATK, CON und CFL Pattern (siehe Anhang 3.3), um eine Übersicht über **grundlegende Charakteristika** einer Beziehung zu erhalten. Da hier mehrere Pattern korreliert werden, liegt die Signifikanzschranke für α = .05 entsprechend höher bei *r* = .82 als absoluter Betrag (Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 164). Im Beispiel überschreitet diese Grenze lediglich der Pattern ATK mit positivem Vorzeichen, die Patientin zeigt also ein **signifikant feindseliges und aggressives Verhalten** sich selbst gegenüber.

Hinsichtlich der beschriebenen einzelnen Signifikanzschranken liegen jedoch **uneinheitliche Aussagen** vor. Während im Software Output des Programms MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) generell eine Korrelation von .81, sowohl für den Vergleich der einzelnen Kurve, als auch der ATK, CON und CFL Pattern als Untergrenze für statistische Signifikanz ausgegeben wird, unterscheiden Davies-Osterkamp et al. (2002, S. 159 & S. 164) zwischen Einzelvergleich (Signifikanzschranke *r* = .71 für α = .05) und ATK, CON, CFL Vergleich (Signifikanzschranke *r* = .82 für α = .05), ebenso Benjamin (1984, S. 145, für Einzelvergleich und 2000, S. 41, für ATK, CON, CFL Vergleich). Allerdings spricht sich Benjamin (2000, S. 85f) dafür aus, in der Einzelauswertung auch für die ATK, CON und CFL Pattern einen Wert von .71 als bereits „groß genug“ anzusehen und als charakteristisch für ein Beziehungsmuster zu interpretieren, da hierdurch über 50% der Varianz aufgeklärt werden können.

Wichtig bei der Rückmeldung der Ergebnisse in einem therapeutischen Prozess sollte daher vor allem sein, dass der **Therapeut sich dieser Unterschiede gewahr ist und sie entsprechend berücksichtigt**. Dann können, unabhängig von Fehlerniveaus und Signifikanzschranken, die erzielten Ergebnisse Ausgangspunkt von Hypothesenbildung und vertiefenden Gesprächen sein.

3.4 SASB als Grundlage weiterer Verfahren

Nur ganz kurz soll an dieser Stelle ein bekanntes Verfahren vorgestellt werden, das sich in seiner Entstehung auf das SASB-Modell bezieht und gegen das im späteren Verlauf der Mehrwert einer Nutzung der SASB-KJ geprüft werden soll.

Die **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)** hat sich im Kontext von Forschung und Praxis bewährt, ist hinsichtlich Reliabilität und Validität untersucht worden und wird weiterhin fortentwickelt (Cierpka et al., 2015, S. 377). Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegt eine separate, modifizierte Version vor (OPD-KJ), die multiaxial in vier Achsen „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „Behandlungsvoraussetzungen“ gegliedert ist; „wesentliches Ziel der OPD-KJ ist die komplexe Erfassung psychodynamischer Befunde gemäß den vier Achsen“ (Winter, 2012, S. 6). Zur OPD-KJ liegen jedoch, im Gegensatz zur OPD des Erwachsenenalters, nur wenige Untersuchungen zu den Gütekriterien vor (Jelen-Mauboussin et al., 2013, S. 25).

Nach der Erhebung der psychodynamischen Befunde (Diagnostikphase) lassen sich Therapieziele ableiten und Entscheidungen für den Therapieverlauf treffen, sodass die OPD-KJ einen wertvollen Beitrag zum gesamten Therapieprozess leisten kann (Seiffge-Krenke, Fliedl & Katzenschläger, 2012, S. 130). Die OPD kann darüber hinaus auch im Rahmen tiefenpsychologischer Psychotherapie als Instrument zur Erstellung des Gutachterantrages dienen, indem die OPD als Leitfaden dient, anhand dessen Hypothesen generiert, überprüft und im Antrag formuliert werden können (Wollschläger, 2011, S. 66), so wird die OPD auch im Kommentar zur Psychotherapie-Richtlinie benannt (Cierpka et al., 2015, S. 380).

Für die Erfassung der Beziehungsachse wird durch die Autoren ein Zirkumplexmodell favorisiert, da sich in einem solchen Modell komplexe Beziehungen besonders gut darstellen lassen. Das SASB-Modell und die Orientierung hieran in der Entwicklung der OPD wird **explizit herausgestellt**: „Die Abbildung solcher interpersoneller Prozesse gelingt in den Kreismodellen der SASB […] am differenziertesten. Diese werden auch vom Arbeitskreis OPD […] als Grundlage zur Kategorisierung des interpersonellen Verhaltens verwendet“ (Schulte-Markwort, Resch & Bürgin, 2004, S. 96f). Die OPD ist aufgrund ihrer differenzierten Einsatzmöglichkeiten für die psychodynamische Psychotherapie zum Standardverfahren avanciert und schafft eine einheitliche Begriffsstruktur innerhalb der psychodynamischen Theorieschule (Dahlbender & Tritt, 2011, S. 39).

Durch ihre Strukturierung und empirische Überprüfung von Reliabilität und Validität soll die OPD-KJ letztlich auch dazu beitragen, einen **integrativen Ansatz** verschiedener Therapie- und Theorieschulen (insbesondere der Verhaltenstherapie und der

psychoanalytisch begründeten Psychotherapie als anerkannte Richtlinienverfahren der gesetzlichen Krankenkassen) zu schaffen und den Dialog über Schulengrenzen hinweg zu ermöglichen (Resch, Schulte-Markwort & Bürgin, 1998, S. 385). Jedoch werden in der OPD auch Konflikte beschrieben, die innerhalb der Verhaltenstherapie auf **erhebliche Skepsis** stoßen, zu nennen sind hier etwa „Über-Ich und Schuldkonflikte“ oder „Ödipal-sexuelle Konflikte“ (zur Übersicht der Konfliktarten siehe etwa Elgeti, 2004, S. 16).

So kommen Margraf, Jacobi und Maercker (2000, S. 52) in ihrer Bewertung der OPD aus Sicht der Verhaltenstherapie zu dem Schluss, dass die unterschiedlichen grundlegenden theoretischen Konzepte **auch weiterhin zu Differenzen führen,** mit der OPD aber ein deutlicher Fortschritt in der empirischen Überprüfung psychodynamischer Theorien gelungen ist, den auch die Verhaltenstherapie weiter beachten sollte.

Kapitelfazit

Durch die Implementierung von drei Fokusebenen bietet das SASB-Modell die Möglichkeit, unterschiedliche Beziehungsmuster im aktiven, reaktiven sowie selbstgerichtetem Verhalten zu erfassen. Neben einer statischen Erfassung können zudem Zusammenhänge im Verhalten dargestellt werden, dies kann inter- wie intrapersonell erfolgen. Hierdurch sollen auch Hinweise zu ätiologischen Wurzeln psychischer Krankheiten geschaffen werden, die in aktuellen rein kategorial orientierten Diagnosesystemen ausgeklammert werden.

Auf Grundlage differenzierter Beziehungsanalysen erstellte Benjamin (1994) charakteristische Muster von Persönlichkeitsstörungen im SASB-Modell. Hierauf aufbauend entwickelte Benjamin (2001) einen interpersonellen Ansatz zur Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Das SASB-Modell ist zudem Grundlage der OPD, einem psychodynamischen Modell zur Erfassung von Befunden, Therapiezielen sowie dem Therapieverlauf.

4 Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie

Kann das SASB-Modell als ein Verfahren innerhalb aktueller verhaltenstherapeutischer Strömungen betrachtet werden?

Bevor eine Beantwortung dieser Frage, die sich bereits aus dem Untertitel der Arbeit ergibt, im späteren Verlauf erfolgen kann, soll an dieser Stelle zunächst dargestellt werden, welche **Entwicklungsphasen die Verhaltenstherapie** bis dato durchlaufen hat und welche neuen Verfahren hierbei entstanden sind, die zumeist unter dem Begriff **„Dritte Welle“** subsumiert werden. Darauf aufbauend kann nach verfahrensübergreifenden Annahmen gesucht werden, um Kernelemente dieser Dritten Welle zu definieren.

4.1 Verhaltenstherapeutische Entwicklungsphasen und Kernelemente der Dritten Welle

In der Entwicklung der Verhaltenstherapie gab und gibt es stete Entwicklungen und Veränderungen, aktuell verbreiten sich unter dem Schlagwort „Dritte Welle“ verschiedene **neue Verfahren in der Psychotherapie**, welche sich von der reinen kognitiven Verhaltenstherapie abgrenzen und sich somit nicht mehr eindeutig einer traditionellen Psychotherapieschule zuordnen lassen (Jacob & Brakemeier, 2014, S. 231). Die drei **„Evolutionsphasen“ der Verhaltenstherapie** können wie folgt eingeteilt werden:

1. Behaviorale Phase
2. Kognitiv-behaviorale Phase
3. Dritte Welle mit stärkerer Berücksichtigung von Achtsamkeit und Akzeptanz (Heidenreich & Michalak, 2013, S. 14).

Hayes (2004) definiert eine „Welle“ in diesem Kontext als „a set or formulation of dominant assumptions, methods, and goals, some implicit, that help organize research, theory, and practice” (Hayes, 2004, S. 640). Er war auch derjenige, der den Begriff der „Dritten Welle“ ursprünglich prägte (Schweiger & Sipos, 2014, S. 282).

In der **behavioralen Phase** wurde der Patient als “Black-Box“ betrachtet, Störungen wurden „technisch“ durch Änderung äußerer Einflüsse zu lösen versucht (Fiedler, 2014, S. 258). Mit diesem rationalen, auf Konditionierungseinflüssen beruhenden Ansatz wurde ein konträrer Ansatz zur psychoanalytischen Behandlung mit ihren komplexen und nicht

validierbaren Annahmen geschaffen, um Störungen so einfach wie möglich zu erklären und Interventionsansätze direkt auf das problematische Verhalten zu fokussieren (Hayes, 2004, S. 640f).

Diese erste Phase wurde wegen ihres sehr **reduktionistischen Ansatzes** auf alleinige Anwendung von Lerngesetzmäßigkeiten auf den Patienten ohne Einbezug von „inneren" Prozessen, Bewertungen und Kognitionen kritisiert (Heidenreich & Michalak, 2013, S. 14), sodass mit der **„kognitiven Wende"** in den 70er Jahren die **zweite Welle** in der Verhaltenstherapie eingeläutet wurde und mit ihr „‚weiche' Daten […] wieder salonfähig" (Tuschen-Caffier & Hoyer, 2014, S. 279) wurden. Hierbei werden irrationale Gedanken, maladaptive kognitive Schemata und fehlerhafte Informations-Verarbeitungsprozesse mit in den therapeutischen Prozess einbezogen (Hayes, 2004, S. 643), der Patient somit nicht länger als „Black-Box" betrachtet. In der Therapie sollen diese Gedanken vom Patienten erkannt, überprüft und verändert werden, so soll eine **kognitive Umstrukturierung** erfolgen (Beck, 1979, S. 226). Die KVT beruht weiterhin auf operationalisierbaren Konstrukten, die sich empirisch überprüfen und falsifizieren lassen (Tuschen-Caffier & Hoyer, 2014, S. 279), sie ist derzeit die **wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapieform** (Heidenreich & Michalak, 2013, S. 15).

In den 90er Jahren gab es zunehmend neue Verfahren, die sich intensiver mit dem **Kontext und der Funktion von psychischen Störungen** auseinandersetzten sowie die Beziehung von Therapeut und Patient hervorhoben. Hayes (2004) definiert die Grundsätze dieser Dritten Welle wie folgt:

> "Grounded in an empirical, principle-focused approach, the third wave of behavioral and cognitive therapy is particularly sensitive to the context and functions of psychological phenomena, not just their form, and thus tends to emphasize contextual and experiential change strategies in addition to more direct and didactic ones. These treatments tend to seek the construction of broad, flexible, and effective repertoires over an eliminative approach to narrowly defined problems, and to emphasize the relevance of the issues they examine for clinicians as well as clients. The third wave reformulates and synthesizes previous generations of behavioral and cognitive therapy and carries them forward into questions, issues, and domains previously addressed primarily by other traditions, in hopes of improving both understanding and outcomes" (S. 658).

Hayes (2002, S. 105) kritisiert zudem eine Psychologie, die sich rein auf empirische Techniken und Messungen fokussiert, ohne einen globalen Rahmen von Sinn und Zweck menschlichen Lebens anzubieten. Durch den **Einbezug spiritueller Perspektiven** könne eine solche kohärente Disziplin geschaffen werden: „Combining these two great traditions,

spirituality and science, promises a leap forward in our understanding of human suffering“ (Hayes, 2002, S. 105).

Über die Verfahren, die zur Dritten Welle gezählt werden, herrscht kein allgemeingültiger Konsens und **keine allgemein gültige Übersicht** (Michalak & Heidenreich, 2013a, S. 279; Schweiger & Sipos, 2014, S. 282), als Ansatzpunkt können jedoch die Verfahren benannt werden, die im Rahmen einer umfangreichen Studie über die Effektivität der Dritte Welle Verfahren mit in die **Metaanalyse** einbezogen wurden (Öst, 2008, S. 297):

- Acceptance and Commitment Therapy, ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006)
- Dialektisch Behaviorale Therapie, DBT (Linehan, 1996)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP (McCullough, 2012)
- Functional Analytic Psychotherapy, FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991)
- Integrative Behavioral Couple Therapy, IBCT (Jacobson & Christensen, 1998).

Von der Metaanalyse ausgeschlossen wurden spezielle achtsamkeitsbasierte Verfahren, wie Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR (Kabat-Zinn, 2013) und Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2013), auch die Metakognitive Therapie, MCT (Wells, 2011) wurde nicht berücksichtigt, da sie als Erweiterung der klassischen KVT gesehen wurde (Öst, 2008, S. 297). Überhaupt nicht benannt wurde in diesem Zusammenhang die Schematherapie, ST (Young, Klosko & Weishaar, 2007), die jedoch zunehmend Berücksichtigung findet und im Rahmen der Verhaltenstherapie als Standardbehandlung im Richtlinienverfahren Einzug finden soll (Roediger & Zarbock, 2013, S. 215). Auch diese Auswahl an Verfahren ist sicherlich nicht vollumfänglich, zeigt jedoch die **große Bandbreite der Ansätze**, die ihm Rahmen der Dritten Welle veröffentlicht wurden und weiterhin werden.

Was ist nun das **verbindende der unterschiedlichen neuen Ansätze**? Schnell (2016): „Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie frühe Bindungserfahrungen und aktuelle Bindungsmuster im Rahmen ätiologischer Störungsmodelle verstärkt betrachten“ (S. 60). Diese **frühen Bindungs- und Beziehungserfahrungen** bilden sich in **intrapsychischen Repräsentanzen** ab, die weitgehend unbewusst sind und sich bei Aktivierung in maladaptiven Verhaltensmustern darstellen können (Benecke, 2016, S. 36).

Auch Fiedler (2014, S. 261) führt Persönlichkeitsstörungen insbesondere auf negative Erfahrungen in Kindheit und Jugend zurück, sodass die Kinder hier um ihr Überleben kämpfen mussten und sich diese Erfahrungen mangels alternativer Handlungs-

möglichkeiten später in **automatisierten, dysfunktionalen Handlungsprozessen** zeigen.

Zusätzlich wird der **therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor** mehr Beachtung geschenkt und stärker in den Therapieprozess einbezogen (Jacob & Brakemeier, 2014, S. 231). Dieser Aspekt wurde in der Verhaltenstherapie lange vernachlässigt, da sich eher auf spezifische Probleminterventionen fokussiert wurde (Wendisch, 2000, S. 361). Tatsächlich sind unterschiedliche therapeutische Ansätze mit einem vergleichbar positiven Therapieergebnis verbunden, ohne dass signifikante Unterschiede bezüglich eingesetzter Techniken bestehen (Orlinsky & Howard, 1978, S. 291). Dieses **Äquivalenzparadoxon** kann möglicherweise dadurch in Teilen erklärt werden, als dass die Therapiebeziehung an sich als bester allgemeiner Wirkfaktor überhaupt gilt (Stucki & Grawe, 2007, S. 16).

Großen Einfluss hatten weiterhin die Arbeiten von Grawe (2000), die auf eine **schulenübergreifende Integration** unterschiedlicher Ansätze in eine **allgemeine Psychotherapie** abzielten (Benecke, 2016, S. 63). Orientiert wurde sich dabei insbesondere an der Formulierung von **psychischen Grundbedürfnissen**, deren Frustration in der Kindheit eine ätiologische Bedingung für spätere psychische Störungen darstellt und die Dritte Welle stark beeinflusst hat (Schnell, 2016, S. 60).

Als letztes Kernkonzept ist der Begriff der **„Achtsamkeit“** zu nennen, der für diese therapeutische Strömung „das zentrale Definitionskriterium“ (Jacob & Brakemeier, 2014, S. 231) darstellt, wenngleich Bohus (2006, S. 229) die kontroverse Diskussion zur Bedeutung der Achtsamkeit innerhalb der Psychotherapie herausstellt.

Zusammenfassend lassen sich konzeptübergreifend somit folgende **Kernelemente der Dritte Welle Verfahren** definieren:

- Fokus auf frühe Bindungs- und Beziehungserfahrungen
  - Intrapsychische, unbewusste Repräsentanz der Erfahrungen im Selbstkonzept
  - Aktivierung dieser Erfahrungen führt zu dysfunktionalem Verhalten
  - Anerkennung und Nutzung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor
- Orientierung an den psychischen Grundbedürfnissen
- Einbezug des Konzeptes von Achtsamkeit.

4.2 Über das Für und Wider einer „Dritten Welle“

Abschließend soll kurz auf die nach wie vor **kritische Auseinandersetzung** mit den Therapieansätzen der Dritten Welle eingegangen werden, um einen möglichst ausgewogenen theoretischen Hintergrund zu etablieren, auf dessen Basis in Kapitel 12 die Einordnung und Überprüfung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells erfolgt.

Contra

Zunächst ist das Schlagwort der „Dritten Welle“ als Neuerung im Bereich der Psychotherapie hilfreich für eine **wirksame Vermarktung** der Ansätze (Fiedler, 2014, S. 259), eine solche Vermarktung suggeriert allerdings radikale Neuerungen bei gleichzeitiger Abwertung der bisher etablierten Verfahren. Vielmehr bauen die neuen Ansätze jedoch auf Erkenntnissen der klassischen Verfahren auf, akzentuieren einzelne Aspekte und fügen Erweiterungen hinzu (Michalak & Heidenreich, 2013a, S. 282). Auch Hofmann und Asmundson (2008, S. 13) sehen Strategien der ACT als sinnvoll einsetzbar in der Therapie an, allerdings nicht in dem Maße, als dass sie tatsächlich als neuer Therapieansatz angesehen werden können, welcher die KVT ersetzen kann.

Schwerwiegender als die Kritik an werbewirksamen Vermarktungsstrategien des Labels „Dritte Welle“ erscheint hingegen der Einwand, der „harte“ Empirismus und **Falsifizierbarkeitsanspruch der klassischen Verhaltenstherapie** könnte durch die neuen Verfahren aufgeweicht werden, indem **kaum operationalisierbare Annahmen** und komplexe Konstrukte eingeführt werden. Hiermit hält genau die Problematik wieder Einzug, welche die damalige Abgrenzung der Verhaltenstherapie von psychoanalytischen Konzepten erst forcierte (Michalak & Heidenreich, 2013a, S. 282; Tuschen-Caffier & Hoyer, 2014, S. 279). In der Tat ist die **Evidenzlage** der neuen Verfahren uneinheitlich und teilweise lückenhaft (Jacob & Brakemeier, 2014, S. 231), auch zeigt die bisherige Forschung keine grundlegend anderen Wirkmechanismen der neuen Verfahren gegenüber der KVT (Hofmann & Münch, 2013, S. 256). Insgesamt zeigen sich die Studien der Dritte Welle Verfahren gegenüber der KVT als weniger stringent konzipiert bei moderaten Effektgrößen für ACT und DBT (Öst, 2008, S. 314f, eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Anhang 4.1), Öst (2008) konkludiert: „at this time no third wave therapy fulfils the criteria for empirically supported treatments” (S. 315).

Pro

Durch die Vielzahl an neuen Verfahren bleibt die Verhaltenstherapie „lebendig“, sie gewinnt an Breite und Tiefe und vergrößert das Spektrum neuer Techniken für den Therapieprozess (Schweiger & Sipos, 2014, S. 282). Durch starre Fixierung und Festhalten an tradierten Methoden gerät auch die Verhaltenstherapie in eine Sackgasse:

> „Wenn ein Patient auf bestimmte Behandlungsmethoden nicht anspricht, sie ablehnt, keine Ziele benennen kann oder sich verstärkt mit dem Therapeuten als Person auseinandersetzt anstatt sich auf die Interventionen einzulassen, dann gilt der Patient schnell als unmotiviert oder eben nicht therapiefähig, anstatt die eigene Methodik zu überdenken. In den verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern tauchen solche Probleme auch folgerichtig gar nicht erst auf und in Studien erscheinen diese Patienten nur als drop-outs oder nonresponder“ (Wendisch, 2000, S. 363).

Für diese Patientengruppen, die als nonresponder auf die KVT „reagieren“, werden neue Verfahren erdacht und eingesetzt, um Behandlungsmöglichkeiten zu offerieren, die für diese Zielgruppe wirksam sind (Schweiger & Sipos, 2014, S. 282). Die stark störungsspezifischen Ansätze der Verhaltenstherapie unterliegen weiterhin der Gefahr, **Komorbiditäten**, die eher Regel als Ausnahme sind, nicht ausreichend zu würdigen, auch erscheint es **nicht realistisch, jede Störung separat per Manual** zu bearbeiten (Mansell, Heidenreich & Michalak, 2013, S. 271). Bei starrer Fixierung auf ein Manual besteht zudem die Gefahr, zu rigide am Verfahren festzuhalten und notwendige Anpassungen zu übersehen, wenn der Patient sich nicht „manualkonform“ verhält (Benecke, 2016, S. 59).

Durch Grundannahmen, wie sie störungsübergreifende Dritte Welle Verfahren konzeptualisieren, können zudem **transdiagnostische Ansätze** wirksam werden, die einer zu starren kategorialen Betrachtung von psychischen Störungen entgegenwirken (Mansell et al., 2013, S. 272, dieser Ansatz schließt an die kritische Auseinandersetzung der Diagnosevergabe mittels ICD-10 an, vergleiche hierzu auch Kapitel 3).

Auch ist es wissenschaftlich gerechtfertigt, **neue Ideen und Erfahrungen mit in die Konzeption neuer Verfahren einzubringen**, um neue und bereichernde Forschungsfelder zu erschließen. Neue Ansätze müssen dann aber, analog zu den Kriterien der KVT, **wissenschaftlich begründet und empirisch überprüft**, sowie möglicherweise auch wieder verworfen werden (Michalak & Heidenreich, 2013a, S. 285).

Auch in dieser Arbeit wird der Ansatz vertreten, nicht protektionistisch an möglicherweise tradierten Behandlungskonzepten festzuhalten, sondern sich neuen Therapiemöglichkeiten zu öffnen und sich somit in einem **fortlaufenden, dynamischen wissenschaftlichen Prozess** zu befinden. Gleichwohl bedürfen neue wissenschaftliche Ansätze einer fundierten theoretischen Konzeption, auch hinsichtlich ihres Mehrwerts gegenüber etablierten Verfahren, weiterhin müssen sie überprüfbar sein und einer entsprechenden empirischen Falsifizierung standhalten.

Kapitelfazit

Die Verhaltenstherapie befindet sich in einem steten Entwicklungsprozess. In der aktuellen Strömung der Dritten Welle der Verhaltenstherapie wird ein verstärkter Fokus auf frühe Bindungserfahrungen und ihren Einfluss auf aktuelles Problemverhalten gelegt. Weiterhin wird die Einbeziehung und Nutzung der therapeutischen Beziehung als gewichtiger Wirkfaktor betrachtet, ebenso wird sich an psychischen Grundbedürfnissen sowie dem Konzept der Achtsamkeit orientiert.

Um ein tragfähiges theoretisches Fundament der SASB-KJ zu etablieren, auf dem sich im späteren praktischen Teil die Introjekt-Ableitungen, Hypothesenformulierungen und -überprüfungen sowie die abschließende Diskussion stützen können, wird in den beiden folgenden Kapiteln über psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie über psychotherapeutische Forschungs- und Evaluationsansätze berichtet.

5 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Einleitend muss der einschränkende Hinweis gegeben werden, dass im Rahmen dieser Arbeit der Forschungsbereich psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen natürlich nicht allumfänglich dargestellt werden kann, eine Befassung insbesondere mit den **Spezifika internalisierender und externalisierender psychischer Störungen** jedoch geboten ist, da im später dargestellten Untersuchungsdesign eine Einteilung in eben jene zwei Kategorien vorgenommen wird und nach Unterschieden im Introjekt gesucht wird. Ziel soll daher vielmehr sein, in diesem Kapitel die aktuelle Forschungsdiskussion zur Klassifikation psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter kurz zu beleuchten und auf die **Besonderheiten und Abgrenzungen von internalisierenden und externalisierenden Störungen** einzugehen. Ein Schwerpunkt liegt hierbei insbesondere auf interpersonellen Aspekten, sodass hierauf aufbauend auf die **theoretische Manifestation der Störungen im Introjekt** eingegangen werden kann.

5.1 Aktuelle Klassifikationen und Krankheitsverständnis

Benjamin (2001) verfolgt in ihrem interpersonellen Ansatz die Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (PS) bei erwachsenen Patienten. PS werden im ICD-10 wie folgt definiert:

> „Diese Störungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen […]. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen“ (Dilling et al., 2014, S. 274).

Für den Altersbereich der **Kindheit und Jugend** wurde eine Vergabe von PS lange Zeit kritisch betrachtet und nach wie vor kontrovers diskutiert (Sevecke & Krischer, 2011, S. 155), so wird im MAS der Beginn einer PS zwar bereits in Kindheit und Jugend angesiedelt, die endgültige Manifestation jedoch in das Erwachsenenalter verlagert und die Diagnose einer PS vor dem 16. Lebensjahr als „wahrscheinlich unangemessen“ (Remschmidt et al., 2012, S. 249) angesehen. Trotz dieser Festlegung deutet sich ein **Paradigmenwechsel** dahingehend an, als dass zunehmend auch PS in der Adoleszenz anerkannt und behandelt werden (Schlüter-Müller, 2016, S. 65), so ist in den Neuerungen des DSM-V die Altersgrenze für die Diagnose einer PS aufgehoben worden (Huber et al., 2016, S. 2). Dennoch wird in der **klinischen Praxis eine PS selten vor dem 18.**

Lebensjahr diagnostiziert und vergeben, da vor allem der dynamische Entwicklungsaspekt des Jugendalters betont wird, der konträr zur konstatierten stabilen Ausprägung der Persönlichkeit bei einer PS vorliegt (Jucksch, Salbach-Andrae & Lehmkuhl, 2009, S. 1323). Im deutschen Sprachraum wird daher eher die Verwendung des Begriffes der **Persönlichkeitsentwicklungsstörung (PES)** empfohlen, um dem Entwicklungsaspekt besser entsprechen zu können (Krischer, Sevecke, Döpfner & Lehmkuhl, 2006, S. 88). Ein Überblick über die Pro- und Contra-Argumente zur Vergabe von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter findet sich etwa bei Schmid, Schmeck und Petermann (2008, S. 193).

Auch in der Diagnose von psychischen Störungen und PS in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht der Diskurs, ob **kategoriale oder dimensionale Krankheitsmodelle** präferiert werden, beide Modelle haben hierbei jeweils Vor- und Nachteile, sodass eine mögliche **Kombination beider Klassifikationssysteme das Mittel der Wahl** in der Diagnostik darstellen könnte (Petermann, Döpfner, Lehmkuhl & Scheithauer, 2000, S. 44), wenngleich im diesbezüglichen Diskurs der Trend dahin geht, dimensionale Systeme als überlegen gegenüber der kategorialen Diagnostik zu betrachten (Sevecke & Krischer, 2011, S. 157).

Die unterschiedlichen Ansätze zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und die Kritik am kategorialen Ansatz wurden bereits in Kapitel 3 ausführlicher behandelt, hier nutzt Benjamin (1993, S. 93) die SASB im Sinne eines Hybrid Approachs – als **dimensionales Modell, um Kategorien zu beschreiben.** Im weiteren Verlauf wird sich zeigen, ob auch psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter einen ähnlichen **Fingerabdruck im Introjekt** hinterlassen könnten, wie es Benjamin für die einzelnen PS postuliert (siehe ergänzend Anhang 3.2).

Aus der dimensionalen Betrachtung psychischer Störungen ist auch die Unterscheidung in **internalisierende und externalisierende Störungen** hervorgegangen, hierbei stellen beide „Störungsrichtungen“ **übergeordnete Dimensionen auf Basis von Faktorenanalysen** dar:

> „Auf der Externalisierungsdimension laden Skalen, die aggressive und delinquente Verhaltensprobleme abbilden, auf der Internalisierungsdimension Auffälligkeiten, mit denen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich-depressives Verhalten erfaßt werden“ (Laucht, Esser & Schmidt, 2000, S. 285).

Im kategorialen System wird eine ähnliche Differenzierung vorgenommen, hierbei werden externalisierende Störungen als **Verhaltensstörungen** klassifiziert, hierunter fallen hyperkinetische und oppositionelle Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens (Petermann, 2003, S. 23). Internalisierende Störungen finden ihr Äquivalent in den **emotionalen Störungen** der kategorialen Systeme, hier sind die verschiedenen Formen von Angststörungen sowie von depressiven Störungen aufgeführt (Laucht et al., 2000, S. 285). Zusätzlich lässt das ICD-10 auch eine **kombinierte Störung** des Sozialverhaltens (externalisierend) und der Emotionen (internalisierend) zu, wenn die Kriterien für beide Störungen erfüllt sind (Ihle, Ahle, Jahnke & Esser, 2004, S. 65).

Gleich welches Klassifikationssystem genutzt wird, übergreifend existiert ein allgemeiner Konsens über die Pathogenese in Form eines **multifaktoriellen, biopsychosozialen Krankheitsmodells** (siehe etwa Petermann, 2000, S. 14). Die biologische Veranlagung stellt ein Angebot an Ressourcen dar, die Nutzung und Ausgestaltung dieser Ressourcen hängt jedoch stark von prä- und postnatalen Einflüssen sowie Sozialisationsaspekten ab, wobei einzelne diskrete Faktoren nur einen geringen Einfluss haben, wichtiger ist die Kumulation verschiedener Einflüsse (Jucksch et al., 2009, S. 1322). Die **besondere Bedeutung psychosozialer Einflussfaktoren** betonen auch Klasen et al. (2017): „Im Fokus der Kindergesundheit […] stehen aber psychosoziale Merkmale, da diese als Ansatzpunkte für Präventionen und psychosoziale Interventionen dienen können“ (S. 404).

Vielfach wurden Schutz- und Risikofaktoren in der Kindheit untersucht (u.a. Egle, Hoffmann & Steffens, 1997; Graham & Rutter, 1973; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002), Tabelle 5.1 zeigt zusammenfassend gesicherte **Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren** für die Genese psychischer Störungen.

Tabelle 5.1: Zusammenfassung gesicherter Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren für die Genese psychischer Störungen (modifiziert nach Egle et al., 1997, S. 693).

Gesicherte biographische Schutzfaktoren hinsichtlich der Entstehung psychischer Krankheiten	**Gesicherte biographische Risikofaktoren hinsichtlich der Entstehung psychischer Krankheiten**
Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson	Niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern
Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter	Große Familien und sehr wenig Wohnraum
Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust	Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
Überdurchschnittliche Intelligenz	Chronische Disharmonie/ Beziehungspathologie in der Familie
Sicheres Bindungsverhalten	Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18.Lebensmonat
Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)	Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
	Autoritäres väterliches Verhalten
	Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
	Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen

Aufgrund der Vielzahl an potentiellen Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren, die als Moderatorvariablen für die Entstehung oder Verhinderung von psychischen Störungen betrachtet werden können, kann **keine einfache deterministische Vorhersage** von Entwicklungsverläufen psychischer Belastungen gegeben werden. Personen mit ähnlichen Ausgangsbedingungen können sich, abhängig von den entsprechenden Rahmenbedingungen, unterschiedlich entwickeln (Prinzip der **Multifinalität**), unterschiedliche Ausgangsbedingungen können andererseits auch zu gleichen Störungsmustern führen, hier erneut abhängig von den jeweiligen Entwicklungspfaden und Einflüssen (Prinzip der **Äquifinalität**). Mit einem solchen Krankheitsverständnis kann ein **realistischer, wenngleich komplexer, Zugang** zu konkreten psychischen Störungen geschaffen werden (Niebank & Petermann, 2000, S. 65).

Zusätzlich zur beschriebenen, nicht deterministischen Erklärbarkeit und Prädiktion psychischer Krankheitsverläufe besteht eine weitere Schwierigkeit (hinsichtlich Ätiologie, Klassifikation und Behandlung) darin, dass **psychische Störungen insbesondere im Kinder- und Jugendalter oftmals komorbid** auftreten: „It is established that comorbidity

is a real and unavoidable characterisitic of the common childhood and adolescent psychiatric disorders“ (Angold, Costello & Erkanli, 1999, S. 67).

Das Konstrukt der Komorbidität selbst wird ebenfalls kritisch betrachtet, so mahnt Branik (2006, S. 41f), nicht zu unreflektiert komorbide Störungen zu vergeben, da dadurch **verbindende ätiologische Fragestellungen ausgeklammert** und Beziehungen zwischen den einzelnen Störungen übersehen werden können (siehe auch Tabelle 3.2). So ergeben Forschungsarbeiten zur Komorbidität tatsächlich teilweise **uneinheitliche Ergebnisse**. Die Studie von Angold et al. (1999, S. 66) kam zu dem, auch für die Autoren überraschenden, Ergebnis, dass Depression fast genauso stark mit Verhaltens- und oppositionellen Störungen verbunden ist wie mit Angststörungen. Ihle, Esser, Schmidt und Blanz (2000, S. 272) hingegen konnten in ihrer Studie eine erwartet höhere Komorbidität von dissozialen mit anderen externalisierenden Störungen zeigen, sowie ein oftmals gleichzeitiges Vorliegen von affektiven mit anderen internalisierenden Störungen. Dies beschreiben auch Kovacs und Devlin (1998): „The data also indicate that, throughout childhood and adolescence, internalizing disorders are more likely to be comorbid with one another than with externalizing disorders“ (S. 53).

Studienergebnisse zur generellen **Prävalenz psychischer Störungen** im Kindes- und Jugendalter weisen eine **erhebliche Range** auf (5-30%), die häufigsten Studien zeigen jedoch Prävalenzraten von 15-20% (Pitzer & Schmidt, 2007, S. 168) und sind damit vergleichbar mit denen des Erwachsenenalters (Ihle et al., 2000, S. 264). Für Deutschland liegen **aktuelle Studiendaten** vor, nach denen etwa **20% der Kinder und Jugendlichen psychische Belastungen** zeigen (Baumgarten, Klipker, Göbel, Janitza & Hölling, 2018, S. 60; Klasen et al., 2017, S. 402) und sich somit gut in die bisherigen Ergebnisse einreihen lassen. Mit den beschriebenen Prävalenzraten gehören psychische Störungen zu den **häufigsten Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen**, sie gehen zudem häufig mit weiteren Problemen sowie **großem Leidensdruck** einher (Ravens-Sieberer et al., 2016, S. 4).

Innerhalb dieses Gesamtspektrums zeigen sich jedoch **geschlechtsspezifische Unterschiede**. So zeigen Mädchen vor allem emotionale, internalisierende Störungen (Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer & Mauz, 2014, S. 817; Klasen et al., 2016, S. 17), während eine Jungenwendigkeit bei verhaltensbezogenen, externalisierenden Störungen zu beobachten ist (Klasen et al., 2016, S. 17; Klasen et al., 2017, S. 403; Petermann & Petermann, 2018, S. 67).

Symptome internalisierender Störungen werden zudem in der Fremdbeurteilung durch die Eltern **niedriger eingeschätzt** als durch die Patienten selbst, bei externalisierenden Störungen zeigt sich hingegen ein konträres Bild. Hier schätzen Eltern die Symptome **stärker ein** als die Patienten selbst (Klasen et al., 2017, S. 403).

Die **Stabilität psychischer Störungen** liegt diagnoseunabhängig bei etwa 50%, die Rate chronisch kranker Kinder und Jugendlicher liegt bei 2-10% (Esser, Ihle, Schmidt & Blanz, 2000, S. 282). Gerade im Kindes- und Jugendalter zeigt sich jedoch auch die **große Dynamik** dieser Lebensspanne, sodass psychische Erkrankungen einerseits innerhalb des Entwicklungsprozesses wieder verschwinden können, sich bei anderen Patienten hingegen auch chronifizieren oder sogar weiter verstärken (Baumgarten et al., 2018, S. 60).

Nach dieser kurzen allgemeinen Einordnung und Übersicht psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter soll nun der Fokus auf die internalisierenden und externalisierenden Störungen gelegt werden, um im zweiten Teil der Arbeit theoretische Ableitungen in das SASB-Modell, respektive Introjekt, durchführen zu können. Als Orientierung zu den folgenden Ausführungen dient folgende **Grobstruktur**: Zunächst wird zu jeder dargestellten Störung eine **kurze Definition als Zitat** präsentiert, anschließend kurz ausgeführt und **Angaben zur Prävalenz sowie zum Verlauf** getätigt. Im Anschluss wird auf die vorgeschlagenen **Behandlungsformen** eingegangen, sowie auf **ätiologische Konzepte** unterschiedlicher Therapieschulen, der jeweilige Abschnitt schließt mit **Angaben zur Komorbidität**.

5.2 Internalisierende Störungen

Zur Gruppe der internalisierenden, respektive emotionalen Störungen werden in dieser Arbeit in Anlehnung an Goldbeck, Besier, Petermann, Karpinski und Hampel (2007, S. 265) sowie Ihle et al. (2000, S. 266) folgende ICD-10 Achse I Störungen des MAS gezählt: Affektive Störungen (F3), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), sowie emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93, F94, F95, F98). Generell zeigt sich für internalisierende Störungen, die bereits im Grundschulalter beginnen, ein eher günstiger Verlauf, während in der Adoleszenz auftretende Störungen eine höhere Stabilität im Verlauf zeigen (Esser et al., 2000, S. 279).

5.2.1 Affektive Störungen

> „Gemeinsames Merkmal depressiver Störungen ist das Vorliegen einer traurigen oder reizbaren Stimmung oder des Gefühls der Leere, begleitet von somatischen und kognitiven Veränderungen, die die Funktionsfähigkeit der betroffenen Personen in bedeutsamer Weise beeinträchtigen. Depression ist nicht mit Traurigkeit gleichzusetzen, sondern ein Zustand, in dem die Empfindung aller Gefühle reduziert ist“ (Ihle, 2016, S. 536).

Eine Depression ist somit von einer „normalen“ Traurigkeit abzugrenzen, im klinischen Bild zeigen sich altersabhängig zudem unterschiedliche Symptome. So zeigen vor allem Kinder oftmals auch **somatische Beschwerden** (etwa Bauchschmerzen), Ängste, aber auch Verhaltensauffälligkeiten (Ihle et al., 2004, S. 65), wobei die Erkrankung im Kindesalter mit einer **Prävalenz von 1-2%** noch recht selten auftritt, im **Jugendalter aber deutlich ansteigt** (Groen & Petermann, 2015, S. 8) und häufig persistiert, besonders wenn zusätzliche Faktoren wie Fatigue, Suizidgedanken und komorbide Störungen vorliegen (Groen & Petermann, 2005, S. 16). Zur Behandlung der ersten Wahl werden neben der KVT und (kombinierter) medikamentöser Therapie explizit auch **Verfahren der interpersonellen Psychotherapie** angegeben (AWMF-Depressive Störungen, 2013, S. 42).

Im Verlauf der **KVT einer Depression** werden nach Anamnese, Diagnosestellung und Beziehungsaufbau unterschiedliche Interventionen genutzt, so etwa Psychoedukation, Verhaltensbeobachtung und -aktivierung, kognitive Umstrukturierung und Rückfallprophylaxe (zur Übersicht eines Behandlungsplans siehe etwa Hautzinger, 2008, S. 484). Jedoch bestehen keine eindeutigen Ergebnisse, die eine bestimmte Therapieform als mittel- bis langfristig wirksamer kennzeichnet als andere, sodass auch die Möglichkeit **therapieunabhängiger, grundlegender und damit eher unspezifischer Wirkfaktoren** besteht (Groen & Petermann, 2008, S. 248).

Während im **verhaltenstherapeutischen Verständnis** wie bei anderen psychischen Störungen auch für die Depression ein multifaktorielles, biopsychosoziales Modell zur Pathogenese angenommen wird (Groen & Petermann, 2011, S. 87), nimmt die **klassische psychoanalytische Sichtweise** ebenfalls ein multifaktorielles Krankheitsbild an, jedoch mit anderer Fokussierung auf ursächliche Determinanten: „Die Wurzeln der Bereitschaft, mit pathologischer Depression auf ein äußeres Ereignis zu reagieren, liegen im frühen Objektverlust zu einer Zeit, die auf der psychosexuellen Ebene der Entwicklung vom oralen Modus passiven Versorgtwerdens bestimmt ist. Das Ich ist noch schwach und weder zur Trauer noch zur Auflösung der Ambivalenz und der narzißtischen Verwundung fähig“ (Diepold, 1984, S. 59). Das Auftreten einer Depression in „Reinform“ ist bei Kindern und Jugendlichen eher die Ausnahme denn die Regel, häufige **komorbide Störungen** hierbei sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Essstörungen, Drogen- und Alkoholabusus sowie somatoforme Störungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 64).

5.2.2 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Unter diese breite Kategorie werden unter anderem Angst,- Zwangs- und Anpassungsstörungen subsumiert, dies unter anderem nicht nur aufgrund ähnlicher angenommener psychischer Ursachen, sondern letztlich auch aus ihren historischen Wurzeln im Neurosenkonzept (Remschmidt et al., 2012, S. 180).

Angststörungen

> „Angst bezeichnet eine Reaktion auf Gefahrenreize, die sich in körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen und anderen Symptomen sowie in psychischen Symptomen wie Unwohlsein oder Unruhe zeigt, wobei der Betroffene versucht, die Gefahrenquelle auszuschalten oder ihr zu entkommen. Angst vor realen Bedrohungen ist sinnvoll [...] Bei pathologischer Angst kommt es zu übertriebenen, unrealistischen oder auch grundlosen Reaktionen. Trotz ausgearbeiteter Klassifikationskriterien ist es nicht einfach, eine genaue Grenze zwischen angemessener und pathologischer Angst zu ziehen“ (AWMF-Angststörungen, 2014, S. 42).

Angst ist neben der generellen, evolutionär begründeten, Überlebenswichtigkeit zunächst ein **normaler Schritt in der Entwicklung von Kindern**. Pathologisch wird diese dann, wenn sie übermäßig ausgeprägt ist, Leidensdruck verursacht und die Betroffenen in ihrer Lebensqualität und sozialen Teilhabe einschränkt. Angststörungen gehören zu den **häufigsten psychischen Erkrankungen** in Kindheit und Jugend (Albano, Chorpita & Barlow, 2003, S. 279) mit einem relativ frühen Erstmanifestationsalter (Nickel, 2008,

S. 12). Sie stellen einen beträchtlichen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter dar (Schneider & In-Albon, 2010, S. 527). Dies unterstreicht die **Notwendigkeit der therapeutischen Identifikation und Behandlung von Angststörungen** bereits im Kindesalter. Problematisch hierbei ist jedoch, dass Angststörungen zu den „stillen" Störungen gehören, im Gegensatz zu den auffälligen expansiven Verhaltensstörungen, die oftmals auch „externen" Leidensdruck verursachen und daher eher als belastend identifiziert und psychotherapeutisch vorgestellt werden. Kinder und Jugendliche mit Angststörungen werden daher häufiger „übersehen", zudem bestand und besteht häufig die Annahme, dass sich Angststörungen mit fortschreitender Entwicklung von selbst auswachsen, sodass keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird (Schneider, 2006, S. 99). Therapieform der ersten Wahl bei Angststörungen im Erwachsenenbereich ist die KVT (AWMF-Angststörungen, 2014, S. 9ff), in den Leitlinien wird die IPT zur Behandlung von Angststörungen nicht empfohlen. Für das Kindes- und Jugendalter gilt die KVT ebenfalls als Methode der ersten Wahl (Schneider & In-Albon, 2010, S. 532), wobei sich hierbei ein Trend dahingehend abzeichnet, nicht isoliert die Patienten selbst zu behandeln, sondern auch die **Bedeutung von elterlichem Verhalten** anzuerkennen und aktiv mit in ein Behandlungssetting einzubeziehen (Schneider, 2006, S. 102). Wichtige Inhalte einer verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie sind neben Elementen der Psychoedukation und kognitiven Umstrukturierung immer auch Verhaltensexperimente und Konfrontationsübungen in sensu und in vivo, ein beispielhaftes kognitives Behandlungsprogramm einer sozialen Phobie findet sich etwa bei Melfsen und Warnke (2009, S. 546). In ihrem Review kommen Laakmann, Petermann und Petermann (2017, S. 89) hingegen zu dem Ergebnis, dass Elternarbeit keinen zusätzlichen Effekt in der Therapie von Angststörungen aufweist. In der weiteren Analyse zeigt sich jedoch, dass Elternarbeit durchaus notwendig ist, allerdings abhängig vom Alter der Patienten sowie der individuellen Situation: „Das überraschende Ergebnis des Reviews wird somit im Kontext der praktischen Arbeit relativiert" (Laakmann et al., 2017, S. 90).

Verhaltenstherapeutisch werden vor allem lerntherapeutische Erklärungsmodelle mit biologischen und psychologischen Vulnerabilitäten im Zusammenwirken mit lebensgeschichtlichen Lernerfahrungen angenommen, dem Erziehungsverhalten der Eltern wird hierbei ein gewichtiger Einfluss zugeschrieben (Petermann & Petermann, 2017, S. 73). **Psychodynamische Modelle** hingegen „gehen davon aus, dass die Symptome einer Angsterkrankung durch früh entstandene Konflikte verursacht werden, die zu unangemessenen (neurotischen) Lösungsversuchen führen" (AWMF-Angststörungen, 2014, S. 47). Auch Angststörungen zeichnen sich durch generell **hohe Komorbiditätsraten** aus, sowohl zu anderen Angststörungen, als auch zu depressiven

Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 28), ebenso liegt im späteren Lebensalter häufig paralleler Substanzmissbrauch, insbesondere der von Alkohol, vor (Nickel, 2008, S. 16).

Zwangsstörungen

> „Zwänge zeichnen sich dadurch aus, dass sie wiederholt werden. Immer wieder und jedes Mal auf dieselbe oder eine sehr ähnliche Art. Durch diese gleichförmige Wiederholung ist die Handlung oder der Gedanke bekannt und vertraut, es entsteht Ordnung, Vertrautheit und Sicherheit“ (Spitczok von Brisinski, 2007, S. 10).

Wie bereits bei den bisher skizzierten psychischen Störungen deutlich gemacht wurde, stellt gemäßigtes Verhalten von „Zwängen“ ein zur **normalen Entwicklung dazugehöriges Verhalten** dar. So gewährleisten Rituale Sicherheit und Orientierung, auch im Erwachsenenalter finden sich häufig Formen von magischem Denken im Sinne von Aberglauben, Marotten oder Spleens. Übergänge zum pathologischen Verhalten sind oftmals fließend, zentral ist der dadurch verursachte Leidensdruck, abbildbar beispielsweise dadurch, wenn durch Zwangsgedanken oder -handlungen berufliche und private Aktivitäten gestört sind, als zeitlicher Marker und Richtwert wird eine Stunde pro Tag angesetzt, die durch die Aktionen verloren gehen muss (Hoffmann, 2008, S. 583). Bei Zwangsstörungen wird von einer **Prävalenzrate von 1-3%** ausgegangen, Krankheitsbeginn liegt zumeist in Kindheit oder Adoleszenz (AWMF-Zwangsstörungen, 2013, S. 8) mit einem insgesamt eher chronischen Verlauf, wobei sich einzelne Symptome mit zunehmendem Alter durchaus verändern und verschieben können (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 44). Auch bei Zwangsstörungen stellt die KVT unter Nutzung von Expositionsübungen das Therapieverfahren der ersten Wahl dar (AWMF-Zwangsstörungen, 2013, S. 38).

Für einen **positiven Therapieverlauf** zeigt sich nach Spitczok von Brisinski (2007) die „herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung“ (S. 19), da bei Zwangsstörungen oftmals starke Schamgefühle vorliegen, für deren offene Bearbeitung ein vertrauensvolles therapeutisches Arbeitsbündnis notwendig ist. Nachdem eine solche Beziehung etabliert ist, stellt die Expositionsbehandlung in vivo mit Reaktionsverhinderung die wichtigste Intervention dar, hierbei sollte die Konfrontation nach obligater theoretischer Vorbereitung in der natürlichen Lebensumgebung des Patienten erfolgen, vor allem zu Beginn auch mit einer hohen Frequenz von etwa vier bis fünf Sitzungen pro Woche (Hoffmann, 2008, S. 586). Darüber hinaus können auch metakognitive Interventionen eingesetzt werden, um die mit dem Zwang verknüpften irrationalen Vorstellungen zu erfassen und in Frage zu stellen (Simons, 2009, S. 639),

auch wird empfohlen, Bezugspersonen mit in den Behandlungsplan einzubeziehen, da diese oftmals als aufrechterhaltender Faktor mit in Zwangshandlungen einbezogen werden (AWMF-Zwangsstörungen, 2013, S. 47), einen exemplarischen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan zeigen beispielweise Grabe und Ettelt (2006, S. 317).

Ätiologisch werden in **verhaltenstherapeutischen Modellen** fehlerhafte kognitive Informationsverarbeitungsprozesse in Kombination mit spezifischen Lernerfahrungen betrachtet, durch die Zwangsgedanken und/oder -handlungen sollen negative Empfindungen reduziert werden (AWMF-Zwangsstörungen, 2013, S. 12). **Klassische psychoanalytische Modelle** haben „die Zwangsstörung als eine Fixierung auf die genitale Stufe und Regression auf die frühere anale Stufe erklärt. Die anale Regression, geht demnach mit einer Beschäftigung mit Ärger, Schmutz, magischem Denken und Ambivalenz einher, welches zu einem ausgeprägten Über-Ich und einer Vielzahl von Abwehrmechanismen führt“ (Grabe & Ettelt, 2006, S. 314). Aktuelle psychodynamische Modelle heben die Bedeutung der frühen Autonomieentwicklung hervor, in denen elterliche einschränkende und unterdrückende Erziehungsstile zur Ausprägung von Kontrollbedürfnissen führen. Generell werden den Zwängen komplexe Funktionalitäten zugeschrieben, die sich auch in interpersonellen Problemen und der Beziehungsvermeidung zu inneren Anteilen zeigen können (AWMF-Zwangsstörungen, 2013, S. 13f). Auch Zwangsstörungen zeichnen sich durch **hohe Komorbiditätsraten** aus, hierbei leiden Kinder und Jugendliche parallel besonders häufig unter Angststörungen, Depression oder Tic-Störungen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 43).

Anpassungsstörungen

> „Die Anpassungsstörung ist eine intensive Reaktion auf einen oder mehrere identifizierbare psychosoziale Belastungen, die üblicherweise innerhalb eines Monates nach (dem Beginn) der Belastung auftritt. Die Reaktion auf die Belastung ist durch gedankliches Verhaftetsein mit der Belastung oder ihrer Folgen charakterisiert, wozu übermäßiges Sichsorgen, anhaltende und belastende Gedanken an die Belastung oder das ständige Grübeln gehören“ (Maercker & Augsburger, 2017, S. 968).

Die Anpassungsstörung zählt in der Klassifikation des ICD-10 zu den Reaktionen auf schwere Belastungen, diese sind im Gegensatz zu den Belastungen, die zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen, jedoch nicht von extremer, essentieller und lebensbedrohlicher Natur (Nickel, 2008, S. 177). Zu dieser **nicht gänzlich trennscharfen Differenzierung** passt die Tatsache, dass Anpassungsstörungen etwa im Vorschulalter

zwar häufig diagnostiziert werden, hierzu jedoch nur **wenig Forschung vorliegt** (AWMF-psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, 2013, S. 109). So wird konstatiert, dass trotz der „theoretischen und diagnostischen Unschärfe“ (Sonnenmoser, 2007, S. 171) in der klinischen Praxis häufig auf diese Diagnose zurückgegriffen wird. Aufgrund der mangelnden Forschungslage liegen nur **grobe Prävalenzschätzungen** von etwa 0,5% bei Erwachsenen (Simmen-Janevska & Maercker, 2011, 186) vor, in klinischen Populationen sind die Prävalenzraten ob ihrer häufigen Vergabe ungleich höher und liegen patientengruppenspezifisch bei bis zu 30% (Sonnenmoser, 2007, S. 171), bei Kindern im Vorschulalter werden in Patientenpopulationen acht Prozent Anpassungsstörungen berichtet (AWMF-psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, 2013, S. 109).

Die **unklare Datenlage** spiegelt sich auch in den Behandlungsempfehlungen wider, die spezifisch auf Anpassungsstörungen ausgerichtete Verfahren vermissen lassen (Sonnenmoser, 2007, S. 172). Es wird davon ausgegangen, „dass Patienten mit Anpassungsstörungen häufig eine geringere Behandlungsdosis benötigen als andere Psychotherapiepatienten“ (Altenhöfer, Schulz, Schwab & Eckert, 2007, S. 24), so sehen auch die diagnostischen Kriterien vor, dass die Symptome, mit Ausnahme der längeren depressiven Reaktion, nicht länger als sechs Monate nach der Belastungssituation andauern sollten (Remschmidt et al., 2012, S. 200). Therapeutische Ansatzpunkte und spezifische Methoden differieren je nach Studie und dortigem Schwerpunkt der Autoren, zumeist wird jedoch ein modularer Ansatz verfolgt, der nach Beziehungsaufbau und Validierung des Leidensdruckes Strategien zur Symptomreduktion unter Einbezug von Traumabewältigungstechniken und anschließender lösungsorientierter Ressourcenarbeit vorsieht (Simmen-Janevska & Maercker, 2011, S. 188f). Noch stärker auf die Ressourcenarbeit fokussiert beispielsweise Thun-Hohenstein (2008), indem er therapeutische Arbeit präferiert, die „nicht die Traumabewältigung, sondern in erster Linie die Unterstützung des Copings als vorrangiges Ziel hat“ (S. 642).

Ätiologische Ansätze sehen **tendenziell eher eine stärker kausale Begründung** in Form einer stressenden Belastung, auf die je nach psychischer Konstitution mit maladaptiven Verhaltensweisen, wie etwa Verdrängung, Beruhigungsmittelmissbrauch, Feedbackschleifen von Gedanken und in starker Form auch mit Angststörungen und Depression, reagiert wird (Simmen-Janevska & Maercker, 2011, S. 187f). Wie aus den beschriebenen maladaptiven Copingmechanismen ableitbar ist, liegen bei Anpassungsstörungen **häufige Komorbiditäten** mit Substanzabusus, Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen vor (Simmen-Janevska & Maercker, 2011, 186).

Eine differenziertere Betrachtung einzelner Subtypen in dieser Kategorie psychischer Störungen kann an dieser Stelle nicht erfolgen, anhand der vorgenommenen Auswahl sollten die **gängigsten Störungen** skizziert werden und am Beispiel der Anpassungsstörung deutlich gemacht werden, dass in der klinischen Praxis auch heute noch häufig Diagnosen vergeben werden, **ohne dass fundierte ätiologische Konzepte, nosologische Differenzierungen und evaluierte Behandlungsansätze** zur diagnostizierten Störung vorliegen.

5.2.3 Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

> „In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird traditionellerweise zwischen den für das Kindesalter und die Adoleszenz typischen emotionalen Störungen und den für das Erwachsenenalter typischen neurotischen Störungen unterschieden. […] Viele emotionale Störungen im Kindesalter scheinen eher Verstärkungen normaler Entwicklungstrends als eigenständige, qualitativ auffällige Phänomene darzustellen“ (Remschmidt et al., 2012, S. 47).

In den Unterkategorien tauchen auch Störungen auf, die starke Überschneidungen zu den neurotischen Störungen (F4) aufweisen, zentraler Aspekt für die Vergabe einer emotionalen Störung des Kindesalters ist somit die **Entwicklungsbezogenheit der Symptome** (Remschmidt et al., 2012, S. 47). So ist eine Trennungsängstlichkeit beispielsweise zunächst Teil eines unauffälligen Entwicklungsverlaufes, eine Störung wird erst dann diagnostiziert, wenn Kinder auch nach dem dritten Lebensjahr unrealistische und abnorme Angst vor Trennungssituationen zeigen und dies zu einer Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt (Weiler & Blanz, 2002, S. 173). Da Angststörungen im vorangegangen Kapitel bereits behandelt wurden, entfällt eine gesonderte Betrachtung für diese Kategorie, um zu große Redundanzen zu vermeiden.

Auch bei Ausscheidungsstörungen liegen klare Altersgrenzen vor, die zwischen Reifungsunterschieden und tatsächlicher Störung differenzieren (AWMF-psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, 2013, S. 82ff). Eine Befassung mit dem Bereich der Ausscheidungsstörungen wird ebenfalls nicht vorgenommen, da der Altersbereich im Schwerpunkt auf jüngere Kinder zutrifft, die mit dem verwendeten Fragebogen nicht erfasst wurden, gleiches gilt für Bindungs- und Fütterstörungen.

5.3 Externalisierende Störungen

Zur Gruppe der externalisierenden Störungen werden, ebenfalls angelehnt an Goldbeck et al. (2007, S. 265) und Ihle et al. (2000, S. 266), hyperkinetische Störungen (F90) sowie Störungen des Sozialverhaltens (F91) gezählt.

5.3.1 Hyperkinetische Störungen

> „Aufmerksamkeitsstörungen im Rahmen einer ADHS-Diagnose äußern sich vor allen Dingen darin, dass Aufgaben […] nachlässig, fehlerhaft und unzureichend bewältigt, die Tätigkeiten selbst nur wenig planvoll gestaltet und oft kaum zu Ende gebracht werden. Die Kinder neigen dazu, ohne hinreichende vorausgehende Überlegungen zu handeln und vorschnell verkürzte Problemlösungen zu suchen […]. Sie haben große Schwierigkeiten, bei einer Aktivität zu bleiben und können eine Handlungsabsicht nicht kontinuierlich verfolgen. Stattdessen wenden sie sich schnell neuen, wechselnden Inhalten zu. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder erscheinen zum Teil »wie aufgezogen«, ständig »auf dem Sprung«; ihre Schwierigkeit, eine Zeit lang still zu sitzen, eskaliert oft in wachsender Bewegungsunruhe, was zu vielfältigen Konflikten und sozialen Anpassungsproblemen führt“ (Schlottke, Strehl & Lauth, 2009, S. 412).

Zur Diagnose einer hyperkinetischen Störung ist die **Symptomtrias Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität** handlungsleitend, die Symptome müssen sich hierbei in mehreren Lebensbereichen zeigen, mindestens sechs Monate vorliegen und vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben, weiterhin muss der Entwicklungsstand berücksichtigt werden und die Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sein (Remschmidt et al., 2012, S. 35f). Hyperkinetische Störungen zählen, zusammen mit oppositionellen Störungen, zu den psychischen Störungen bei Kindern, die am **häufigsten vorgestellt und diagnostiziert** werden und große Präsenz in der Öffentlichkeit haben (Döpfner, 2009a, S. 430). Im Vergleich zu den bereits beschriebenen „stillen“ internalisierenden Störungen führen die „lauten“ externalisierenden Störungen oftmals schneller zu Konflikten in Familie oder Schule und verursachen somit eher einen Anlass, in Einrichtungen vorgestellt zu werden.

Verbunden mit dieser Häufung ist der Vorwurf, bei hyperkinetischen Störungen handle es sich häufig um **„Modediagnosen“**, die zu oft zu schnell vergeben werden und auch als Resultat der Anforderungen einer Leistungsgesellschaft betrachtet werden können (Schwenck, 2016, S. 92). Tatsächlich konnten Bruchmüller und Schneider (2012, S. 82ff) zeigen, dass bei der Versendung von unterschiedlichen Fallvignetten an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiater signifikant häufiger falsch-positive als falsch-negative Diagnosen vergeben wurden und eine **Überdiagnostizierung** empirisch

nachgewiesen werden konnte. Die Autorinnen führen die unbewusste Nutzung verschiedener Heuristiken als mögliche Begründung an und unterstreichen die Notwendigkeit einer standardisierten Befunderhebung unter Beachtung der notwendigen Diagnosekriterien. Demgegenüber präsentieren Schlack, Mauz, Hebebrand und Hölling (2014, S. 825) Forschungsergebnisse, nach denen sich keine Hinweise auf eine Zunahme der Diagnosehäufigkeit im letzten Jahrzehnt ergeben.

Prävalenzschätzungen weisen zum Teil große Schwankungen auf, insbesondere, wenn unterschiedliche Erhebungsmodalitäten verwendet werden (Fink, 2004, S. 115). Bei strikter Verwendung der Diagnosekriterien des ICD-10 liegt eine Prävalenz von 1% bis 3,4% vor (Döpfner, 2009a, S. 433), Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007, S. 108) zeigen noch geringere Raten von 1% bis 2% an. Aktuelle Daten zeigen, auf Basis von Elternbefragungen, eine Gesamtprävalenz von etwa 5% für das Kindes- und Jugendalter an, wobei Jungen viereinhalbmal häufiger die Diagnose ADHS erhielten als Mädchen (Schlack et al., 2014, S. 823). Während Esser et al. (2000, S. 280) einen tendenziell günstigen Verlauf für rein hyperkinetische Störungen berichten, besteht laut Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007, S. 123) eine relativ hohe Persistenz, auch Streeck-Fischer (2015) verweist auf aktuelle Daten, die zeigen, „dass 30–60 % der ADHS-Störungen von Kindern und Jugendlichen im Erwachsenenalter persistieren“ (Streeck-Fischer, 2015, S. 143).

Zur **Behandlung** geben die Leitlinien ein multimodales Behandlungskonzept an, welches neben KVT des Patienten ausdrücklich Elterntraining sowie Interventionen in der Familie und Schule/Kindergarten vorsieht und auch der Pharmakotherapie eine gewichtige Stellung einräumt. So nimmt im Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie die Pharmakotherapie bei starker bis moderater ADHS-Symptomatik nach der Psychoedukation des Bezugspersonensystems den ersten Therapiebaustein ein (AWMF-ADHS, 2017, S. 132; Döpfner, 2009a, S. 441). Eindeutig nachgewiesen ist die Wirksamkeit dieser Pharmakotherapie, zwei Drittel der Kinder, die mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten, zumeist aus der Gruppe der Psychostimulantien, behandelt werden, zeigen eine deutliche Verbesserung hinsichtlich ihrer Symptome (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 126f). Eine breit angelegte, multimodale Studie zur ADHS Behandlung konnte jedoch unter anderem zeigen, dass eine kombinierte Therapie (Medikation und KVT) ähnlich gute Outcome-Werte erzielte wie alleinige Medikation, allerdings mit deutlich geringerer Medikationsdosis, weiterhin zeigten sich die Eltern zufriedener mit der Therapie, wenn die Medikationsbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert wurde (Whalen, 2001, S. 137). Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Interventionen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS konnte nicht belegt werden (AWMF-ADHS, 2017, S. 151). Einen

am Fallbeispiel ausgerichteten exemplarischen Behandlungsablauf unter Nutzung von Elementen der KVT zeigen etwa Schlottke et al. (2009, S. 422ff).

Ätiologisch wird in der **Verhaltenstherapie** auch für diese Störung ein multifaktorielles, biopsychosoziales Erklärungsmodell angenommen, allerdings, und dies stellt durchaus eine Abgrenzung zu den Modellen internalisierender Störungen dar, mit deutlicher Schwerpunktsetzung auf genetische Einflüsse und Störungen im Neurotransmitter-Stoffwechselsystem des Gehirns und erst nachgegliedert psychosoziale Bedingungsfaktoren als Moderatorvariablen eines Diathese-Stress-Modells (Döpfner, 2009a, S. 435f; Schlack et al., 2014, S. 820). Auch **psychodynamische Modelle** sprechen sich für eine biopsychosoziale Sichtweise aus, allerdings wird der postulierte starke Einfluss genetischer Veranlagungen kritischer betrachtet, da entsprechende Untersuchungen nicht die Erwartungen erfüllen konnten (Streeck-Fischer, 2015, S. 145). Aus psychoanalytischer Sicht wird die Störung wie folgt beschrieben:

> „Wir verstehen eine *Aufmerksamkeitsstörung* als eine sehr früh (und möglicherweise traumatisch) erworbene Dysfunktion des Ichs, bei der die ‚containing function' der bedeutungsvollen primären Beziehungspersonen ungenügend und nicht im Stande war, die Aufmerksamkeit des Säuglings lustvoll auf ein gemeinsames Ziel zu lenken, Vertrauen in den gemeinsam aufgebauten zeitlichen Abläufen entstehen und eine lustvolle und vertrauenswürdige ‚Besetzung' des Gegenübers sich entwickeln zu lassen" (Bürgin & Steck, 2007, S. 318, Hervorhebung im Original).

Die **Komorbidität** bei ADHS ist enorm hoch, die Leitlinien geben eine Komorbiditätsrate von 85% an (AWMF-ADHS, 2017, S. 25), insbesondere zu oppositionellen und dissozialen Störungen, aber auch zu affektiven Störungen sowie Angststörungen (Döpfner, 2009a, S. 434).

5.3.2 Störungen des Sozialverhaltens

> „Hauptmerkmal der Störung des Sozialverhaltens ist ein sich wiederholendes Verhaltensmuster, durch das die grundlegenden Rechte anderer und wichtige altersgemäße gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden. Diese Verhaltensmuster können den vier Bereichen »aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren«, »Zerstörung von Eigentum«, »Betrug oder Diebstahl« und »schwere Regelverstöße« zugeordnet werden. Während eines Zeitraums von 12 Monaten werden mindestens drei der 15 Verhaltensmuster […] gezeigt, wobei mindestens ein Kriterium auch während der letzten 6 Monate beobachtbar gewesen sein muss. Zudem müssen klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Bereich vorliegen" (Lösel & Runkel, 2009, S. 455).

Bei den einleitend beschriebenen Verhaltensweisen ist jedoch der **situative Kontext** zu beachten. Aggressives Verhalten kann angemessen sein, wenn die Situation es erfordert, auch oppositionelles Trotzverhalten ist in einem bestimmten Alter entwicklungstypisch (Baving, 2006, S. 6). So sehen auch die diagnostischen Kriterien des ICD-10/MAS ein sich wiederholendes, andauerndes Muster von dissozialen Verhaltensweisen unter Beachtung des Entwicklungsniveaus des Kindes als Voraussetzung zur Diagnosevergabe an (Remschmidt et al., 2012, S. 37f). Dissoziale Störungen zeigen einen **generell ungünstigen Verlauf**, insbesondere, wenn Auffälligkeiten bereits im Grundschulalter oder der frühen Adoleszenz auftreten (Esser et al., 2000, S. 279f; Petermann, Helmsen & Koglin, 2010, S. 23). Patienten mit externalisierenden Störungen zeigen in der Folge häufiger riskanten Alkohol- und Drogenkonsum, Delinquenz sowie Gewaltbereitschaft im Vergleich zu Personen ohne dieses Störungsbild (Haller et al., 2016, S. 36).

Dissoziale Störungen gehören zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen und weisen **Prävalenzraten** von 6% bis 16% bei Jungen und 2% bis 9% bei Mädchen auf (Petermann & Petermann, 2018, S. 67). Bei Jungen tritt die Störung nicht nur deutlich häufiger auf, sie zeigen auch überwiegend physische Aggressionen, wohingegen Mädchen eher subtilere Aggressionsformen zeigen (Lösel & Runkel, 2009, S. 456).

Bei den **Behandlungsansätzen** zählt die KVT zu den wirksamsten Verfahren, hierbei wird ein multimodales Konzept angewendet, in dem neben der Arbeit mit dem Patienten besonders auch familien- und schulzentrierte Interventionen eingesetzt werden. Verhaltenstherapeutisches Elterntraining gilt hierbei insbesondere bei jüngeren Kindern als wichtiger Therapiebaustein, insgesamt nehmen bei dissozialen Störungen umweltbezogene Interventionen gegenüber der klassischen, patientenorientierten Therapie einen größeren Stellenwert ein (Görtz-Dorten & Döpfner, 2017, S. 106f; Lösel & Runkel, 2009, S. 466). Ein möglicher Behandlungsplan inklusive der Darstellung von einzelnen Therapieschritten findet sich bei Petermann (2008, S. 490f), ein Fallbeispiel für eine verhaltenstherapeutische Behandlung zeigen etwa Lösel und Runkel (2009, S. 473f). Ähnlich wie bei den hyperkinetischen Störungen gelten gemäß den Leitlinien auch für die Störung des Sozialverhaltens non-direktive Spieltherapien sowie tiefenpsychologisch orientierte Therapieverfahren als entbehrliche Maßnahmen (AWMF-Störung des Sozialverhaltens, 2007, S. 9).

Für die Störung des Sozialverhaltens erscheint ein monokausales Krankheitsverständnis gleichfalls zu kurz gegriffen, sodass **verhaltenstherapeutisch** ein multifaktorielles Ätiologiekonzept zur Erklärung der Störung herangezogen wird, in dem unterschiedliche Risikofaktoren kumulieren müssen, um die entsprechenden Symptome zu evozieren

(Lösel & Runkel, 2009, S. 460). Dem Erziehungsverhalten der Eltern als Schutz- oder Risikofaktor wird ein gewichtiger Einfluss beigemessen, hierbei wird ein **autoritativer Erziehungsstil** (hohes Maß an elterlicher Wärme bei gleichzeitiger stringenter Verhaltenskontrolle) als der günstige Erziehungsstil betrachtet (Pinquart, 2018, S. 73).

Ein interpersonelles Entwicklungsrisiko findet sich beispielsweise bei frühen Regulationsstörungen, die zu einer negativen Eltern-Kind-Interaktion führen und die intrafamiliären Beziehungen stark belasten können (Petermann, 2003, S. 25), sodass eine sichere Bindung oftmals nicht gegeben ist, was zu weniger Vertrauen zu und Entfremdung von den Eltern führen kann (Petermann, Essau, Turbanisch, Conradt & Groen, 2015, S. 55). Klassische **psychoanalytische Theorien** sehen in dissozialen Störungen den intrapsychischen Kampf gegen eigene Gewissensinstanzen:

> „Weitgehende Einigkeit unter den psychoanalytischen Autoren herrscht darüber, daß wir bei Dissozialen keineswegs vom Fehlen einer Gewissensinstanz im Sinne des Überich sprechen können. Charakteristisch für diese Persönlichkeiten ist nach psychoanalytischer Auffassung vielmehr, daß sich spezifische Abwehrprozesse nicht, wie bei den Übertragungsneurosen, vorwiegend gegen bestimmte Triebimpulse oder Antriebsbereiche […], sondern vor allem gegen das Überich bzw. bestimmte Anteile der Gewissensinstanz richten“ (Rauchfleisch, 1980, S. 274f).

Weiterhin werden positive Elternkontakte in der frühen Kindheit als essentiell für die Bildung eines positiv eingefärbten Über-Ichs angesehen (Rauchfleisch, 1980, S. 275). Auch bei der letzten, in diesem Rahmen dargestellten psychischen Störung sind die Komorbiditätsraten hoch, am häufigsten finden sich zusätzlich hyperkinetische Störungen, auch depressive Störungen sowie Angststörungen liegen oftmals komorbid vor (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 143).

Kapitelfazit

Mit einer Gesamtprävalenz von etwa 20% (Baumgarten et al., 2018, S. 60; Klasen et al., 2017, S. 402) gehören psychische Störungen zu den häufigsten Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter. Sie gehen mit weiteren Problemen sowie massivem Leidensdruck einher und sind von enormer gesellschaftlicher Bedeutung:

„Die hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Kindheit und Jugend ist eine der umfassendsten gesundheitsbezogenen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts“ (Ravens-Sieberer et al., 2016, S. 4).

6 Forschungs- und Evaluationsansätze in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Psychotherapieforschung für das Kindes- und Jugendalter wurde lange Zeit eher **vernachlässigend gehandhabt**, so stellten bereits Barrett, Hampe und Miller (1978, S. 412) fest, dass entsprechende Forschung für das Kindesalter weder im qualitativen, noch im quantitativen Bereich mit dem Forschungsstand bei Erwachsenen vergleichbar ist. Obwohl inzwischen eine Vielzahl an kontrollierten Psychotherapiestudien für das Kindes- und Jugendalter vorliegen, in denen unterschiedliche Behandlungsformen und -techniken betrachtet wurden (Schulte-Markwort & Bindt, 2006, S. 72) und die Ergebnisse den Schluss zulassen, dass **Psychotherapie in diesem Alter ähnlich wirksam ist wie bei Erwachsenen** (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 186; Esser & Blank, 2011, S. 629), gibt es nach wie vor „erheblich weniger empirische Studien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als im Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen“ (Krause et al., 2015, S. 419). Insbesondere für den deutschsprachigen Raum liegt ein nur **schwacher Forschungsstand** vor, der international wenig Impact erzielt (Döpfner, 2003, S. 264), repräsentative **Trendstudien** für das Kindes- und Jugendalter sind auch aktuell immer noch selten (Hölling et al., 2014, S. 807).

Um die folgenden Ausführungen zu Evaluationsansätzen psychotherapeutischer Prozesse zu strukturieren, wird der Prozess in einzelne Phasen unterteilt, die jeweils kurz beschrieben werden.

6.1 Metaebene Qualitätsmanagement

Die Implementierung von Qualitätsmanagement (QM) kann dazu beitragen, den **psychotherapeutischen Prozess an sich zu operationalisieren** und einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten, auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Schwarz, 2006, S. 153). Insbesondere im Klinik-Kontext liegen derart komplexe, multimethodale und multiprofessionelle Einflussfaktoren vor, dass ein stringentes QM zur Ordnung der verschiedenen Prozessabläufe notwendig ist, zusätzlich liegen auch entsprechende gesetzliche Vorgaben zur Einrichtung eines internen QM-Systems vor (Naumann, 2007, S. 9). Auch im ambulanten Setting nimmt der explizite (gesetzliche Vorgaben) und implizite (Ressourcenoptimierung, Wettbewerb) Druck zu, QM-Systeme zu implementieren, hierzu pointiert Bellabarba (2007): „das Leben ist kompliziert genug, versuchen wir wenigstens unsere praxisinternen Prozesse so gut

und so einfach wie möglich zu gestalten“ (S. 9). Beispiele für die Einführung von QM-Systemen in Klinik oder ambulanter Praxis finden sich etwa bei Hoffmann und Riedesser (2007) sowie Bellabarba (2007).

6.2 Diagnostik

Um **einheitliche, reliable Qualitätsstandards bei der Diagnostik** psychischer Störungen zu gewährleisten, erfolgt die Diagnosevergabe nach den Kriterien des ICD-10 (Dilling et al., 2014), beziehungsweise multiaxial nach dem MAS (Remschmidt et al., 2012, siehe Kapitel 5). Weiterhin liegen Leitlinien vor (AWMF, siehe ebenfalls Kapitel 5), die als Orientierungshilfe sowie Prüfkriterium der Qualität klinischer Praxis dienen können, sie sind hierbei nicht schulenorientiert, sondern legen den **Fokus auf eine störungs- und problemorientierte Behandlung** (Döpfner & Esser, 2004, S. 61). Ziel ist hierbei, bei den AWMF-Leitlinien mindestens ein S2-Niveau (konsens,- bzw. evidenzbasiert, im Vergleich zum S1-Nivau, welches lediglich Handlungsempfehlungen von Expertengruppen abbildet) zu erreichen (Herpertz-Dahlmann, Poustka & Hebebrand, 2010, S. 5). Zum Stand der Gütekriterien konstatieren Döpfner und Esser (2004):

> „Bis wir in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Leitlinien dieser Qualitätsanforderung haben, ist noch ein weiter Weg zurückzulegen“ (Döpfner & Esser, 2004, S. 62).

Gerade im Kindes- und Jugendalter sind einige **Spezifika in der Diagnostik** zu beachten, da in diesem Altersband große **Entwicklungsveränderungen** auftreten und Verhalten mit Krankheitswert von alterstypischem Verhalten differenziert werden muss (Jantzer, Parzer, Lehmkuhl & Resch, 2012, S. 199). Obwohl insbesondere die Kriterien des MAS / ICD-10 hinsichtlich einer erhöhten Reliabilität in der Diagnosestellung konzipiert wurden, liegen für die Kategorien der fünften Achse im MAS (Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) kaum Publikationen oder Erhebungsinstrumente vor (Wyschkon & Esser, 2006, S. 254).

Weiterhin greift eine lediglich symptom- und störungsfokussierte Betrachtung ohne Berücksichtigung von Entwicklungs- sowie Umfeldfaktoren (Familie, Gesellschaft, Technologie) zu kurz (Jantzer et al., 2012, S. 201; Streeck-Fischer & Streeck, 2010, S. 438). Insgesamt konstatieren Wyschkon und Esser (2006, S. 253), dass hinsichtlich der Publikationen für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nur **sehr wenige Veröffentlichungen** vorliegen, die den diagnostischen Bereich thematisieren.

Erschwerend kommt hinzu, dass in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zumeist auch ein Fremdurteil der Eltern zur diagnostischen Einschätzung eingeholt wird. Wie bereits im Kapitel 5 angeführt, schätzen Eltern jedoch die Symptomschwere internalisierender Störungen niedriger ein als die Patienten selbst. Externalisierende Symptome hingegen werden durch Eltern höher eingeschätzt als von den Patienten (Klasen et al., 2017, S. 403). Hier wird die besondere Bedeutung einer Erfassung von Krankheitssymptomen auch aus der **Selbstperspektive der Kinder und Jugendlichen** deutlich, um ein umfassendes Bild psychischer Erkrankung respektive Gesundheit zu schaffen (Klasen et al., 2016, S. 17; Klasen et al., 2017, S. 403; Ravens-Sieberer et al., 2016, S. 4).

6.3 Zielfindung

Zielfindung ohne aktive Einbindung des Patienten ist nicht zielführend:

> „Psychotherapie greift also immer in ein zielorientiertes psychisches Geschehen ein. Wenn wir Psychotherapie in einem sehr abstrakten Sinne als das Verändern von Gedächtnisinhalten betrachten, dann gehören zu diesen Gedächtnisinhalten auch die Ziele des Individuums und die Relation der Ziele zu den von ihnen bestimmten Prozessen“ (Grawe, 2000, S. 269).

Neben dem Patienten selbst, der intrinsische und/oder extrinsische Ziele in eine Psychotherapie einbringt, liegen auch Ziele auf Seiten des Therapeuten und des sozialen Umfeldes vor (Michalak, Grosse Holtforth & Berking, 2007, S. 6ff), im Kindes- und Jugendalter trifft dies noch deutlicher zu, da die jungen Patienten zumeist noch direkter in Familie und staatliche Institutionen eingebunden sind. Im **Optimalfall sind die einzelnen Ziele aller Parteien kongruent** zueinander, Probleme können auftreten, wenn keine Einigung im Therapiebündnis über gemeinsame Ziele erreicht werden kann, dies kann, wenn Patient und Therapeut an ihren Zielen festhalten, bis in einen **Machtkampf** münden, an dessen Ende ein Therapieabbruch noch vor Beginn der eigentlichen Behandlung steht (Kersting & Arolt, 2000, S. 247). Verhaltenstherapeutische Zielanalysen und Interventionen arbeiten hierbei zumeist **„bottom-up“**, indem sie in Verhaltensanalysen an distinkten Situationen ansetzen und diese so konkret wie möglich bearbeiten (Grober, Heidenreich & Rief, 2016, S. 230). Demgegenüber halten, insbesondere im Zuge der Dritten Welle (siehe Kapitel 4), auch **„top-down“** Prozesse in die Verhaltenstherapie Einzug und mit ihnen globalere, existentielle Zielfragen wie die nach dem Wert und dem Sinn des menschlichen Lebens an sich (Heidenreich, Noyon, Grober & Michalak, 2017, S. 475).

Weiterhin sollte die Zielfindung und Behandlung nicht auf eine bloße Symptomverbesserung reduziert werden, sondern vielmehr zusätzlich „auch andere explizite Therapieziele sowie die allgemeinen Lebensziele des Patienten berücksichtigen“ (Michalak et al., 2007, S. 11). Dies knüpft erneut an die in Kapitel 3 sowie Kapitel 5 beschriebene Kritik an einem rein kategorialen Krankheitsverständnis an. Ziel einer Psychotherapie sollte daher nicht nur die reine Verminderung von Krankheitssymptomen sein, sondern in einem erweiterten Gesundheitsverständnis auch **adaptive, präventive und ressourcenorientierte Aspekte** beinhalten. Eine solche allgemeinere Betrachtungsweise von Gesundheit deckt sich mit dem **Konzept der Salutogenese** nach Antonovsky (1997, S. 29f).

6.4 Wirksamkeits- und Prozessevaluation

Generell muss in diesem Kontext unterschieden werden zwischen **Efficacy-Forschung**, die sich mit der Wirksamkeit von Therapien und Interventionen unter Laborbedingungen zur Erreichung einer hohen internen Validität beschäftigt, und der **Effectiveness-Forschung**, die, um eine hohe externe Validität zu erzielen, im klinischen Routinealltag verortet ist (Crecelius & Hiller, 2014, S. 112; Esser & Blank, 2011, S. 628). Bereits früh konnte gezeigt werden, dass Psychotherapie wirksamer ist als non-treatment oder Placebo, die großen Therapieschulen oder spezifische therapeutische Verhaltensweisen jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit haben (Bergin & Lambert, 1978, S. 170; Orlinsky & Howard, 1978, S. 291). Demgegenüber führt Döpfner (2003, S. 260f) an, dass in internationalen Studien die KVT für das Kindes- und Jugendalter höhere Effektstärken aufweist als andere Therapieverfahren, gleichzeitig liegen aber auch deutlich mehr Untersuchungen für Verfahren der KVT vor.

Ein großes Problem in der Wirksamkeitsevaluation stellt hierbei die **Frage nach dem Erfolgskriterium** dar. Wie kann die latente Variable „Therapieerfolg“ operationalisiert werden? Zumeist wird die „Verminderung psychischer Auffälligkeiten des behandelten Kindes oder Jugendlichen als einziges Erfolgskriterium gewählt“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 186). In diesem Verständnis wäre Therapieerfolg, in einem weiter gefassten Sinne dementsprechend auch die generelle psychische Gesundheit, lediglich definiert als die „Abwesenheit von Krankheitssymptomen“, was jedoch zu kurz greifen dürfte. Insbesondere im Zuge der Dritten Welle halten **globalere Gesundheitsvorstellungen** in die Zieldefinition Einzug (vergleiche die Ausführungen im Abschnitt „Zielfindung“) und auch hinsichtlich der Wirksamkeit einer Psychotherapie werden die Erfolgskriterien weiter gefasst: „neben Symptomminderung auch Steigerung von Kompetenzen, Verbesserung

der psychosozialen Anpassung und der Lebensqualität, Veränderung familiärer Beziehungen und subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung“ (Döpfner, 2003, S. 258).

Zur Patientenzufriedenheit stellen Hannöver, Dogs und Kordy (2000, S. 299f) fest, dass nur sehr moderate Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Behandlungsergebnis vorliegen, die Patientenzufriedenheit aber als eigenständige, ergänzende Dimension im Rahmen der Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollte. Die Familie kann insofern mit in Faktoren der Therapiewirksamkeit einbezogen werden, als dass geänderte Familienfunktionalitäten mit einem Therapieerfolg einhergehen können (Kronmüller et al., 2009, S. 50).

Einen interessanten Ansatz zur **Erfassung von Wirksamkeitsfaktoren** zeigen Krause et al. (2015). Sie erhoben Faktoren aus der Perspektive der Jugendlichen, insbesondere in der Anfangsphase einer Therapie, somit tritt in dieser Betrachtung die reine Symptomreduktion ebenfalls in den Hintergrund. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass es von Bedeutung ist, nicht primär informationssuchend und explorierend vorzugehen, sondern vielmehr die **individuelle Sichtweise** der Jugendlichen zu verstehen und zurückzumelden, sowie die therapeutische Beziehung an sich zu thematisieren. Tabelle 6.1 zeigt die hierbei gefundenen, unterschiedlichen **Kommunikationsformen für erfolgreiche und nicht erfolgreiche Therapien**.

Tabelle 6.1: Kommunikationsformen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapien mit Jugendlichen (modifiziert nach Krause et al., 2015, S. 424).

Kommunikationsformen erfolgreicher Therapien	**Kommunikationsformen nicht/wenig erfolgreicher Therapien**
Primär feststellende Dialoge	Dialog stärker auf Suche nach Informationen fokussiert
Jugendlicher spricht mehr über sich selbst	Es wird mehr von Dritten gesprochen
Therapeuten fragen weniger	Therapeuten fragen vor allem explorierend
Therapeuten versuchen, den Patienten zu verstehen sowie seinen Diskurs infrage zu stellen und neu zu deuten	Therapeut zeigt wenig Versuche, sich auf Patienten einzustellen oder neue Deutungen anzubieten
Beziehung eher „nah“ gestaltet	Beziehung eher „distanziert“ gestaltet
Thematisierung der therapeutischen Allianz	
Therapeuten beziehen sich selbst aktiv ein	

Bezogen auf die Wirksamkeit von Psychotherapie ist es weiterhin wichtig, auch die **langfristige, nachhaltige Wirkung** zu erfassen. In Katamnesen kann eine generell stabile Wirksamkeit, über das direkte Ende der Psychotherapie hinaus, nachgewiesen werden, einige Autoren sprechen hierbei von einem „sleeper-effect“, der nach Ende einer Therapie wirksam wird (Wiegand-Grefe et al., 2016, S. 492). Raitzig (2010, S. 63) konnte zudem zeigen, dass langfristig sogar diejenigen Patienten eine weitere Besserung hinsichtlich ihrer Probleme zeigten, die eher unzufrieden mit dem Verlauf der eigentlichen Therapie waren.

In der **Prozessevaluation** müssen ebenfalls mehrere Bereiche berücksichtigt werden. Da psychische Störungen multifaktoriell bedingt sind, erfordert auch der Therapieprozess selbst ein ebensolches **multifaktorielles Vorgehen**, sowohl für die Bereiche der Diagnostik und Therapie, als auch der Ergebniserfassung (Reisel, Floquet & Leixnering, 1998, S. 706). Auch Ross (1978, S. 592) plädiert für eine multifaktorielle Betrachtung, welche die Gesamtheit der kindlichen Lebenssituation einschließt, da Verhalten oftmals sehr situationsspezifisch auftritt. Als Veränderungsparameter im Therapieprozess führen Reisel et al. (1998, S. 709) direkte (Einschätzungen der Eltern) und indirekte (wiederholte Bearbeitung störungsspezifischer und/oder Breitband-Fragebögen) Erfassungsmöglichkeiten an.

6.5 Unterschiede in der Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen

Es gibt einige **Unterschiede** in der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen gegenüber der von Kindern und Jugendlichen, und auch innerhalb der letztgenannten Gruppe liegen **altersspezifisch differenzierte Interventionsformen** vor. Döpfner und Lehmkuhl (2002, S. 185) sehen zwei grundsätzliche Unterschiede:

1. Bedeutsame Rolle von familien- und kindergarten- bzw. schulzentrierten Interventionen. Diese sind mitunter wichtiger als patientenzentrierte Interventionen.
2. Berücksichtigung von entwicklungspsychologischen Aspekten, da im Kindes- und Jugendalter stärkere Entwicklungen ablaufen als in jeder anderen Altersspanne.

Borg-Laufs (2007a, S. 758f) sieht ebenfalls bedeutsame Unterschiede, die er wie folgt benennt:

- Spezifisches Vorgehen bei Beziehungs- und Motivationsaufbau
- Multiaxiale Diagnostik und Therapieplanung in unterschiedlichen Settings
- Verschiedene Auftraggeber bei der Zielklärung
- Flexible Anpassung therapeutischer Methoden an Entwicklungsstand und Setting
- Einbezug unterschiedlicher Beurteiler in Evaluation, häufig nur geringe Übereinstimmung der Beurteiler
- Minimierung von Risikofaktoren und Ausbau von Schutzfaktoren nach Therapieabschluss.

Innerhalb des Bereiches der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es weitere Spezifika, die es zu berücksichtigen gilt. So sollten Jugendliche, verglichen mit Kindern, eher in Einzel- oder Gruppentherapie behandelt werden, bei Kindern wiederum ist der Familieneinbezug oder die Einzeltherapie einer Gruppentherapie vorzuziehen (Esser & Blank, 2011, S. 635).

Diese Differenzierungen sollten sich auch in entsprechende **Evaluationsplanungen** niederschlagen. So sollte der Fokus nicht nur primär auf der Erhebung von störungsspezifischen Fragestellungen und ihrer Veränderung liegen, sondern ein **weiter gefasstes Gesundheitsverständnis** einbeziehen, auch Familie und gesellschaftliche Institutionen sollten stärker in die Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Je jünger hierbei die Patienten sind, desto mehr sollten umfeldbezogene Interventions- und Evaluationsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Kapitelfazit

Trotz der enormen Herausforderungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Kindheit und Jugend (siehe Kapitel 5) ist der Forschungsstand zu diesem Themenfeld nach wie vor verbesserungswürdig (Hölling et al., 2014, S. 807; Krause et al., 2015, S. 419). Forschungsansätze zeigen sich nicht nur in der Erfassung von Prävalenzraten, sondern auch in Fragen zur Diagnostik, Zielfindung sowie einer umfassenderen Wirksamkeits- und Prozessevaluation therapeutischer Interventionen. Der Erfassung von Symptomen aus der Selbstperspektive der Patienten wird hierbei besondere Bedeutung beigemessen (Klasen et al., 2017, S. 403).

Hiermit schließt der theoretische Teil der Arbeit. Mit der ausführlichen Darstellung des SASB-Modells (**Kapitel 2 und 3**) wurde die Basis für die folgenden Konzeptionen und Überprüfungen geschaffen. Die Beschreibung der Charakteristika der Dritten Welle der Verhaltenstherapie (**Kapitel 4**) erlaubt die spätere Prüfung der Anschlussfähigkeit der SASB an diese psychotherapeutische Strömung, durch die Auseinandersetzung mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (**Kapitel 5**) können im folgenden Kapitel nachvollziehbare und fundierte Ableitungen der theoretischen Introjekte erfolgen. Und zuletzt ergeben sich aus der Darstellung von Ansätzen der Psychotherapieforschung in diesem **Kapitel 6** diejenigen Variablen, anhand derer der potentielle Mehrwert für die Nutzung einer integrativen SASB-KJ geprüft werden kann.

7 Ableitung der theoretischen Introjekte

Wie lassen sich die im Kapitel 5 dargestellten Störungen unter interpersoneller Perspektive darstellen und wie können sich internalisierende und externalisierende Störungen im **Introjekt bei Kindern und Jugendlichen** zeigen? Lassen die beschriebenen Spezifika der unterschiedlichen Störungen gemäß ICD-10 eine zusammenfassende Betrachtung und Unterscheidung in internalisierende und externalisierende Störungen zu?

In Anbetracht der beträchtlichen Komorbiditätsraten aller psychischen Störungen, auch über die Grenzen der internalisierenden und externalisierenden Störungsbereiche hinweg, weisen Lösel und Runkel (2009) zurecht darauf hin, dass die „früher zeitweise postulierte Unabhängigkeit oder orthogonale Faktorenstruktur der externalisierenden und internalisierenden Störungsdimensionen“ (S. 458) nicht gegeben ist. Dennoch weisen die erheblichen Komorbiditätsraten auch darauf hin, dass eine strikte kategoriale Differenzierung einzelner Störungsbilder gleichfalls zu kurz greifen könnte und **zugrundeliegende, störungsübergreifende maladaptive Informationsverarbeitungs-prozesse** hierbei nicht angemessen berücksichtigt werden. Aufgrund der oftmals nicht trennscharfen Unterscheidung einzelner Störungsbilder bei gleichzeitig hohen Komorbiditäten erscheint es daher gerechtfertigt, wenngleich im Bewusstsein der einschränkenden Aspekte, im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine Unterteilung in internalisierende und externalisierende Störungen vorzunehmen. Zusätzlich können nur so ausreichend starke Gruppengrößen generiert werden, um aussagekräftige statistische Analysen der beiden Hauptfragestellungen durchführen zu können. Bei einer zu kleingliedrigen Aufteilung in einzelne Störungen würden die resultierenden Gruppen aufgrund der Gesamtzahl an erfassten Patienten zu klein ausfallen, sodass mögliche personenbezogene Störvariablen einen zu starken Einfluss auf die Ergebnisse hätten (siehe Bortz & Döring, 2006, S. 54). Wie weiterhin gezeigt werden soll, lassen sich aus den beiden Störungsgruppen durchaus einige Spezifika ableiten, die **differenzierte Charakteristika im Introjekt** darstellen können. In den folgenden Ausführungen wird, sofern sich auf die SASB Nomenklatur bezogen wird, zumeist mit dem **Cluster-Modell** operiert, weiterhin ist auch die Berücksichtigung der Unterteilung von generellem Verhalten in eine adaptive AG sowie eine maladaptive DAG (Benjamin, 1996a, S. 253f, siehe auch Tabelle 3.1) handlungsleitend.

7.1 Internalisierende Störungen

Internalisierende Störungen sind häufig mit **starker sozialer Hemmung** im Kindesalter assoziiert (Krischer et al., 2006, S. 91), interpersonelles Verhalten sollte demnach **mehr kontrollierend und weniger spontan und unbekümmert** zu verorten sein. Hierzu kongruent sind die Ausführungen von Grawe (2000, S. 419), in denen er beschreibt, dass psychisch gesunde Personen sich eher zu positiv und selbstüberschätzend beschreiben, depressive Personen hingegen eher eine „realistischere" und dadurch negativere Selbstbeurteilung zeigen, indem sie nicht nur positive, sondern auch negative Situationen erinnern und aus diesen ihr Selbstbild konstruieren. Sipos und Schweiger (2013, S. 42) beschreiben, dass ein Ausbleiben von positiven Verstärkern ein bedeutsamer aufrechterhaltender Faktor bei depressiven Störungen ist, in Situationen also nicht primär auf positive Erlebnisse fokussiert wird, sondern eher negative Aspekte wahrgenommen und erinnert werden. Chronisch depressive Patienten „ordnen sich als feindselig-unterwürfig – also distanziert-verschlossen – ein" (Jäger & Brakemeier, 2014, S. 262), was im SASB-Modell bei intransitivem Fokus ein Verhalten in den **Clustern 5 und 6** darstellt. Auch Brumariu und Kerns (2010, S. 178) beschreiben bei internalisierenden Störungen vor allem nach innen gerichtete Symptome und **überkontrollierende Verhaltensweisen.** Breitenbach (2007, S. 496) listet zusammenfassend folgende Charakteristika dieser Störungsgruppe auf: negative Selbstbewertungen, geringe Fähigkeit zur Emotionsregulation, negativer Attributionsstil sowie Mängel in der aktiven Informationsverarbeitung.

Ähnliche Faktoren beschreibt auch Ihle (2016, S. 540), der zwischen **Vulnerabilitätsfaktoren** (geringes Selbstwertgefühl, negative Schemata, gesteigerte Selbstaufmerksamkeit) und **aufrechterhaltenden Faktoren** (negativer Attributionsstil, negative automatische Gedanken, geringes Selbstwirksamkeitserleben, dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Vermeidung und Selbstbeschuldigung) sowie weiteren, jedoch primär extern einwirkenden, auslösenden Faktoren unterscheidet. Deutlich werden aus den bisherigen Ausführungen tendenziell **kontrollierend-negative Informations-verarbeitungsprozesse**, durch die Situationen übermäßig gefährlich und negativ interpretiert werden und aus Erfahrungen vor allem negative Erlebnisse erinnert werden, laut Wambach und Schramm (2016, S. 163) treten diese defizitären Prozesse insbesondere im interpersonellen Kontext auf.

Ein vergleichbares negatives Selbstbild beschreiben auch Koestner, Zuroff und Powers (1991), sie konnten überdies den Einfluss von elterlichem Verhalten auf die Entwicklung einer späteren selbstkritischen Persönlichkeit nachweisen: „parenting behaviors that exhibit excessive restrictiveness and rejection were shown to be associated with the

development of self-criticism“ (Koestner et al., 1991, S. 195). Ein solches elterliches Verhalten findet sich im SASB-Modell im **transitiven Fokus der Cluster 5 und 6**. Ähnliche Interaktionsmuster in der Eltern-Kind-Beziehung berichten auch Laucht et al. (2000, S. 290), Kinder zeigten demnach mehr internalisierende Störungen, wenn freundliches Verhalten des Säuglings von der Mutter übergangen und nicht beantwortet wurde. Säuglingsverhalten im Cluster 1-3 wurde dementsprechend **nicht komplementär** durch Elternverhalten im Cluster 2-3 beantwortet.

Ähnliche Informationsverarbeitungsprozesse zeigen auch Kinder mit Angststörungen, sie bewerten interpersonelle Situationen mit ihren Eltern eher negativ, indem sie in diesen eher Bedrohung als Kontrolle wahrnehmen und sensitiver auf ängstliche Interpretationen reagieren (Albano et al., 2003, S. 313). Bittner et al. (2007, S. 1174) rezipieren Literatur, wonach spätere Angststörungen durch ein **gehemmtes Temperament** in der Kindheit mitbedingt sind, diese Temperamentsfaktoren somit lang anhaltende Kontinuität aufweisen. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007, S. 25) benennen Elternverhalten bei Kindern mit Angststörungen, welches als kritisch und abweisend (Cluster 1-6 & 1-7) sowie überprotektiv und kontrollierend (Cluster 1-5) charakterisiert wird. Solche kritischen „Umgebungsfaktoren“ können jedoch nicht alleine erklären, warum hohe Persistenzraten bei internalisierenden Störungen, auch bei wechselnden externen Einflussfaktoren, vorliegen. Dies spricht zusätzlich für die Annahme der bereits dargestellten maladaptiven intrapersonellen Informationsverarbeitungsprozesse (Kovacs & Devlin, 1998, S. 51).

In Modellen zu Zwangsstörungen nehmen dysfunktionale Grundannahmen auch in der KVT einen großen Stellenwert ein, hierbei kreisen die automatischen Gedanken oftmals um mögliche Katastrophen und Gefahren, deren Eintrittswahrscheinlichkeiten stark überinterpretiert werden (zu Beispielen solcher Gedanken siehe etwa Grabe & Ettelt, 2006, S. 313), diese Grundannahmen sollten sich im SASB-Modell ebenfalls in **Clustern hoher Kontrollausprägungen** zeigen, da eine „freie Spontaneität“, wie sie im Cluster 3-1 verortet wäre, bei den beschriebenen Gedankenprozessen kaum möglich erscheint.

Benjamin (1994, S. 303, siehe auch Abbildung 3.2) konnte zeigen, dass im **Introjekt depressiver Patienten die höchsten Werte in Cluster 3-6 erzielt wurden** und ein **Minimum in Cluster 3-3** vorlag. Das Introjekt ist hier also stärker über die Affiliationsachse charakterisiert als über die Interdependenzdimension, im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch eine etwas **andere Introjektmanifestation** abgeleitet, die eher Interdependenzaspekte akzentuiert. Dies ist jedoch kein Widerspruch zu den Ergebnissen von Benjamin (1994, 2001) da diese an erwachsenen Patienten erhoben wurden, die „stabile“ Persönlichkeitsstörungen aufwiesen und einzelne Störungsmuster nicht zu übergeordneten Störungsdimensionen zusammengefasst wurden.

In der Zusammenschau der vorstehenden Ausführungen zeichnet sich daher für den Bereich der internalisierenden Störungen ein **theoretisches Introjekt** dergestalt ab, dass Kinder und Jugendliche primär selbstbeherrschend und (über-) kontrollierend sich selbst gegenüber agieren, der **Schwerpunkt des Verhaltens** sollte demnach auf Cluster 3-5 liegen. Weiterhin ist eine Differenzierung auf der Affiliationsebene dahingehend möglich, als dass dieses selbstkontrollierte Verhalten eher positiv eingefärbt sein kann (Cluster 3-4) oder bereits stärker selbstabwertende Aspekte beinhaltet (Cluster 3-6) und damit eher in Richtung der von Benjamin (1994, 2001) beschriebenen Ausprägungen depressiver Persönlichkeitsstörungen tendiert.

Auch das beschriebene **Elternverhalten** deckt sich mit den hier dargestellten Ableitungen. Nicht komplementär beantwortetes Säuglingsverhalten des Clusters 1-3 kann sich demzufolge nicht in ein selbstwertschätzendes Introjekt (Cluster 3-3) wandeln, sehr kontrollierendes und abweisendes Verhalten der Bezugspersonen (Cluster 1-5 und 1-6) findet seinen Niederschlag gemäß der Modellkonzeption in den komplementären Introjekt-Clustern 3-5 sowie 3-6. Abbildung 7.1 zeigt dieses theoretische Introjekt, angelehnt an die Clusterdarstellung des SASB-Modells.

Die Abbildung wurde hierbei selbst in Form eines **einfachen Netzdiagramms** erstellt, in welches die jeweiligen Clustermittelwerte eingetragen und dargestellt werden können. Dies demonstriert die Anwendungsmöglichkeiten der erfassten Daten, um sie im Patientenkontakt gemeinsam zu besprechen. Diese Darstellungsmöglichkeit wird im weiteren Verlauf durchgängig beibehalten und für Ausführungen genutzt.

Abbildung 7.2 zeigt ebenfalls die Werte des dargestellten Introjekts, hierbei allerdings als **Kurvenform** dargestellt und damit angelehnt an die Darstellungen Benjamins (1994). Die entsprechenden Clusterwerte wurden aus der Übersicht der theoretischen Pattern entnommen (Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 162, siehe auch Anhang 3.3), hierbei wurden die Werte des **CON Pattern 6** ausgewählt, da die Verhaltensbeschreibung für den intrapsychischen Fokus („Selbstbeschränkung / transitive Selbstkontrolle“) gute Übereinstimmung mit den zuvor genannten, theoretischen Ableitungen aufweist. Das Introjekt liegt in der Gesamtbetrachtung damit **zwischen den globalen Verhaltensbereichen der AG und DAG**. Auch dies deckt sich mit den beschriebenen Charakteristika psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter, da ein stabiles, überdauerndes Verhalten in der DAG, wie es bei Persönlichkeitsstörungen zu erwarten wäre, noch nicht vorliegt und durch die Verortung zwischen AG und DAG auch dem **dynamischen Entwicklungsaspekt** in diesem Alter Rechnung getragen wird.

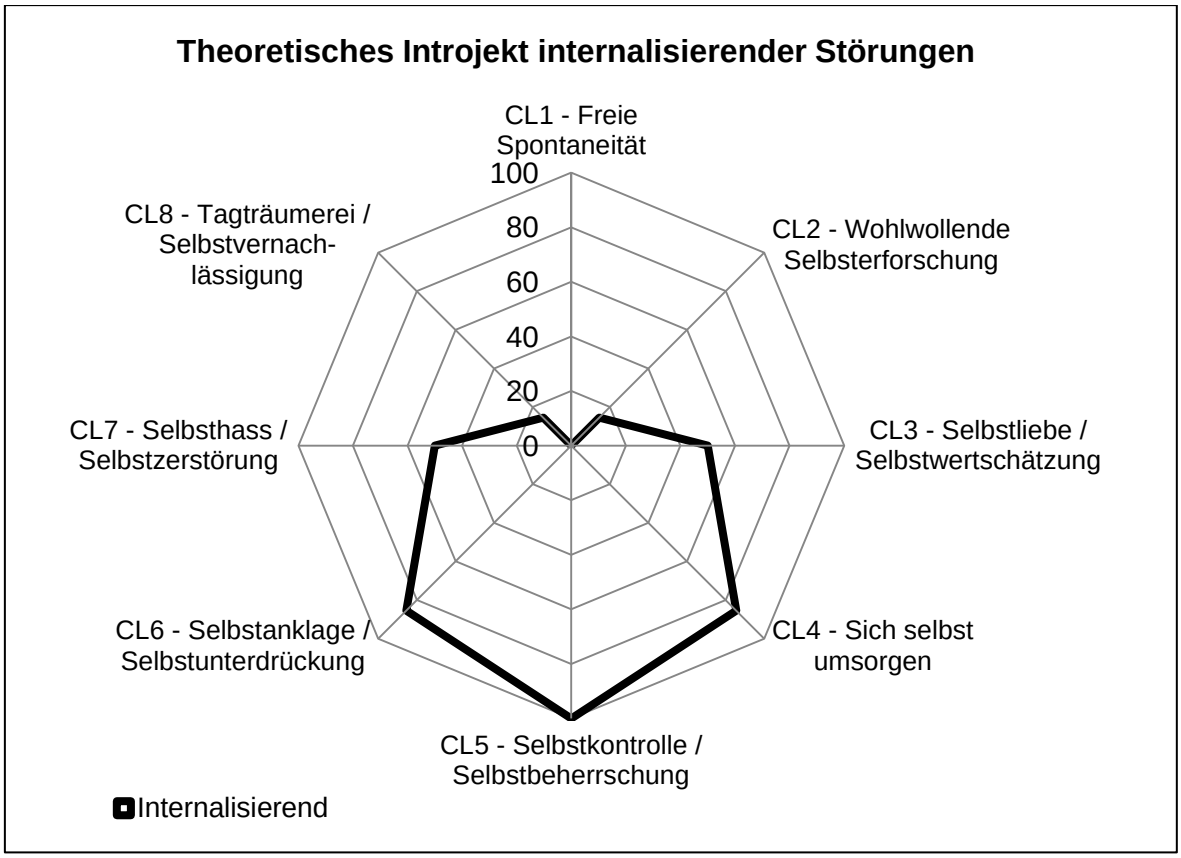


Abbildung 7.1: Theoretisches Introjekt internalisierender Störungen, Modelldarstellung.

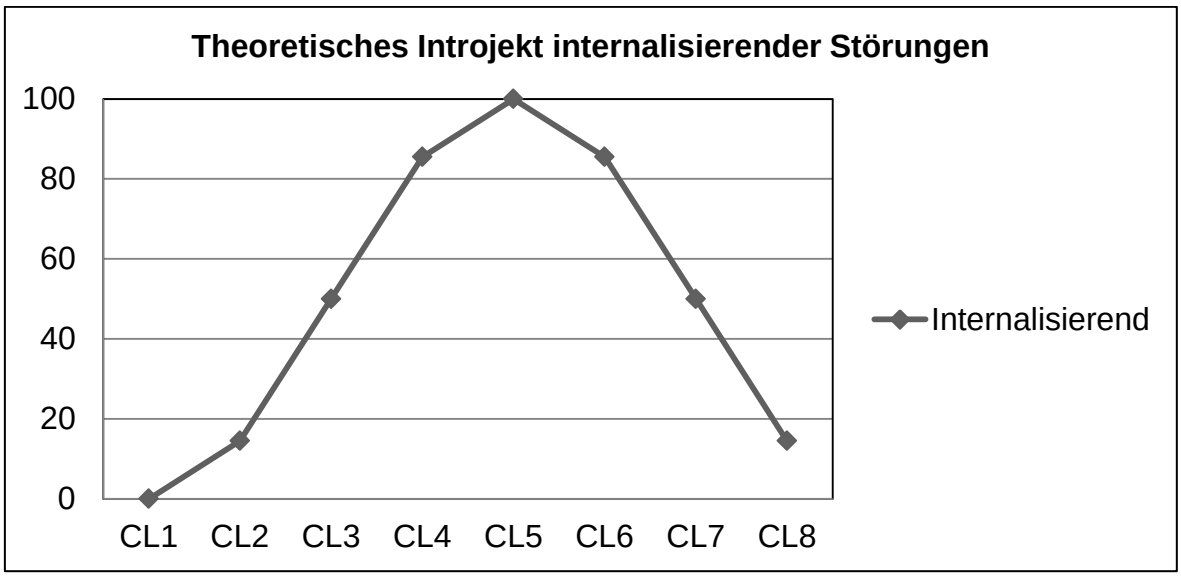


Abbildung 7.2: Theoretisches Introjekt internalisierender Störungen, Kurvendarstellung.

7.2 Externalisierende Störungen

Externalisierende Störungen als Verhaltensstörungen zeigen sich insbesondere in **interpersonellen Situationen**, sie sollten daher primär in den Fokusebenen des **transitiven und intransitiven Verhaltens** abbildbar sein. Symptome dieser Störungsgruppe umfassen **oppositionelles, unruhiges, impulsives sowie aggressives Verhalten** gegenüber anderen Personen oder Tieren, sowie schwere Regelverstöße wie Betrug, Diebstahl oder Zerstörung von Eigentum (Petermann et al., 2010, S. 22). Solch aggressive Verhaltensweisen lassen sich über die **Cluster 1-6 und 1-7** beschreiben. Die transitive Ausprägung des Symptomverhaltens zeigt sich auch in der Definition dieser Störungsgruppe: „Verhaltensstörungen bezeichnen eine Gruppe von unterkontrolliertem Verhalten, das sich expansiv, d.h. gegen andere gerichtet, äußert“ (Petermann, 2003, S. 22). Aspekte **rein hyperkinetischer Störungen** sind insbesondere auch Schwierigkeiten, bei einer Sache zu bleiben und vorschnelle Lösungen zu suchen, ohne Sachverhalte bis zum Ende durchgedacht zu haben (Schlottke et al., 2009, S. 412). Dies wäre am ehesten über die Cluster 1-8 und vorrangig 1-1 zu codieren. Für die Beschreibung mittels Cluster 1-1 würde weiterhin sprechen, dass dieses Verhalten oftmals **nicht in böswilliger Absicht** erfolgt, sondern „einfach“ über die „Toleranzgrenzen der Erziehenden“ (Fink, 2004, S. 115) hinweg geht. Im Cluster 1-1 wird kongruent hierzu primär auf die Interdependenzdimension fokussiert, bei keiner bis nur minimaler Ausprägung auf der Affiliationsdimension, Verhalten ist hierbei also weder als „freundlich“ noch als „feindlich“ klassifiziert.

Für eine **vorrangige Betrachtung der Manifestation externalisierender Störungen im interpersonellen Kontext** sprechen auch die zahlreichen Berichte über maladaptive Eltern-Kind-Interaktionen. So wird ein **koersiver Erziehungsstil** als wichtiger Risikofaktor benannt (Baving, 2006, S. 23), der dadurch provoziert werden kann, dass Eltern nicht empfänglich für die Aufmerksamkeitssuche ihrer Kinder sind und diese dann eskalierendes Verhalten zeigen, bis sie schließlich Reaktionen ihrer Eltern erfahren, welche dann jedoch in negativen Konsequenzen und Interaktionen münden (Shaw, Keenan & Vondra, 1994, S. 362). Weiterhin identifizieren sich Eltern häufig nur sehr gering mit ihren hyperkinetischen Kindern (Bürgin & Steck, 2007, S. 317), interagieren stärker abwertend und weniger lobend-belohnend ihrem Kind gegenüber (Gomez & Sanson, 1994, S. 486) und gehen eher stereotyp auf dysphorische Gemütslagen ihrer Kinder ein (Laucht et al., 2000, S. 290). Desorganisierte Bindungsmuster sowie frühe Interaktionsstörungen scheinen ebenfalls eher zu externalisierenden Störungen zu führen (Colonnesi et al., 2011, S. 632; Sant'Unione & Wildermuth, 2007, S. 79), ein emotional kaltes Familienklima stellt einen weiteren Risikofaktor dar (Lösel & Runkel, 2009, S. 462).

Döpfner (2009a) fasst die Charakteristika wie folgt zusammen: „Hauptursache für die Entwicklung oppositioneller und aggressiver Verhaltensweisen in der frühen Kindheit sind inkonsistente Erziehung und mangelnde Kontrolle, verbunden mit verminderter Aufmerksamkeit für prosoziale Verhaltensansätze der Kinder“ (S. 438).

Die benannte generell **kühle, nicht zuwendend-wertschätzende und nicht kontrollierende Familienatmosphäre** ließe sich im Cluster 1-8 codieren, stärker herabsetzende und entwertende Aktionen der Eltern würden sich in Cluster 1-7 abzeichnen, generell also der DAG zuzuordnen sein. Dieses Elternverhalten wäre damit ähnlich dem im letzten Absatz beschriebenen Verhalten der Kinder und hätte komplementäre Reaktionen der Kinder in den Clustern 2-7 sowie 2-8 zur Folge. Sie würden dementsprechend unter anderem mit Abschottung, Wut und Protest reagieren sowie „alleine auf sich bezogen sein“ (Punkt 226 im Full-Modell) und „trotzig das Gegenteil machen“ (Punkt 227 im Full-Modell). Diese Verhaltensableitung am SASB-Modell deckt sich mit den Schilderungen Döpfners (2009a, S. 431) zu den Merkmalen oppositionellen Trotzverhaltens, in denen vergleichbare intransitive Verhaltensweisen benannt werden.

Neben den dargestellten theoretischen Repräsentationen im transitiven und intransitiven Fokus auf Eltern und Kindesebene ist jedoch **auch die Berücksichtigung des Selbstbildes** von nicht zu vernachlässigender Bedeutung, unabhängig davon, dass in dieser Arbeit nur dieser Fokus erfasst wird. So wird sehr aktuell darauf hingewiesen, dass auch Modelle nötig sind, „die auf die *intrapsychischen (kognitiven und emotionalen) Komponenten* von aggressiven Störungen hinweisen“ (Görtz-Dorten & Döpfner, 2017, S. 106, Hervorhebung im Original), auch Hampel und Desman (2006, S. 440) sprechen sich dafür aus, emotionale Aspekte bei Patienten mit hyperkinetischen Störungen in der Forschung stärker zu berücksichtigen.

Wie sähe ein solches Introjekt für externalisierende Störungen folglich aus? Bei einer komplementären Abbildung im Selbstsystem hätten die beschriebenen erlebten Elternaktionen ein Introjekt der Cluster 3-7 sowie 3-8 zur Folge, bei einer Übertragung des eigenen transitiven Verhaltens müsste zusätzlich noch Cluster 3-1 berücksichtigt werden. Für die theoretische Konstruktion des Introjekts wird jedoch ein **anderer Ansatz mit differenziertem Schwerpunktverhalten** postuliert. Für Kinder und Jugendliche mit einer externalisierenden Störung wird ein **positives, selbstberichtetes Introjekt der AG angenommen**. Denn Patienten dieser Störungsgruppe erscheinen häufig fremdbestimmt in Kliniken oder ambulanten Praxen, Behandlungs- und Änderungsmotivation liegt zumeist nicht vor, obwohl sie durchaus Leidensdruck aufweisen (Döpfner, 2009a, S. 444).

Ein positives Introjekt erscheint in diesem Zusammenhang als „Schutz für das fragile Selbstgefühl“ (Branik, 2006, S. 43).

Hierbei gibt es **Anknüpfungspunkte zu tiefenpsychologischen Modellen**, in denen aggressive Verhaltensweisen als mögliche Schutzstrategien in einem negativen, schädigenden Lebensumfeld betrachtet werden, in dem das Selbstsystem des Kindes sehr verletzbar ist (Fonagy, Moran & Target, 1998, S. 129ff). Einen weiteren psychoanalytischen Ansatz, der sich ebenfalls mit dem hier angenommenen positiven Introjekt deckt, beschreibt Rauchfleisch (1980), hiernach liegt ein Konflikt zwischen Selbstidentität und Gewissensinstanz vor, der „charakteristischerweise nicht intrapsychisch ausgetragen wird, sondern sich in dissozialem Verhalten artikuliert“ (Rauchfleisch, 1980, S. 273). Diese Annahmen lassen sich jedoch auch aus **verhaltenstherapeutischer Sicht** bekräftigen, so berichten Schlottke et al. (2009, S. 414) zwar von einem **eher negativen Selbstbild**, welches jedoch durch das **expansive Verhalten verdeckt** wird. Ebenso berichten Lösel und Runkel (2009, S. 464) von zum Teil unrealistisch erhöhten, zugleich aber fragilen, Selbstbildern und der subjektiven Einordnung des eigenen Verhaltens als angemessen.

Da die Fragebögen von den meisten Patienten früh im therapeutischen Kontakt beantwortet wurden, kann hier die **Schutzfunktion und die Überdeckung eines verletzlichen Selbstbildes durch aggressives Verhalten** im Sinne einer Beantwortung auf Basis eines positiven Introjekts interpretiert werden. In diesem Zusammenhang bleibt abzuwarten, ob im Rahmen der Prozesserhebung im teilstationären Setting eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, die in den Folgeerhebungen zu einer „ehrlicheren“ Beantwortung und damit zu einem tendenziell negativeren Introjekt bei einem der späteren Erhebungszeitpunkte führen kann. Diese „Verschlechterung“ wäre dementsprechend als **Resultat einer vertrauensvollen Beziehung und stärkeren Selbstreflexion** zu interpretieren.

Benjamin (2001, S. 553) selbst benennt in der interpersonellen Beschreibung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung ebenfalls frühe Erfahrungen von Vernachlässigung und unangemessener Betreuung durch die Eltern der Patienten, in der Folge führt dies bei erwachsenen Personen mit „stabiler“ Persönlichkeitsstörung zu dem Wunsch, andere zu kontrollieren, selbst hingegen sehr autonom zu bleiben. Im Introjekt dieser Gruppe liegt zudem eine komplexe Verbindung von Cluster 3-4 und 3-8 vor (Benjamin, 2001, S. 540), im konzipierten theoretischen Introjekt wird diesem Ansatz dahingehend gefolgt, als dass ebenfalls eine hohe Ausprägung im Cluster 3-4, entsprechend der generellen Einordnung in die AG, angenommen wird. Cluster 3-8 wird hingegen als nicht stark ausgeprägt definiert, ergänzend zu der bereits dargestellten Annahme des positiven Introjekts als

Schutz eines an sich fragilen Selbstbildes kann zusätzlich aufgeführt werden, dass solch komplexe Verbindungen auch valide Selbstreflexionsprozesse erfordern, die für erwachsene Personen möglicherweise leistbar sind, für Kinder und Jugendliche jedoch noch nicht, insbesondere bei Beginn einer Therapie und dem Start auf dem Weg hin zu einem therapeutisch unterstützten Selbstreflexionsprozess.

Zusammenfassend zeigt sich demzufolge ein **Introjekt der AG**, dessen **stärkste Ausprägung im Cluster 3-3** zu finden ist, also eher über die Affiliationsdimension definiert ist. Abbildung 7.3 zeigt das theoretische Introjekt im Clustermodell, Abbildung 7.4 analog zur Darstellung des internalisierenden Introjekts die Kurvenansicht. Die Werte wurden erneut aus der Tabelle der theoretischen Pattern entnommen, hierbei wurden die Werte des **Pattern 1** gewählt, auch hier deckt sich die Beschreibung des Pattern im intrapsychischen Fokus („Freundliche Handlung gegen sich selbst / Selbstliebe“) mit den zuvor genannten Ausführungen. Innerhalb der SASB Nomenklatur entspricht der Schwerpunktcluster 3-3 zudem der **Antithese zum möglichen erlebten Elternverhalten** im Cluster 1-7. Die angenommene Selbstliebe im berichteten Introjekt kann dementsprechend auch als mögliche **Copingstrategie** für erlebtes, abwertendes Verhalten der Eltern betrachtet werden, bricht dieses fragile Selbstbild jedoch auf, wird dies zunächst mit aggressivem Verhalten beantwortet und überspielt (ähnlich auch Lösel & Runkel, 2009, S. 464). Solch aggressives Verhalten wäre dann nicht mehr antithetisch zum Elternverhalten, sondern durch das **Prinzip der Ähnlichkeit** definiert, da es auf Seiten der Kinder ebenfalls im Cluster 1-7 codiert wird.

Im theoretischen Introjekt sind die Cluster 3-2 sowie 3-4 gleich stark, dabei aber knapp schwächer als Cluster 3-3 ausgeprägt. Damit wird, wie im Introjekt internalisierender Störungen bereits formuliert, dem **dynamischen Entwicklungsaspekt der Persönlichkeit** im Kindes- und Jugendalter Rechnung getragen, da sich das selbstliebende Verhalten sowohl in Richtung Autonomie, als auch in Richtung Kontrolle ausprägen kann.

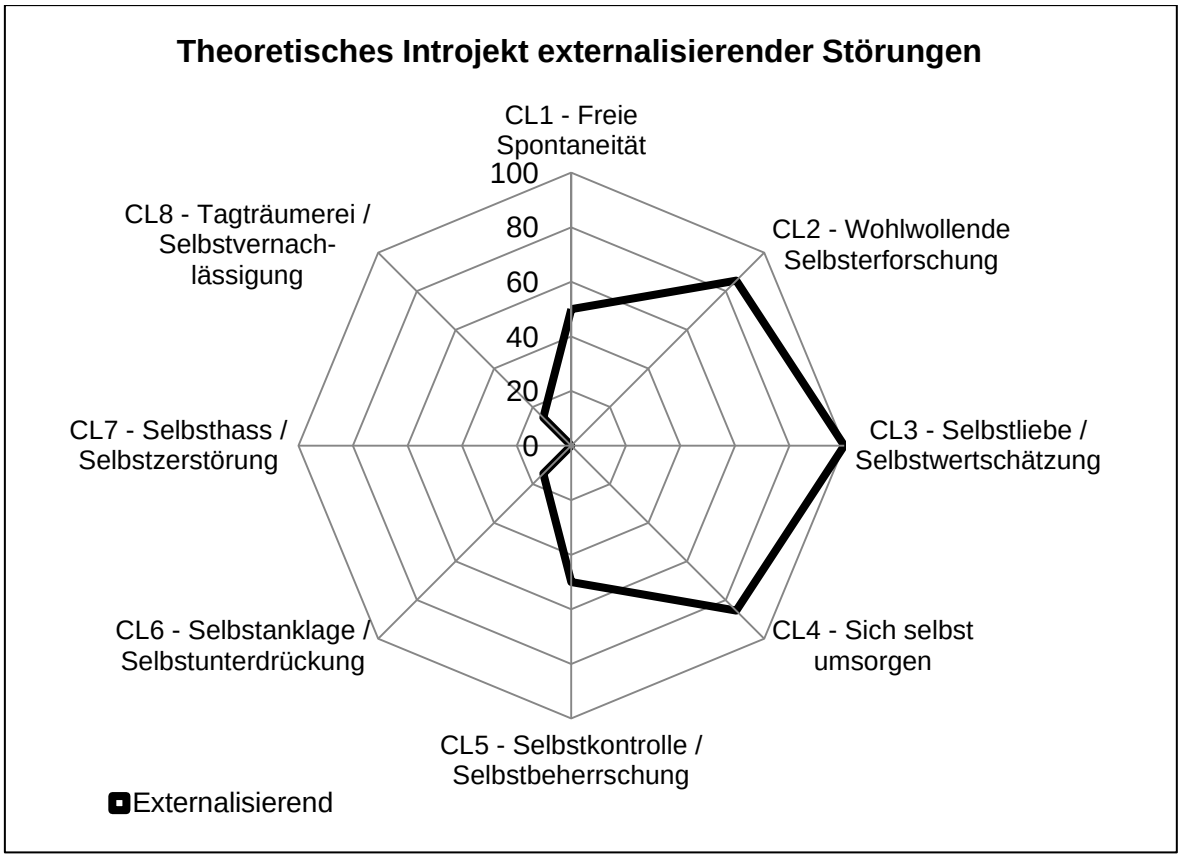


Abbildung 7.3: Theoretisches Introjekt externalisierender Störungen, Modelldarstellung.

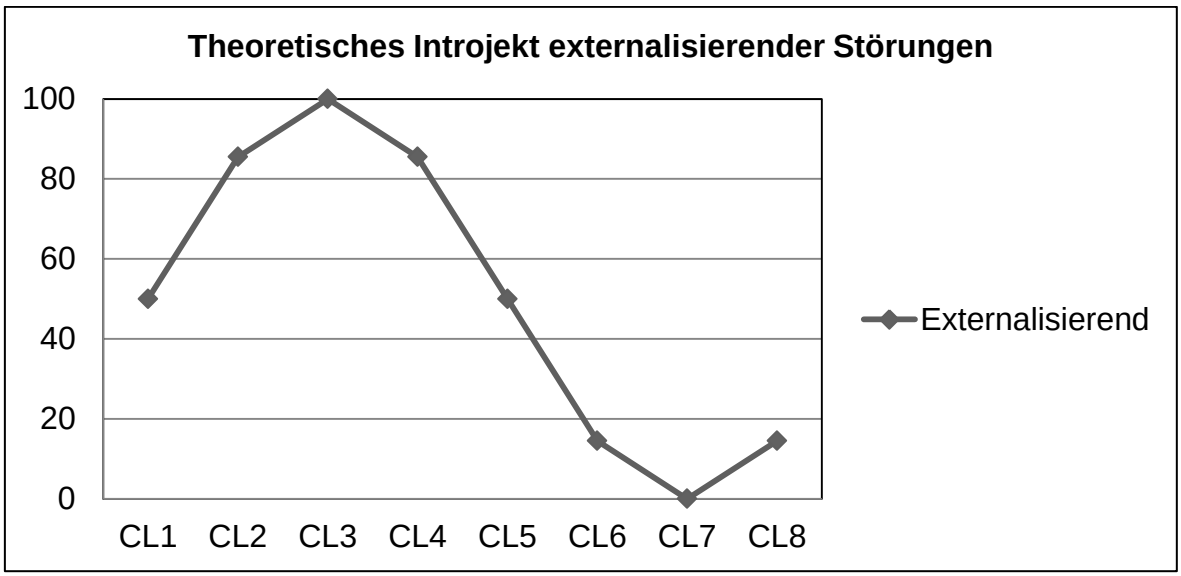


Abbildung 7.4: Theoretisches Introjekt externalisierender Störungen, Kurvendarstellung.

Kapitelfazit

Aus den in Kapitel 5 dargestellten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wurden theoretische, prototypische Introjekte für den Bereich der internalisierenden sowie externalisierenden Störungen abgeleitet.

Für den Bereich der internalisierenden Störungen ergibt sich auf Grundlage der Literatur die Erwartung eines primär selbstkontrollierten Introjekts mit stärkster Ausprägung auf der Interdependenzachse.

Bei den externalisierenden Störungen wird hingegen ein positiv eingefärbtes Introjekt mit Schwerpunkt auf den selbstliebenden Bereich der Affiliationsdimension erwartet. Dieses positive Introjekt ist jedoch vor dem Hintergrund einer angenommenen Schutzfunktion eines eigentlich fragilen Selbstbildes zu betrachten.

8 Hypothesen

Die bereits in der Einleitung formulierten zwei handlungsleitenden Hauptfragestellungen werden an dieser Stelle **konkret operationalisiert**, um sie anschließend überprüfen zu können. Die Hauptfragestellungen werden hierbei aufgrund des explorativen Charakters der Arbeit in Form von **ungerichteten Hypothesen** (Bortz & Döring, 2006, S. 493) formuliert. Weiterhin werden nur die **Alternativhypothesen** formuliert, die jeweiligen Nullhypothesen ergeben sich entsprechend aus der Ablehnung der Alternativhypothesen.

Hauptfragestellung 1

> Lassen sich mit Hilfe des Introjekt-Fragebogens Kinder und Jugendliche mit internalisierenden und externalisierenden psychischen Störungen voneinander unterscheiden?

H1: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen unterscheiden sich hinsichtlich der Introjekt-Clustermittelwerte von Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen.

H1.1: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen zeigen ein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

H1.2: Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen zeigen ein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

Hauptfragestellung 2

> Verändert sich das Introjekt von Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung?

H2: Kinder und Jugendliche zeigen unterschiedliche Introjekt-Clustermittelwerte zu den drei Erhebungszeitpunkten im Verlauf der tagesklinischen Behandlung.

9 Darstellung des Studiendesigns

In diesem Kapitel soll zunächst die Konstruktion des angepassten Introjekt-Fragebogens sowie die Konzeption der Untersuchung dargestellt werden. Weiterhin erfolgen eine Beschreibung der Datensets und eine Übersicht der erfassten Patienten in den beiden Erhebungsorten.

9.1 Fragebogenkonstruktion

Der verwendete Fragebogen ist eine **Adaption der deutschen Version der Langform des SASB Intrex Introjekt Fragebogens** (Tscheulin & Glossner, 2002). Dieser Fragebogen besteht aus **36 Items**, mit dem jeder Punkt im Full-Modell (siehe Abbildung 2.4) mit einer Frage erfasst wird. Ferner liegt eine Kurz- sowie eine Mediumform (Davies-Osterkamp et al., 2002) vor, hierbei wird jeder Cluster durch eine, beziehungsweise zwei Fragen erfasst, sodass diese Fragebogenformen lediglich acht respektive 16 Items enthalten. Durch diese Reduktion entfallen jedoch immer auch Informationen, daher wird die Nutzung der Langform empfohlen: „It is strongly recommended that users choose the Medium, if not the Long Form“ (Benjamin, 2000, S. 10).

Für die Erfassung der **transitiven und intransitiven Fokusebenen** wird jeweils erfragt, wie sich der Befragte aktiv/reaktiv gegenüber der erfassten Bezugsperson verhält und wie diese sich gleichsam aktiv/reaktiv gegenüber dem Befragten verhält. Somit enthalten diese Fragebögen in der **Langform 4*36 = 144 Items** und sind deutlich umfangreicher in ihrer Beantwortung, die Items liegen geschlechtsspezifisch sowie angepasst an die Erfassung gegenwärtiger oder vergangener Beziehungskonstellationen vor (Tscheulin & Glossner, 2002, S. 133). Die Beantwortung kann am Computer oder als Papier-Bleistift Verfahren erfolgen, jedes Item wird hierbei mittels 11-stufiger Likert Skala (Wertbereich 0-100 mit 10-Punkt-Intervallen) hinsichtlich der Ablehnung/Zustimmung zur jeweiligen Aussage gescort (Benjamin, 1984, S. 137). In dieser Orginalversion sind jedoch sowohl die Formulierungen, als auch die Darbietungsweise der **Items an erwachsene Probanden ausgerichtet** sowie validiert und können ob ihrer Komplexität nicht ohne weiteres für die Befragung von Kindern und Jugendlichen herangezogen werden, denn es „sollte gerade bei Tests, die für das Kindesalter konzipiert sind, darauf geachtet werden, die Instruktionen möglichst eindeutig und sehr kurz zu gestalten, da ansonsten Verwirrung bei den Kindern entstehen kann“ (Esser & Wyschkon, 2007, S. 211), dies gilt umso mehr auch für die Fragen an sich.

Die 36 Items des deutschen Introjekt Fragebogens wurden in einem ersten Schritt verkürzt und auf **Basis der Regeln für Frageformulierungen** nach Schnell, Hill und Esser (2005, S. 334f) sowie Fisseni (1997, S. 301) **neu verfasst**, so wurde insbesondere darauf geachtet, einfache Worte zu verwenden, keine doppelten Negationen zu nutzen und die Patienten nicht zu überfordern. Die **erste Adaption** wurde einer **Expertengruppe**, bestehend aus zwei fachinternen Professoren sowie einer Oberärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, vorgelegt, um eine **qualitative Beurteilung** der niveauangepassten Items zu erhalten.

Anschließend wurden die neuen Items 12 Jugendlichen (Range Alter 12 bis 16 Jahre, *M* = 14.70, *SD* = 1.29) vorgelegt, diese sollten die **Items den theoretischen acht Clustern des Modells zuordnen**. Aufgrund der Zirkumplexstruktur des Modells wurde auch eine Zuordnung mit einer Abweichung von +/- einem Cluster bei jedem Item als zufriedenstellend bewertet. Anschließend wurde die Antwort je Item in folgende Zahlenwerte überführt:

1 ≙ Richtige Zuordnung
2 ≙ Ausreichende Zuordnung (Abweichung +/- 1 Cluster)
3 ≙ Falsche Zuordnung (Abweichung ≥ 2 Cluster)

Zur weiteren Analyse der Daten wurde der Mittelwert der Zuordnungen bestimmt. Durch die Zahlenzuordnung ergibt sich ein Mittelwert von Zwei($\frac{1+2+3}{3} = 2$), welcher die definierte ausreichende Abweichung von +/- einem Cluster beschreibt, sodass ein entsprechender Cut-Off Wert von *M* = 2 gesetzt wurde. Abbildung 9.1 zeigt die aufbereiteten Mittelwerte der Item-Cluster-Zuordnung.

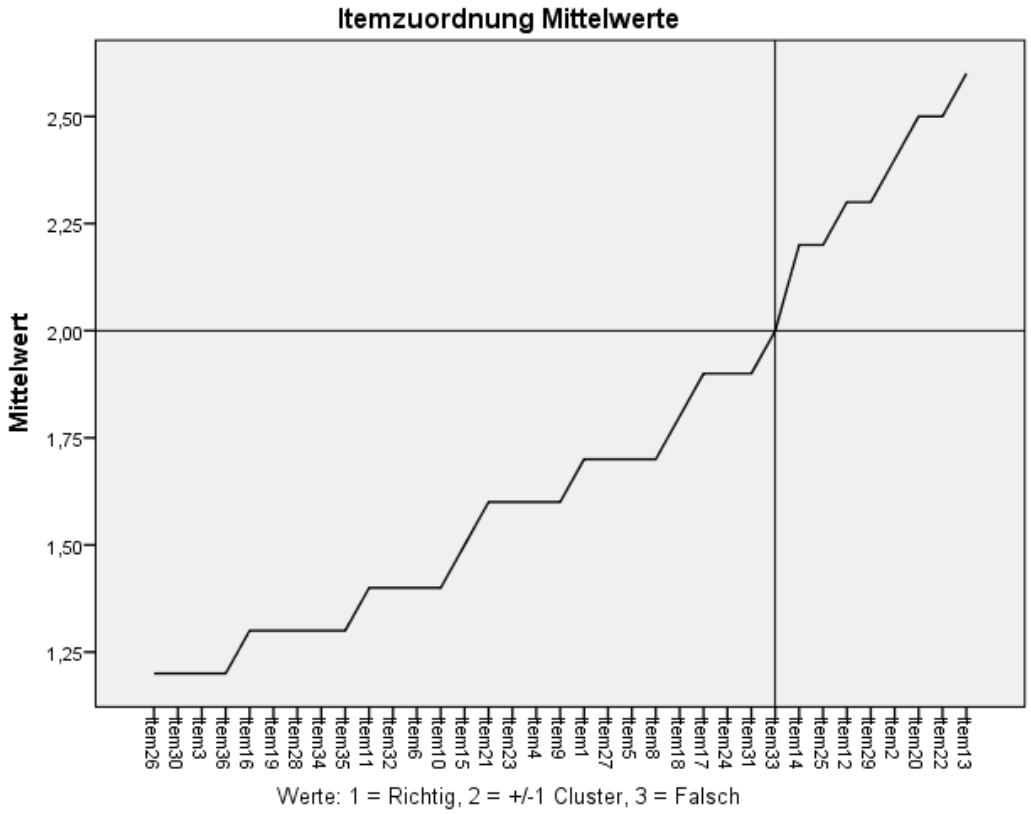


Abbildung 9.1: Mittelwerte der Item-Cluster-Zuordnung, aufsteigende Werte.

Diejenigen Items, die im Mittelwert über dem Cut-Off Wert lagen, wurden erneut betrachtet und revidiert.

Die Items, die für die Item-Cluster-Zuordnung genutzt wurden, wurden weiterhin als Fragebogen am 22.04.2016 im Rahmen eines **Pretests** in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie „Am kleinen See“ in Eutin (Fachklinik der Vorwerker Diakonie gemeinnützige GmbH, Lübeck) durch acht Patienten (Range Alter 8 bis 15 Jahre, *M* = 10.38, *SD* = 2.07) beantwortet. Die Erhebung erfolgte während des in der Tagesklinik durchgeführten Schulunterrichts nacheinander in zwei Klassenräumen. In der ersten Klasse wurde der Fragebogen mit den Kindern absatzweise durchgesprochen, ebenso wurde jede Aussage einzeln vorgelesen und erst danach beantwortet. In der zweiten Klasse beantworteten die Kinder nach einer kurzen Einführung den Fragebogen ohne gemeinsames Vorlesen für sich alleine. Allen Kindern wurde die Möglichkeit gegeben, jederzeit Unklarheiten oder Verbesserungsvorschläge anzusprechen.

Die Fragebogendaten wurden zunächst in das Programm MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) übertragen, anschließend als dBASE Datei exportiert, in eine Excel Datei umgewandelt und zur weiteren Bearbeitung in SPSS (Programmversion 22) überführt. Hier fand eine **Reliabilitätsanalyse** mittels Berechnung der **Internen Konsistenz via Cronbachs Alpha** statt. Da bei mehrdimensionalen Fragebögen die Reliabilität durch diese Art der Berechnung unterschätzt wird (Bortz & Döring, 2006, S. 198), wurden die Alphawerte separat für jeden der acht Cluster bestimmt. Über die zusätzliche Ausgabe der **Item-Skala-Statistiken** konnten auffällige Items ermittelt werden, auch diese Items wurden erneut betrachtet und revidiert. Item eins wurde hierbei im finalen Fragebogen invers formuliert und bei der Übertragung in die Auswertesoftware wiederum invertiert.

Zur Nutzung und Adaption der Fragebögen wurde ein **Translation Agreement** sowie ein „User's Licensing and Royalty Agreement" mit der **University of Utah** geschlossen.

Um einen konkreten Eindruck zu bekommen, wie das Konstrukt „Introjekt" im SASB-Modell durch den adaptierten Fragebogen erfasst wird, zeigt Tabelle 9.1 eine Übersicht der einzelnen Clusterbeschreibungen mit jeweils einem Beispielitem.

Tabelle 9.1: Beispielitems zur Erfassung einzelner Cluster im SASB-Modell.

Clusterbeschreibung	Beispielitem im adaptierten Fragebogen
CL1 - Freie Spontaneität	Ich lebe im Augenblick vor mich hin, ohne Pläne oder Ziele für die Zukunft.
CL2 - Wohlwollende Selbsterforschung	Ich mag mich so, wie ich bin. Ich fühle mich gut und stark.
CL3 - Selbstliebe / Selbstwertschätzung	Ich mag mich selbst und behandle mich selbst gut und vorsichtig.
CL4 - Sich selbst umsorgen	Ich will herausfinden, was mir gut tut und was ich tun muss, damit es mir gut geht.
CL5 - Selbstkontrolle / Selbstbeherrschung	Ich kontrolliere mich selbst sehr stark.
CL6 - Selbstanklage / Selbstunterdrückung	Ich denke immer, dass ich alles falsch mache und dass andere es besser können.
CL7 - Selbsthass / Selbstzerstörung	Ich quäle und zerstöre mich selbst.
CL8 - Tagträumerei / Selbstvernachlässigung	Ich bin leichtsinnig und unvorsichtig. Dadurch komme ich in gefährliche Situationen.

9.2 Örtlicher und zeitlicher Ablaufplan

Zur besseren Veranschaulichung der Ablaufprozesse zur Fragebogenerstellung, wie sie im vorherigen Kapitel beschrieben wurden, sowie zur Übersicht über die Erhebungszeiträume in Eutin und Hamburg zeigt Abbildung 9.2 einen entsprechenden **Ablaufplan**.

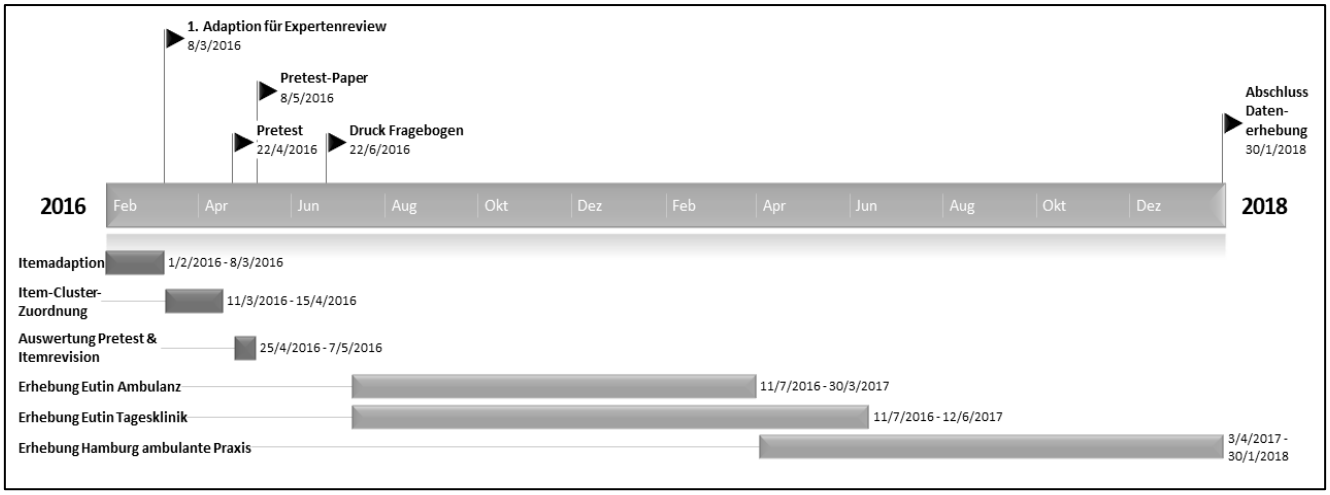


Abbildung 9.2: Zeitlicher und örtlicher Ablaufplan Fragebogenkonstruktion und Datenerhebung

Über der Zeitachse sind die einzelnen **Meilensteine** aufgezeigt, die bereits beschriebene Fragebogenkonstruktion wurde zusätzlich unter Nutzbarmachung von Synergieeffekten aus dem Bereich des **Qualitätsmanagements** konzipiert, da sich hierbei an dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act, siehe etwa Rothlauf, 2014, S. 505f) orientiert wurde:

- **Plan** Nutzbarmachung des Introjekt-Fragebogens für die Anwendung mit Kindern und Jugendlichen
- **Do** Adaption der Items unter Beibehaltung der Bedeutung gem. Konstrukt
- **Check** Überprüfung der angepassten Items durch Expertenreview, Item-Cluster-Zuordnung und Pretest
- **Act** Itemrevision auf Grundlage der Ergebnisse

Die eigentlichen Erhebungszeiträume finden sich am unteren Ende der Abbildung 9.2, hierbei wurde der Großteil der Daten in der **Eutiner Tagesklinik** mit angeschlossener Institutsambulanz erhoben. In der **Institutsambulanz** fand eine **einmalige Erhebung** des Introjekts zur Überprüfung der **ersten Hauptfragestellung** statt, für die **zweite Hauptfragestellung** wurden die Patienten der **Tagesklinik** befragt. Die Klinik bietet zehn Behandlungsplätze und liegt damit im Durchschnitt der tagesklinischen Behandlungslandschaft (siehe etwa Thieme, 2008, S. 5f). Die reguläre Verweildauer in der Klinik liegt bei drei Monaten, die Erhebung des Introjekts hinsichtlich der Prozessevaluation fand zu **drei Zeitpunkten** statt:

t_1: Innerhalb der ersten zwei Wochen nach Aufnahme

t_2: Zur Mitte des Behandlungszeitraums, in der Regel nach sechs bis acht Wochen

t_3: Innerhalb der letzten zwei Wochen vor Entlassung

Für jede Erhebungsphase wurde jeweils ein Zeitfenster von zwei Wochen eingeplant, um geplanten tagesklinischen Vorhaben Rechnung zu tragen, da die Erhebung ohne Beeinträchtigung anderer Maßnahmen stattfinden sollte. Ab April 2017 fand eine **weitere Erhebung** in einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche, Dr. Bleiker-Buth, in **Hamburg** statt, hierbei analog zur Eutiner Institutsambulanz als **einmalige Erhebung** zur Beantwortung der ersten Hauptfragestellung. Der Überlappungszeitraum von Tagesklink Eutin und Hamburg erklärt sich dadurch, als dass begonnene Prozesserhebungen noch abgeschlossenen werden sollten, die erforderlichen Fragebögen wurden hierbei durch Mitarbeiter der Klinik ausgegeben und bis zur Übertragung in das Auswertungsprogramm gesammelt.

In beiden ambulanten Settings wurden die Fragebögen zusammen mit anderen Breitband- und/oder störungsspezifischen Fragebögen im Rahmen der Erstvorstellung beziehungsweise Probatorik ausgegeben, die Beantwortung der Fragebögen im tagesklinischen Setting fand in den freien Zeiten der Patienten auf freiwilliger Basis statt. Die Ergebnisse der Fragebögen wurden hierbei nicht in die therapeutische Arbeit mit einbezogen, sondern liefen als **separate Erhebung parallel zur Behandlung**. Zur Wahrung des **Datenschutzes** und der Vertraulichkeit der Patientendaten (siehe etwa Forster, 2009, S. 980) verblieben alle beantworteten Fragebögen in der jeweiligen Patientenakte, in die Auswertesoftware wurden keine Klarnamen, sondern nur **Patientencode, Geschlecht und Alter** eingegeben. Die **Patientencodes** sind wie folgt aufgeschlüsselt:

- *Erhebungsort_Laufende Nummer_Stamp,* hierbei:
  - Erhebungsort:
    - EU ≙ Eutin
    - HH ≙ Hamburg
  - Laufende Nummer:
    - 001 fortfolgend
  - Stamp:
    - X ≙ Einmalige Erhebung Institutsambulanz / Praxis
    - 1/2/3 ≙ Erhebungszeitpunkt im tagesklinischen Setting

Einige Patienten wurden sowohl in der Institutsambulanz, als auch im späteren Verlauf in der Tagesklinik befragt, diese wurden unter **derselben laufenden Nummer**, mit entsprechend **anderem Stamp**, erfasst, um keine doppelten Patienten zu generieren.

9.3 Erhebungsinstrument MakeMapsWin

Die Software MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) wird nicht mehr vertrieben, jedoch konnte nach Recherche eine noch freie, lizenzierte Programmversion über Prof. Dr. Dr. Serge Sulz erworben werden. Da die Software auf aktuellen 64-Bit Betriebssystemen nicht lauffähig ist, wurde als **Bottleneck ein Stand-Alone Laptop** mit dem Betriebssystem Windows 8.1 Pro (32-Bit) eingerichtet, über den die Ein- und Ausgabe der Daten vollzogen wurde.

Das Programm MakeMapsWin greift auf die Auswertungsprogramme der amerikanischen Originalversion zurück und ermöglicht die grafische Darstellung von Maps und Pattern, die Berechnung von Korrelationen zwischen verschiedenen Personen sowie Verhaltensebenen und den Export der unterschiedlichen Daten im dBASE Dateiformat (Tscheulin & Harms, 2002, S. 331ff).

Wie bereits bei der kurzen Darstellung einer Text-Map in Kapitel 2 erwähnt (siehe Abbildung 2.6), erfolgt an dieser Stelle eine **detailliertere Beschreibung** der Informationen aus dem Output der Software, Abbildung 9.3 zeigt hierzu die Text-Map einer Patientin mit ergänzenden Beschreibungen.

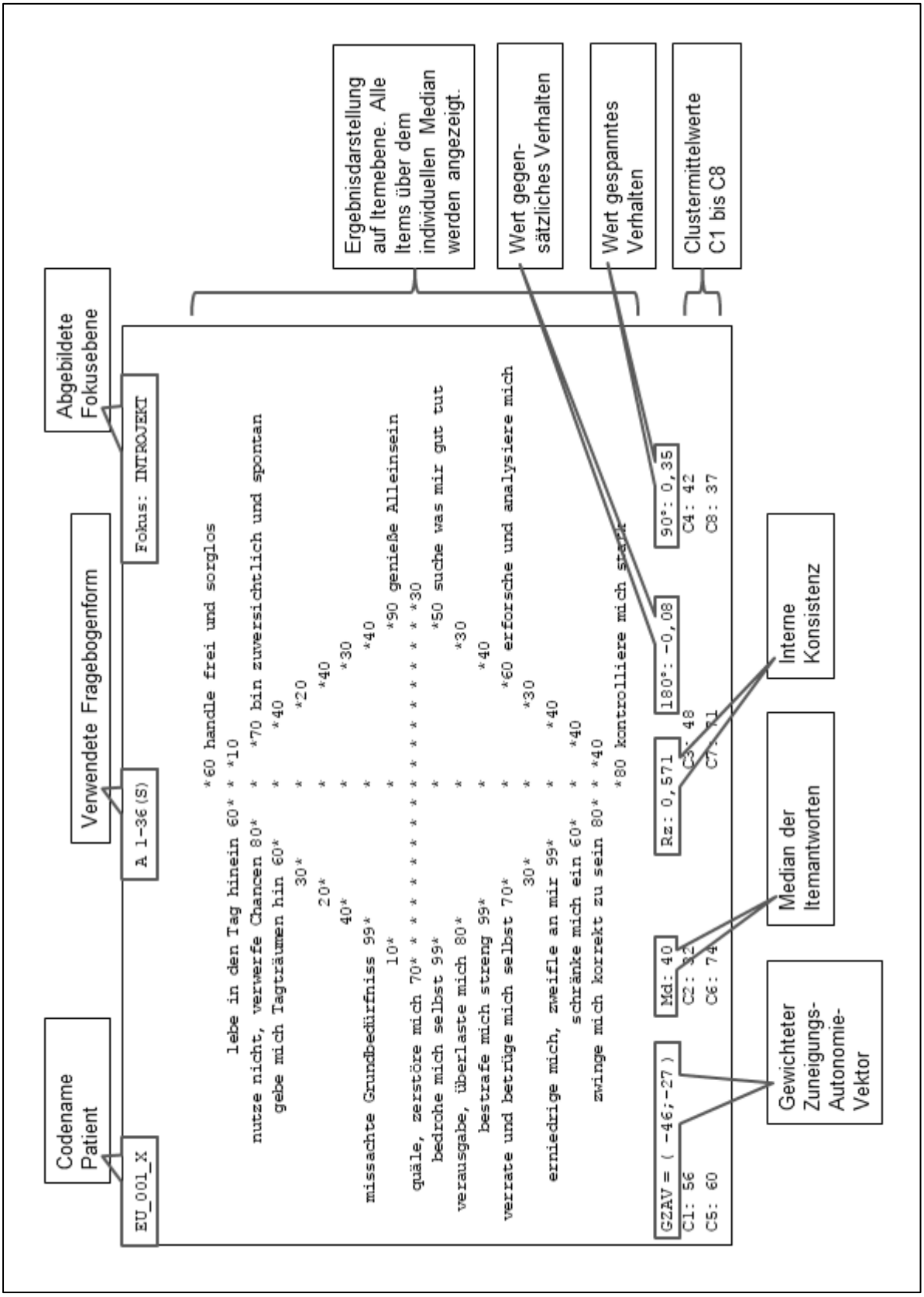


Abbildung 9.3: Text-Map Patient EU_001_X mit ergänzenden Beschreibungen.

Zunächst findet sich in der oberen linken Ecke der Map der **Codename** des befragten Patienten, es handelt sich hierbei folglich um den ersten Patienten, der in der Institutsambulanz in Eutin befragt wurde. Daneben ist die verwendete und abgebildete **Fragebogenform** aufgeführt (A ≙ Introjekt-Fragebogen, Gegenwart; 1-36 ≙ verwendete Fragen, hier entsprechend Full-Modell; s ≙ Geschlecht der Itemformulierung, hier „selbst"), anschließend findet sich der dargestellte **Fokus**. Den Hauptteil der Map nimmt die **Darstellung der einzelnen Itemantworten** auf Basis des Full-Modells (siehe Abbildung 2.4) ein, ein Fragebogenwert von „100" ist in der Map als „99" dargestellt. Ausgeschrieben werden hierbei nur diejenigen Antworten, die höher bewertet wurden als der Median, „um das individuelle Bild besser erfassen zu können" (Tscheulin, 1995, S. 161). Durch dieses Vorgehen kann zudem Antworttendenzen vorgebeugt werden, etwa jenen der „Tendenz zur Mitte" (siehe etwa Rost, 1996, S. 68).

Unter der Darstellung der Itemantworten finden sich weitere Werte zur **ergänzenden Auswertung**. So ist zunächst der Wert des **„Gewichteten Zuneigungs-Autonomie-Vektors"** (GZAV) aufgeführt, hierbei handelt es sich um „a 2-space summary score of the average thrust on the affiliative axis (X) and on the interdependence axis (Y)" (Benjamin, 1984, S. 139), durch Abtragen der Werte auf die entsprechenden Achsen eines kartesischen Koordinatensystems kann hierdurch das **generelle Schwerpunktverhalten** visualisiert werden, im vorliegenden Beispiel ist das Verhalten somit als tendenziell feindlich (Wert x-Achse: -46) und eher kontrollierend (Wert y-Achse: -27) zu verorten. Daneben ist der bereits beschriebene **Median der Itemantworten** aufgeführt, gefolgt vom Wert der **internen Konsistenz** (Rz). Die folgenden Werte zeigen an, ob gegensätzliches Verhalten (180° Koeffizient) oder gespanntes Verhalten (90° Koeffizient) vorliegt, mit diesen Werten wird jedoch kaum operiert. Am unteren Ende der Map sind die **Clustermittelwerte** (C1 bis C8) gemäß des SASB Cluster-Modells (siehe Abbildung 2.5) aufgeführt. Im Beispiel weisen die Cluster 6 („Selbstanklage, Selbstunterdrückung") und 7 („Selbsthass, Selbstzerstörung") die höchsten Werte auf, dies korrespondiert mit dem GZAV und auch mit dem Eindruck der Betrachtung der angezeigten Items.

9.4 Übersicht Datensets und deskriptive Statistiken

Aufgrund der dargestellten Bottleneck-Lösung für die Bearbeitung der Fragebogendaten ergeben sich **unterschiedliche Datenexporte**, sodass im Folgenden kurz beschrieben wird, welche Fragestellung mit welchem Datenset überprüft wird. Im Programm MakeMapsWin wurden zunächst drei Projekte erstellt:

1. Eutin Institutsambulanz (Stamp: X)
2. Eutin Verlauf Tagesklinik (Stamp: 1/2/3)
3. Hamburg ambulant (Stamp: X)

Die Datenexporte im dBase Format beinhalten jedoch nicht alle Informationen, sondern unterscheiden sich je nach ausgewählter Export-Tabelle, auszugsweise etwa:

- Daten-Tabelle: Eingegebene Item-Werte (Rohdaten)
- Auswertungs-Tabelle: Geschlecht, Alter, Quadranten-Scores, GZAV, Median, Cluster-Scores
- Pattern-Tabelle: Korrelationskoeffizienten zu ATK-, CON- und CFL-Pattern sowie Korrelationen mit jeder der 21 theoretischen Pattern-Kurven (Harms & Tscheulin, 2001, S. 11ff).

Zur weiteren Bearbeitung wurden folgende **drei Datensets** in Excel erstellt, die anschließend in SPSS überführt wurden:

1. Alle erfassten Rohdaten (Stamp: X/1/2/3)
2. Auswertungs-Tabelle der Tagesklinik Erhebung (Stamp: 1/2/3)
3. Hauptdatenset, wie folgt konzipiert:
    a. Alle Ersterhebungen (Stamp X, zusätzlich Stamp 1, wenn kein Stamp X vorhanden)
    b. Übertragung der Pattern-Korrelationen in die Auswertungs-Tabelle
    c. Zusätzlich Eingabe der vergebenen Hauptdiagnose (ICD-10) und daraus resultierender Gruppenzuordnung (internalisierend, externalisierend, kombiniert) sowie Erhebungsort.

Mit dem **ersten Datenset** wird die Reliabilität überprüft, hierbei wird, wie bereits im Pretest, die interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha bestimmt. Da dies für jeden der acht Cluster separat geschieht, sollte der Erhebungszeitraum selbst keinen Einfluss haben, da sich etwa durch die tagesklinische Behandlung das Gesamtkonstrukt „Introjekt“ verändern könnte, hiervon jedoch die Interkorrelationen innerhalb der homogenen Subskalen „Cluster“ nicht beeinflusst werden dürften (zur Reliabilitätsbestimmung bei mehrdimensionalen Test siehe etwa Bortz & Döring, 2006, S. 199).

Die Hauptfragestellung zwei zur Überprüfung einer möglichen Prozessevaluation des tagesklinischen Behandlungsverlaufs wird folglich mit dem **zweiten Datenset** überprüft, hier liegen die Daten der erfassten Introjekte zu den drei Erhebungszeitpunkten vor. Alle anderen deskriptiven und inferenzstatistischen Berechnungen werden mit dem **dritten Hauptdatenset** vorgenommen, neben der Überprüfung der ersten Hauptfragestellung auch die faktorenanalytische Prüfung der Konstruktvalidität, da diese in Anlehnung an Davies-Osterkamp et al. (2002, S. 197f) und Rothweiler (2004, S. 72f) ebenfalls über die Clustermittelwerte erfolgen soll.

Die folgenden deskriptiven Übersichten und Statistiken wurden ebenfalls mit dem Hauptdatenset erstellt, da hierbei alle befragten Patienten ohne Doppelungen in numerischer Reihenfolge der fortlaufenden Nummern erfasst werden, Tabelle 9.2 zeigt die Häufigkeiten in Bezug auf Geschlecht, Erhebungsort sowie Gruppenzuordnung.

Tabelle 9.2: Häufigkeitstabellen der erfassten Patienten hinsichtlich Geschlecht, Erhebungsort und Gruppenzuordnung.

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	65	53,3	53,3	53,3
	Weiblich	57	46,7	46,7	100,0
	Gesamt	122	100,0	100,0	

Erhebungsort

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hamburg	31	25,4	25,4	25,4
	Eutin	91	74,6	74,6	100,0
	Gesamt	122	100,0	100,0	

Gruppenzuordnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Internalisierend	89	73,0	73,0	73,0
	Externalisierend	27	22,1	22,1	95,1
	Kombiniert	6	4,9	4,9	100,0
	Gesamt	122	100,0	100,0	

Als unterer **Cut-off Wert** für den Einsatz der Fragebögen wurde ein **Alter von acht Jahren** angesetzt, ab diesem Alter kann von einer Selbstbeobachtungs- sowie Selbstauskunftsfähigkeit ausgegangen werden (Borg-Laufs & Trautner, 2007, S. 100ff; Klasen et al., 2017, S. 403). Orientiert wurde sich diesbezüglich weiterhin an etablierten Fragebogenverfahren für das Kinder- und Jugendalter, so kann etwa das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, DIKJ (Stiensmeier-Pelster, Braune-Krickau, Schürmann & Duda, 2014) ebenfalls ab einem Alter von acht Jahren eingesetzt werden.

Hinsichtlich des **Alters der Patienten** in den beiden Erhebungsorten (Hamburg: Range 9 bis 19, M = 14.39, SD = 2.94; Eutin: Range 8 bis 21, M = 13.73, SD = 2.77) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede ($t(120) = 1.13$, $p = .261$). Auch das Alter der beiden primären Störungsgruppen (internalisierend: M = 13.94, SD = 2.52; externalisierend: M = 13.85, SD = 3.75) zeigt keine signifikanten Unterschiede (Welch-Test aufgrund Varianzheterogenität (vgl. etwa Bortz, 2005, S. 141): $t(33.46) = 0.12$, $p = .906$).

Bei Betrachtung der **Verteilung der internalisierenden und externalisierenden Störungen über die Erhebungsorte** hinweg zeigt sich jedoch ein differenziertes Bild. So befinden sich alle Patienten mit externalisierender Störung (n = 27) in der Eutiner Kohorte, von den 31 Hamburger Patienten sind 30 dem internalisierenden Störungsspektrum zugeordnet, ein Patient weist eine kombinierte Diagnose auf. Diese Beobachtung wurde mittels Chi-Quadrat überprüft, es ergibt sich ein **signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erhebungsort und der Gruppenzuordnung** in internalisierende und externalisierende Störungen (χ^2 (1, n = 116) = 12.28, $p < .001$), zur Stärke des Zusammenhanges wurde zusätzlich der Phi-Koeffizient als Zusammenhangsmaß der zwei dichotomen Merkmale Erhebungsort und Gruppenzuordnung berechnet (vgl. etwa Wirtz & Nachtigall, 2004, S. 155), hierbei ergibt sich $\varphi = .33$, was einem mittleren Effekt entspricht (Bortz, 2005, S.174f).

Abbildung 9.4 zeigt die **Verteilung der Hauptdiagnosen** gemäß MAS nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2012). Die Diagnose wurde hierbei von den fallverantwortlichen Therapeuten übernommen, hier lag ein heterogenes Ausbildungs- und Erfahrungsniveau vor (Diplom-Psychologen, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten in Ausbildung), die Grundlage der entsprechenden Diagnosefindung und -vergabe konnte nicht einheitlich vorgegeben und überprüft werden, eine eigene manualisierte Diagnoseüberprüfung konnte ebenfalls nicht realisiert werden.

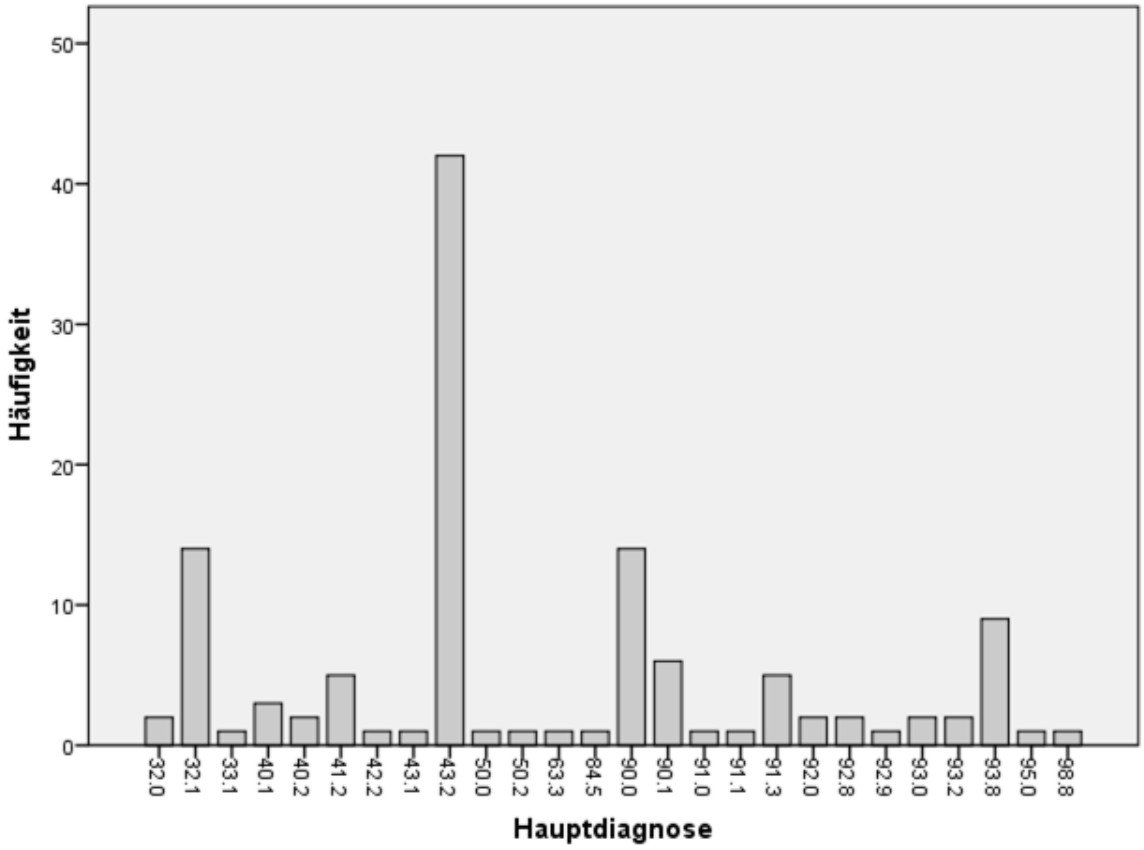


Abbildung 9.4: Häufigkeitsverteilung Hauptdiagnosen der Patienten.

In Abbildung 9.4 sind auch die sechs Diagnosen gelistet, die in der Gruppenzuordnung als **„kombiniert“** zusammengefasst wurden: „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung“ (F92.0, *n* = 2), „sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (F92.8, *n* = 2), „kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet“ (F92.9, *n* = 1) sowie „sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98.8, *n* = 1).

Bei Betrachtung der Abbildung fällt zunächst vor allem die **hohe Zahl der vergebenen Diagnose Anpassungsstörung** (F43.2, *n* = 42) auf. Am zweithäufigsten (jeweils *n* = 14) finden sich die Diagnosen „mittelgradige depressive Episode“ (F32.1) sowie „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0). Bei den emotionalen Störungen des Kindesalters wurde die „sonstige emotionale Störung des Kindesalters“ (F93.8, *n* = 9) deutlich am häufigsten vergeben.

Eine genaue Häufigkeitsübersicht der einzelnen Diagnosen sowie die Zuordnung zu internalisierenden, externalisierenden und kombinierten psychischen Störungen findet sich in Anhang 9.1.

Als letzte deskriptive Überprüfung soll auf den **Zusammenhang zwischen Geschlecht und internalisierender oder externalisierender Störung** eingegangen werden, Abbildung 9.5 zeigt die grafische Übersicht der Häufigkeitsverteilung.

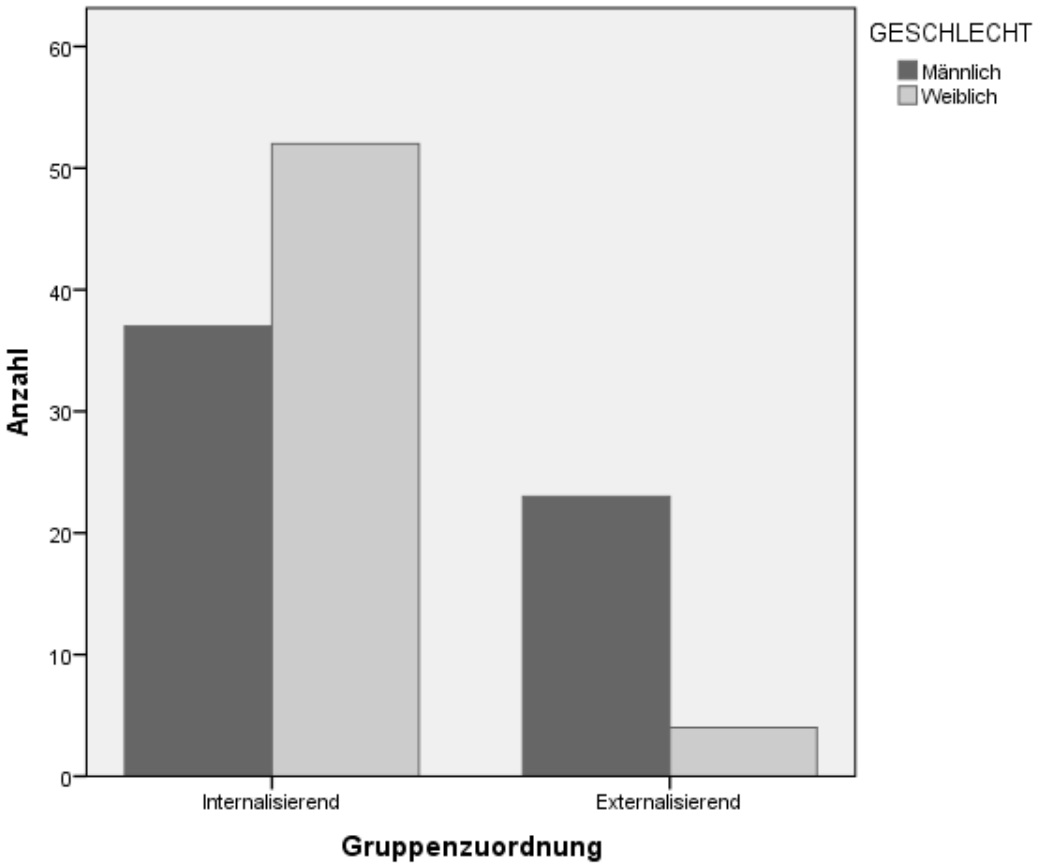


Abbildung 9.5: Häufigkeitsverteilung Geschlecht und Störungsgruppe.

Erkennbar ist, dass die Gruppe der externalisierenden Störungen von männlichen Patienten dominiert wird, während mehr weibliche Patienten internalisierende Störungen zeigen. Die Verteilung wurde erneut mittels Chi-Quadrat überprüft, hierbei ergibt sich ein signifikanter, mittelstarker Zusammenhang (χ^2 (1, n = 116) = 15.78, p < .001, φ = -.37).

Alle befragten Patientendaten sind in die Datensets eingeflossen, es liegen **keine Drop-Outs** vor. Bei Eingabe der Rohdaten in das Auswertungsprogramm fiel zunächst bei zwei Patienten (EU_039_X und EU_053_X) auf, dass diese (fast) ausschließlich auf den Extrempositionen „0“ oder „10“ geantwortet haben. Dadurch liegt der Median der Itemantworten in beiden Fällen bei 99, sodass in der Text-Map (siehe Abbildung 9.3) keine Items angezeigt werden und nur eine leere Map präsentiert wird. Zunächst wurden diese beiden Patienten als potentielle Drop-Outs betrachtet, bei der Übertragung und Aufbereitung aller Daten in den Excel-Tabellen wurde jedoch deutlich, dass die

Clustermittelwerte durchaus Unterschiede aufweisen, in beiden Fällen in Richtung eines positiven Introjekts mit hohen Werten der AG Cluster und geringeren Werten der DAG Cluster, sodass sich für einen Verbleib der Daten entschieden wurde.

Kapitelfazit

Für das Forschungsprojekt wurde der bereits bestehende Introjekt-Fragebogen für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen adaptiert. Hierzu wurden die Fragen so umformuliert, dass sie leichter zu verstehen sind, bei gleichzeitiger Beibehaltung der inhaltlichen Passung zum Cluster-Konstrukt. Zur Gewährleistung einer strukturierten Vorgehensweise wurde auf Prozessebene der PDCA-Zyklus aus dem Qualitätsmanagement angewendet.

Die neu formulierten Items wurden vor dem Einsatz im Projekt mehrfach auf ihre Passung überprüft. Dies wurde realisiert durch ein qualitatives Experten-Review, eine Item-Cluster-Zuordnung durch Jugendliche sowie einen Pretest mit anschließender Bestimmung der internen Konsistenz. Auffällige Items wurden einer erneuten Revision unterzogen.

Der adaptierte und revidierte Fragebogen wurde im Forschungsprojekt von insgesamt N = 122 Kindern und Jugendlichen in den Erhebungsorten Eutin (n = 91) und Hamburg (n = 31) beantwortet. Von den 122 Patienten sind 89 der internalisierenden Störungsgruppe zugeordnet, 27 der externalisierenden Störungsgruppe. Weitere sechs Patienten zeigten kombinierte Störungen.

10 Überprüfung Reliabilität und Validität

Im Folgenden werden die Reliabilität sowie die Validität des adaptierten Introjekt-Fragebogens überprüft und mit bisherigen Forschungsergebnissen in Bezug gesetzt, hierzu werden gemäß Kapitel 9 die **Datensets eins und drei** verwendet.

10.1 Reliabilität

Analog zur Überprüfung des Pretests wird auch der finale Fragebogen einer **Reliabilitätsprüfung** mittels Berechnung der **internen Konsistenz via Cronbachs Alpha** unterzogen, da das hier erfasste Introjekt ein mehrdimensionales Konstrukt ist, wird jeder Cluster separat überprüft. Durch die Aufnahme aller erhobenen Daten (Stamp X/1/2/3) fließen insgesamt **168 Fälle** in die Berechnung ein, Abbildung 10.1 zeigt die Ergebnisse der einzelnen Cluster, die Anordnung orientiert sich hierbei zur besseren Veranschaulichung an der SASB-Modellstruktur.

CL1 - Freie Spontaneität

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,547	5

CL8 - Selbstvernachlässigung

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,379	4

CL2 - Selbsterforschung

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,784	4

CL7 - Selbsthass

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,724	5

CL3 - Selbstliebe

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,565	5

CL6 - Selbstunterdrückung

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,768	4

CL4 - Sich selbst umsorgen

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,480	4

CL5 - Selbstkontrolle

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,706	5

Abbildung 10.1: Interne Konsistenz der Introjekt-Cluster.

Wird ein strenger Maßstab an die notwendigen Werte der internen Konsistenz angelegt, so gelten **Reliabilitätswerte ab .80 als akzeptabel** (Bortz & Döring, 2006, S. 199; Schnell et al., 2005, S. 153), diese untere Grenze wird bei keinem der Cluster erreicht, insbesondere die diagonale Achse Cluster 4 - Cluster 8 zeigt auffallend niedrige Werte. Eine weitere Betrachtung der einzelnen Item-Skala-Statistiken liefert zusätzliche Informationen für weiteres Verbesserungspotential des Fragebogens. Besonders auffällige Items werden kurz betrachtet, Tabelle 10.1 zeigt die Statistiken der entsprechenden beiden Cluster.

Tabelle 10.1: Auffällige Item-Skala-Statistiken.

Item-Skala-Statistiken - Cluster 3

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
ITEM18	244,98	4556,143	,514	,402
ITEM13	**260,62**	**6899,052**	**-,152**	**,756**
ITEM9	255,74	4099,392	,498	,391
ITEM34	249,00	4969,629	,326	,508
ITEM10	245,26	4402,733	,635	,344

Item-Skala-Statistiken - Cluster 4

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
ITEM27	215,59	2546,411	,352	,337
ITEM2	203,03	2742,580	,315	,376
ITEM8	**209,22**	**3016,484**	**,118**	**,558**
ITEM29	210,30	2485,817	,347	,338

Insbesondere Item 13 ist offensichtlich nicht mit dem Cluster-Konstrukt „Selbstliebe, Selbstwertschätzung“ (siehe Abbildung 2.5) verbunden, ohne dieses Item läge die interne Konsistenz in der Nähe der akzeptablen Reliabilitätsanforderung. Das Item ist im Originalfragebogen wie folgt formuliert:

- „Ich mag mich sehr gern und fühle mich gut, wenn ich die Gelegenheit habe, mit mir alleine zu sein.“

Im verwendeten Fragbogen ist das Item wie folgt adaptiert:

- „Allein sein tut mir gut, ich bin gerne für mich allein."

In der Adaption wurde vor allem der Aspekt des „Gerne alleine sein" unter Vernachlässigung der expliziten Frage nach dem „Ich mag mich selbst" betont und erfasst. Hierdurch ist das Item eher in Richtung einer **stärkeren Fokussierung auf die Interdependenzdimension konnotiert**, Cluster 3 ist in der theoretischen Konzeption hingegen **primär auf die Affiliationsdimension** ausgerichtet. Eine erneute Revision sollte daher vor allem den Aspekt der Selbstliebe stärker berücksichtigen, um eine homogenere Abbildung des Konstruktes zu gewährleisten.

Item 8 des Clusters 4 („sich selbst umsorgen, sich voranbringen") zeigt keine so deutliche Charakteristik, aber auch hier legen die Werte eine genauere Betrachtung nahe, im Original lautet die Formulierung:

- „Ich arbeite daran, neue lohnende Fähigkeiten und Eigenschaften zu entwickeln und in die Tat umzusetzen."

Die adaptierte Formulierung lautet:

- „Ich probiere gerne neue Sachen aus."

Die deutlich unterschiedliche Formulierung ist erklärbar über den Zwischenschritt des Pretests, hier wurde das Item mit „Ich versuche, etwas Neues zu lernen und neue Sachen zu können" angepasst und war hinsichtlich der Statistiken der dortigen Reliabilitätsprüfung ebenfalls sehr auffällig, sodass es wie oben angegeben revidiert wurde. In der aktuellen Fassung ist das Item jedoch eher passiv formuliert, was der **konstruktinhärenten aktiv-kontrollierenden Definition widerspricht**. In einer weiteren Revision sollte dementsprechend insbesondere der aktive, intrinsische Aspekt der Selbstentwicklung berücksichtigt werden.

In den Clustern 1, 2 und 7 liegen ebenfalls Items vor, deren Auslassung die Alphawerte erhöhen würden, dies jedoch nicht in so starkem Maße wie in den beiden vorgestellten Clustern.

Bei den Clustern 5, 6 und 8 würde die Eliminierung eines jeden Items die jeweilige interne Konsistenz herabsetzen. Hierbei weisen die Cluster 5 und 6 im ipsativen Kontext des Gesamtfragebogens bereits hohe Alphawerte auf, während der achte Cluster durchgängig sehr schwache Werte zeigt.

10.2 Validität

Zur Überprüfung der **Inhaltsvalidität** werden nach Benjamin (2000) „dimensional ratings“ (S. 69) der einzelnen Items empfohlen. Hierbei werden die Items zunächst jeweils hinsichtlich ihrer Fokusebene (transitiv, intransitiv, introjektiv) bewertet, anschließend, wie stark sie auf den Dimensionen Interdependenz und Affiliation eingeschätzt werden. Ein solches umfassendes Dimensional Rating konnte jedoch nicht gewährleistet werden, da im Kontext dieser Arbeit ausschließlich der Introjekt-Fragebogen adaptiert und genutzt wurde und somit der **Aspekt der Bewertung der Fokusebenen hinfällig** ist. In der Anpassung der Items vor Durchführung des Pretests wurde dem Aspekt der Inhaltsvalidität insofern Rechnung getragen, als dass die Items Jugendlichen präsentiert wurden, um von diesen zu einem der acht Cluster zugeordnet zu werden (siehe Kapitel 9, hier insbesondere Abbildung 9.1). Hierdurch konnten Items ermittelt werden, die inhaltlich mehrheitlich anderen Clustern zugeordnet wurden und somit erneut betrachtet wurden. Durch das traditionelle Dimensional Rating wird auf ähnliche Ergebnisse abgezielt, da auch hier Items, die inhaltlich abweichend gescort werden, anschließend angepasst werden (siehe etwa Tscheulin & Glossner, 2002, S. 131), sodass durch die durchgeführte **Item-Cluster-Zuordnung** die geforderte inhaltliche Überprüfung der einzelnen Items gewährleistet werden konnte.

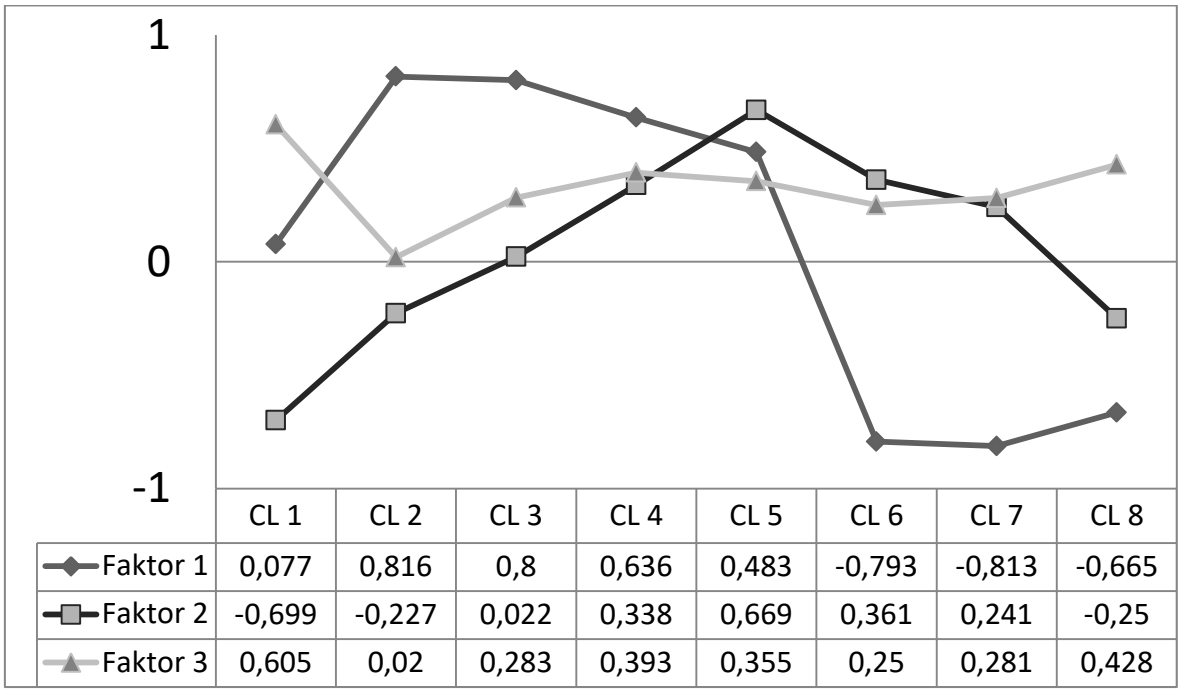
Die **Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft**. Hierzu wurde zunächst, wie in den Translation Instructions von Benjamin (2000) gefordert (ähnlich auch Tscheulin & Glossner, 2002, S. 127), eine **Hauptkomponentenanalyse ohne nachfolgende Faktor-Rotation** durchgeführt. Hierzu wurden, wie in Kapitel 9 beschrieben, die Clustermittelwerte des **Hauptdatensets** genutzt, Tabelle 10.2 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 10.2: Hauptkomponentenanalyse der Clustermittelwerte.

Erklärte Gesamtvarianz

	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion	
Komponente	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz
1	3,681	46,017	46,017	3,681	46,017
2	1,353	16,907	62,924	1,353	16,907
3	1,052	13,147	76,072	1,052	13,147
4	,527	6,585	82,657		
5	,475	5,941	88,597		
6	,386	4,828	93,425		
7	,321	4,018	97,443		
8	,205	2,557	100,000		

Wie Tabelle 10.2 zu entnehmen ist, wurden insgesamt **drei Faktoren mit Eigenwerten >1** extrahiert, die zusammen gut **76% der Gesamtvarianz** aufklären, der dritte Faktor übersteigt den festgesetzten Eigenwert jedoch nur knapp. Die Werte der drei extrahierten Faktoren wurden zur besseren Veranschaulichung grafisch aufbereitet, Abbildung 10.2 zeigt die entsprechenden Werte als Kurvenverlauf über die acht Cluster hinweg, die einzelnen Faktorladungen sind ebenfalls abgebildet.



	CL 1	CL 2	CL 3	CL 4	CL 5	CL 6	CL 7	CL 8
Faktor 1	0,077	0,816	0,8	0,636	0,483	-0,793	-0,813	-0,665
Faktor 2	-0,699	-0,227	0,022	0,338	0,669	0,361	0,241	-0,25
Faktor 3	0,605	0,02	0,283	0,393	0,355	0,25	0,281	0,428

Abbildung 10.2: Faktorladungen der Hauptkomponentenanalyse.

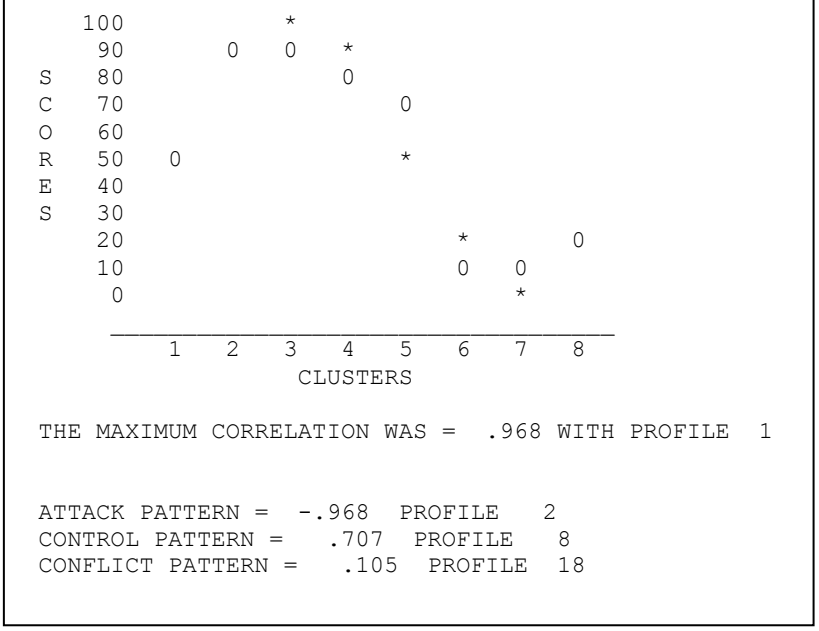
CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

Die beiden **Faktoren 1 und 2 zeigen charakteristische zirkumplexe**, voneinander unterschiedliche Kurvenverläufe, der **dritte Faktor verläuft primär parallel zur horizontalen Achse.** Zur besseren **Interpretation der drei Faktoren** wurden zusätzliche Berechnungsschritte vorgenommen, diese orientieren sich in der Vorgehensweise an Tscheulin und Glossner (2002, S. 128f).

Zunächst wurden die Faktorladungen in den Wertebereich von 0-100 transformiert und die Ergebnisse auf ganze Zahlen gerundet. Diese empirischen Werte wurden anschließend in das Programm MakeMapsWin (Nutzung der Medium-Fragebogenform) überführt, um so die **Korrelationen zu den theoretischen Pattern** berechnen zu können. Die Abbildungen 10.3 bis 10.5 zeigen die Patternvergleiche der drei Faktoren. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, zeigen die Kreise die empirischen Werte an, die Sternchen die Werte der

theoretischen Kurve mit dem besten Fit, sind beide Werte gleich, wird nur der Kreis dargestellt.

Faktor 1

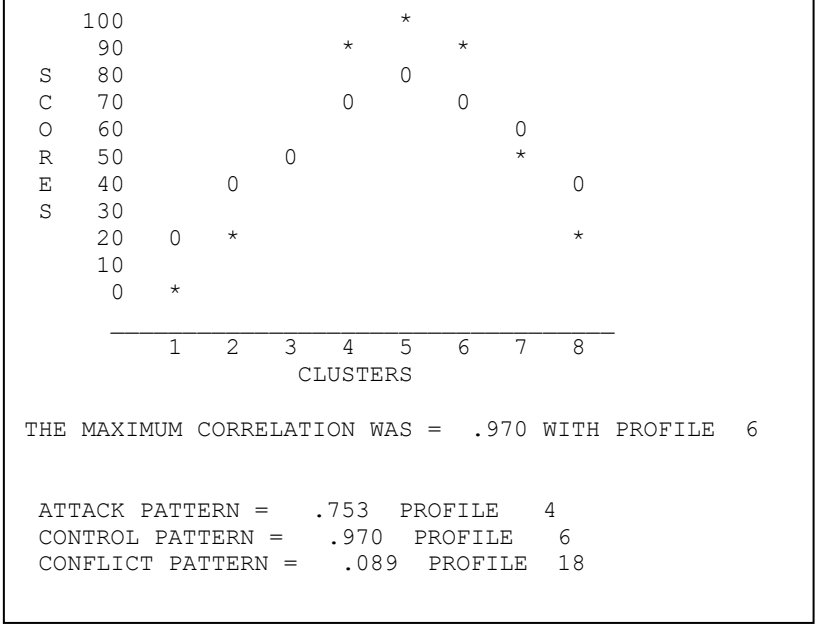



```
 THE MAXIMUM CORRELATION WAS =  .968 WITH PROFILE  1


 ATTACK PATTERN =  -.968  PROFILE   2
 CONTROL PATTERN =   .707  PROFILE   8
 CONFLICT PATTERN =   .105  PROFILE  18
```

Abbildung 10.3: Vergleich Faktor 1 mit theoretischen Pattern.

Faktor 2




```
THE MAXIMUM CORRELATION WAS =  .970 WITH PROFILE  6


 ATTACK PATTERN =   .753  PROFILE   4
 CONTROL PATTERN =   .970  PROFILE   6
 CONFLICT PATTERN =   .089  PROFILE  18
```

Abbildung 10.4: Vergleich Faktor 2 mit theoretischen Pattern.

Faktor 3

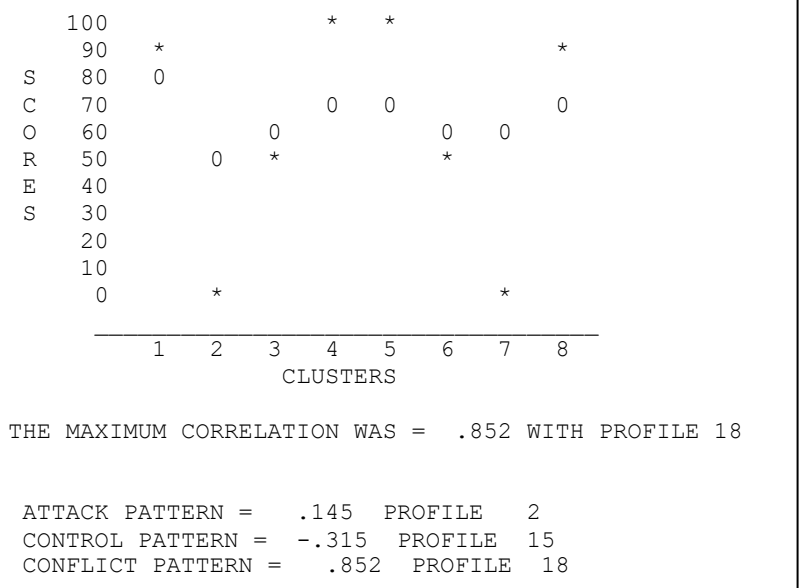


Abbildung 10.5: Vergleich Faktor 3 mit theoretischen Pattern.

Der **erste Faktor** zeigt die höchste und einzige signifikante Korrelation mit dem ATK-Pattern, der CFL-Pattern korreliert hingegen nur minimal mit der empirischen Kurve. Dieser Faktor lässt sich folglich am besten über die **modellkonforme Dimension Affiliation** beschreiben. Der **zweite Faktor** wiederum zeigt eine signifikante Korrelation mit dem CON-Pattern und ebenfalls nur eine minimale Korrelation mit dem CFL-Pattern. Auch dieser Faktor kann daher **modellkonform über die Dimension Interdependenz** definiert werden.

Der **dritte Faktor** hingegen zeigte sich bereits in der grafischen Darstellung (siehe Abbildung 10.2) aufgrund des parallelen Achsenverlaufs als nicht charakteristisch, dieser Eindruck wird durch den korrelativen Patternvergleich bestätigt. Die ATK- und CON-Pattern als Achsenäquivalente weisen keine signifikante Korrelation mit den empirischen Werten auf, einzig der **CFL-Pattern korreliert signifikant**. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass bei parallelem Kurvenverlauf alle Cluster ähnlich hohe Werte aufweisen, hierdurch entsteht im Modell ein **Konflikt der diametralen Achsenendpunkte**, in diesem Fall zwischen Kontrolle und Autonomie.

Nach diesen explorativen Ansätzen wurde die Modellstruktur weitergehend untersucht, hierzu wurden die Daten, ähnlich wie in vorherigen Validierungsstudien (Benjamin, 1994, S. 291; Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 198; Monsen, von der Lippe, Havik, Halvorsen & Eilertsen, 2007, S. 239), einer **Hauptkomponentenanalyse mit zwei vorgegeben Faktoren** unterzogen. Eine anschließende **Varimax-Rotation** der Faktoren, wie sie etwa

bei Lorr und Strack (1999, S. 211) vorgenommen wurde, fand hierbei bewusst **nicht statt**. Während Faktorenanalysen für die Überprüfung der Modellstruktur empfohlen werden, spricht sich Benjamin (1994) aufgrund der theoretischen Zirkumplexstruktur **explizit gegen eine nachfolgende Faktorrotation** aus:

> „Varimax rotation is inappropriate when testing circumplex theory because rotation seeks to maximize loadings on as few variables as possible. Circumplex theory posits that variables have a continuous relation to one another in a two-dimensional space (…) Rotation to maximize a few and to minimize the rest might dilute this hypothesized pattern" (Benjamin, 1994, S. 291).

Die zwei vorgegebenen Faktoren repräsentieren hierbei die **Achsen Affiliation und Interdependenz** und klären knapp **63% der Gesamtvarianz** auf (vergleiche Tabelle 10.2). Die Faktorwerte wurden anschließend in ein Koordinatensystem übertragen, Abbildung 10.6 zeigt das resultierende Diagramm.

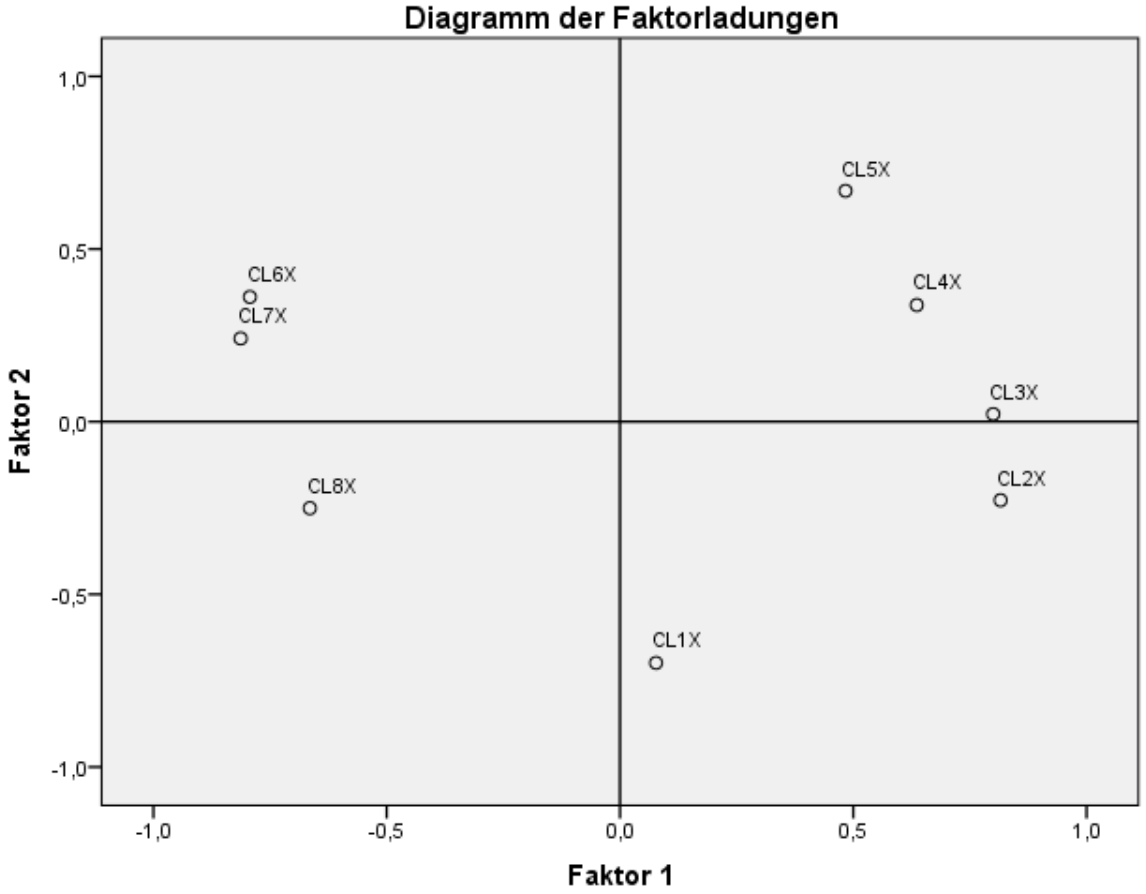


Abbildung 10.6: Diagramm der Faktorladungen.

Zu erkennen ist, dass die Clusteranordnung die **Zirkumplexstruktur recht gut wiedergibt**. Alle Cluster sind in ihrer Reihenfolge modellkonform angeordnet, insbesondere die achsendefinierenden Cluster 1 und 5 (Interdependenzachse) sowie 3 und 7 (Affiliationsachse) liegen einander weitgehend gegenüber. Auffällig ist zunächst vor allem die relative Nähe der Cluster 6 und 7 sowie die horizontal gespiegelte Clusteranordnung.

Als letzte Überprüfung der Modellstruktur wurde ein Verfahren gewählt, welches sich letztlich am Originalansatz der Zirkumplex-Theorie nach Guttman (1954; 1966, siehe auch Anhang 2.1) orientiert. Hierzu wurden alle **Clustermittelwerte miteinander korreliert**, um Zusammenhänge der einzelnen Cluster zu prüfen, Tabelle 10.3 zeigt die entsprechende Korrelationsmatrix.

Tabelle 10.3: Korrelationsmatrix der Clustermittelwerte aller erfassten Patienten (*N* = 122).

		CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8
CL1	**Freie Spontaneität**								
	Korrelation nach Pearson	1	,173	,142	,015	-,155	-,127	-,063	,202*
CL2	**Wohlwollende Selbsterforschung**								
	Korrelation nach Pearson	,173	1	,634**	,385**	,248**	-,655**	-,596**	-,447**
CL3	**Selbstliebe / Selbstwertschätzung**								
	Korrelation nach Pearson	,142	,634**	1	,498**	,445**	-,505**	-,529**	-,382**
CL4	**Sich selbst umsorgen**								
	Korrelation nach Pearson	,015	,385**	,498**	1	,496**	-,324**	-,356**	-,309**
CL5	**Selbstkontrolle / Selbstbeherrschung**								
	Korrelation nach Pearson	-,155	,248**	,445**	,496**	1	-,097	-,170	-,331**
CL6	**Selbstanklage / Selbstunterdrückung**								
	Korrelation nach Pearson	-,127	-,655**	-,505**	-,324**	-,097	1	,775**	,445**
CL7	**Selbsthass / Selbstzerstörung**								
	Korrelation nach Pearson	-,063	-,596**	-,529**	-,356**	-,170	,775**	1	,516**
CL8	**Tagträumerei / Selbstvernachlässigung**								
	Korrelation nach Pearson	,202*	-,447**	-,382**	-,309**	-,331**	,445**	,516**	1

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Zur **Interpretation** der Tabelle sei an folgendes Prinzip der **Zirkumplex-Charakteristik** erinnert: Je näher zwei Bereiche im theoretischen Konstrukt zusammengehören, desto höher sollte deren empirischer Zusammenhang sein. Die Daten **weisen weitgehend theoretisch erwartungsgemäße Ergebnisse** auf. Benachbarte Cluster zeigen signifikant positive Korrelationen, gegenüberliegende Cluster zeigen darüber hinaus auch signifikant negative Korrelationen, einzig die Cluster der Interdependenzachse korrelieren nicht so eindeutig, wie es gemäß der Modellannahmen zu erwarten wäre.

Bei Betrachtung der Cluster der AG und DAG zeigen sich die modellkonformen Ergebnisse am deutlichsten: Cluster 2 korreliert signifikant positiv zu den anderen AG Clustern 3 und 4 und signifikant negativ zu allen drei DAG Clustern 6, 7 und 8. **Diese Charakteristik zeigt sich bei allen AG und DAG Clustern.**

10.3 Diskussion

Die erzielten **Reliabilitätswerte** über die Ermittlung der internen Konsistenz liegen bei einer ersten Betrachtung und Ansetzung strikter Richtwerte sicherlich nicht im optimalen Bereich. Allerdings weisen schon Bortz und Döring (2006) darauf hin, dass die hohe Reliabilitätsanforderung für einen etablierten Test gilt, „der nicht nur zu explorativen Zwecken verwendet wird“ (Bortz & Döring, 2006, S. 199). Zusätzlich wird durch die Autoren betont, dass die erreichten Alphawerte umso höher sind, je mehr Items ein Test enthält (Bortz & Döring, 2006, S. 199). Da Cronbachs Alpha für jeden Cluster separat berechnet wurde, bestanden die einzelnen Subtests jeweils **lediglich aus vier bis fünf Items** (siehe Abbildung 10.1). Dies muss bei der Bewertung der erzielten Resultate ebenso berücksichtigt werden wie die große Altersrange der Patienten und damit einhergehender möglicher differenzierter Selbstreflexionsfähigkeit.

Auch bezüglich der angegebenen „Mindestanforderung“ an Reliabilitätswerte finden sich **divergente Einschätzungen**. So berichten Fincke et al. (2015, S. 6) von Cronbachs Alpha Werten des SASB-Modells, diese weisen demnach .82 für die Affiliationsdimension und .65 für die Interdependenzdimension auf, beide Werte werden in diesem Kontext als gut bezeichnet. Auffällig ist zudem, dass sowohl in der Untersuchung von Lorr und Strack (1999, S. 212), als auch bei Monsen et al. (2007, S. 241) die Cluster 1, 4 und 8 auffällig niedrige Werte der internen Konsistenz erreichten. Auch in der eigenen Prüfung zeigen **exakt dieselben Cluster** sehr niedrige Werte. So sprechen die niedrigen Werte möglicherweise nicht unbedingt für Schwächen in der vorgenommenen Itemadaption, sondern ergeben sich aus **Limitationen des Modellkonstrukts**. Gerade die Cluster 4

und 8 liegen zwischen den Achsenendpunkten, bilden folglich Zwischenstufen der Achsen Interdependenz und Affiliation ab und könnten demnach schwieriger zu operationalisieren sein. Gleiches trifft jedoch auch auf die Cluster 2 und 6 zu, die gute Werte erzielten. Cluster 1 wiederum beschreibt „freie Spontaneität“, dieses Konstrukt ist auch aus semantischer Betrachtung möglicherweise schwerer über Items zu operationalisieren als der gegenüberliegende Cluster 5, der „Selbstkontrolle, Selbstbeherrschung“ beschreibt.

In der Zusammenschau der erzielten Ergebnisse und unter Berücksichtigung der einschränkenden Faktoren, hier insbesondere der geringen Itemzahl je Cluster, liefern die Daten zur Internen Konsistenz **befriedigende Ergebnisse bei weiterem Verbesserungspotential** und knüpfen in ihrer Charakteristik zudem an vorherige Untersuchungen an.

Die Ergebnisse zur **Konstruktvalidität** zeigen ebenfalls überwiegend Ähnlichkeiten zu bisherigen Forschungsresultaten. Die in der explorativen Faktorenanalyse extrahierten drei Faktoren finden sich zum Teil ebenfalls in den Originalstudien, hierbei ist gemäß der Modellstruktur der **dritte Faktor als eine nicht modellkonforme Störvariable** zu interpretieren: „The third factor usually appears in mirror image to the vertical axis. Sometimes it parallels the second factor. The third factor tends to be associated with the Enmeshment-versus-Differentiation dimension in the SASB model” (Benjamin, 1994, S. 294, siehe auch Anhang 10.1, hier finden sich zusätzlich weitere Ergebnisse bisheriger statistischer Untersuchungen des Modells).

In den deutschen Validierungsstudien zur Langform wurde dieser **dritte Faktor ebenfalls für den Introjekt-Fokus ermittelt**, dieser liegt jedoch eher spiegelbildlich zum zweiten Faktor vor (Tscheulin & Glossner, 2002, S. 128). Der von Benjamin vermutete **Zusammenhang mit der Interdependenzdimension** wird durch die **vorliegenden Ergebnisse unterstützt**, da sich der Bereich Enmeshment-versus-Differentiation in der signifikanten Korrelation des dritten Faktors mit dem CFL-Pattern auf eben jener Interdependenzdimension wiederspiegelt (siehe Abbildung 10.5). Der vorgenommene Pattern-Vergleich über die transformierten Faktorwerte bietet hierbei generell natürlich nur näherungsweise Ergebnisse und Informationen, insbesondere aufgrund der Rundung auf ganze Zahlen für die Eingabe in das Auswertungsprogramm. Dennoch können die Daten der ersten **beiden Faktoren modellkonform interpretiert** werden und somit als **Bestätigung der Achsenbezeichnungen** dienen.

Die Faktorenanalyse mit zwei vorgegebenen Faktoren erbrachte gleichfalls zufriedenstellende Ergebnisse. Hierzu muss einführend erwähnt werden, dass theoretisch konzipierte Konstrukte kaum perfekt über empirische Daten rekonstruiert werden können, dies gilt ebenso für Zirkumplexmodelle: „An exact geometrical model may be

unrealistically restrictive, and a perfect circumplex structure is not a necessary condition for the model to be clinically useful“ (Monsen et al., 2007, S. 242). Generell berichten Benjamin et al. (2006, S. 99) davon, dass die drei SASB Fokusebenen die Zirkumplexstruktur im Vergleich zu Modellen mit nur einem Fokus **schwächer wiedergeben.**

Unter Berücksichtigung dieser generellen Einschränkungen kann die **Zirkumplexstruktur gut aus den Daten abgeleitet** werden, wie Abbildung 10.6 verdeutlicht. Im Vergleich zur Validierung der deutschen Fragebogen-Kurzform (siehe Abbildung 10.7) zeigen die vorliegenden Daten sogar eine **deutlichere Abbildung des Modells**.

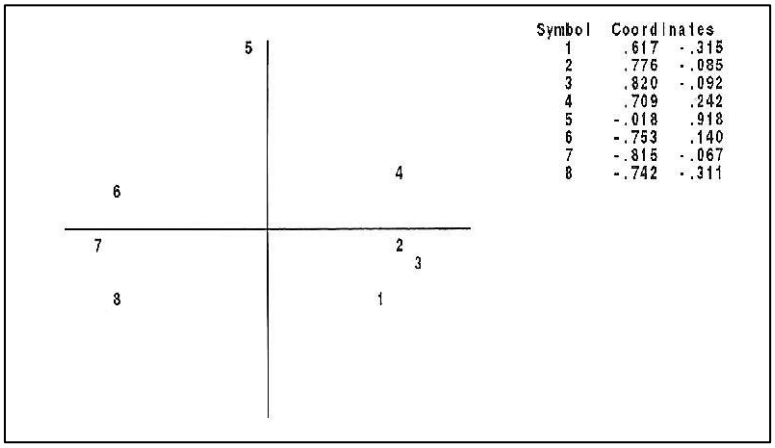


Abbildung 10.7: Faktorenstruktur Introjekt-Fokus der deutschen SASB Fragebogen-Kurzform (entnommen aus Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 197).

Deutlich erkennbar ist an der oben gezeigten Darstellung der empirischen Faktorenstruktur neben der ebenfalls horizontalen Spiegelung der Cluster, dass die Faktoren vor allem auf die Affiliationsachse ausgerichtet sind. Diese an den **vertikalen Polen abgeflachte** und damit eher **oval geordnete Struktur** findet sich auch in den hier präsentierten Ergebnissen und ist ebenfalls eine „bekannte“ Charakteristik bisheriger Untersuchungen: „The best fitting two-dimensional model for SASB surfaces was an unequally spaced ellipse“ (Pincus et al., 1998, S. 1640).

Pokorny und Kurth (2005, S. 120) beschreiben zudem die Tendenz von Laien, Patienten und auch Experten, interpersonelle Interaktionen vor allem über die **Dimension Affiliation** bei Vernachlässigung der Interdependenz zu beschreiben. Besonders stark scheint diese Tendenz bei Patienten mit psychischen Störungen vorzuliegen: „psychisch Kranke beurteilen ihre Beziehungen in erster Linie hinsichtlich der Affiliation, während die Interdependenz bei ihnen kaum repräsentiert ist“ (Neumann & Tress, 2007, S. 152). Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Lorr und Strack (1999): „there was a collapse of the

vertical axis and the diagonal elements were bunched along the well-defined horizontal axis“ (S. 213). Einschränkend muss hierbei jedoch die von den Autoren vorgenommene Varimax-Rotation der Daten erwähnt werden, die, wie oben beschrieben, zu einer verzerrten Ergebnisdarstellung führen kann und die Modellkonformität somit möglicherweise unterschätzt wird.

Die Tendenz dieser „horizontalen Favorisierung“ wird besonders deutlich in Abbildung 10.7, **weniger jedoch in der hier durchgeführten Überprüfung**, was als positiv hinsichtlich der vorgenommenen Itemadaption, aber auch bezüglich der intrapersonellen Differenzierungsfähigkeit der befragten Patienten interpretiert werden kann. Weiterhin kann die bessere Abbildung der Interdependenzdimension in der vorliegenden Untersuchung dahingehend erklärt werden, als dass Autonomie- und insbesondere Abhängigkeitsbeziehungen in der Kindheit und Jugend durch die umgebenen Systeme (Familie, Schule, Peers) viel präsenter und unmittelbarer vorliegen (siehe etwa Döpfner, 2009b, S. 161f) und es dieser Personengruppe dementsprechend leichter fallen könnte, Aussagen auch auf dieser Dimension zu bewerten.

Tabelle 10.4 zeigt zur Einordnung die für die Fragebogenadaption erzielte Varianzaufklärung im Vergleich zu den Ergebnissen der amerikanischen und deutschen Studien.

Tabelle 10.4: Varianzaufklärung Introjekt-Fokus, Angaben in Prozent (Daten entnommen aus Benjamin, 2000, Tabellenanhang zum Manual, S. 26; Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 198; Tscheulin & Glossner, 2002, S. 128).

	Amerikanisches Sample	**Deutsches Sample**	**Adaption KJP**
Kurzform	55.3	63.5	
Langform	69.5	68.4	62.9

Die durch die zwei modellkonformen Faktoren aufgeklärte Gesamtvarianz liegt hierbei ebenfalls **im Bereich bisheriger Angaben aus Validierungsstudien**, wenngleich sich der Literatur nicht immer zweifelsfrei entnehmen lässt, ob sich die Angaben auf durchschnittliche Werte aller Fokusebenen beziehen oder exakt die Varianzaufklärung der Introjektebene wiedergegeben ist, sowie weiterhin, ob die Angaben für zwei oder aber für drei Faktoren gelten.

Die letzte in dieser Arbeit vorgenommene Prüfung der Modellstruktur erfolgte mittels **Korrelationsmatrix der einzelnen Cluster**. Auffällig hierbei ist, dass, obwohl wie beschrieben Grundlage des Ansatzes nach Guttman, diese Prüfungsoption kaum verwendet wurde, weder in den Berichten zur deutschen Validierungsstudie (Tscheulin & Glossner, 2002), noch in einer separaten Validitätsstudie zur Originalversion (Rothweiler, 2004), da sich zumeist auf klassisch faktorenanalytische Untersuchungsdesigns beschränkt wurde. Die hier präsentierten Daten zeigen jedoch das **Potential einer Berücksichtigung** dieses Ansatzes, da sich das theoretische Konstrukt des SASB-Modells gut anhand der empirischen Daten überprüfen lässt. Die korrelative Überprüfung zeigt **zufriedenstellende Ergebnisse**, insbesondere die Beziehungen zwischen AG und DAG präsentierten sich modellkonsistent und robust.

Zur generellen Einschätzung der Güte der Ergebnisse hinsichtlich Reliabilität und Validität sei zusätzlich erwähnt, dass der **Introjekt-Fokus** derjenige der drei Fokusebenen ist, der meist die **schwächsten statistischen Gütekriterien** aufweist (Benjamin, 2000, Tabellenanhang zum Manual, S. 26; Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 198). Dies berücksichtigend, verspricht eine potentielle Adaption der Fragebögen für die transitive sowie intransitive Fokusebene gleichfalls Erfolg.

Aussagen zur **konvergenten Validität** können im Rahmen der Hypothesentestung der ersten Hauptfragestellung getroffen werden, da hierbei Introjekt-Unterschiede von Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Störungen geprüft werden. Sollten die empirischen Daten die beiden Gruppen gut diskriminieren können und mit den theoretisch konzipierten Introjekten (siehe Kapitel 7) übereinstimmen, wäre eine Verbindung mit dem Außenkriterium „ICD-10 Diagnose“ gegeben. Jedoch wird an dieser Stelle erneut, neben den Limitationen der vorliegenden Untersuchung sowie des Modells selbst, auf die Einschränkungen einer kategorialen Diagnosevergabe, den hohen Komorbiditätsraten sowie der Varianz der Prozesse zur Diagnosefindung auf Seiten der Therapeuten hingewiesen.

Kapitelfazit

Zusammenfassend zeigten sich überwiegend befriedigende Ergebnisse zur Reliabilität, die Ergebnisse zur Validität sind als gut zu interpretieren. So ergab sich eine robuste zirkumplexe und modellkonforme Faktorenstruktur, die auch die Interdependenzdimension berücksichtigt und insgesamt gut mit bisherigen Untersuchungsergebnissen übereinstimmt.

11 Überprüfung der Hauptfragestellungen

In diesem Kapitel wird die Überprüfung der beiden Hauptfragestellungen vorgenommen. Zunächst wird zu Beginn jeder Fragestellung jeweils an einem **exemplarischen Fallbeispiel** die Überprüfung auf der **Ebene *N* = 1** demonstriert. Dies kann bereits allein mit dem Programm MakeMapsWin (Tscheulin, 2001) durchgeführt werden (die Darstellung der Clustermittelwerte erfolgt jedoch weiterhin über das selbst erstellte Netzdiagramm, da hierzu ebenfalls keine weitere Software nötig ist). Gerade unter dem Aspekt einer **Anwendung im klinischen Alltag** erscheint diese Möglichkeit als wertvoll und gut durchführbar, sodass dies entsprechend dargestellt werden soll. Im Anschluss erfolgt die Testung jeweils auf Gruppenbasis, hierzu wird primär die Software SPSS, Version 22, genutzt.

11.1 Überprüfung der Hauptfragestellung 1

> Lassen sich mit Hilfe des Introjekt-Fragebogens Kinder und Jugendliche mit internalisierenden und externalisierenden psychischen Störungen voneinander unterscheiden?

H1: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen unterscheiden sich hinsichtlich der Introjekt-Clustermittelwerte von Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen.

Die theoretisch abgeleiteten Introjekte wurden im siebten Kapitel beschrieben. Vor der Überprüfung hinsichtlich der Übereinstimmung der empirischen mit den theoretischen Daten wird zunächst mittels ungerichteter Fragestellung geprüft, ob sich **generelle Unterschiede** in den Introjekten beider Störungsgruppen finden. Für die einleitend erwähnte **Darstellung am Fallbeispiel** zeigt Abbildung 11.1 die Introjekte zweier Patienten, die Datenaufbereitung erfolgt hierbei erneut mittels Datendiagramm.

Die Patientin EU_001_X ist mit der Diagnose Anpassungsstörung (F43.2) der Gruppe der internalisierenden Störungen zugeordnet, Patient EU_008_X weist die Diagnose hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) auf und gehört folglich der Gruppe der externalisierenden Störungen an. Die entsprechenden MakeMapsWin Programmoutputs, auf die sich die folgenden Ausführungen beziehen, finden sich in

Anhang 11.1. Bei Darstellung der Text-Maps wurde bereits kurz auf das Introjekt der Patientin EU_001_X eingegangen (siehe Abbildung 9.3), der Schwerpunkt lag hierbei jedoch primär auf der Darstellung der Ergebnisse und weniger auf der Interpretation im Kontext der Hauptfragestellung wie im folgenden Abschnitt.

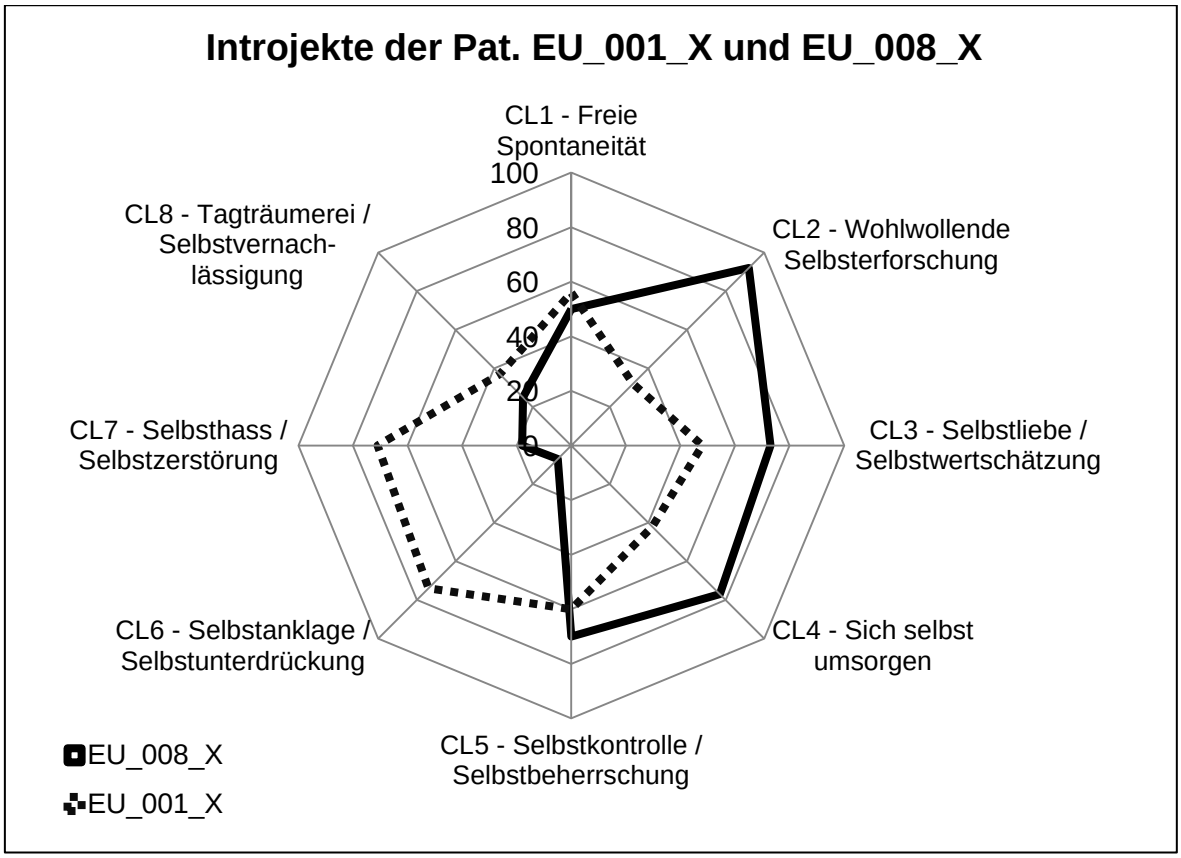


Abbildung 11.1: Introjekte einer Patientin (EU_001_X) mit internalisierender sowie eines Patienten (EU_008_X) mit externalisierender Störung.

Erkennbar ist bereits bei erster Betrachtung die **deutlich konträre Ausprägung** über die Clusterwerte. Besonders das Introjekt des Patienten EU_008_X liegt fast ausschließlich im positiven Bereich der Affiliationsachse mit Ausprägungen in beide Richtungen der Achse Interdependenz und deutlicher Ausprägung des Clusters 2 (Wohlwollende Selbsterforschung), die Cluster der DAG scoren kaum. Die Items wurden durch den Patienten sehr konsistent beantwortet (Rz: .99), auch der GZAV (138; -7) deckt sich mit dem Eindruck eines **sehr positiven, selbst-wertschätzend berichteten Introjekts**. Hierzu kongruent liegt in der **Pattern-Auswertung** die maximale und signifikante Korrelation (r = .92) zum Pattern-Profil 1 (Freundliche Handlung gegenüber sich selbst) vor, der ATK Pattern korreliert signifikant negativ (r = -.92), die CON und CFL Pattern korrelieren nicht signifikant (r = .63 sowie r = .16).

Das Introjekt der Patientin EU_001_X zeigt demgegenüber keine so eindeutige Ausrichtung. Der Schwerpunkt liegt auf den selbstabwertenden Clustern 6 und 7, durch den Cluster 6 wird zudem das besonders **selbstkontrollierte, selbstunterdrückende Element dieser Selbstabwertung** deutlich. Gleichzeitig, obgleich nicht so deutlich ausgeprägt, zeigt das Introjekt auch selbstliebende und spontane Anteile. Diese partielle Gegensätzlichkeit wirkt sich auf die interne Konsistenz aus, die entsprechend niedriger liegt (.57), das Schwerpunktverhalten ist dennoch **primär negativ und selbstkontrolliert** (GZAV: -46; -27). Der Eindruck aus der Betrachtung des Diagramms findet sich auch im **Pattern-Vergleich** wieder, hier zeigt sich in der stärksten Korrelation (r = .85) ein Konflikt zwischen Selbstablehnung und Unbekümmertheit (Profil 17). Die Pattern ATK (r = .75), CON (r = .46) und CFL (r = -.17) korrelieren nicht signifikant, wenngleich der ATK Pattern recht deutlich auf eine feindselige Grundhaltung hinweist (siehe hierzu auch die Diskussion der Signifikanzschranken bei einer Pattern-Interpretation in Kapitel 3).

Ohne die theoretisch konzipierten Introjekte zu berücksichtigen, zeigt sich in diesem Fallbeispiel, dass beide Patienten offensichtlich **unterschiedliches selbstgerichtetes Verhalten** beschreiben. Über die optische Einschätzung hinaus kann mit MakeMapsWin zusätzlich auch eine **korrelative Überprüfung des Zusammenhangs** beider Datensätze erfolgen, hierbei kann die Berechnung sowohl auf Basis der Clusterwerte erfolgen, als auch alle Einzelitems berücksichtigen. Auf Clusterebene sind Korrelationen ab .71 signifikant, für die Itemebene gilt .32 als untere Grenze für Signifikanz (Benjamin, 1984, S. 145; Harms & Tscheulin, 2001, S. 10; Tscheulin, 2001). Im Fallbeispiel korrelieren beide Introjekte auf Itemebene signifikant negativ miteinander (r = -.33), auch auf Clusterbasis liegt eine negative, jedoch nicht signifikante, Korrelation vor (r = -.66). Anhand dieses Beispiels zeigt sich, wie im klinischen Alltag schnell Eindrücke und Vergleiche innerhalb eines Programms generiert werden können, auf dessen Basis sich **Störungshypothesen, Gesprächspotentiale und Therapieinterventionen** ergeben können (der Mehrwert einer solchen Nutzung wird ausführlich in Kapitel 12 und 13 dargestellt). Im vorliegenden Beispiel unterscheiden sich beide Introjekte somit auch statistisch, auf Itemebene besteht darüber hinaus sogar ein signifikanter, gegenteiliger Zusammenhang der beiden Patienten im berichteten Umgang mit sich selbst.

Für die Überprüfung der Fragestellung auf Gruppenebene wurden zunächst die Mittelwerte der einzelnen Cluster, getrennt nach Störungsgruppe, berechnet und grafisch aufbereitet, Abbildung 11.2 zeigt die Ergebnisse, die detaillierte deskriptive Statistik hierzu ist in Anhang 11.2 wiedergegeben.

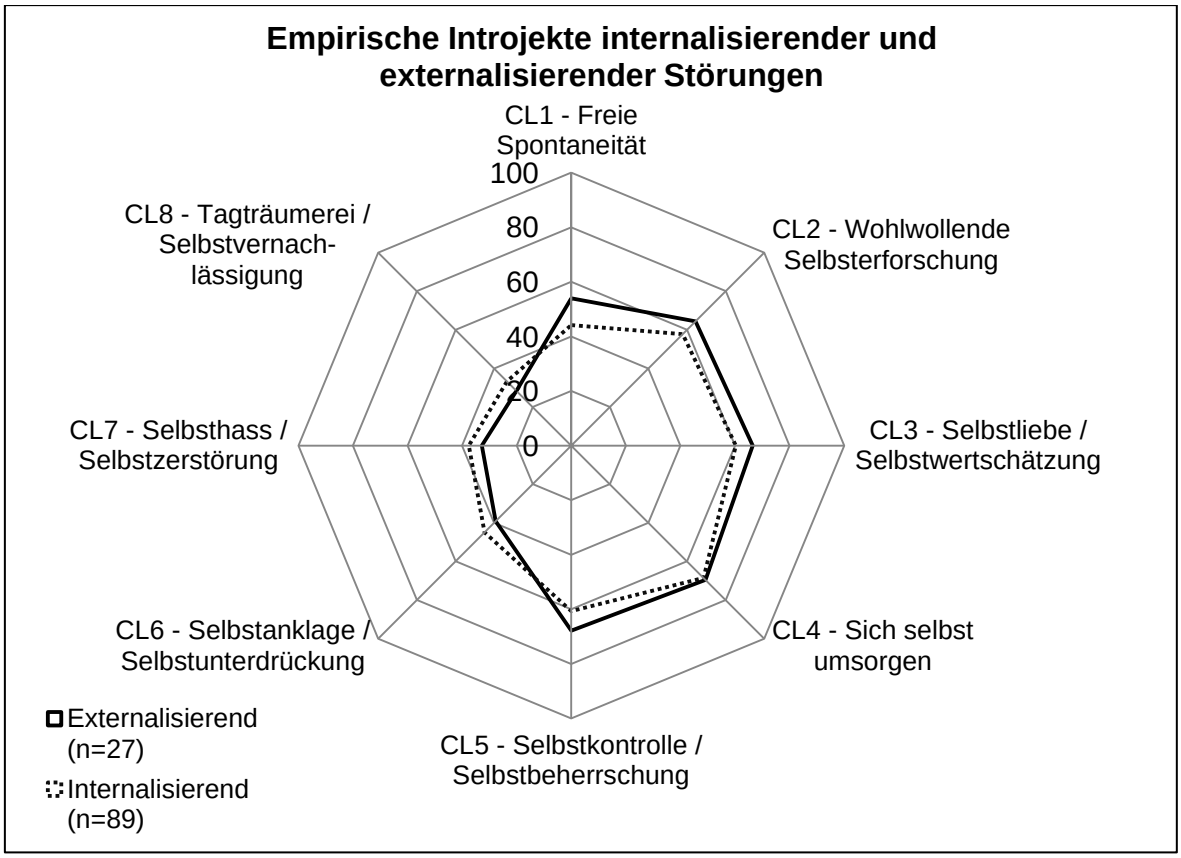


Abbildung 11.2: Empirische Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen.

Es ist zu erkennen, dass die empirischen Werte **keine so deutliche visuelle Differenzierung** ermöglichen, wie es etwa im vorangegangen Beispiel der Fall war. Die Ausprägungen beider Störungsgruppen zeigen ähnliche Verläufe mit stärkerer Ausprägung auf den AG Clustern. In der Betrachtung erscheint die Differenz auf der Interdependenzachse noch am stärksten, generell ist **kein Cluster mit Extremwerten** besetzt, alle Cluster weisen einen eher mittelstarken Ausprägungsgrad auf. Weiterhin zeigt sich jedoch auch die Tendenz, dass die externalisierenden Störungen in den AG Clustern höhere Werte erzielen, während sich bei internalisierenden Störungen die DAG Cluster stärker ausgeprägt zeigen.

Zusammenfassend kann auf Grundlage der qualitativen Betrachtung der beiden Introjekte festgehalten werden, dass Patienten mit externalisierenden Störungen den Umgang mit sich selbst als tendenziell positiver (Cluster 2, 3, 4) beschreiben, während Patienten mit internalisierenden Störungen ihr Introjekt vergleichsweise negativer (Cluster 6, 7, 8) berichten. Die jeweiligen Unterschiede erscheinen jedoch zumeist nur marginal.

Um die beschriebenen Mittelwertdifferenzen statistisch zu überprüfen, wurde ein **t-Test der einzelnen Clustermittelwerte** durchgeführt, Tabelle 11.1 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 11.1: t-Test Cluster-Mittelwertdifferenzen von internalisierenden und externalisierenden Störungen

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
									95% Konfidenzintervall der Differenz		Effekt-stärke
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere	*d*
CL1-Freie Spontaneität	Var. gleich	,013	,910	-2,628	114	,010*	-9,817	3,735	-17,217	-2,417	.58
	Var. n. gleich			-2,514	40,307	,016	-9,817	3,905	-17,707	-1,926	
CL2-Wohlwollende Selbsterforschung	Var. gleich	3,151	,079	-1,316	114	,191	-6,629	5,036	-16,604	3,347	.29
	Var. n. gleich			-1,469	51,995	,148	-6,629	4,514	-15,687	2,429	
CL3-Selbstliebe	Var. gleich	,410	,523	-1,669	114	,098	-6,189	3,708	-13,535	1,156	.37
	Var. n. gleich			-1,606	40,623	,116	-6,189	3,855	-13,976	1,597	
CL4-Sich selbst umsorgen	Var. gleich	5,614	,019	-,276	114	,783	-1,005	3,636	-8,207	6,197	
	Var. n. gleich			-,237	35,346	,814	-1,005	4,232	-9,593	7,583	.05
CL5-Selbstkontrolle	Var. gleich	1,033	,312	-1,922	114	,057	-7,174	3,734	-14,571	,222	.42
	Var. n. gleich			-1,758	38,026	,087	-7,174	4,080	-15,435	1,086	
CL6-Selbstunterdrückung	Var. gleich	1,648	,202	1,043	114	,299	5,770	5,531	-5,186	16,726	.23
	Var. n. gleich			1,104	47,190	,275	5,770	5,225	-4,740	16,280	
CL7-Selbsthass	Var. gleich	,604	,439	,978	114	,330	4,762	4,868	-4,882	14,405	.22
	Var. n. gleich			1,039	47,445	,304	4,762	4,585	-4,460	13,983	
CL8-Selbst-vernachlässigung	Var. gleich	,646	,423	1,392	114	,167	4,907	3,525	-2,075	11,889	.42
	Var. n. gleich			1,320	39,801	,195	4,907	3,719	-2,610	12,425	

*$p < .05$ **$p < .01$ *** $p < .001$

Bei Betrachtung der ausgewiesenen Werte der mittleren Differenz wird der bereits in der qualitativen Betrachtung der aufbereiteten Clustermittelwerte gewonnene Befund des Unterschiedes beider Störungsgruppen erneut deutlich, indem die Cluster 1 bis 5 eine negative Differenz zeigen, während die Cluster 6 bis 8 eine positive Differenz aufweisen.

Es zeigen sich jedoch **fast keine signifikanten Mittelwertdifferenzen**, lediglich in Cluster 1 liegt ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen vor, Cluster 5 ist auf dem 5% Niveau knapp nicht signifikant, hierbei wird direkt das Ergebnis des zweiseitigen Signifikanztests angenommen, da eine ungerichtete Hypothese formuliert wurde (Nachtigall & Wirtz, 2004, S. 123ff). Zur Abschätzung der Stärke des gefundenen Unterschiedes wurde für Cluster 1 zusätzlich Cohens *d* berechnet, hier ergibt sich *d* = .58 (die Berechnung der Effektstärken erfolgt, soweit nicht anderweitig angegeben, nach Lenhard & Lenhard, 2016), was einem mittleren Effekt entspricht (Cohen, 1988, S. 40).

Unterschiede zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungen zeigen sich demnach vor allem auf der **Interdependenzachse**, sprich, wie stark sich die Patienten selbst kontrollieren respektive ihrer eigenen Spontaneität folgen. Auffallend hierbei ist, dass Patienten mit externalisierenden Störungen auf beiden Polen dieser Dimension ein „mehr davon“ berichten, sich also sowohl spontaner verhalten, sich zugleich aber auch als selbstkontrollierter beschreiben.

Aufgrund dieser Uneinheitlichkeit, insbesondere bei der externalisierenden Störungsgruppe, wurde zur Überprüfung der Hypothese ein weiterer Gruppenvergleich vorgenommen, hierzu wurden jedoch nicht die Clustermittelwerte verglichen, sondern die **Werte der internen Konsistenz**, getrennt nach Störungsgruppe. Hierzu wurde der erste Datensatz (Rohdaten) dahingehend erweitert, als dass zusätzlich die Information eingegeben wurde, ob es sich um eine Erst- oder Folgeerhebung handelt, um anschließend die Daten so zu filtern, dass nur die Patienten einbezogen wurden, für die auch der oben dargestellte Mittelwertvergleich berechnet wurde. Anschließend wurde Cronbachs Alpha, getrennt für beide Störungsgruppen, berechnet. Um zu überprüfen, ob sich die beiden so erzielten Werte der internen Konsistenz signifikant unterscheiden, wurden die Werte zunächst nach folgender Formel Z-Transformiert (Bortz, 2005, S. 219, Gl. 6.86a):

$$Z = \frac{1}{2} * \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)$$

Zur Ermittlung des empirischen z-Wertes wurde folgende Formel genutzt (Bortz, 2005, S. 220, Gl. 6.92 & 6.93):

$$z = \frac{Z1 - Z2}{\sigma\,(Z1 - Z2)}$$

wobei

$$\sigma\,(Z1 - Z2) = \sqrt{\frac{1}{n1 - 3} + \frac{1}{n2 - 3}}$$

Der so ermittelte empirische z-Wert wurde mit dem für ein Fehlerniveau von 5% geltenden kritischen z-Wert von 1.96 bei zweiseitiger Testung verglichen, um eine signifikante Differenz zu ermitteln und die Nullhypothese anschließend zu verwerfen oder beizubehalten (Nachtigall & Wirtz, 2004, S. 127).

Für Cluster 1 liegen die Werte der internen Konsistenz mittels Cronbachs Alpha für internalisierende Störungen bei .46 und für externalisierende Störungen bei .45, gemäß der beschriebenen Gleichungen werden, unter Nutzung von drei Nachkommastellen, folgende Ergebnisse berechnet:

$$Z1 = \frac{1}{2} * \ln\left(\frac{1 + .458}{1 - .458}\right) = .495 \qquad Z2 = \frac{1}{2} * \ln\left(\frac{1 + .446}{1 - .446}\right) = .480$$

$$\sigma\,(Z1 - Z2) = \sqrt{\frac{1}{89 - 3} + \frac{1}{27 - 3}} = .231$$

$$z(emp) = \frac{.495 - .480}{.231} = .074$$

Da $z_{emp} < z_{krit}$, wird die Nullhypothese beibehalten, es zeigt sich **keine Differenz der beiden Reliabilitätskennwerte**. In einem letzten Schritt wird noch die **Irrtumswahrscheinlichkeit** des Ergebnisses ermittelt, hierzu wird die Entsprechung des empirischen z-Wertes in der Tabelle der Verteilungsfunktion der Standardnormalverteilung (etwa in Bortz, 2005, S. 812ff) ermittelt und aufgrund der zweiseitigen Fragestellung mit dem Faktor 2 multipliziert. So ergibt sich:

p z_{emp}: .07 ≙ .5279 → 1 - .5279 = .4721 * 2 = .9442

Ein anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Werte für den zweiten Cluster:

$$Z1 = \frac{1}{2} * \ln\left(\frac{1 + .842}{1 - .842}\right) = 1.228 \qquad Z2 = \frac{1}{2} * \ln\left(\frac{1 + .520}{1 - .520}\right) = .576$$

$$z(emp) = \frac{1.228 - .576}{.231} = 2.823 > z\,(krit)$$

p z_{emp}: 2.82 ≙ .9976 → 1 - .9976 = .0024 * 2 = .0048

Somit kann in diesem Cluster die Nullhypothese verworfen werden, es zeigt sich ein **signifikanter Unterschied in der internen Konsistenz** im Gruppenvergleich.

Die weiteren Berechnungen wurden mit dem Excel Programm CorrComparer (Rauschnabel, 2009) durchgeführt, Tabelle 11.2 zeigt die Ergebnisse des Vergleichs für alle Cluster.

Tabelle 11.2: Störungsgruppenbezogener Vergleich der internen Konsistenz, Einbezug der Ersterhebungen.

	Alpha-Wert		Fishers Z-Wert		Empirischer *z*-Wert	*p*
	Inter. (n=89)	Exter. (n=27)	Inter.	Exter.		
Cluster 1	.46	.45	.50	.48	.07	.944
Cluster 2	**.84**	**.52**	**1.23**	**.58**	**2.82**	**.005****
Cluster 3	.57	.51	.65	.57	.35	.727
Cluster 4	.44	.70	.47	.86	1.71	.088
Cluster 5	.68	.77	.83	1.01	.77	.441
Cluster 6	**.81**	**.53**	**1.12**	**.59**	**2.26**	**.024***
Cluster 7	.74	.55	.95	.62	1.42	.156
Cluster 8	.38	.35	.40	.36	.18	.857

*$p < .05$ **$p < .01$ *** $p < .001$

CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

Wie zu sehen ist, zeigen die diagonal gegenüberliegenden Cluster 2 und 6 signifikante Unterschiede dergestalt, als dass Patienten mit **internalisierender Störung deutlich konsistentere Item-Beantwortungen** vorgenommen haben. Beide Cluster zeigen in der

Überprüfung der Gesamtreliabilität bereits zufriedenstellende Werte (siehe Abbildung 10.1), hieran scheinen vor allem die Patienten mit internalisierenden Störungen Anteil zu haben. Cluster 4 hingegen, der insgesamt nur geringe Reliabilitätswerte erzielt, wurde durch die Patientengruppe der externalisierenden Störungen konsistenter bewertet, wenngleich die Differenz nicht signifikant ist.

Insgesamt zeigen jedoch auch die Ergebnisse über den Vergleich der internen Konsistenz **keinen grundsätzlichen Unterschied der beiden Störungsgruppen**. Zusätzlich sei methodologisch erwähnt, dass die Berechnungsgrundlagen zur Überprüfung der Fragestellung **a priori** festgelegt wurden (Überprüfung von Clustermittelwertdifferenzen) und der weitere Vergleich über die interne Konsistenz tendenziell eher ein **a posteriori** Verfahren darstellen würde, dessen Interpretationsreichweite ohnehin kritisch diskutiert werden müsste (siehe etwa Bortz, 2005, S. 272f).

Da insgesamt keine hinreichenden Hinweise für die Gültigkeit der Alternativhypothese gefunden werden konnten, kann die **Nullhypothese** folglich nicht abgelehnt werden:

> Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen unterscheiden sich hinsichtlich der Introjekt-Clustermittelwerte nicht von Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen.

Beide Störungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, aber wie verhält es sich mit der Übereinstimmung zu den theoretisch konzipierten Introjekten?

H1.1: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen zeigen ein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

Zunächst wird wieder auf **Einzelfallebene** geprüft, ob sich ein Zusammenhang zwischen empirischen und theoretischen Daten ergibt, Abbildung 11.3 zeigt das bereits bekannte Introjekt der Patientin EU_001_X im Vergleich mit dem hypothetischen Introjekt internalisierender Störungen.

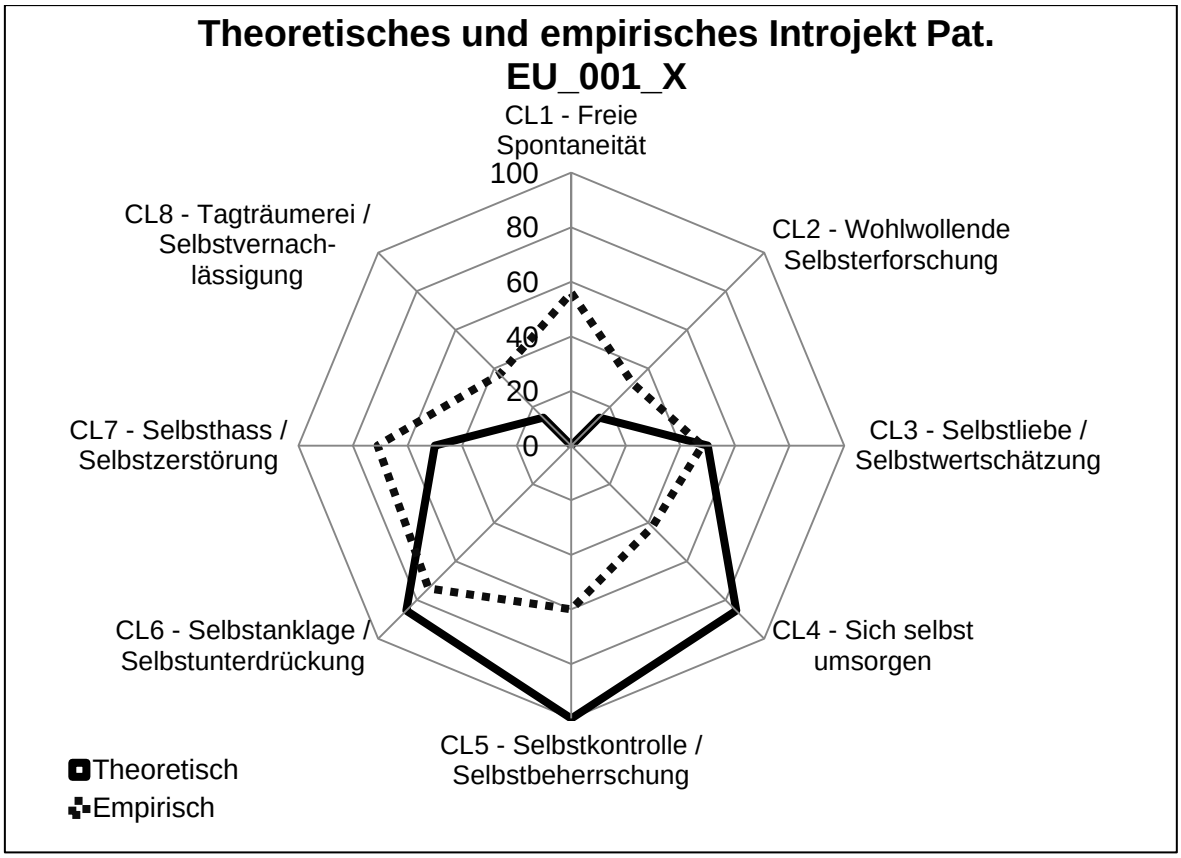


Abbildung 11.3: Theoretisches und empirisches Introjekt Patientin EU_001_X.

Das tatsächliche Introjekt der Patientin ist noch **deutlich negativer und selbstablehnender** als das konzipierte Introjekt, die Patientin erzielt hohe Werte in den DAG Clustern, insbesondere in den Clustern 6 und 7. Auf der anderen Seite sind jedoch auch die Cluster 1 und 3 relativ stark ausgeprägt. In der theoretischen Ableitung der Introjekte wurde der oben abgebildete Pattern 6 als Prototyp der internalisierenden Störungen gewählt, da durch diese Struktur die beiden Cluster 4 und 6 gleichstark ausgeprägt sind, somit Elemente der AG sowie der DAG Berücksichtigung finden und dem dynamischen Entwicklungsaspekt der Persönlichkeit bei Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werden kann (siehe Kapitel 7). Die Patientin hingegen berichtet von einem stärker „stabil-negativen“ Umgang mit sich selbst, bei zugleich aber auch spontanen und selbstliebenden Anteilen. Diese Dynamik eines **intrapsychischen Konfliktes** zwischen Elementen der AG auf der einen und Aspekten der DAG auf der anderen Seite wird von Benjamin (2001, S. 164) als typisch für die **Borderline-PS** postuliert (siehe auch Anhang 3.2). Tatsächlich wurde eine entsprechende Persönlichkeitsakzentuierung für diese Patientin im späteren tagesklinischen Setting diskutiert und berücksichtigt, sodass für die Behandlung auch Elemente der DBT (Linehan, 1996) genutzt wurden. Aufgrund des Alters der Patientin (14 Jahre) wurde sich

jedoch gegen eine frühe Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung entschieden (siehe auch Kapitel 5).

Für einen solchen Einzelfall ist ein Vergleich mit dem theoretischen Introjekt durch die ***N*=1 Konzeption** der Patternwerte **schnell und einfach durchführbar**. Die Patientendaten weisen hierbei eine maximale Korrelation mit dem Pattern 17 („Konflikt: Selbstablehnung vs. Unbekümmertheit“) auf, dies zeigt erneut die Ambivalenz der Patientin im Umgang mit sich selbst. Zum Vergleich mit dem Pattern 6, welcher als Basis für das theoretische Introjekt dient, muss im Anschluss nur die **Tabelle der Patternwerte exportiert** werden (Harms & Tscheulin, 2001, S. 16) und die entsprechende Korrelation entnommen werden. Entsprechend dem Eindruck, der sich aus Betrachtung der Abbildung 11.3 ergibt, liegt **keine signifikante Korrelation** zum Pattern 6 vor (r = .46).

Zur Überprüfung einer möglichen Übereinstimmung der empirischen Werte auf Gruppenbasis wurde ähnlich verfahren. Abbildung 11.4 zeigt zunächst die bereits aus Abbildung 11.2 bekannte Darstellung des Introjekts der internalisierenden Störungen im Vergleich mit dem theoretischen Konzept.

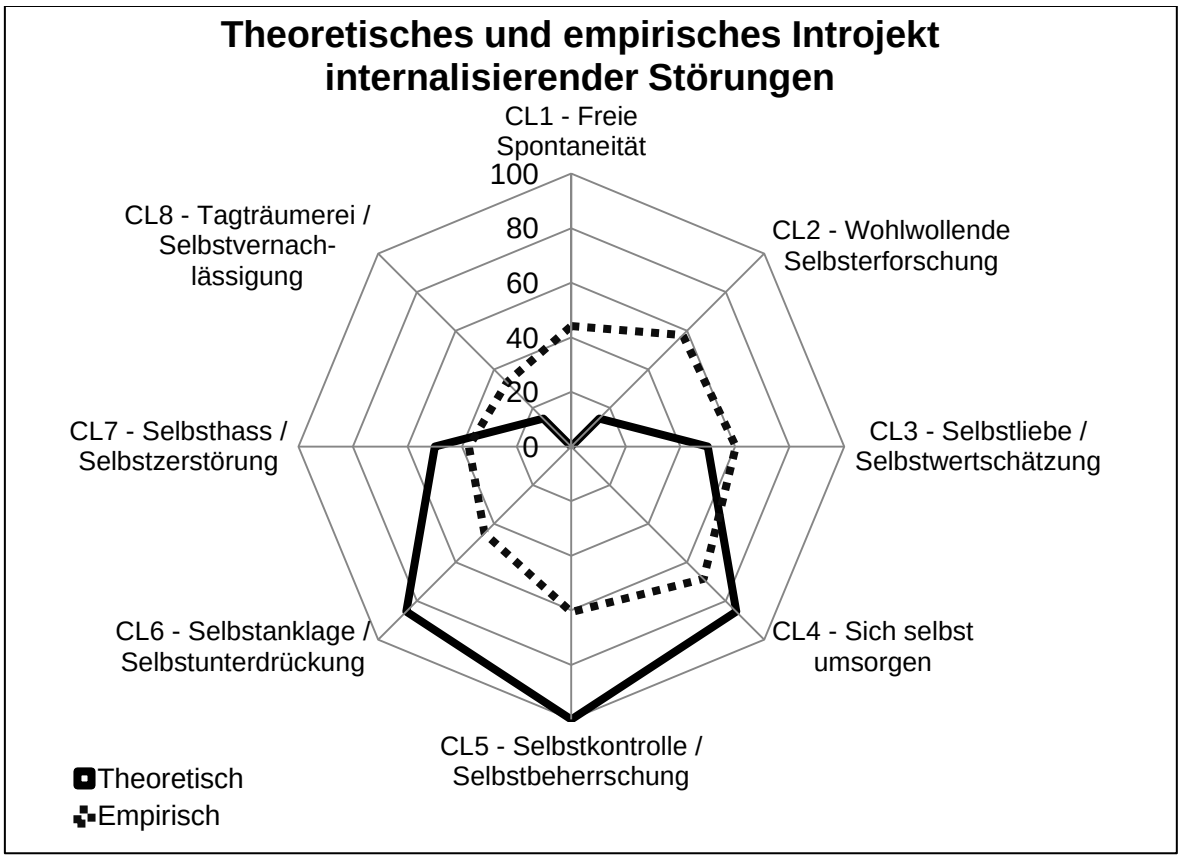


Abbildung 11.4: Theoretisches und empirisches Introjekt internalisierender Störungen.

Die empirischen Werte legen ein **stärker selbstwertschätzendes und weniger selbstkontrolliertes Verhalten** sich selbst gegenüber nahe als theoretisch erwartet. Insgesamt sind alle Cluster der AG annähernd gleich stark ausgeprägt. Insbesondere die **Ausprägung des Clusters 2 zeigt sich eher unerwartet**, da dieser Bereich neben der positiven Affiliationsachsenwerte auch die Interdependenzachse in Richtung eines spontanen Verhaltens beschreibt, was der postulierten Hauptcharakteristik einer Selbstkontrolle widerspricht. Zur weiteren Überprüfung wurden die Clustermittelwerte gerundet und in MakeMapsWin eingegeben, um über die Patternwerte die **Korrelation zum theoretischen Introjekt** zu ermitteln. Weiterhin ergibt sich durch dieses Vorgehen die Möglichkeit, die empirischen Werte weiter zu interpretieren, indem der **Pattern der maximalen Korrelation** betrachtet wird. Abbildung 11.5 zeigt die entsprechende Kurve.

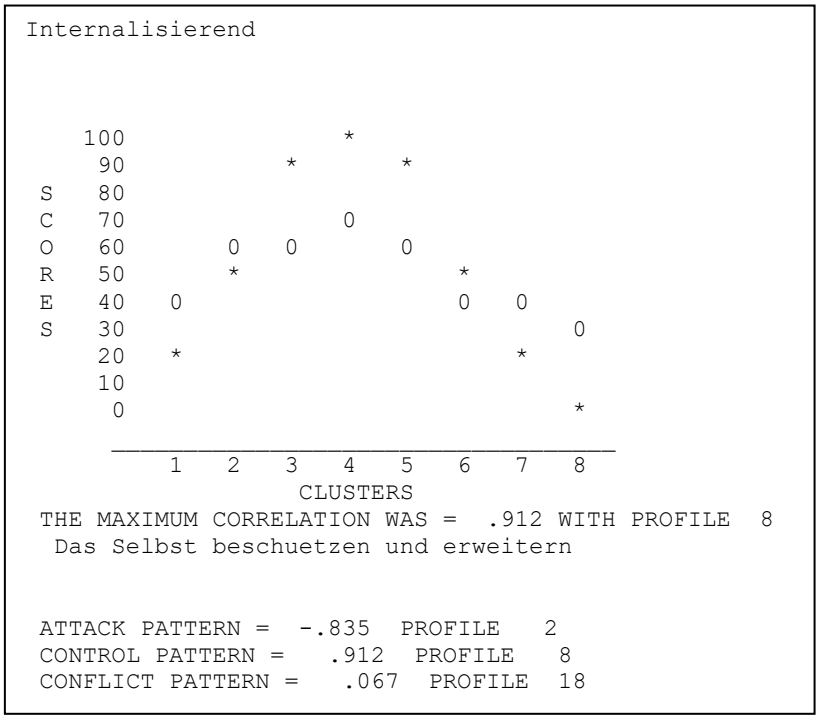


Abbildung 11.5: Pattern internalisierender Störungen.

Die höchste Korrelation liegt hierbei zum Pattern 8 („Das Selbst beschützen und erweitern“) vor, in der Kurvenbeschreibung selbst liegen gleichsam beide Dimensionen vor, die bereits diskutiert wurden: eine beschützende (eher kontrollierender Aspekt der Interdependenzachse) und eine erweiternde (eher freilassender Aspekt der Interdependenzachse) Komponente im Umgang mit sich selbst. Bedeutsamer sind im Kontext der Fragestellung jedoch die charakteristischen Hauptbeziehungsmuster: das generelle berichtete Verhalten ist freundlich (negativer ATK-Pattern) und gleichzeitig kontrollierend (positiver CON-Pattern), beide Werte sind hierbei signifikant, ein Konflikt

innerhalb des Introjekts liegt nicht vor (Nullkorrelation CFL-Pattern). Das Verhalten ist demnach **durchaus selbstkontrolliert, jedoch deutlich selbstliebender eingefärbt als vermutet.** Der exportierten Tabelle aller Patternkorrelationen kann die Übereinstimmung zum Pattern 6 entnommen werden, die Korrelation beträgt in diesem Fall r = .46 und ist folglich nicht signifikant.

Somit konnten insgesamt keine hinreichenden Hinweise für die Gültigkeit der Alternativhypothese gefunden werden, die **Nullhypothese** kann folglich nicht abgelehnt werden:

> Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen zeigen kein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

Für die Überprüfung des Zusammenhanges bei externalisierenden Störungen wird auf die Demonstration im Einzelfall verzichtet, da sich das Vorgehen mit dem bereits dargestellten deckt und der zusätzliche Erkenntnisgewinn dementsprechend gering ausfallen würde.

H1.2: Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen zeigen ein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

Diese Fragestellung wird daher direkt an den empirischen Daten geprüft, Abbildung 11.6 zeigt die entsprechenden Introjekte.

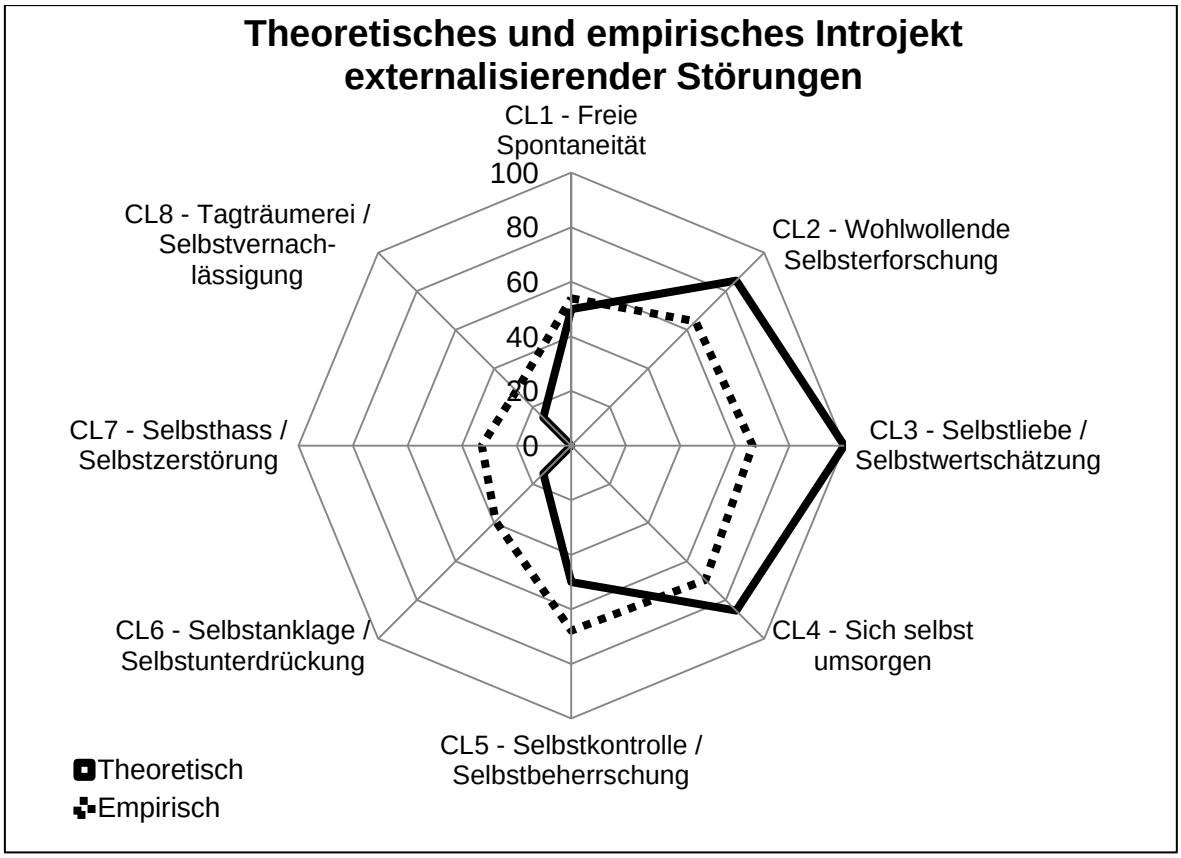


Abbildung 11.6: Theoretisches und empirisches Introjekt externalisierender Störungen.

Beide Introjekte weisen hierbei im Vergleich zu den internalisierenden Störungen **deutlich stärkere Überschneidungen** auf. Auch die empirischen Werte beschreiben vor allem Cluster der AG, im Gegensatz zum theoretischen Introjekt sind jedoch auch die Cluster der DAG repräsentiert, wenngleich im Verhältnis zur AG auf deutlich niedrigerem Niveau. Abbildung 11.7 zeigt die Patternwerte der Daten.

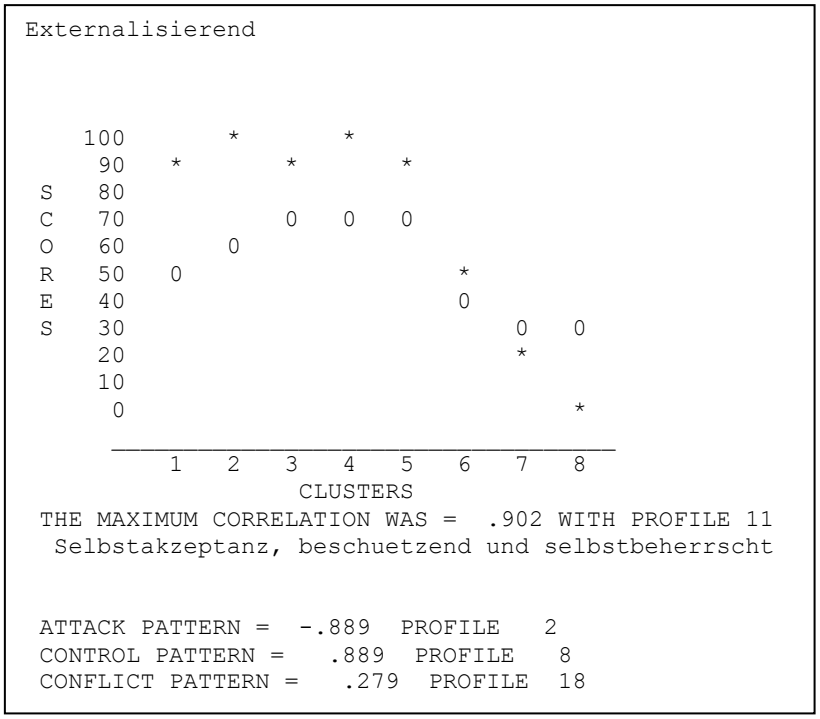


Abbildung 11.7: Pattern externalisierender Störungen.

Sowohl durch den Pattern der maximalen Korrelation, als auch durch die ATK, CON und CFL Pattern wird ein **freundliches, kontrollierendes Introjekt** deutlich. Hierbei zeigt sich das durchschnittliche Introjekt der externalisierenden Störungen als **selbstkontrollierter und selbstbeherrschender** als jenes der internalisierenden Störungen. Die empirischen Daten weisen zudem eine signifikante Korrelation (r = .89) zum Pattern 1 auf, demnach könnte die Alternativhypothese für den Bereich der externalisierenden Störungen unter der Prämisse der alleinigen Betrachtung dieser Daten angenommen werden. Beide Störungsgruppen sind jedoch **nicht trennscharf unterscheidbar**, ein Vergleich der beiden Pattern über MakeMapsWin ergab zudem einen signifikanten Zusammenhang (r = .92, Clusterbasis) der beiden empirischen Introjekte.

Im Kontext der nicht trennscharfen Unterscheidbarkeit beider Hauptstörungsgruppen kann daher auch in diesem Fall die **Nullhypothese** nicht abgelehnt werden:

> Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungen zeigen kein Introjekt, das mit dem theoretisch konzipierten Introjekt zusammenhängt.

11.1.1 Explorative Datenanalyse

Aufgrund des **explorativen Charakters** der Arbeit wurde im Anschluss an die Überprüfung der Hauptfragestellung eine **weitergehende Datenanalyse** vorgenommen, insbesondere in Anbetracht der kaum unterscheidbaren Ergebnisse der beiden gepoolten Hauptstörungsgruppen. Hierzu wurde das Hauptdatenset um eine zusätzliche Kategorie „Diagnosecluster“ erweitert, um **einzelne Störungsgruppen separat zu betrachten**, folgende Gruppen wurden erstellt:

Depressive Störung (*n* = 17, Einbezug F3-Diagnosen), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (*n* = 54, Einbezug F4), hyperkinetische Störung (*n* = 14, nur Einbezug F90.0), Störung des Sozialverhaltens (*n* = 13, Einbezug F91 sowie F90.1) und emotionale Störung des Kindesalters (*n* = 13, Einbezug F93), sodass insgesamt *n* = 111 Fälle in die Analyse einbezogen wurden. Diagnosen kombinierter Störungen sowie Einzeldiagnosen, deren Häufigkeit unter *n* = 10 lag, wurden nicht einbezogen.

Die Clustermittelwerte der einzelnen Diagnosegruppen werden in Anlehnung an Benjamin (1994, S. 303) und die Patternauswertung in Kurvenform dargestellt, Abbildung 11.8 zeigt hierzu zunächst die bereits bekannten Werte der Hauptstörungsgruppen im Vergleich zu den theoretischen Introjekten als Kurvendarstellung, Abbildung 11.9 zeigt die Kurvenverläufe der einzelnen spezifischeren Diagnosegruppen.

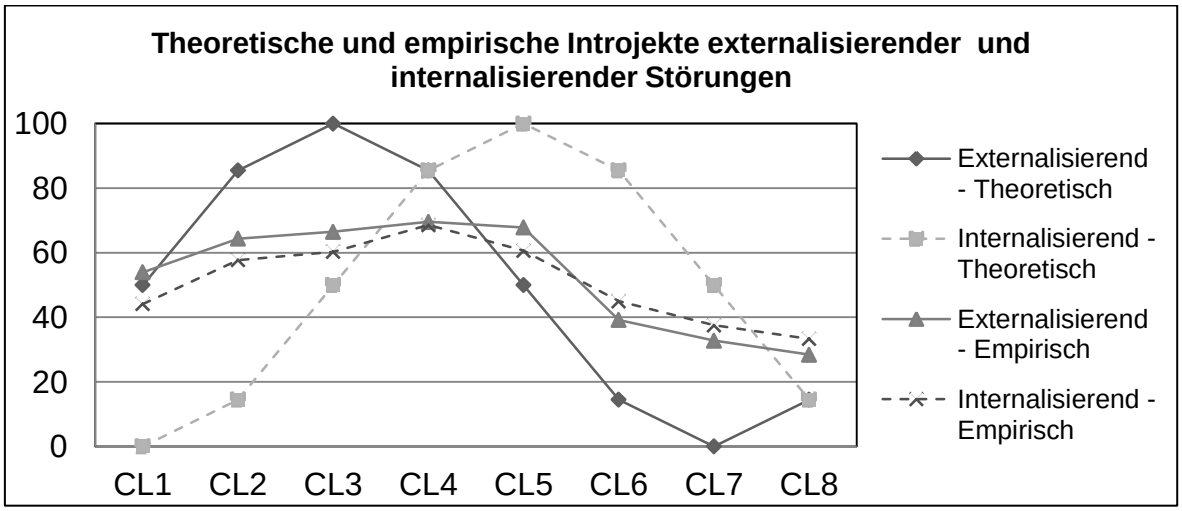


Abbildung 11.8: Theoretische und empirische Introjekte der Hauptstörungsgruppen.

CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

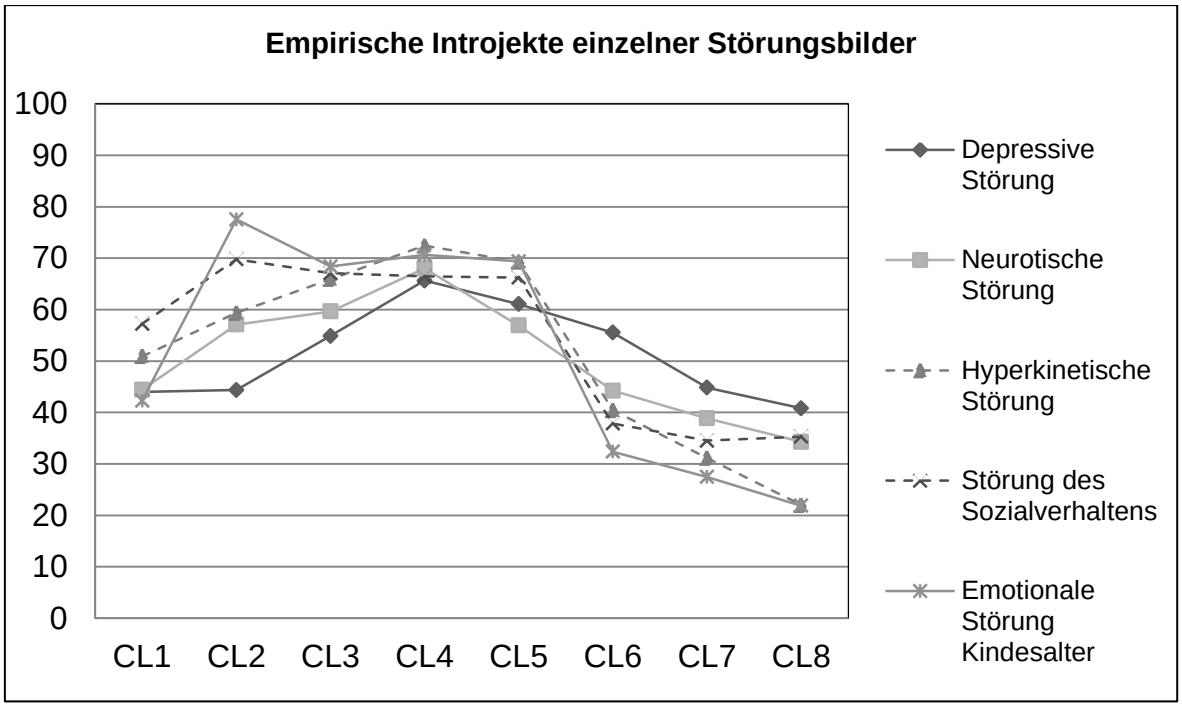


Abbildung 11.9: Empirische Introjekte einzelner Störungsgruppen.

CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

Abbildung 11.9 ist zu entnehmen, dass die **einzelnen Störungsgruppen durchaus deutlich differenziertere Kurvenverläufe** aufweisen als es bei den gemittelten Daten der beiden Hauptstörungsgruppen der Fall ist. Insbesondere Cluster 2, weiterhin auch Cluster 6, 7 und 8 zeigen unterschiedliche Ausprägungsgrade, während sich Cluster 4 bei allen Gruppen fast deckungsgleich präsentiert. Vor allem die Gruppe der **depressiven Störungen** scheint sich von den übrigen Störungen zu unterscheiden, sie zeigt die geringsten Werte in den AG Clustern 2 und 3 sowie gleichzeitig die höchsten Werte in allen DAG Clustern.

Eine weitere auffällige Charakteristik weist die Kurve der **emotionalen Störungen des Kindesalters** auf. Obwohl in der Untersuchung der ersten Hauptfragestellung der Gruppe der internalisierenden Störungen zugeordnet, scheint der Kurvenverlauf eher dem der externalisierenden Störungen zu ähneln, so weist diese Störungsgruppe sogar die höchsten Werte der AG Cluster 2 und 3 sowie die geringsten Mittelwerte aller DAG Cluster auf, ist demnach fast spiegelbildlich zum Kurvenverlauf der depressiven Störung zu betrachten. Die ausführliche deskriptive Statistik ist in Anhang 11.3 abgebildet, hier finden sich zusätzlich die Box-Plots der einzelnen Cluster.

Die Mittelwertdifferenzen wurden im Anschluss mittels **einfaktorieller Varianzanalyse** untersucht. Die Daten wurden hierzu zunächst auf Normalverteilung getestet, hierfür

wurde der Shapiro-Wilk Test genutzt, da dieser dem Kolmogorov-Smirnov Test hinsichtlich Testpower überlegen ist, wenngleich die Überprüfung kleiner Stichprobengrößen wie im vorliegenden Fall immer Einschränkungen unterliegt (Razali & Wah, 2011, S. 32). Die Clusterwerte weisen hierbei größtenteils Normalverteilung auf (α = .05), lediglich Cluster 2 zeigt keine Normalverteilung bei hyperkinetischer Störung sowie der emotionalen Störung des Kindesalters.

Im Anschluss wurden die Daten mittels Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet, hiernach liegen für Cluster 1 (p = .257), 3 (p = .727), 5 (p = .240), 6 (p = .739), 7 (p = .368) und 8 (p = .174) homogene Varianzen vor, keine Varianzhomogenität zeigen Cluster 2 (p = .043) und 4 (p = .036). Um die uneinheitlichen Ergebnisse zur Homogenität der Varianzen zu berücksichtigen, wurde zusätzlich zur klassischen ANOVA auch der **Welch-Test** durchgeführt (Field, 2009, S. 379).

Bei denjenigen Clustern, bei denen Varianzhomogenität gegeben ist, zeigen **Cluster 5** (F(4, 106) = 2.82, p = .029) und **Cluster 8** (F(4, 106) = 4.81, p = .001) signifikante Differenzen. Keine signifikanten Unterschiede weisen **Cluster 1** (F(4, 106) = 1.92, p = .112), **Cluster 3** (F(4, 106) = 1,99, p = .102), **Cluster 6** (F(4, 106) = 1.88, p = .119) sowie **Cluster 7** (F(4, 106) = 1.51, p = .204) auf.

Bei den beiden nicht varianzhomogenen Clustern weist **Cluster 2** (Welch-Test F(4, 34.76) = 4.72, p = .004) eine signifikante Differenz auf, **Cluster 4** (Welch-Test F(4, 34.53) = .50, p = .739) hingegen nicht, die entsprechenden Tabellen sind in Anhang 11.4 gelistet.

Für die signifikanten Differenzen wurde zusätzlich Eta-Quadrat berechnet, um die **Effektstärke** dieser Mittelwertunterschiede abzuschätzen, das Ergebnis wurde anschließend mit 100 multipliziert, um den **Varianzanteil** zu bestimmen, der auf die unabhängige Variable zurückgeführt werden kann (Bortz, 2005, S. 280; Field, 2009, S. 389). Somit ergeben sich folgende Werte:

- Cluster 2: $\eta^2 = .17 * 100 = 17\%$
- Cluster 5: $\eta^2 = .10 * 100 = 10\%$
- Cluster 8: $\eta^2 = .15 * 100 = 15\%$

Nach Cohen (1988, S. 283) entspricht dies **mittleren bis starken Effektstärken**. Die jeweilige Diagnose könnte somit einen signifikanten Einfluss darauf haben, wie die Patienten mit sich selbst umgehen, die Unterschiede liegen den Ergebnissen nach zu urteilen **primär auf der Interdependenzdimension** und zeigen sich einerseits im Grad der berichteten Selbstkontrolle (Cluster 5), anderseits dahingehend, wie stark sich die

Diagnosegruppen Selbst-Autonom verhalten, dies kann in eine positive Selbsterforschung (Cluster 2) oder aber in Selbstvernachlässigung (Cluster 8) münden.

Um weiter zu prüfen, welche einzelnen Gruppen sich unterscheiden, wurden **post-hoc Tests** der interessierenden Cluster vorgenommen. Für die Cluster, bei denen Varianzhomogenität gegeben ist, wurde die **Bonferroni-Korrektur** verwendet, bei den Clustern ohne Varianzhomogenität wurde der **Games-Howell-Test** genutzt (Field, 2009, S. 374f).

Für **Cluster 2** ergab der Games-Howell-Test signifikante Unterschiede zwischen der depressiven Störung und der Störung des Sozialverhaltens (-25.42, 95%-KI [-49.80, -1.04], p = .038) sowie der emotionalen Störung des Kindesalters (-33.19, 95%-KI [-57.34, -9.03], p = .004).

Für **Cluster 8** ergab die Überprüfung mittels Bonferroni-Korrektur signifikante Unterschiede zwischen depressiver Störung und hyperkinetischer Störung (18.82, 95%-KI [3.05, 34.60], p = .009) sowie erneut der emotionalen Störung des Kindesalters (18.98, 95%-KI [2.87, 35.08], p = .010).

Für **Cluster 5** sowie alle weiteren Cluster ergaben sich in der post-hoc Berechnung keine weiteren signifikanten Unterschiede.

Obwohl für die beiden Hauptstörungsgruppen insgesamt keine Altersunterschiede vorliegen (siehe Kapitel 9), wurde das **Alter** erneut separat für die **einzelnen Störungsgruppen** verglichen, um mögliche Einflussfaktoren auf die ermittelten Mittelwertdifferenzen zu erfassen, da sich bereits in der deskriptiven Statistik Unterschiede im Alter zeigen:

- Depressive Störung: M = 15.29, SD = 2.09
- Neurotische Störung: M = 13.81, SD = 2.38
- Hyperkinetische Störung: M = 16.36, SD = 3.00
- Störung des Sozialverhaltens: M = 11.15, SD = 2.34
- Emotionale Störung des Kindesalters: M = 12.31, SD = 2.81

Die **Altersdifferenzen** wurden mittels Varianzanalyse überprüft, Varianzhomogenität lag hierbei vor (Levene-Test, p = .525). Die Überprüfung ergab **signifikante Unterschiede im Alter der einzelnen Störungsgruppen** (F(4, 106) = 10.19, p < .001). Ein post-hoc Vergleich erfolgte erneut mittels Bonferroni-Korrektur.

Zur **Übersicht und abschließenden Betrachtung** zeigt Tabelle 11.3 zusammenfassend eine Matrix der signifikanten Differenzen auf Alters- sowie auf Clusterebene inklusive der entsprechenden Effektstärken als absoluter Betrag.

Auf der rechten Seite der Matrix sind die Differenzen hinsichtlich des Patientenalters aufgeführt, auf der linken Seite die Unterschiede auf Modellebene. Da jeder Cluster des SASB-Modells separat überprüft wurde, ist in Klammern angegeben, welcher spezifische Cluster eine signifikante Differenz aufweist.

Tabelle 11.3: Übersichtsmatrix der signifikanten Mittelwertdifferenzen für Alter und SASB-Cluster einzelner Störungsgruppen.

Alter / **Cluster**	**Depressive Störung**	**Neurotische Störung**	**Hyper-kinetische Störung**	**Störung des Sozial-verhaltens**	**Emotionale Störung des Kindesalters**
Depressive Störung				p <.001 d = 1.88	p = .014 d = 1.23
Neurotische Störung			p = .009 d = 1.01	p = .007 d = 1.12	
Hyper-kinetische Störung	p = .009 (Cluster 8) d = 1.13			p <.001 d = 1.93	p <.001 d = 1.39
Störung des Sozial-verhaltens	p = .038 (Cluster 2) d = 1.16				
Emotionale Störung des Kindesalters	p = .004 (Cluster 2) d = 1.53 p = .010 (Cluster 8) d = 1.31				

Wie der Matrix zu entnehmen ist, liegt für die signifikanten Clusterdifferenzen der depressiven Störung und der Störung des Sozialverhaltens sowie der emotionalen Störung des Kindesalters **gleichzeitig auch eine signifikante Differenz im Alter** der Patienten vor. Einzig zwischen **depressiver Störung und hyperkinetischer Störung** liegt ein signifikanter Unterschied innerhalb des SASB-Clusters 8 (Selbstvernachlässigung) vor, ohne dass gleichzeitig auch ein Altersunterschied besteht. Gemäß Cohen (1988, S. 40) liegen für alle signifikanten Mittelwertdifferenzen **große Effektstärken** vor.

11.1.2 Diskussion der ersten Hauptfragestellung

In der Gesamtbetrachtung müssen die Überlegungen hinsichtlich der ersten Hauptfragestellung verworfen werden, in den Daten zeigen sich trotz einiger tendenzieller Unterschiede **keine generellen, signifikanten Differenzen im Introjekt der internalisierenden und externalisierenden Störungen**, auch konnten die postulierten theoretischen Fingerprints anhand der empirischen Daten nicht repliziert werden.

Für die Daten der internalisierenden Störungen ist ein Einflussfaktor im Einschluss der Patienten mit der Diagnose einer **emotionalen Störung des Kindesalters** zu sehen. Wie beschrieben, zeigen die Patienten mit dieser Diagnose ein Introjekt, welches **eher dem externalisierenden Spektrum** zugeordnet ist und in der Tendenz eher „positiver" eingefärbt ist. Hierdurch zeigen sich in der Gesamtmittelung der Clusterwerte mögliche Differenzen nicht so deutlich, wie es etwa in der Betrachtung der separaten Störungen der Fall ist. Das Alter der Patienten mit der Diagnose F93.x ist erwartungsgemäß jünger als jenes der Patienten mit etwa einer depressiven Störung. Die **Introspektionsfähigkeit und Perspektivübernahme** dieser Patientengruppe ist daher möglicherweise noch eingeschränkt, da sie sich gerade zu Beginn der Entwicklungsphase der formalen Operationen befinden (Borg-Laufs & Trautner, 2007, S. 94). Jüngere Kinder sind weiterhin im normalen Entwicklungsverlauf stärker impulsiv und nutzen demnach häufig die schnellsten Lösungsmöglichkeiten zur Bearbeitung von Aufgaben (Kesewaa Nkrumah, Olawuyi & Torto-Seidu, 2015, S. 176), was zu einer vorschnellen Beantwortung führen kann, ohne tatsächlich in eine reflexive „Innensicht" zu wechseln.

Weiterhin könnte sich die große Gruppe der Patienten mit der Diagnose **Anpassungsstörung** als sehr heterogen präsentieren. Neben der Unschärfe der Diagnose an sich (siehe Kapitel 5) wurden für alle Patienten die Diagnosen lediglich über die ersten vier Stellen erfasst, insbesondere die Anpassungsstörung lässt über die fünfte Stelle jedoch weitere Differenzierungen zu (Remschmidt et al., 2012, S. 200), die auch Störungen des Sozialverhaltens beinhalten und demnach im Untersuchungsdesign in eine andere Klassifikationskategorie fallen würden.

In der Gruppe der externalisierenden Störungen ist zunächst das vergleichsweise hohe Alter der Patienten mit **hyperkinetischer Störung** zu betrachten. In dieser Gruppe befindet sich neben den Patienten aus der Eutiner Klinik/Ambulanz auch eine Gruppe (n = 8), die im Berufsbildungswerk Bugenhagen rekrutiert wurde, da dies im Versorgungsauftrag der Klinik liegt. Diese Patienten waren relativ alt (Range 16-20 Jahre) und erhöhen somit den Gesamtaltersdurchschnitt der Gruppe. Für die Gruppe der **Störung des Sozialverhaltens** gelten hinsichtlich des Alters dieselben einschränkenden Überlegungen wie für die Patienten mit der emotionalen Störung des Kindesalters, beide

Störungsgruppen zeigen auch einen ähnlichen Kurvenverlauf und unterscheiden sich in keinem der acht Cluster signifikant voneinander. In Anbetracht der zusammenfassenden Ergebnisse der Tabelle 11.3 könnte dies als Indikator dienen, dass in der vorliegenden Untersuchung das **Patientenalter einen stärkeren Einfluss auf die Introjekt-Beantwortung** hat als die diagnostizierte psychische Störung.

Die Patienten mit externalisierender Störung zeigen eine deutlich stärkere Ausprägung hinsichtlich der berichteten Selbstkontrolle, als es im theoretischen Introjekt erwartet wurde. Zur Erklärung können in einer **interdisziplinären Betrachtung auch soziologische Aspekte** mit einbezogen werden. So wird aktuell für Kinder und Jugendliche ein erheblicher Konformitätsdruck und eine soziale Kontrolle in ländlicher Umgebung, aber auch in sozial segregierten Bezirken berichtet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, S. 257ff). Auch die aktuelle Shell Jugendstudie berichtet, wenngleich im Verhältnis zur vorgehenden Studie etwas abgeschwächt, von einem für Jugendliche wichtigem Wertesystem, welches Fleiß und Ehrgeiz beinhaltet (Shell Deutschland Holding GmbH, 2015, S. 29). Diese **Umwelt- und Wertefaktoren** könnten zu einem generell kontrollierenden Selbstumgang im Introjekt beitragen, welches auch bei der externalisierenden Störungsgruppe deutlich ausgeprägt ist.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob die Erhebung des Introjektes hinreichend **Trennschärfe** generiert, um signifikante Unterschiede abzubilden, dies gilt besonders für die externalisierenden Störungen. Wie bereits in Kapitel 7 dargestellt, sollten sich deren Störungsäquivalente stärker im *inter*personellen denn im *intra*personellen Kontinuum abzeichnen, eine **Erfassung der transitiven und intransitiven Fokusebenen** könnte hierbei zu einem valideren Gesamteindruck beitragen, aus dem dann auch weitergehende Interpretationsansätze der empirischen Introjekte abgeleitet werden könnten.

Letztlich besteht auch die Möglichkeit, dass das **Konstrukt „Introjekt“**, wie es mit den Items und dem SASB-Modell erfasst wird, eventuell vorhandene „echte“ Unterschiede zwischen Patientengruppen nicht abzubilden vermag, da sich diese, sofern sie bestehen, in **anderen Verhaltens- und Emotionsbereichen** abzeichnen.

Trotz der benannten Einschränkungen zeigen sich, insbesondere in der Betrachtung der einzelnen spezifischeren Störungsmuster, in der Tendenz jedoch durchaus Unterschiede, vor allem die **depressive Störung** scheint einen charakteristischen Fingerprint mit niedrigen Werten in wohlwollender Selbsterforschung (Cluster 2) sowie vergleichsweise hohen Werten hinsichtlich einer Selbstvernachlässigung (Cluster 8) und einer generell stärkeren Ausprägung der maladaptiven DAG Cluster im Introjekt zu hinterlassen.

Ein Erklärungsansatz dieser Ergebnisse könnte in den Diagnosekriterien der jeweiligen Störungen zu finden sein. Die depressive Störung umfasst vergleichsweise **konkrete Symptomkriterien**, die zur Diagnosevergabe vorliegen müssen. In diese Gruppe sind zudem nur die F3-Diagnosen einbezogen worden (manische oder bipolare Störungen lagen bei den Patienten nicht vor), die sich lediglich im Schweregrad, nicht jedoch in den allgemeinen Kriterien unterscheiden. Die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ist demgegenüber **sehr viel breiter gefasst** und beinhaltet mehr differenziertere Störungsbilder (siehe Remschmidt et al., 2012, S. 180ff), unter anderem die häufig vergebene Diagnose Anpassungsstörung.

Für einen separaten Vergleich wurde daher aus der großen Gruppe der neurotischen Störungen eine kleinere Gruppe (*n* = 10) „reiner“ **Angsterkrankungen** gebildet und mit der depressiven Störung verglichen. Hierbei ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Lediglich Cluster 1 war in der Tendenz bei den Angststörungen **noch geringer ausgeprägt** als bei der depressiven Störungsgruppe ($F(1, 25) = 2.95$, $p = .098$). In dieser Gruppe liegt somit ein noch geringeres Ausmaß an selbstberichteter „freier Spontaneität“ vor. Die Ergebnisse rechtfertigen jedoch keine generelle Unterscheidbarkeit dieser beiden einzelnen Störungsbilder im Introjekt.

Auch bei den Angsterkrankungen stellt sich die Frage, ob über die Erhebung des Introjektes die Spezifika etwa einer spezifischen Phobie (F40.2) erfasst werden können. Zur Verdeutlichung zeigt Abbildung 11.10 die Introjekt Text-Map einer 19-jährigen Patientin mit einer solchen spezifischen Phobie.

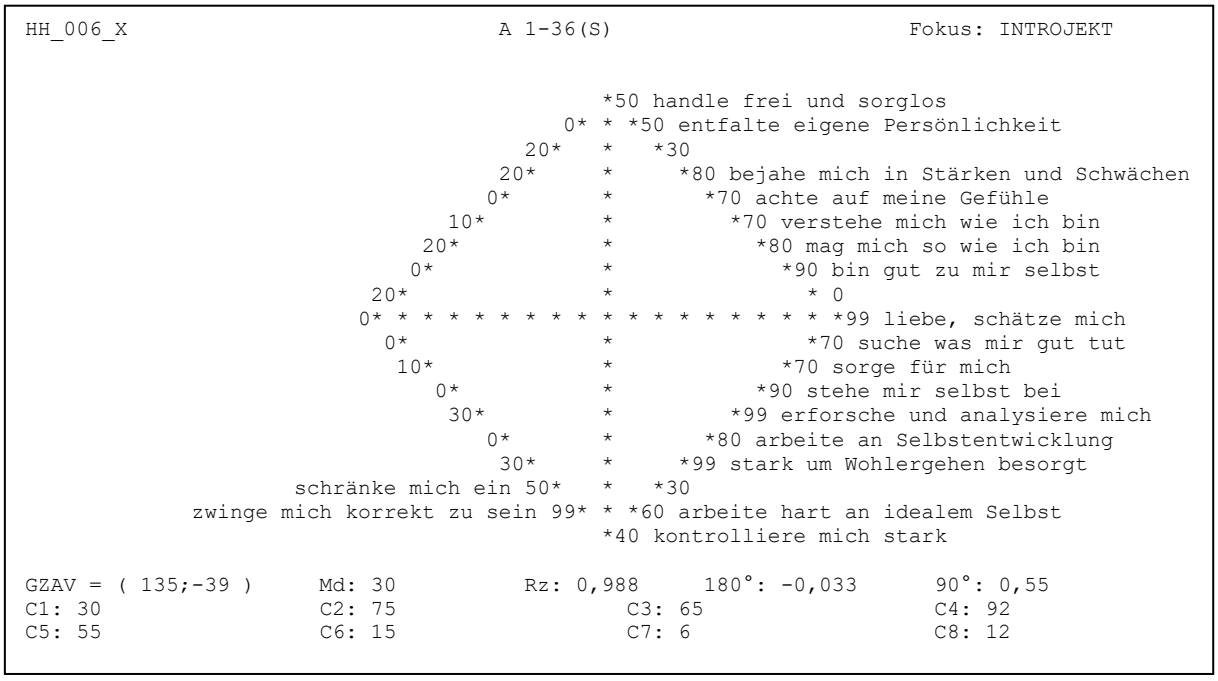


Abbildung 11.10: Introjekt Text-Map einer 19-jährigen Patientin mit spezifischer Phobie.

Das Introjekt dieser Patientin liegt im überwiegend positiven Bereich der Affiliationsachse, die Cluster der AG sind deutlich stärker ausgeprägt als die der DAG. Auch in der Pattern-Auswertung zeigt sich die stärkste Korrelation (*r* = .92) zum Pattern-Profil 1 („Freundliche Handlung gegenüber sich selbst“). Das selbstberichtete Introjekt scheint demnach **adaptiv und selbstliebend**. Zur Erklärung wäre folgende potentielle Aussage denkbar: „Ich habe kein Problem mit mir selbst, ich habe ja nur panische Angst vor Hunden“.

Wie unterschiedlich der Umgang mit sich selbst bei dieser Diagnose jedoch sein kann, verdeutlicht Abbildung 11.11. Die Abbildung zeigt hierbei das Introjekt der zweiten Patientin mit der Diagnose 40.2 (insgesamt wurde diese Diagnose bei den erfassten 122 Patienten nur zweimal vergeben, siehe Abbildung 9.4).

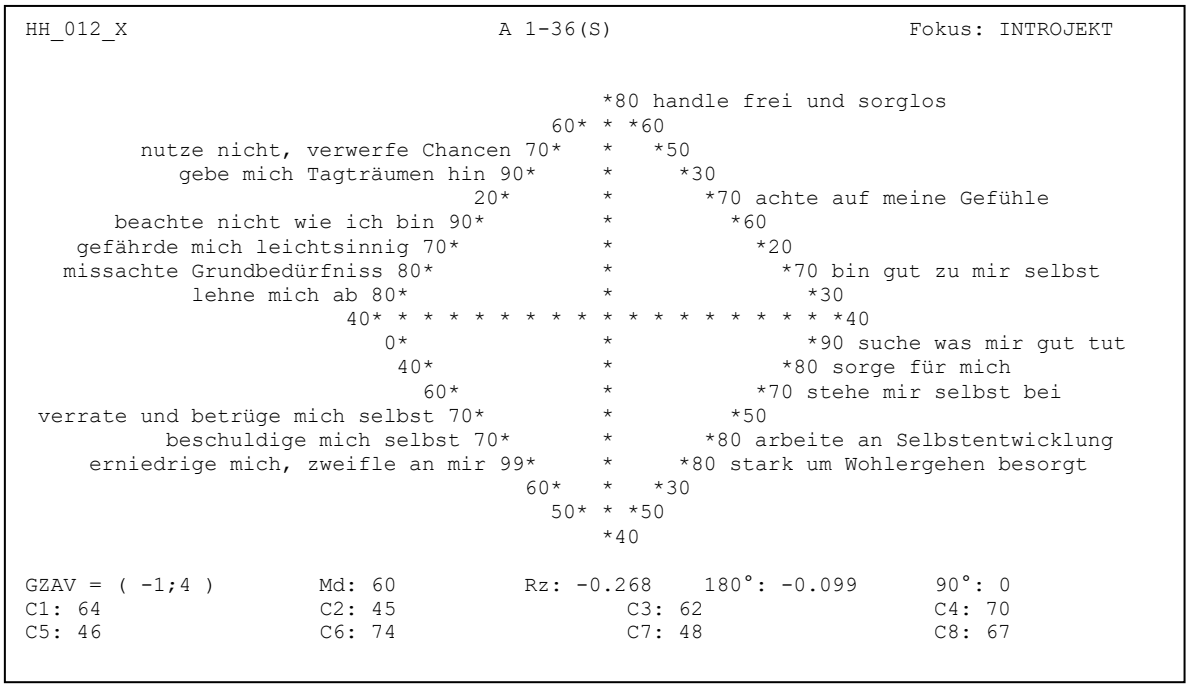


Abbildung 11.11: Introjekt Text-Map einer 15-jährigen Patientin mit spezifischer Phobie.

Das Introjekt der 15-jährigen Patientin zeigt viele Items im maladaptiven Bereich der Affiliationsdimension, die von der Patientin über ihrem individuellen Median beantwortet wurden. Alle Cluster sind hierbei ähnlich stark ausgeprägt, der höchste Wert wird in Cluster 6 (Selbstunterdrückung) erzielt. Der erste Eindruck einer gleichverteilten Clusterausprägung wird durch die Pattern-Auswertung unterstützt. Hier korreliert kein Profil signifikant, die höchste Korrelation (*r* = .46) findet sich zum Pattern-Profil 18 („Konflikt: Selbstkontrolle vs. sich selbst gehen lassen“). Das Introjekt beschreibt, im Gegensatz zu dem der 19-jährigen Patienten, also auch eine **intrapersonelle Komponente**, an der therapeutisch angesetzt werden könnte.

Zur weiteren Überprüfung, ob sich dennoch spezifische Charakteristika für beispielsweise diese Störungsgruppe finden lassen, sind **weitere Erhebungen mit größeren Fallzahlen** notwendig. Auch die Diagnose einer Zwangsstörung (F42) wurde bei den erfassten Patienten nur ein einziges Mal vergeben, sodass hier ebenfalls keine Aussagen auf Gruppenbasis getroffen werden können.

Die beiden kurz dargestellten Einzelfallanalysen verdeutlichen abermals die Notwendigkeit einer **individuellen Betrachtung jedes einzelnen Patienten**, gleich welche Diagnose vergeben wird. Auch zeigt das Beispiel erneut, welche Informationen aus nur einer Erhebung mit dem SASB-Modell generiert werden können.

11.2 Überprüfung der Hauptfragestellung 2

Verändert sich das Introjekt von Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung?

H2: Kinder und Jugendliche zeigen unterschiedliche Introjekt-Clustermittelwerte zu den drei Erhebungszeitpunkten im Verlauf der tagesklinischen Behandlung.

Neben den bereits im neunten Kapitel dargestellten deskriptiven Patienteninformationen des Hauptdatensets, in die bei nicht vorliegender Erhebung in der Institutsambulanz auch die Ersterhebung innerhalb der Tagesklinik einbezogen wurde, werden an dieser Stelle zunächst die spezifischen Informationen des **zweiten Datensets** vorgestellt, um anschließend mögliche Veränderungen über die drei Erhebungszeitpunkte zu betrachten.

Abbildung 11.12 zeigt zusammenfassend die relevanten Daten zur zweiten Hauptfragestellung.

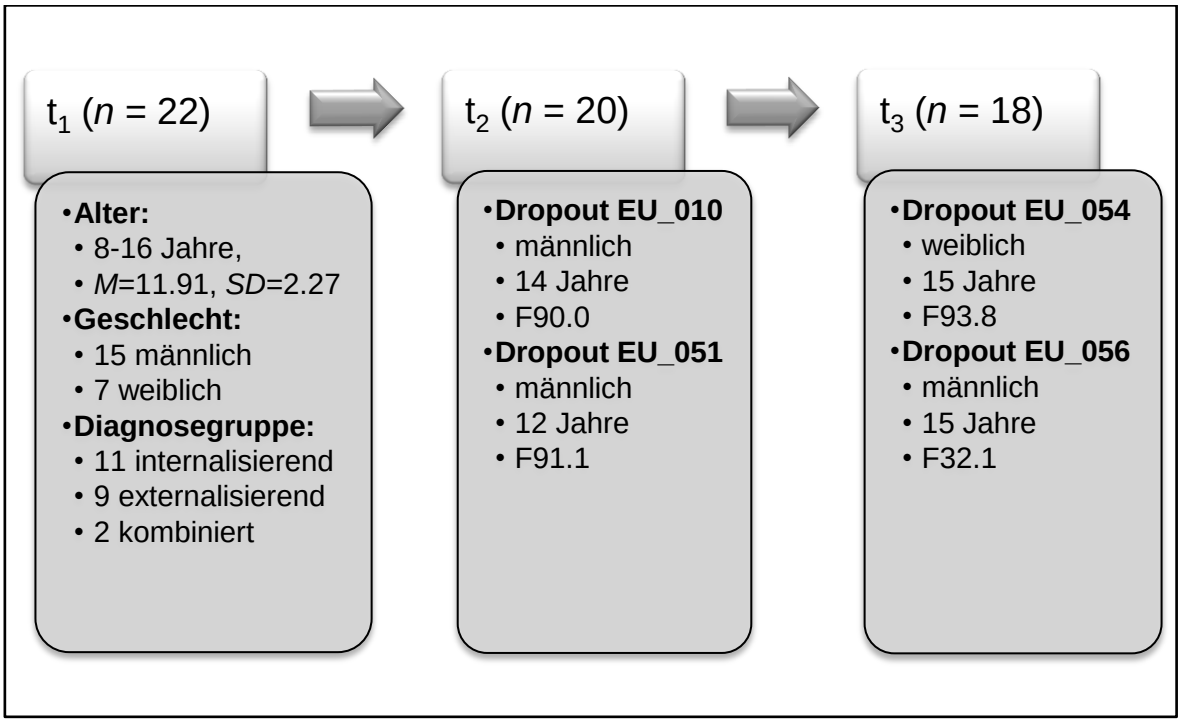


Abbildung 11.12: Deskriptive Patienteninformationen der Prozessevaluation im tagesklinischen Behandlungsverlauf.

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, ist das **Alter der tagesklinischen Patienten** im Vergleich zur Gesamtheit der Eutiner Patienten **deutlicher jünger**, dieser Altersunterschied ist auch signifikant ($t(111) = 2.86$, $p = .005$), weiterhin wurden mehr männliche Patienten erfasst als weibliche. Die **vier Dropouts**, je zwei zu den beiden weiteren Erhebungszeitpunkten, sind nicht Patienten, die eine Fragebogenbeantwortung verweigert haben, vielmehr haben diese Patienten die Tagesklinik vorzeitig verlassen, sodass sie für die Folgeerhebungen nicht mehr zur Verfügung standen.

Wie in den Darstellungen zur ersten Hauptfragestellung, soll auch an dieser Stelle zunächst die Überprüfung auf der **Ebene *N* = 1** unter Zuhilfenahme lediglich des Programms MakeMapsWin erfolgen, um für den klinischen respektive therapeutischen Alltag relevante Erfassungsmöglichkeiten zu demonstrieren. Abbildung 11.13 zeigt hierzu den Verlauf über die drei Erhebungszeitpunkte für die bereits bekannte Patientin EU_001.

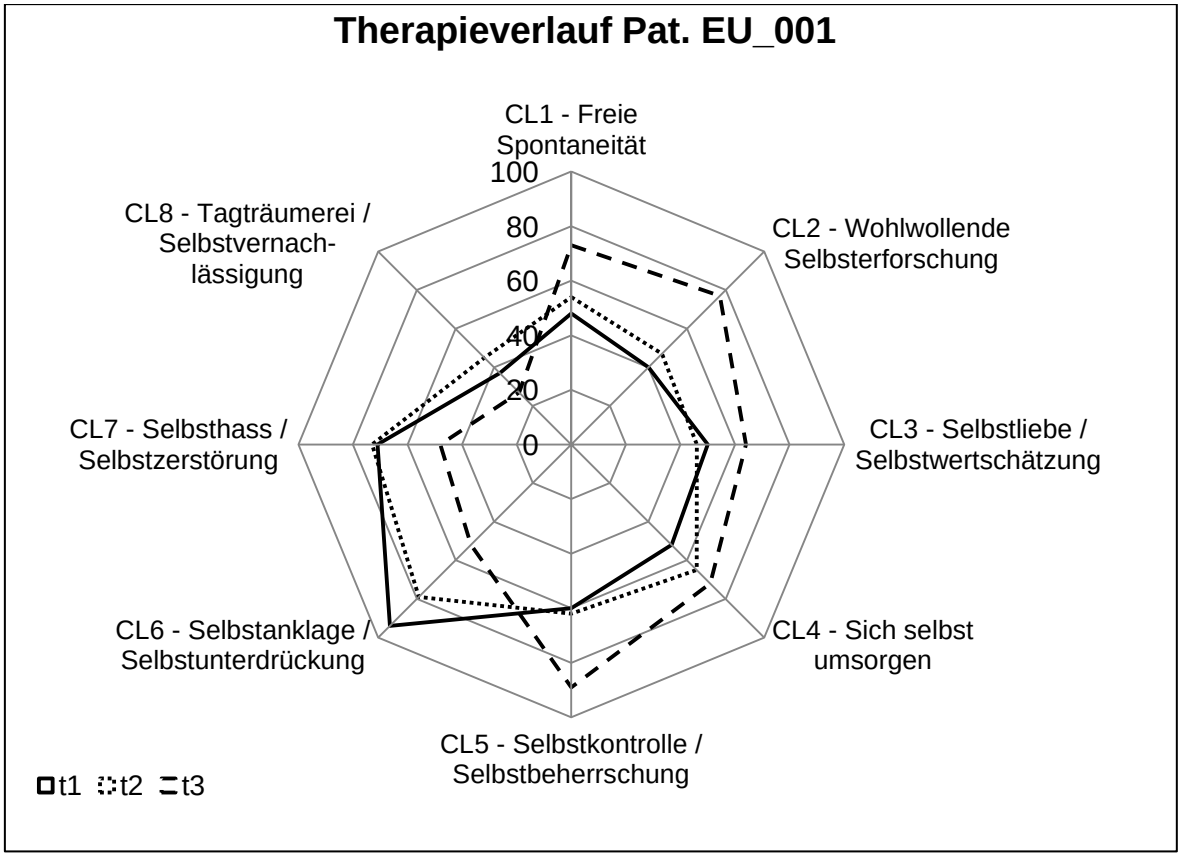


Abbildung 11.13: Veränderungen des Introjekts der Patientin EU_001 im tagesklinischen Verlauf.

Zum **ersten Erhebungszeitpunkt**, der kurz nach Aufnahme in die Tagesklink stattfand, liegt ein **sehr negatives Introjekt** mit Schwerpunkt auf Cluster 6 vor, die Pattern-Auswertung zeigt die stärkste Korrelation ($r = .79$) zu Pattern 4 („Selbstbeschuldigung“),

im Vergleich zur Erhebung in der Institutsambulanz zeigt der berichtete Umgang mit sich selbst also weniger einen Konflikt zwischen AG und DAG (siehe Abbildung 11.1, hier maximale Korrelation zu Pattern 17: „Konflikt: Selbstablehnung vs. Unbekümmertheit“) an, sondern ist einer grundsätzlicheren, selbstbeschuldigenden Haltung gewichen. In der **zweiten Befragung** zeigt sich nur eine marginale Änderung im Introjekt, die Pattern-Auswertung zeigt weiterhin die höchste Korrelation (r = .83) zum vierten Pattern-Profil. In der **letzten Erfassung**, kurz vor Ende der Entlassung, zeigt sich hingegen eine **deutliche Verschiebung der Charakteristik** im Umgang mit sich selbst. Die DAG Cluster 6 und 7 sind deutlich verringert, weiterhin ist auch der positive AG Cluster 2 auffallend stärker ausgeprägt. Auf der Interdependenzachse wiederum sind durch die Patientin beide Cluster stärker bewertet worden, ein möglicher Konflikt wird über die Pattern jedoch noch nicht beschrieben (CFL-Pattern r = .37). In der Pattern-Auswertung wird der Eindruck aus der Betrachtung bestätigt, hier zeigt sich die maximale Korrelation (r = .90) zum Pattern-Profil 11 („Selbstakzeptanz, beschützend und selbstbeherrscht“).

Über die Vergleichsberechnung im Programm MakeMapsWin kann eine **Veränderung auch statistisch geprüft** werden. Ein Vergleich der ersten beiden Introjekt-Erhebungen ergab einen signifikanten Zusammenhang (r = .91, Clusterbasis), der berichtete Umgang mit sich selbst unterschied sich folglich noch nicht voneinander. Ein korrelativer Vergleich der zweiten mit der dritten Erhebung (r = -.01, Clusterbasis) sowie der ersten mit der dritten Erhebung (r = -.08, Clusterbasis) zeigt, dass das Introjekt der Patientin kurz vor Entlassung aus der Klinik **keinen Zusammenhang mehr zum Introjekt bei Aufnahme** und Mitte der Behandlung aufweist. Die detaillierten Programmoutputs der Vergleichsberechnungen finden sich in Anhang 11.5.

Wie verhält es sich nun mit den Daten auf Gesamtgruppenebene? Für einen ersten Eindruck bietet sich hierbei die Nutzung der **GZAV** an, Abbildung 11.14 zeigt die GZAV der Patienten im Therapieverlauf.

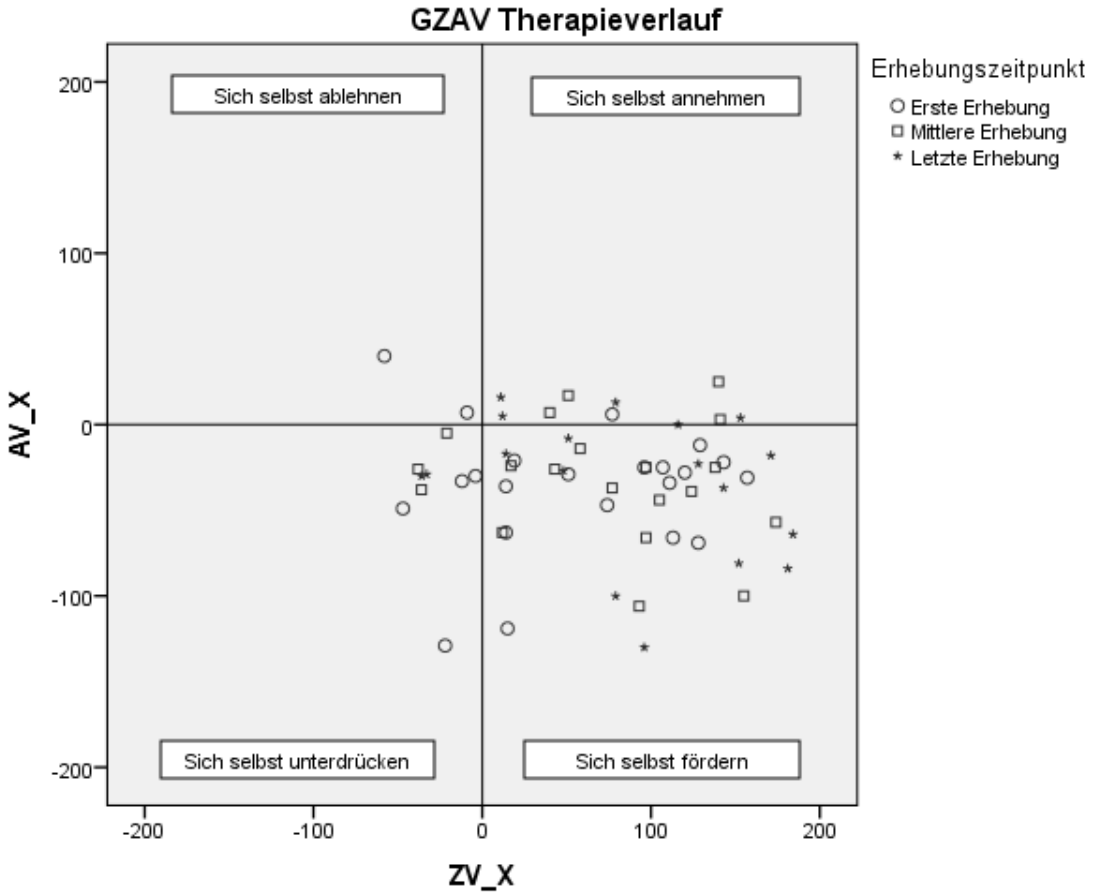


Abbildung 11.14: Gewichtete Zuneigungs-Autonomie-Vektoren im Therapieverlauf.

Die GZAV zeigen sich primär im **selbstkontrollierten Bereich** des Diagramms, zum ersten Erhebungszeitpunkt liegen noch einige Patienten im negativen Bereich der Affiliationsdimension, vor allem im Quadranten „Sich selbst unterdrücken“, zum letzten Erhebungszeitpunkt sind jedoch bis auf zwei Patienten alle GZAV im positiven intrapersonellen Kontinuum verortet. Insgesamt ist jedoch **keine starke Veränderung** über die Erhebungszeitpunkte zu beobachten, die überwiegende Zahl der GZAV befindet sich zu allen Zeitpunkten in den beiden rechten, positiven Quadranten.

Für die weiteren Berechnungen wurden die **vier Dropouts nicht berücksichtigt**, da für diese Patienten keine Daten für die Erhebung zu t_2 respektive t_3 vorliegen. Es wurde sich zur Nutzung der gebräuchlichen **complete-case-analysis Methode** ohne Nutzung von multiplen Imputationen entschieden (siehe etwa Pigott, 2001, S. 354), da nicht nur einzelne Werte fehlen, sondern komplette Fragebogen-Sets, die bei der ohnehin geringen Fallzahl zu hohe Interferenzen abseits der „wahren Varianz“ erzeugen könnten. Die folgenden Ausführungen beziehen sich demnach stets auf die ***n* = 18 Patienten**, die alle drei Fragebogenerhebungen durchgeführt haben. Abbildung 11.15 zeigt die empirischen Werte der Introjekte zu den drei Erhebungszeitpunkten.

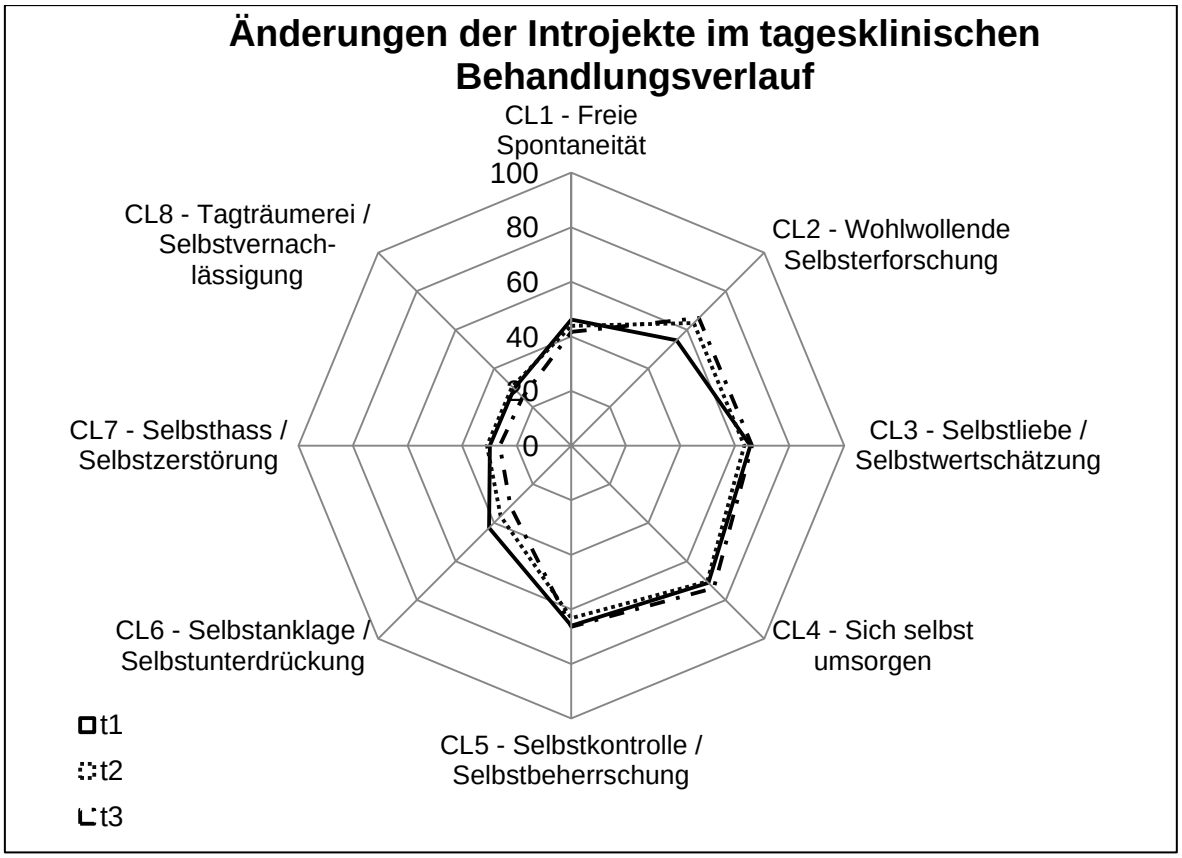


Abbildung 11.15: Empirische Introjekte im tagesklinischen Behandlungsverlauf.

Sichtbar ist vor allem die **Nicht-Sichtbarkeit großer Veränderungen** im Verlauf. Am deutlichsten differenziert zeigt sich im ipsativen Kontext noch **Cluster 2** sowie nachfolgend **Cluster 6**, bei allen übrigen Clustern sind, auch aufgrund der standardisierten Skalierung des Diagramms, kaum Unterschiede auszumachen. Alle drei gemittelten Introjekte liegen primär im positiven Bereich der AG mit eher stärkerer Ausrichtung zum Kontroll-Pol der Interdependenzdimension. Aufgrund der starken Überlappung der Daten im Diagramm werden die Werte selbst noch einmal separat dargestellt, Tabelle 11.4 zeigt die **Clustermittelwerte im Behandlungsverlauf**.

Tabelle 11.4: Clustermittelwerte im tagesklinischen Behandlungsverlauf.

	t1	t2	t3
CL1 - Freie Spontaneität	46.17	43.89	41.67
CL2 - Wohlwollende Selbsterforschung	54.56	63.50	66.11
CL3 - Selbstliebe / Selbstwertschätzung	65.61	63.39	66.22
CL4 - Sich selbst umsorgen	71.06	70.44	73.83
CL5 - Selbstkontrolle / Selbstbeherrschung	66.00	63.22	66.39
CL6 - Selbstanklage / Selbstunterdrückung	42.61	36.61	31.50
CL7 - Selbsthass / Selbstzerstörung	29.83	30.89	26.22
CL8 - Tagträumerei / Selbstvernachlässigung	29.61	30.61	25.17

Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass sich einige Unterschiede zeigen, die Differenzen aber zumeist sehr gering ausfallen. Der AG Cluster 2 steigt kontinuierlich über die Erhebungen an, die beiden anderen AG Cluster 3 und 4 zeigen zu t_3 ebenfalls höhere Mittelwerte bei einem kleinen „Einbruch“ zu t_2. Für die DAG zeigt Cluster 6 eine kontinuierliche Verringerung, auch Cluster 7 und 8 zeigen eine Verringerung, jedoch zeigen die beiden Cluster, letztlich spiegelbildlich zu Cluster 3 und 4, ebenfalls einen minimalen „Einbruch“ im Sinne einer Erhöhung der Mittelwerte bei Zeitpunkt t_2. Für die Interdependenzachse zeigt Cluster 1 eine kontinuierliche Verringerung, während Cluster 5 von t_1 zu t_2 zunächst abnimmt, um zu t_3 letztendlich wieder auf dem Ausgangsniveau zu sein.

Die **Signifikanzüberprüfung** der zwar vorhandenen, jedoch oftmals nur minimalen Mittelwertdifferenzen wurde zunächst mittels **Varianzanalyse mit Messwiederholung** durchgeführt. Alle Daten waren gemäß Testung mittels Shapiro-Wilk Test normalverteilt ($\alpha = .05$), weiterhin lag für alle Cluster Sphärizität vor (Prüfung mittels Mauchly Test), sodass zur Prüfung des Haupteffekts keine Korrekturverfahren genutzt werden mussten (Field, 2009, S. 461). **Post-hoc Berechnungen** der einzelnen Messzeitpunkte wurden mittels Bonferroni-Korrektur durchgeführt, die Einschätzung der Effektstärken wird über das partielle Eta-Quadrat ermöglicht. Tabelle 11.5 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse der Varianzanalyse.

Tabelle 11.5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung.

	Sphärizität (Mauchly-Test)	**Haupteffekt Signifikanz**	**Eta-Quadrat**	**Post-hoc (Bonferroni)**
Cluster 1	p = .324	p = .536	η^2 = .04	
Cluster 2	p = .349	p = .015*	η^2 = .22	t_1 zu t_3 (p = .008**)
Cluster 3	p = .568	p = .724	η^2 = .02	
Cluster 4	p = .184	p = .695	η^2 = .02	
Cluster 5	p = .656	p = .606	η^2 = .03	
Cluster 6	p = .151	p = .156	η^2 = .10	
Cluster 7	p = .809	p = .496	η^2 = .04	
Cluster 8	p = .794	p = .246	η^2 = .08	

*p < .05 **p < .01 *** p < .001

CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

Wie Tabelle 11.5 zu entnehmen ist, zeigt sich nur für **Cluster 2** ein signifikanter Haupteffekt, nach Cohen (1988, S. 283) liegt hierbei ein starker Effekt vor. Über die Post-hoc Testung zeigt sich, dass im zweiten Cluster ein signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten nach Aufnahme in und vor Entlassung aus der Tagesklinik vorliegt.

Da sich die Post-hoc Überprüfung nach Bonferroni zwar gut zur Eingrenzung des **Typ I Fehlers** eignet, aber aufgrund der konservativen Berechnung auch anfällig für einen **Typ II Fehler** („wahrer" Effekt wird übersehen) ist (Field, 2009, S. 373), wurde weiterhin noch eine „einfache" Überprüfung der einzelnen Mittelwertdifferenzen mittels **gepaartem t-Test** für jeden der acht Cluster über die Messzeitpunkte t_1 zu t_2, t_2 zu t_3 sowie t_1 zu t_3 durchgeführt.

Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse der unterschiedlichen t-Tests **zusammenfassend dargestellt**, zu jedem Vergleich der Messzeitpunkte werden die Differenzen der Mittelwerte („Diff."), die Signifikanz der Mittelwertdifferenzen (zweiseitige Testung) und abschließend die Effektstärke *d* (als absoluter Betrag, erneut berechnet nach Lenhard & Lenhard, 2016) berichtet, Effektstärken nicht signifikanter Differenzen sind hierbei kleiner formatiert. Tabelle 11.6 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 11.6: Ergebnisse des gepaarten t-Tests: Differenz, Signifikanz und Effektstärke der Clustermittelwert-Veränderungen im tagesklinischen Verlauf.

	t_1 zu t_2			t_2 zu t_3			t_1 zu t_3		
	Diff.	***p***	***d***	**Diff.**	***p***	***d***	**Diff.**	***p***	***d***
Cluster 1	2.28	.550	.20	2.22	.534	.21	4.50	.347	.32
Cluster 2	-8.94	.035*	.77	-2.61	.569	.19	-11.56	.003**	1.17
Cluster 3	2.22	.551	.20	-2.83	.399	.29	-.61	.884	.05
Cluster 4	.61	.861	.06	-3.39	.507	.23	-2.78	.501	.23
Cluster 5	2.78	.390	.29	-3.17	.414	.28	-.39	.908	.04
Cluster 6	6.00	.388	.30	5.11	.320	.34	11.11	.035*	.76
Cluster 7	-1.06	.805	.08	4.67	.230	.42	3.61	.412	.28
Cluster 8	-1.00	.778	.10	5.44	.096	.59	4.44	.229	.42

*$p < .05$ **$p < .01$ *** $p < .001$

CL1-Freie Spontaneität; CL2-Wohlwollende Selbsterforschung; CL3-Selbstliebe; CL4-Sich selbst umsorgen; CL5-Selbstkontrolle; CL6-Selbstunterdrückung; CL7-Selbsthass; CL8-Selbstvernachlässigung.

Insbesondere bei qualitativer Betrachtung der Differenzen im Vergleich von t_1 zu t_3 zeigt sich erneut der **positive „Behandlungseffekt“** des tagesklinischen Verlaufs. Die Differenzen aller **AG Cluster** sind negativ, die Mittelwerte dieser adaptiven Introjekt-Cluster sind bei Abschluss der Behandlung also **größer als bei Aufnahme**. Entgegengesetzt zeigen sich die **DAG Cluster**, hier sind alle Differenzen positiv, bei Entlassung sind die maladaptiven Clustermittelwerte folglich **kleiner als bei Aufnahme**. Die Cluster der Interdependenzachse sind nicht eindeutig verändert, wie bereits im Zusammenhang der Zirkumplex-Darstellung beschrieben.

Jedoch muss **einschränkend auf die Signifikanz dieser Differenzen** verwiesen werden. Im Vergleich t_1 zu t_3 zeigen lediglich Cluster 2 und 6 signifikante Unterschiede, die Stärke dieser Effekte ist gemäß den Konventionen nach Cohen (1988, S. 40) als mittel bis stark zu interpretieren. Bei allen weiteren Vergleichen weist nur Cluster 2 im Vergleich vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt einen signifikanten, mittelstarken Unterschied auf.

In der Zusammenschau der qualitativen Beschreibung der Veränderungen sowie der statistischen Überprüfung der Mittelwertdifferenzen konnten insgesamt keine hinreichenden Hinweise auf die Gültigkeit der Alternativhypothese gefunden werden, die **Nullhypothese** kann folglich nicht abgelehnt werden:

> Kinder und Jugendliche zeigen keine unterschiedlichen Introjekt-Clustermittelwerte zu den drei Erhebungszeitpunkten im Verlauf der tagesklinischen Behandlung.

11.2.1 Explorative Datenanalyse

Auch für die zweite Hauptfragestellung wurden die erhobenen Daten nach Überprüfung der a priori definierten Forschungshypothese **explorativ betrachtet**. Hierbei soll der Verlauf im Behandlungssetting, getrennt nach Hauptstörungsgruppen, vorgestellt werden, da sich hier äußerst betrachtungswürdige Ergebnisse zeigen. Einschränkend sei jedoch gleich zu Beginn erwähnt, dass sich hinsichtlich des Alters der Patienten auch in der Tagesklinik signifikante Unterschiede ($t(14) = 2.80$, $p = .014$) zwischen internalisierenden ($M = 12.56$, $SD = 2.24$) und externalisierenden ($M = 9.86$, $SD = 1.35$) Störungen zeigen. Mögliche Unterschiede sind folglich nicht zwingend durch die Störungsgruppe erklärbar, sondern theoretisch auch über das unterschiedliche Alter der Patienten.

Abbildung 11.16 zeigt die verschiedenen **Mittelwertentwicklungen im Behandlungsverlauf, getrennt für Cluster und Störungsgruppe**. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass aufgrund des hypothesengenerierenden Charakters der explorativen Analyse die von SPSS vorgeschlagenen Skalierungen übernommen wurden, um die Verlaufsunterschiede deutlicher sichtbar zu machen.

Dementsprechend haben die einzelnen **Darstellungen zum Teil unterschiedliche Skalierungen**, wodurch Differenzen größer erscheinen können als es bei einheitlicher Skalierung der Fall wäre (vergleiche etwa Abbildung 11.15, zu Fehlerquellen bei der grafischen Datenaufbereitung siehe Nachtigall & Wirtz, 2004, S. 218).

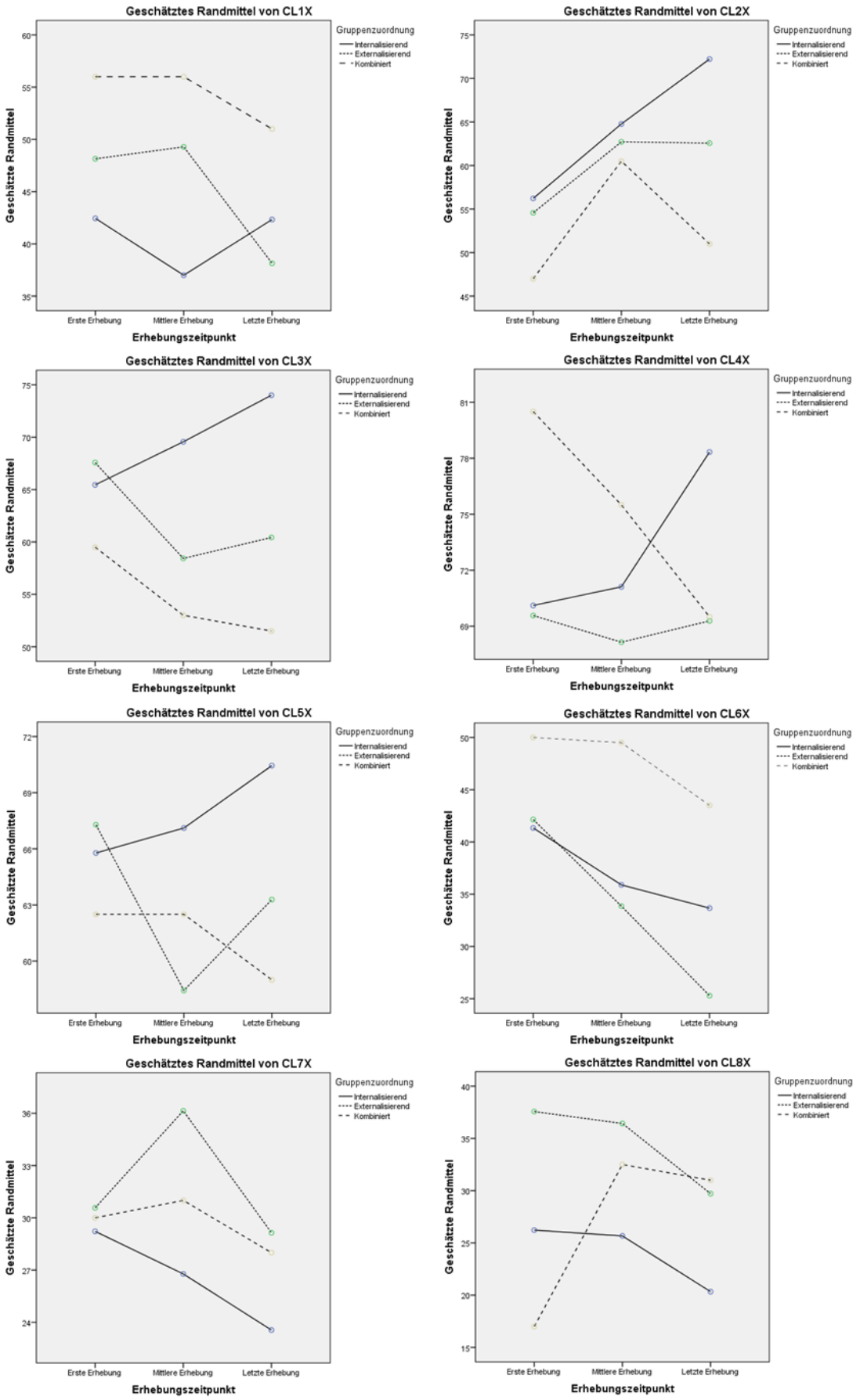


Abbildung 11.16: Veränderungen der Mittelwerte im Behandlungsverlauf, getrennt nach Hauptstörungsgruppe.

Die Störungsgruppe der kombinierten Störungen besteht hierbei lediglich aus *n* = 2 Patienten, sodass vor allem die Verläufe der internalisierenden (*n* = 9) und externalisierenden (*n* = 7) Störungen interessieren, da hier einzelne Extremantworten besser gemittelt werden können.

Hierbei soll insbesondere auf die **Verläufe der beiden Hauptstörungsgruppen** hingewiesen werden. In fast allen Clustern (2, 3, 4, 5, 6 und 7) zeigen die beiden Gruppen sehr **ähnliche Ausgangspunkte zu t_1**, entwickeln sich dann aber völlig unterschiedlich im Verlauf, sodass zum **Zeitpunkt t_3 sehr viel größere Mittelwertunterschiede** vorliegen. Lediglich Cluster 1 und 8 weisen schon zum ersten Messzeitpunkt differenzierte Mittelwerte auf.

Weiterhin auffällig ist der Verlauf der **externalisierenden Störungsgruppe** für die Cluster 3 und 7, also genau für die beiden **achsendefinierenden Cluster der Affiliationsdimension**. Während die internalisierende Störungsgruppe für Cluster 3 eine stete Erhöhung, sowie für Cluster 7 eine stete Verringerung der Mittelwerte aufweist, fällt der Cluster 3 Mittelwert der externalisierenden Gruppe zu t_2 zunächst einmal ab (≙ „*weniger* Selbstliebe / Selbstwertschätzung“), um zu t_3 wieder sehr leicht anzusteigen. Bei Cluster 7 erhöht sich der Mittelwert zu t_2 (≙ „*mehr* Selbsthass / Selbstzerstörung“) und fällt zu t_3 wieder auf einen Wert knapp unterhalb des Ausgangsniveaus.

Aufgrund dieser Beobachtung wurde zur Einschätzung des Effekts der unterschiedlichen Verläufe ein gepaarter **t-Test über die Messzeitpunkte t_1 zu t_3**, getrennt nach Hauptstörungsgruppe berechnet, Tabelle 11.7 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 11.7: Ergebnisse gepaarter t-Test des Behandlungsverlaufs internalisierender und externalisierender Störungen.

Test bei gepaarten Stichproben: t1 zu t3 – Internalisierende Störungen

	Gepaarte Differenzen								
				95% Konfidenzintervall der Differenz					Effektstärke
	Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Untere	Obere	T	df	Sig. (2-seitig)	d
CL1 Freie Spontaneität	,111	17,510	5,837	-13,349	13,571	,019	8	,985	.01
CL2 Selbsterforschung	-16,000	13,048	4,349	-26,030	-5,970	-3,679	8	,006**	1.73
CL3 Selbstliebe	-8,556	10,956	3,652	-16,977	-,134	-2,343	8	,047*	1.11
CL4 Sich selbst umsorgen	-8,222	6,300	2,100	-13,065	-3,379	-3,915	8	,004**	1.85
CL5 Selbstkontrolle	-4,667	11,630	3,877	-13,606	4,273	-1,204	8	,263	.57
CL6 Selbstunterdrückung	7,667	21,800	7,267	-9,090	24,424	1,055	8	,322	.50
CL7 Selbsthass	5,667	19,339	6,446	-9,199	20,532	,879	8	,405	.41
CL8 Selbstvernachlässigung	5,889	9,034	3,011	-1,055	12,833	1,956	8	,086	.92

Test bei gepaarten Stichproben: t1 zu t3 – Externalisierende Störungen

	Gepaarte Differenzen								
				95% Konfidenzintervall der Differenz					Effektstärke
	Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Untere	Obere	T	df	Sig. (2-seitig)	d
CL1 Freie Spontaneität	10,000	25,087	9,482	-13,201	33,201	1,055	6	,332	.56
CL2 Selbsterforschung	-8,000	16,083	6,079	-22,874	6,874	-1,316	6	,236	.70
CL3 Selbstliebe	7,143	22,527	8,514	-13,691	27,977	,839	6	,434	.45
CL4 Sich selbst umsorgen	,286	25,461	9,623	-23,261	23,833	,030	6	,977	.02
CL5 Selbstkontrolle	4,000	17,991	6,800	-12,639	20,639	,588	6	,578	.31
CL6 Selbstunterdrückung	16,857	22,475	8,495	-3,929	37,643	1,984	6	,094	1.06
CL7 Selbsthass	1,429	19,475	7,361	-16,583	19,440	,194	6	,853	.10
CL8 Selbstvernachlässigung	7,857	16,129	6,096	-7,060	22,774	1,289	6	,245	.69

*$p < .05$ **$p < .01$ *** $p < .001$

Während bei der **externalisierenden Störungsgruppe kein einziger Cluster** eine signifikante Veränderung zeigt, weisen für die **internalisierende Gruppe alle AG Cluster** signifikante Differenzen im Vergleich der beiden Messzeitpunkte auf. Alle Unterschiede zeigen hierbei über die Betrachtung des Vorzeichens der Differenz weiterhin auch eine „erwünschte“ Richtung in dem Sinne, als dass zu t_3 höhere Werte vorliegen, die AG also als stärker ausgeprägt bewertet wird.

11.2.2 Diskussion der zweiten Hauptfragestellung

Die tagesklinische Behandlung wirkt auch im intrapersonellen Kontext. Obwohl die Alternativhypothese nicht angenommen werden konnte, weisen in der qualitativen Gesamtbetrachtung **alle AG und DAG Cluster Veränderungen in die „gewünschte“ Richtung** auf, auch wenn, wie beschrieben, die Veränderungen zumeist unterhalb der Signifikanzgrenze liegen. Diese Beobachtung muss vor allem auch im Kontext der Erfassungsmodalitäten interpretiert werden. Die Erhebungen erfolgten **parallel zum eigentlichen Behandlungsverlauf**, die Ergebnisse wurden weder mit den Kindern und Jugendlichen besprochen, noch wurden die Ergebnisse als Ansatz für mögliche Interventionen verwendet. Auf den transitiven Umgang der Patienten mit sich selbst wurde folglich nicht im SASB Modellkontext eingegangen.

Dass dennoch ein positiver Behandlungseffekt in der qualitativen Gesamtbetrachtung, sowie statistisch signifikant auch in den Clustern 2 und 6, im Introjekt nachweisbar ist, könnte demnach als Indiz dafür dienen, dass über das Konstrukt des Introjekts auch **allgemeine Wirkfaktoren** einer (tagesklinischen) psychotherapeutischen Behandlung erfassbar sind. In diesem Zusammenhang wird von der Tagesklinik als „therapeutischer Entwicklungsraum“ (Gehrmann et al., 2008, S. 56) gesprochen, in dem neue Bindungserfahrungen als ein zentrales Grundprinzip definiert werden (Gehrmann et al., 2008, S. 58). Durch diese bindungsorientierten Angebote können im Sinne eines Reparenting korrigierende Beziehungserfahrungen (Roediger & Zarbock, 2013, S. 201) geschaffen werden, welche sich auch im Introjekt abzeichnen könnten. Ob dies allerdings im begrenzen Zeitraum der Tagesklinik in Gänze geschaffen werden kann, bleibt fraglich, hier hätten **Katanamneseerhebungen** im Rahmen einer poststationären, ambulanten Weiterbehandlung zusätzliche Informationen liefern können. Auch Jelen-Mauboussin et al. (2013, S. 25) gehen davon aus, dass durch reine Prä-Post-Messungen eines solch kurzen Zeitraumes keine Veränderungen innerhalb der Persönlichkeitsstruktur erfassbar sind, da diese eine längere Entwicklungszeit benötigen.

Einschränkend muss gleichzeitig jedoch die **oftmals nur geringe Veränderung im Introjekt** und die generell positive Selbstbeschreibung der Patienten bereits bei der

ersten Befragung erwähnt werden. Vor allem die **Beschränkung auf die alleinige Erfassung des Introjekts könnte zu kurz greifen**, wie bereits in der ersten Hauptfragestellung diskutiert. Im psychotherapeutischen Prozess liegen viele unterschiedliche Wirkfaktoren vor, die „durch ein komplexes Geflecht miteinander in Wechselwirkung“ (Hilbert & Martin, 2015, S. 185) stehen, dies gilt für den Raum der Tagesklink mit täglichem Wechsel zwischen Familie und Einrichtung, Klinikschule sowie therapeutischen und pädagogischen Behandlungselementen (Beutling, 2008, S. 30) umso mehr. Eine zusätzliche Erfassung der **transitiven und intransitiven *inter*personellen Ebene** könnte daher auch in diesem Kontext einen zusätzlichen **Informationsgewinn** erzeugen.

Eine weitere Einschränkung liegt im Bereich der **sozialen Erwünschtheit**, die Patienten könnten gegen Ende der Therapie stärker sozial erwünscht antworten und so zum „positiven Outcome“ beitragen. Ein Bias könnte in diesem Kontext auch durch den Effekt der „justification of effort“ (Aronson, Wilson & Akert, 2008, S. 172) entstehen. Die Patienten, welche die Zeit in der Tagesklink „durchgestanden“ haben, könnten ihren subjektiven „Aufwand“ auch dadurch rechtfertigen, in den letzten Erhebungen einen positiveren Umgang mit sich selbst zu beschreiben. Und natürlich könnten die Patienten in der dritten Erhebung schlichtweg weniger Lust gehabt haben, den Fragebogen erneut auszufüllen, sodass sie diesen dann schneller und gröber beantworteten, ohne in eine tatsächliche Introspektion zu wechseln. Hier hätte eine parallele **Erfassung der Beantwortungszeiten** weitere Hinweise liefern können.

Letztlich müssen jedoch alle selbstberichteten Fragebögen mit diesen Einschränkungen umgehen, durch die Beantwortung der anderen SASB Fokusebenen durch Therapeuten und/oder Bezugspersonen könnte hier, neben dem bereits beschriebenen zusätzlichen Informationsgewinn, auch ein **Abgleich der Fremd- und Selbsteinschätzung** der Patienten erfolgen.

Die **Stichprobengröße** ist trotz des relativ langen Erhebungszeitraumes unter den Erwartungen in der Konzeptionsphase zurückgeblieben, hier wurde mit etwa 30-40 Patienten kalkuliert. Wie bereits in der Darstellung der deskriptiven Patientendaten beschrieben, sind die Patienten in der Tagesklinik im Durchschnitt jünger als in der Institutsambulanz gewesen, weiterhin konnten viele Patienten gar nicht erfasst werden, da sie unter dem selbstgesetzten Cut-off Alter lagen (siehe Kapitel 9). Diese Beobachtung ist kohärent zu den Beschreibungen von Prankel, Tober und Rohde (2008, S. 44), nach denen die **Tagesklinik besonders für junge Kinder** geeignet ist.

Bezogen auf die insgesamt **vier Dropouts** ist qualitativ auf Einzelfallebene zu sehen, dass zunächst drei der vier Patienten relativ alt und bereits im Jugendlichenalter waren.

Weiterhin, dass die beiden Patienten, die bereits nach der ersten Erhebung aus der Tagesklinik entlassen wurden, der externalisierenden Störungsgruppe angehören, während die beiden anderen Patienten, die erst gegen Ende der Behandlung entlassen wurden, internalisierende Diagnosen haben. Dissoziale und impulsive Symptome scheinen sich möglicherweise auch auf das **Durchhaltevermögen im Behandlungssetting** auszuwirken, sodass sehr zeitnah nach Aufnahme bereits der Abbruch folgte. Dies deckt sich mit den **Erfahrungen zu Abbruchgründen**, die Gehrmann et al. (2008, S. 62) berichten, hiernach liegen häufig aggressiv-impulsives Verhalten sowie Regelverstöße vor, zudem ist die Abbruchquote bei Jugendlichen generell höher als bei Kindern.

Als letzter Diskussionspunkt soll auf die **Ergebnisse der explorativen Datenanalyse** eingegangen werden. Bis auf die beiden Cluster 1 und 8 zeigten alle Cluster für die externalisierende sowie internalisierende Störungsgruppe sehr ähnliche Clustermittelwerte beim ersten Erhebungszeitpunkt. Dies schließt sich gut an die **Ergebnisse der ersten Hauptfragestellung** an, wonach sich beide Störungsgruppen kaum voneinander unterscheiden. In den Datensatz sind, wenn keine Stamp X Erhebung aus der Institutsambulanz vorlag, die ersten tagesklinischen Erhebungen eingeflossen, die folglich **keine gute Differenzierungsmöglichkeit** bieten.

Nach der ersten Erhebung **entwickeln sich die Verläufe jedoch vollkommen anders**, zum letzten Messpunkt liegen deutliche Unterschiede vor, die Ergebnisse des gepaarten t-Tests aus Tabelle 11.7 zeigen durchaus eindrucksvoll die Veränderungen der internalisierenden Störungsgruppe, während sich die Werte der externalisierenden Gruppe kaum unterscheiden. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Wirksamkeitsuntersuchungen, nach denen eine **bessere Wirksamkeit von Psychotherapie bei internalisierenden als bei externalisierenden Störungen** vorliegt, weiterhin weisen klinische Stichproben mit entsprechend höherem Schweregrad der Störungen geringere Effektstärken der Behandlung auf (Esser & Blank, 2011, S. 630). Unter Berücksichtigung dieser Befunde sind die vorliegenden Ergebnisse ebenfalls als durchaus positiv zu interpretieren.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob **bestimmte Wirkfaktoren im Behandlungssetting** vorliegen, von denen die beiden Störungsgruppen **unterschiedlich profitieren**. Obwohl die Kernaufgabe der Behandlung in der psychotherapeutischen Arbeit liegt (Thieme, 2008, S. 10), spricht Beutling (2008, S. 30) von einem fließenden Übergang von Therapie und Erziehung. Für den Bereich der vollstationären Therapie spricht Branik (2002, S. 99) ebenfalls von Erziehungsaufgaben und der zeitweisen Übernahme einer Elternfunktion, die folglich über einen rein psychotherapeutischen Bezug hinausgeht. Dies gilt auch für

den Bereich der Tagesklinik, zumal sich der Schweregrad der psychiatrischen Störungen nicht von denen einer vollstationären Therapie unterscheidet (Schepker, 2008, S. 19). Möglicherweise können die **Bindungsangebote** in Form von Bezugsbetreuern (Gehrmann et al., 2008, S. 57; Prankel et al., 2008, S. 44) schneller und besser von Patienten mit internalisierenden Störungen angenommen werden.

Betreuer und Therapeuten könnten weiterhin eher **empathisch positiv-zugewandt** (transitive AG Cluster 1-2, 1-3, 1-4) auf die eher ruhigen und (über-) angepassten Patienten mit internalisierenden Störungen eingehen, sodass besonders für diese Gruppe die Tagesklinik „einen geschützten Raum für Übung und psychische Entwicklung" (Schepker, 2008, S. 24) darstellt und sie dies intrapsychisch komplementär (Cluster 3-2, 3-3, 3-4) annehmen können. Auf Patienten mit externalisierenden Störungen könnte das Behandlungsteam stärker **restriktiv-erzieherisch und kontrollierend** eingehen, unter dieser Prämisse könnte das Absinken der Cluster 5 Werte von t_1 zu t_2 als Reaktion innerhalb einer Machtspielphase auf transitiv kontrollierendes (Cluster 1-5) Verhalten der Betreuer interpretiert werden.

Der beschriebene **„Einbruch" der Affiliationsachse** zur zweiten Erhebung (Absinken Cluster 3 und Erhöhung Cluster 7) bei der externalisierenden Störungsgruppe könnte als Hinweis auf die bereits bei Ableitung der theoretischen Introjekte (siehe Kapitel 7) vermutete „Verschlechterung" der Introjekte dieser Gruppe dienen. Die berichtete Selbstliebe zur ersten Erhebung wäre in diesem Zusammenhang die **Schutzfunktion für ein eigentlich fragiles Selbstgefühl**, welches durch aggressives Verhalten aber überspielt wird. Demnach wäre die „Verschlechterung" zu t_2 **positiv zu interpretieren als vertrauensvolle Öffnung**, bessere Introspektionsfähigkeit sowie ehrlichere Beantwortung und könnte somit als **erfolgreicher Aspekt der Therapie** dieser Störungsgruppe betrachtet werden.

Unter dem bereits diskutierten, einschränkenden Element der Beantwortungstendenz der sozialen Erwünschtheit wäre ein letzter möglicher Interpretationsansatz jedoch auch darin zu sehen, dass Patienten mit internalisierenden Störungen stärker sozial erwünscht antworten könnten, auch um dem Behandlungsteam zu „gefallen", und so vor allem die positiven AG Cluster Items stärker ausgeprägt beantworten.

12 Allgemeine Diskussion

In dieser abschließenden, allgemeinen Diskussion sollen die bereits in den einzelnen Kapiteldiskussionen (siehe Kapitel 10 sowie 11) behandelten Aspekte im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung und **Einordnung der erzielten Ergebnisse** betrachtet werden. Danach werden die **Anschlussfähigkeit des SASB-Modells** an aktuelle therapietheoretische Strömungen und der **Mehrwert** des Einbringens eines neuen Modells geprüft. Das Kapitel schließt mit einer allgemeinen kritischen **Einordnung des SASB-Modells** sowie den **Limitationen** dieser Arbeit, ehe im nächsten, letzten Kapitel konkrete Implikationen für mögliche zukünftige Forschungsvorhaben sowie die therapeutische Praxis aufgezeigt werden.

12.1 Einordnung der Gesamtergebnisse

Ziel des empirischen Teils des Forschungsprojektes war es zunächst, den Introjekt-Fragebogen des SASB-Modells für den Einsatz mit Kindern und Jugendlichen zu adaptieren. Mit dem angepassten Fragebogen wurden anschließend Unterschiede im Introjekt bei internalisierenden und externalisierenden Störungen überprüft. Weiterhin wurde der Fragebogen zu drei Zeitpunkten eines tagesklinischen Behandlungssettings erhoben, um durch Veränderungen im von den Patienten berichteten Umgang mit sich selbst die Anwendungsmöglichkeiten im Rahmen einer Prozessevaluation zu untersuchen.

Fragebogenadaption und Gütekriterien

In der Phase der **Fragebogenkonstruktion** wurde die **Inhaltsvalidität** zunächst qualitativ überprüft, indem die adaptierten Items einem Expertenreview (bestehend aus zwei Universitätsprofessoren des Bereiches Psychologie sowie einer Oberärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie) unterzogen wurden. Anschließend wurde die Zuordnung der neuen Items zu den acht theoretischen Clustern erfasst (siehe Abbildung 9.1). Diese Item-Cluster-Zuordnung wurde von Jugendlichen vorgenommen, um der Zielgruppe des späteren Fragebogens zu entsprechen. Hierdurch konnten Items ermittelt werden, die mehrheitlich einem anderen als dem theoretisch zugehörigen Cluster zugeordnet wurden. Diese Überprüfung ähnelt der von Benjamin (2000, S. 69f) empfohlenen Durchführung von Dimensional Ratings, bei der alle Items hinsichtlich Fokusebene sowie Ausprägung auf Affiliations- und Interdependenzachse beurteilt werden. Weiterhin wurde im Rahmen eines Pretests die **interne Konsistenz** mittels Cronbachs Alpha berechnet. Items, die in

der Item-Cluster-Zuordnung und/oder Reliabilitätsbestimmung auffällig waren, wurden erneut betrachtet und einer Itemrevision unterzogen.

Der **finale Fragebogen** wurde durch *N* = 122 Kinder (*M* = 13.89, *SD* = 2.82) und Jugendliche in den Standorten Eutin und Hamburg beantwortet. Die Daten wurden zur Bestimmung der Reliabilität einer erneuten Überprüfung der internen Konsistenz unterzogen. Die ermittelten Werte für Cronbachs Alpha variierten hierbei zwischen .38 (Cluster 8) und .78 (Cluster 2). In der Gesamtbetrachtung wiesen die **Reliabilitätskennwerte noch befriedigende Werte** auf. Insbesondere muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Berechnung separat für jeden Cluster vorgenommen wurde, also immer nur vier bis fünf Items einbezogen wurden und sich dieser Umstand der geringen Itemanzahl negativ auf die Alphawerte auswirken kann (Bortz & Döring, 2006, S. 199). Eine erneute Betrachtung auffälliger Items scheint für die Cluster mit besonders geringen Werten der internen Konsistenz jedoch angebracht.

Sehr zufriedenstellende Ergebnisse brachte die Überprüfung der **Konstruktvalidität**. Eine Hauptkomponentenanalyse ergab drei Faktoren mit Eigenwerten >1. Zwei der Faktoren konnten modellkonform die Dimensionen Affiliation und Interdependenz beschreiben. Der dritte extrahierte Faktor stellte eine Störvariable dar, die jedoch auch aus vorherigen Untersuchungsdesigns bekannt ist (Benjamin, 1994, S. 294). Durch eine weitere Analyse mit zwei vorgegebenen Faktoren konnte die **Zirkumplexstruktur des Modells gut wiedergegeben** werden. Alle Cluster waren weitgehend gleichförmig über den Merkmalsraum aufgespannt, die achsendefinierenden Cluster 1 und 5 (für die Interdependenzachse) sowie 3 und 7 (für die Affiliationsachse) lagen einander deutlich gegenüber. Über die Interkorrelation aller Clustermittelwerte wurde eine weitere Überprüfung des Zirkumplex-Konstruktes nach dem Grundansatz Guttmans (1954) ermöglicht. Hierbei zeigten diejenigen Cluster signifikant positive Korrelationen, die auch im Modell benachbarte Cluster darstellen, theoretisch gegenüberliegende Cluster zeigten hingegen signifikant negative Korrelationen.

Das theoretische Konstrukt des SASB-Introjekt-Zirkumplex lässt sich somit **gut aus den erhobenen Daten ableiten**. Dies spricht für die Möglichkeit einer Anwendbarkeit des theoretischen Modells im Kontext von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Studiendesign

Bei Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse der erhobenen **Patientendaten** (siehe Abbildung 9.4) ist die **Einschränkung der Diagnoseübernahme** als einziges Kriterium

der nachgegliederten Gruppenzuordnung zu diskutieren. Da aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen in Klinik und ambulanter Praxis keine Vorgabe oder Überprüfung über die der Diagnosefindung zugrundeliegenden Test- und Interviewverfahren gewährleistet werden konnte, konnte ein standardisiertes psychodiagnostisches Interview als „Goldstandard“ (Hölling et al., 2014, S. 808) für die Erhebung psychischer Störungen nicht etabliert werden. Somit muss sich auf eine hinreichend fundierte Diagnosevergabe seitens der durchgängig qualifizierten behandelnden Therapeuten verlassen werden.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang die **sehr häufig vergebene Diagnose Anpassungsstörung** (F43.2). Dies entspricht genau der Diagnose, deren definitorische Trennschärfe und ätiologische Konzeption kritisch betrachtet werden kann (siehe Kapitel 5), so wird hierbei gar von einer „Restkategorie“ (Sonnenmoser, 2007, S. 171) gesprochen. Die Diagnose enthält zudem häufig Kriterien weiterer, klarer abgrenzbarer Störungen (Lorenz, 2016, S. 5). Eine **zusätzliche Absicherung** zumindest in Form von standardisierten Breitbandfragebögen wie der Child Behavior Checklist, CBCL (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014) wäre hierbei nützlich gewesen, um weitere Informationen zur Kategorisierung und Gruppenzuordnung zu erhalten und einer möglicherweise zu großen Heterogenität dieser Diagnosegruppe vorzubeugen. Ebenfalls häufig, wenngleich deutlich geringer als die Anpassungsstörung, wurde die Diagnose einer **depressiven Störung** vergeben. Die Ergebnisse knüpfen gut an den bisherigen Forschungstand an, nach denen depressive Störungen in der Kindheit eher selten auftreten, im Jugendalter aber deutlich zunehmen (Groen & Petermann, 2015, S. 8). Auch in der vorliegenden Arbeit sind die Patienten mit der entsprechenden Diagnose bereits im Jugendalter (*M* = 15.29 Jahre, siehe Kapitel 11) und damit älter als die Patienten der meisten anderen einzelnen Diagnosegruppen. Die nächste große Patientengruppe ist die der **ADHS Diagnosen**. Die hohe Anzahl dieser Diagnose deckt sich ebenfalls mit anderen Ergebnissen, nach denen eine ADHS Diagnose zu den am häufigsten vorgestellten Störungsbildern im Kinder- und Jugendbereich zählt (Döpfner, 2009a, S. 430). Aktuelle Erhebungen präsentieren jedoch **divergente Ergebnisse**. Über Elternbefragungen wurde ermittelt, dass 5% der Kinder und Jugendlichen eine ADHS Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen erhielten (Schlack et al., 2014, S. 823). Wird nur das Elternurteil aus Fragebogenerhebungen herangezogen, zeigen sich Prävalenzraten von 5.7%, im Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen hingegen lediglich 2% (Klasen et al., 2016, S. 13). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, auch bei externalisierenden Störungen die **Selbstperspektive** von Patienten zu berücksichtigen, um ein umfassendes Bild psychischer Störungen zu erhalten. In der vorliegenden Arbeit ergeben sich Einschränkungen bezüglich der Diagnose ADHS daraus, dass viele Patienten (*n* = 8) mit dieser Diagnose aus einer zum

Versorgungsgebiet der Eutiner Klinik gehörenden Einrichtung (Berufsbildungswerk Bugenhagen) stammten und bereits vergleichsweise alt waren. Somit war diese Gruppe die Älteste im Vergleich zu den anderen einzelnen Störungsgruppen, die Grundlage der Diagnosevergabe konnte für diese Gruppe nicht so nachvollzogen werden, wie es bei den anderen, klinik-internen Patienten der Fall war.

Weiterhin auffällig ist die **standortbezogene Verteilung der internalisierenden und externalisierenden Störungen**. In der Hamburger Praxis waren die vorgestellten Patienten, die eine externalisierende Diagnose erhalten haben, generell eher jünger und aufgrund der Zuweisungswege häufig mit polnischem Hintergrund, sodass in diesen Fällen eine Beantwortung der Fragebögen nicht möglich war. Zudem kann auch ein **Therapeuten-Bias** dergestalt diskutiert werden, als dass vor allem denjenigen Patienten Fragebögen mitgegeben wurden, die selbstmotiviert in der Praxis erschienen und sich ruhig und compliant verhielten.

Die **Geschlechtsverteilung der beiden Hauptdiagnosegruppen** deckte sich hingegen gut mit den berichteten Ergebnissen zur Geschlechtsprävalenz (siehe Kapitel 5), wonach Jungen häufiger externalisierende und Mädchen häufiger internalisierende Störungen zeigen (Baumgarten et al., 2018, S. 62; Klasen et al., 2017, S. 403; Petermann, 2005, S. 50).

Ergebnisse der Hauptfragestellungen

In der **ersten Hauptfragestellung** wurde untersucht, ob sich die beiden Gruppen der internalisierenden und externalisierenden Störungen hinsichtlich der Clustermittelwerte voneinander unterscheiden und mit den zuvor theoretisch hergeleiteten Introjekten übereinstimmen.

In der **Einzelfallanalyse** konnte am Beispiel zweier Patienten gezeigt werden, wie sich der berichtete Umgang mit sich selbst voneinander unterscheiden kann und welche Möglichkeiten zur Interpretation die Darstellung im SASB-Modell bietet. Weiterhin wurde neben der qualitativen Beschreibung der beiden einzelnen Patientendaten auch ein **statistischer Vergleich der beiden Introjekte** vorgenommen. Dadurch wurde verdeutlicht, dass über die Ermittlung der Korrelation beider Introjekte ein **qualitativer Eindruck auch quantitativ unterstützt** werden kann.

In der **Gesamtbetrachtung auf Gruppenebene** zeigten sich hingegen keine eindeutigen Unterschiede. Bei einem Signifikanzniveau von 5% lag lediglich in Cluster 1 (p = .010, d = .58) eine signifikante Mittelwertdifferenz vor. Bei innovativen Forschungsfragen kann jedoch auch ein **Signifikanzniveau von 10% gerechtfertigt** werden, um neue

wissenschaftliche Impulse zu generieren (Bortz, 2005, S. 123). Bei einem solchen Niveau zeigten auch die Cluster 3 (p = .098, d = .37) sowie 5 (p = .057, d = .42) signifikante Unterschiede. Somit bildeten sich die deutlichsten Unterschiede zwischen beiden Störungsgruppen auf der **Interdependenzdimension** ab. Hierbei ist die Differenz in Cluster 1 (Freie Spontaneität) auf Grundlage der theoretischen Ausführungen gut interpretierbar. Patienten mit externalisierenden Störungen beschrieben sich selbst als **spontaner und unbekümmerter**. Hier könnte sich die als Symptomkriterium definierte **Impulsivität** (Remschmidt et al., 2012, S. 33) hyperkinetischer Kinder und Jugendlicher widerspiegeln. Demgegenüber steht jedoch die ebenfalls stärkere Ausprägung von Cluster 5 (Selbstkontrolle) bei derselben Patientengruppe. Diesbezüglich wäre ein Erklärungsansatz dergestalt, als dass sich die postulierte **positive Selbstbeschreibung als mögliche Schutzfunktion** eines eigentlich eher negativen Selbstbildes (Branik, 2006, S. 43; Schlottke et al., 2009, S. 414) von Patienten mit externalisierenden Störungen auch über die stärkere Ausprägung dieses Clusters 5 zeigt. Die ebenfalls stärkere Ausprägung des Clusters 3 (Selbstliebe) bei dieser Gruppe deckt sich ebenfalls gut mit dieser theoretischen Annahme. Die Kinder und Jugendlichen der externalisierenden Störungsgruppe hatten demnach die **subjektive Betrachtung von sich als spontan, selbstliebend und selbstkontrolliert**.

Demgegenüber wiesen die Daten der Patienten mit internalisierenden Störungen nicht nur signifikant geringere Werte in Spontaneität, Selbstliebe und Selbstkontrolle auf, sondern in der qualitativen Betrachtung (ohne statistische Signifikanz) auch in den übrigen AG Clustern 2 (Wohlwollende Selbsterforschung) und 4 (Sich selbst umsorgen). Gleichzeitig waren in dieser Gruppe alle DAG Cluster (6: Selbstunterdrückung; 7: Selbsthass und 8: Selbstvernachlässigung) stärker ausgeprägt, wenngleich ohne statistische Signifikanz der Differenzen. Kinder und Jugendliche mit **internalisierenden Störungen** hatten demnach ein **Selbstbild**, das stärker von **Selbstablehnung, Selbstunterdrückung** sowie von **geringerer Spontaneität und Selbstliebe** gekennzeichnet ist. Hier scheinen also durchaus Unterschiede vorzuliegen, die mit weiteren Untersuchungen und größeren Fallzahlen untersucht werden sollten.

Bei Folgeuntersuchungen mit größeren Fallzahlen könnten auch **einzelne Störungsbilder** dezidierter untersucht werden. So fanden sich in der varianzanalytischen Untersuchung einzelner Störungen deutliche Effekte in den Clustern 2 (Wohlwollende Selbsterforschung), 5 (Selbstkontrolle) sowie 8 (Selbstvernachlässigung). Vor allem die Gruppe der **depressiven Störung** zeigte nur geringe Werte in allen AG Clustern und gleichzeitig hohe Werte in den DAG Clustern. Die soeben beschriebene Interpretation der Ergebnisse für die internalisierende Störungsgruppe (Selbstbild mit stärkerer Selbstablehnung und geringerer Selbstliebe) traf demzufolge besonders deutlich auf

Patienten mit einer depressiven Erkrankung zu. Weiterhin zeigten diese Patienten offenbar nur **geringe Möglichkeiten bei der Suche nach eigenen Bedürfnissen** (Cluster 2), sie **vernachlässigten sich selbst** (Cluster 8) stärker als Patienten mit anderen psychischen Störungen. Diese Ergebnisse decken sich mit den beschriebenen Symptomen depressiver Störungen wie etwa dem Gefühl von Unzulänglichkeit, dem Unvermögen der Bewältigung von Routineanforderungen sowie eines Interessenverlustes (Ihle, 2016, S. 539).

Patienten mit hyperkinetischer Störung sowie einer Störung des Sozialverhaltens wiesen demgegenüber, kongruent zur Gesamtbetrachtung dieser externalisierenden Störungsgruppe, einen positiveren Umgang mit sich selbst auf. Ähnlich präsentierte sich auch die Gruppe mit der Diagnose einer **emotionalen Störung des Kindesalters**. Da hier offensichtlich ein **positives Selbstbild** berichtet wird, ist eine **Therapie- sowie Änderungsmotivation** möglicherweise **nicht immer direkt gegeben**. Dies kann als weiterer Beleg dafür interpretiert werden, dass bei der Behandlung dieser Störungsgruppen **Interventionen im Elternhaus oder Institutionen von besonderer Wichtigkeit** sind (siehe etwa Görtz-Dorten & Döpfner, 2017, S. 107).

In der **zweiten Hauptfragestellung** wurde nach Veränderungen im Introjekt im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung gesucht, hierzu fanden insgesamt **drei Erhebungen** statt: t_1: in den ersten beiden Wochen nach Aufnahme, t_2: Mitte der Behandlung, etwa nach sechs bis acht Wochen, t_3: in den letzten zwei Wochen vor Entlassung. Auch hier konnte über das Beispiel einer **Einzelfallanalyse** das Potential einer Einbeziehung des SASB-Modells verdeutlicht werden. Durch die grafische Aufbereitung der Introjekte zu den drei Erhebungszeitpunkten lässt sich ein erfolgreicher Therapieverlauf gut für den Patienten und seine Bezugspersonen visualisieren. Da im SASB-Modell durch die Definition der AG auch „gesundes“, adaptives Verhalten darstellbar ist, können Patienten hier ein **weiter gefasstes Gesundheitsverständnis** beschreiben und nachvollziehen, welches über die Abwesenheit von Krankheitssymptomen hinausgeht (Hartung, 2011, S. 235; Lutz, 2011, S. 56ff). Für den Therapeuten lässt sich neben der qualitativen Bewertung über den korrelativen Vergleich der drei Introjekt-Erhebungen zusätzlich ein quantitatives Element der Veränderung erfassen.

Auf **Gruppenebene** hingegen zeigte sich kein so eindeutiges Bild einer Veränderung. Die Clustermittelwerte lagen zu allen drei Erhebungen bereits überwiegend auf der adaptiven Seite der Affiliationsdimension. In der qualitativen Betrachtung wiesen jedoch alle AG und DAG Clusterwerte in die erwartete Richtung, so **erhöhten sich die AG Cluster** im Verlauf der Behandlung, während sich die **DAG Cluster verringerten**. Signifikante Veränderungen von der ersten zur letzten Erhebung fanden sich bei den Clustern 2 (p =

.003, *d* = 1.17) und 6 (*p* = .035, *d* = .76), hier lagen dann auch mittlere bis starke Effektstärken vor. Wenn erneut ein Signifikanzniveau von 10% angesetzt wird, findet sich weiterhin eine signifikante Veränderung in Cluster 8 (*p* = .096, *d* = .59) vom zweiten zum letzten Erhebungszeitpunkt sowie in Cluster 2 (*p* = .035, *d* = .77) bereits von t_1 zu t_2. Bei Entlassung aus der Tagesklinik zeigten die Patienten zusammenfassend **mehr positive Selbsterforschung** (Cluster 2), **weniger Selbstunterdrückung** (Cluster 6) und **weniger Selbstvernachlässigung** (Cluster 8) als bei Aufnahme respektive Mittelphase der Behandlung. Obwohl in der Gesamtbetrachtung die Nullhypothese nicht abgelehnt werden konnte, haben sich in einzelnen Clustern dennoch Veränderungen gezeigt, die für eine **Wirksamkeit der Tagesklinik** sprechen und sich über den Introjekt-Fokus erfassen lassen.

In der explorativen Analyse ergaben sich **unterschiedliche Behandlungsverläufe** für die Gruppen der internalisierenden und externalisierenden Störungsgruppe. Bei separater Betrachtung berichteten die Patienten mit **internalisierenden Störungen** signifikant höhere Werte in **allen AG Clustern** bei Entlassung aus der Tagesklinik als bei Aufnahme. Somit lag eine stärkere Selbsterforschung (Cluster 2, *p* = .006, *d* = 1.73) und Selbstliebe (Cluster 3, *p* = .047, *d* = 1.11) vor, auch das „sich selbst umsorgen“ (Cluster 4, *p* = .004, *d* = 1.85) wurde als stärker ausgeprägt beschrieben, hierbei lagen jeweils **große Effektstärken** vor. Bei einem Signifikanzniveau von 10% zeigte zudem Cluster 8 (Selbstvernachlässigung, *p* = .086, *d* = .92) eine Verringerung von t_1 zu t_3. Die Introjekte der Patienten mit **externalisierender Störung** wiesen demgegenüber keine signifikanten Unterschiede zu den beiden Erhebungszeitpunkten auf, lediglich in Cluster 6 (Selbstunterdrückung, *p* = .094, *d* = 1.06) lag eine auf dem Niveau von 10% signifikante Differenz vor. Eine Interpretation dieser Ergebnisse legt nahe, dass bestimmte **Wirkfaktoren** im tagesklinischen Setting vorlagen, von denen die einzelnen Gruppen unterschiedlich profitieren konnten.

Die erhobenen Daten lassen sich dahingehend interpretieren, dass internalisierende Störungen verbunden waren mit einem geringen Maß an selbstberichteter Spontaneität und Selbstliebe sowie einer erhöhten Selbstablehnung im Vergleich zur Gruppe der externalisierenden Störungen.
Im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung profitierten Kinder und Jugendliche auch hinsichtlich ihres Selbstbildes. Sie zeigten eine stärkere Selbsterforschung bei gleichzeitiger geringerer Selbstunterdrückung und Selbstvernachlässigung.

12.2 Kann die SASB als Dritte Welle Verfahren betrachtet werden?

Nach der Gesamtbetrachtung des Untersuchungsdesigns und der Diskussion der erhobenen Daten sowie deren Interpretation stellt sich nun die Frage, ob das SASB-Modell im Rahmen aktueller Entwicklungen auch in einem **verhaltenstherapeutischen Kontext anschlussfähig** ist. Diese Frage ergibt sich bereits aus dem Titel der vorliegenden Arbeit und ist für eine potentielle Nutzung im Rahmen moderner verhaltenstherapeutischer Behandlungssettings von **besonderer Bedeutung**. Insbesondere, da das SASB-Modell bisher vor allem von psychoanalytisch orientierten Autoren verwendet wurde (Benjamin, 1996d, S. 1208).

Im vierten Kapitel wurde für eine Überprüfung der Anschlussfähigkeit zunächst eine kurze Übersicht über die Dritte Welle der Verhaltenstherapie erstellt, aus der abgeleitet werden konnte, welche Themen und Inhalte sich als elementar für diese neue Gruppe an Therapieverfahren herauskristallisieren und welche neuen Herangehensweisen damit in der therapeutischen Praxis verbunden sind. Die drei **Kernelemente Bindung, Grundbedürfnisse und Achtsamkeit** werden im Folgenden eingehender erläutert, hierbei wird nach jeder Beschreibung ein Fazit gezogen, ob eine **Verbindung zum SASB-Modell voll, teilweise, oder nicht gegeben** ist. Anschließend werden zwei Verfahren, **CBASP** und **ST**, vorgestellt und jeweils Überschneidungspunkte zur SASB herausgestellt. Die beiden Verfahren wurden gewählt, da sie zu den Verfahren innerhalb der Dritten Welle zählen, die besonders die **Bedeutung interpersoneller Faktoren** betonen (Michalak & Heidenreich, 2013a, S. 279) und somit für eine vergleichende Betrachtung mit der SASB prädestiniert erscheinen.

Die abschließende Prüfung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells an die Dritte Welle der Verhaltenstherapie orientiert sich in ihrer Darstellung hierbei am **Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums** (TBS-TK) der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen (Moosbrugger, Stemmler & Kersting, 2008), um ein belastbares Ergebnis ableiten zu können, welches über ein rein qualitativ beschreibendes Fazit hinausgeht.

Bindungstheorie

Die Bindungstheorie nach Bowlby (1975) wurde zunächst aufgrund der geringen Betrachtung der Triebtheorie und der Berücksichtigung biologischer und äußerer Faktoren von Vertretern der Psychoanalyse weitgehend negativ rezipiert (Strauß & Schmidt, 1997, S. 3), auch innerhalb der Verhaltenstherapie fand die Bindungstheorie erst im Rahmen

der Dritten Welle und der Arbeiten Grawes Beachtung (Schnell, 2016, S. 60) und erlebt seitdem eine „erstaunliche Renaissance“ (Strauß, 2000, S. 382).

Brisch (2011) fasst die Bindungstheorie Bowlbys wie folgt zusammen:

> „Diese Theorie besagt, dass ein Säugling bei seiner Geburt eine angeborene Motivation mitbringt, sich an einen Menschen zu binden, der für ihn zum sicheren emotionalen Hafen wird. Wann immer der Säugling Angst erlebt, etwa durch die Trennung von seiner Bindungsperson, werden seine Bindungsbedürfnisse aktiviert und er sucht aktiv die Nähe und den Körperkontakt zu seiner Bindungsperson“ (Brisch, 2011, S. 4).

Eine Interaktion zwischen Mutter und Kind wird von Beginn an von den stärksten Emotionen begleitet, sind diese positiver Natur, wird Nähe von beiden Interaktionspartnern als angenehm bewertet, während Distanz und Abweisung beiderseits als unangenehm empfunden werden. Diese Bewertungsmaßstäbe sind so eindeutig und stabil, dass „man die Liebe des Kindes zur Mutter und die Liebe der Mutter zum Kind als einen wesentlichen Teil der menschlichen Natur betrachtet“ (Bowlby, 1975, S. 227).

Diese frühen Bindungserfahrungen werden in ein **inneres Arbeitsmodell** internalisiert, eine sichere Bindung stellt hierbei ein grundlegendes Fundament für eine gesunde Entwicklung dar (Brisch, 2007, S. 167), Störungen der frühen Bindung hingegen können zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen und die Vulnerabilität für spätere psychische Störungen erhöhen (Strauß, 2006, S. 5). Mit Hilfe der „strange situation“ (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, S. 32) wurden **vier Bindungsstile** (sicherer, vermeidender, ambivalenter sowie desorganisierter Bindungsstil) identifiziert, die sich im Verhalten der Kinder bei Trennung von der Bezugsperson, Zeit ohne Bezugsperson und Verhalten bei Rückkehr der Bezugsperson zeigen (Strauß, 2006, S. 6).

Auch die Etablierung eines Bindungsstils ist vor allem eine Reaktion auf das erlebte Verhalten der Bezugspersonen, ist dieses inkonsistent, aversiv und generell nicht feinfühlig, wird ein für die spätere Entwicklung maladaptives Fundament geschaffen:

„Ein Kind wird sich fast unter jeder Bedingung anpassen – aber um welchen Preis?“ (Robertson, 1964, S. 287).

Dieses Konzept deckt sich mit den **Überlegungen Sullivans**, der **psychische Störungen als letztlich gesunde Anpassungsreaktionen an inkonsistente Umwelten** betrachtet (vergleiche Kapitel 2). In einer Metaanalyse konnten Colonnesi et al. (2011, S. 637) einen moderaten und signifikanten Zusammenhang (r = .30, p <.001) zwischen Bindungsstilen und Angststörungen im Kindesalter zeigen, auch liegen zahlreiche Studien

vor, die frühe Bindungsstile in Verbindung zu späteren psychiatrischen Erkrankungen setzen, eine Übersicht zeigen etwa Strauß und Schmidt (1997, S. 9). Gleichwohl muss einschränkend erwähnt werden, dass sowohl sichere, als auch unsichere Bindungsstile normale Entwicklungsvarianten darstellen, nur der **desorganisierte Bindungsstil** ist psychopathologisch wegweisend interpretierbar (Ziegenhain, 2009, 317).

Die Bindungstheorie kann aus diesen Darstellungen als **grundlegendes und verbindendes Basiskonzept** angesehen werden, aus dem sich unterschiedliche Theorien und Therapien entwickeln, die allesamt auf frühe Bindungserfahrungen zurückgreifen (Strauß & Schmidt, 1997, S. 2). Abbildung 12.1 zeigt eine solche mögliche verbindende Funktion der Bindungstheorie.

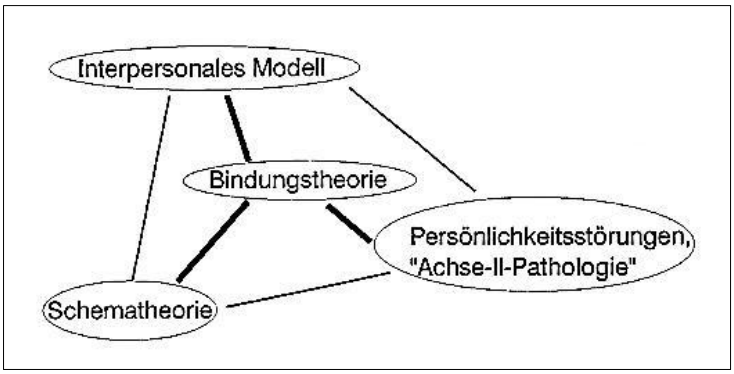


Abbildung 12.1: Bindungstheorie als verbindendes Element unterschiedlicher psychotherapeutischer Konzepte (modifiziert nach Strauß & Schmidt, 1997, S. 3).

Benjamin (2008, S. 413) selbst bezieht sich im Konzept ihrer Interpersonal Reconstructive Therapy (IRT) explizit auf die **primäre Rolle der Bindungstheorie** und ihren Einfluss auf die Therapie: „Attachment theory provides the definition of what ‘works’ in IRT. Psychic proximity to Important Persons’ Internalized Representations (IPIRs) is believed to be the main ‘reward’ for behavior patterns that otherwise seem to be ‘maladaptive’" (Benjamin, 2006, S. 327). Auch konnte eine **Verbindung zwischen Bindungsstilen und dem SASB-Modell** hergestellt werden, hierbei zeigten sich Bindungsstile insbesondere auf der Affiliationsachse (Pincus, Dickinson, Schut, Castonguay & Bedics, 1999, S. 212).

Da im Kapitel 4 das Fazit gezogen wurde, dass als ein gemeinsamer Aspekt der Dritte Welle Verfahren die **Anerkennung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor** zu sehen ist, besteht auch hier ein Anknüpfungspunkt zur Theorie Benjamins (2006, S. 157f), in der das **therapeutische Bündnis eine Bindungsbeziehung** darstellt, wenngleich sie die Unterschiede zwischen therapeutischer und partnerschaftlicher Beziehung betont. Ein solches Konzept knüpft schulenübergreifend an psychodynamische Therapien an, so wird

der bedeutsamste Aspekt der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) wie folgt beschrieben: „Die zentrale Philosophie besteht darin, dass die therapeutische Beziehung einer Bindungsbeziehung gleicht, in deren Rahmen nicht mentalisierte Emotionen und ihre psychischen Repräsentationen erkundet werden können“ (Taubner, 2016, S. 57).

Aufgrund der dargestellten Ausführungen kann festgehalten werden, dass die Verbindung von SASB zum Bindungskonzept **voll gegeben** ist.

Psychische Grundbedürfnisse

Grawe (1999, S. 350) sieht seine Idee einer **Allgemeinen Psychotherapie** nicht als eigenständige neue Therapieform, sondern vielmehr als Leitbild, welches Therapeuten unterschiedlicher Theorieschulen verbinden kann, damit in der Praxis aus verschiedenen, bewährten therapeutischen Möglichkeiten die individuell für den Patienten bestmöglich passende Intervention genutzt werden kann. Eine solch breite Nutzung unterschiedlicher Methoden steht jedoch in der **Gefahr des Eklektizismus**, gerade in der therapeutischen Praxis wird häufig, entgegen eines wissenschaftlich stringenten Settings, eklektisch gearbeitet (Schulte-Markwort & Bindt, 2006, S. 73).

Grawe (1999, S. 350) sieht eine solche potentielle Gefahr durch bloße Addition aller bekannten Verfahren ebenfalls, so plädiert er für eine schulenübergreifende konzeptuelle Basis im Sinne einer Allgemeinen Psychotherapie, aus der ein Therapeut dann „metatheoretisch“ ein spezifisches Verfahren auswählen kann.
Eine solche Leitidee bezieht sich, neben den **vier postulierten therapeutischen Wirkfaktoren** Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationaler Klärung (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 64), insbesondere auf die vier gleichberechtigen **psychischen Grundbedürfnisse** nach

1. Bindung
2. Selbstwerterhöhung
3. Orientierung und Kontrolle
4. Lustgewinn und Unlustvermeidung

als zentrale motivationale Systeme menschlichen Bestrebens (Grawe, 2000, S. 384). Er orientiert sich hierbei eng an den vier aufgestellten Basisvariablen der Persönlichkeitstheorie Epsteins (1990, S. 165).

Grawe bezog seine Ausführungen ausschließlich auf Erwachsene, jedoch konnten die **Grundbedürfnisse auch für den Kinder- und Jugendbereich nachgewiesen** werden (Borg-Laufs, 2012, S. 9), im Vergleich von psychisch kranken mit gesunden Kindern konnten zudem signifikante Unterschiede in der Befriedigung aller vier Grundbedürfnisse

nachgewiesen werden (Borg-Laufs & Spancken, 2010, S. 35). Somit erscheint eine Befassung mit den Grundbedürfnissen auch in diesem Kontext gerechtfertigt. Dauerhaft unbefriedigte und verletzte Grundbedürfnisse im Kindesalter werden durch Borg-Laufs (2016a, S. 13) weiterhin gleichgesetzt mit der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung, somit ist eine genauere Auseinandersetzung mit den Grundbedürfnissen nicht nur gerechtfertigt, sondern vielmehr notwendig.

Wichtig bei der nachfolgenden Beachtung der vier Bedürfnisse ist das **Konsistenzprinzip**, es beschreibt die Notwendigkeit der gleichmäßigen Befriedigung aller Grundbedürfnisse, ohne das ein Bedürfnis über längere Zeit frustriert wird: „Geringe Konsistenz geht immer auf Kosten einer wirksamen Bedürfnisbefriedigung. Ein hohes Ausmass [sic!] an Inkonsistenz bedeutet seelisches Leiden und menschliches Unglück“ (Grawe, 2000, S. 421). Psychopathologisches Verhalten wird in diesem Kontext als **Copingmechanismus** angesehen, welcher für die Person aktuell ein adaptives Verhalten im Sinne der momentanen Befriedigung eines ansonsten unbefriedigten Bedürfnisses zu Lasten der übrigen Bedürfnisse darstellt (Grawe, 1999, S. 356).

Grundbedürfnis Bindung. Die Verbindung zur Bindungsforschung wurde bereits im vorangegangen Abschnitt ausführlich thematisiert, dies soll an dieser Stelle nicht erneut repliziert werden. Jedoch werden folgend zusätzliche Aspekte genannt, die von Grawe selbst dargelegt wurden und eine **noch engere Verbindung von SASB und dem Bindungsgrundbedürfnis** zeigen, als dies im Bindungskonzept Bowlbys der Fall ist.

Neben den Forschungsarbeiten Bowlbys schreibt Grawe (2000, S. 396) insbesondere und explizit der interpersonellen Theorie Sullivans eine Vorreiterrolle in der Beachtung und Berücksichtigung der Wichtigkeit zwischenmenschlicher Kontakte für psychologisches Wohlbefinden zu. Zur Erfassung der Probleme im Beziehungsverhalten widmet Grawe (2000, S. 404ff) sich den interpersonellen Zirkumplexmodellen und benennt den **zusätzlichen Mehrwert der SASB**:

> „Das Verfahren ist ausserdem [sic!] noch differenzierter, weil es auch berücksichtigt, auf wen die Interaktion ausgerichtet ist. Wenn Therapeuten das Wahrnehmen und Denken in diesem System beherrschen, sind für die Zwecke der klinischen Praxis gar keine anderen Messungen mehr nötig, um den Beziehungsstil eines Patienten zu charakterisieren“ (Grawe, 2000, S. 406).

Personen mit unsicherem Bindungsstil verortet er hierbei in der Theorie in den „linken Teil des interpersonalen Raums“ (Grawe, 2000, S. 406), also auch hinsichtlich der Affiliationsachse und damit konform zu den im letzten Abschnitt dargestellten Ergebnissen von Pincus et al. (1999). Bindungserfahrungen sind prägend während des gesamten

Lebens, jedoch **insbesondere im jungen Alter relevant** und später nur schwer korrigierbar (Borg-Laufs, 2012, S. 12), sodass eine gezielte Beachtung dieses Grundbedürfnisses im Kontext von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von besonderem Belang ist.

Die Verbindung von SASB zum Grundbedürfnis Bindung ist somit **voll gegeben**.

Grundbedürfnis Selbstwerterhöhung. Menschen möchten sich selbst als gut und positiv wahrnehmen, die Einschätzung, selbst „schlecht" zu sein, führt nachvollziehbar zu psychischem Leiden. Epstein (1990, S. 166) bezeichnet dieses Bedürfnis als ein primäres Motiv, welches bereits in der Persönlichkeitstheorie Carl Rogers postuliert wurde. In der Beantwortung der Frage, wie ein **negatives Selbstwertgefühl** überhaupt entstehen kann, bezieht Grawe (2000) sich abermals auf die interpersonelle Theorie Sullivans und gibt dazu folgenden Erklärungsansatz:

Wenn ein Kind sein Bindungsbedürfnis gegenüber der Mutter nicht befriedigen kann, weil diese nicht konsistent und feinfühlig präsent ist, gibt es für das Kind zwei Begründungsalternativen: 1. „Ich bin gut, und meine Mutter ist schlecht", oder 2. „Ich bin schlecht, und meine Mutter ist gut". Für ein Kind, welches in einem **überlebensnotwendigen Abhängigkeitsverhältnis** steht, wäre die erste Alternative gekoppelt an ein Gefühl des Ausgeliefertseins ohne Kontroll- oder Einflussmöglichkeiten. Wenn es sich selbst hingegen als „schlecht" definiert, bleibt ihm ein Gefühl der Hoffnung, dass sich die Situation möglicherweise noch zum Besseren ändern könnte. Wenn zusätzlich noch aktive Botschaften seitens der Bezugspersonen gegeben werden („Andere Kinder sind ganz anders, wieso kannst du nicht normal sein?"), besteht die Gefahr, ein negatives Selbstbild stabil zu internalisieren (Grawe, 2000, S. 412).

Wenn Kinder misshandelt werden, stehen sie ebenfalls vor demselben Konflikt, entweder die Eltern als schlecht zu bewerten, da diese gewalttätig sind, oder aber sie erhalten die **Illusion der guten Eltern** aufrecht (aufgrund der existentiellen Abhängigkeiten zu diesen) und bewerten sich selbst als schlecht, als Kind, welches die Schläge verdient hat (Borg-Laufs & Dittrich, 2010, S. 11). Die Entwicklung einer positiven Sicht über sich selbst zur Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Selbstwerterhöhung ist daher auch in hohem Maße von einer geeigneten Umwelt abhängig (Grawe, 2000, S. 413). Sullivan selbst sieht in solchen **Anpassungsreaktionen an feindliche Umwelten** „sogar eine recht bemerkenswerte Manifestation menschlicher Lebensfähigkeit" (Sullivan, 1983, S. 33), dies deckt sich weiterhin mit dem Therapieansatz Benjamins (1996b, S. 139), in dem psychische Störungen in erster Linie als Anpassung zu betrachten sind, die Sinn ergeben, wenn sie empathisch aus Sicht des Patienten gesehen werden.

Transitives Verhalten der Bezugspersonen, welches zu Herabsetzung des Grundbedürfnisses nach Selbstwerterhöhung führt, kann im SASB-Modell insbesondere über die Cluster 1-6 und 1-7 kodiert werden, im Introjekt sollten demnach hohe Werte in den Clustern 3-6 und 3-7 vorliegen, wenn ein schlechtes Selbstwertgefühl vorherrscht. Positive Selbstwerterhöhung lässt sich nur **schwer kodieren**, am ehesten über die AG Cluster 3-2, 3-3 und 3-4. Jedoch bestehen hierbei Überschneidungen zur Abbildung der Bindungsmuster auf der Affiliationsachse, welche sich dementsprechend in den Introjekt-Clustern 3-3 und 3-7 zeigen sollten.

Aufgrund der deutlichen theoretischen Überschneidungen, bei gleichzeitig nicht eindeutigen Abbildungen im SASB-Modell, ist die Verbindung zum Grundbedürfnis Selbstwerterhöhung **teilweise gegeben**.

Grundbedürfnis Orientierung und Kontrolle. Epstein (1990) beschreibt das Bedürfnis von Menschen, in ihrem persönlichen Realitätssystem eine (Um-) Welt vorzufinden, welche „predictable, controllable and just“ (Epstein, 1990, S. 167) ist. Grawe (2000, S. 385) benennt dieses Bedürfnis als Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, für dessen Befriedigung es nötig ist, dass Verhaltensweisen zu vorhersehbaren und konsistenten Reaktionen führen, eine Person folglich selbst Kontrolle über Situationen besitzt und diesen nicht hilflos ausgeliefert ist. Andauernde Erfahrungen von Kontrollverlust und einer Umwelt, die nicht vorhersehbar ist, also keine Orientierung bietet, sind assoziiert mit der **Genese psychischer Störungen**. Borg-Laufs (2012, S. 15) nennt hier unter anderem Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Angst- und Zwangsstörungen.

Auch im SASB-Modell nimmt dieses Bedürfnis eine grundlegende Funktion ein, da der Zirkumplex in allen drei Fokusebenen über die vertikale Achse der Interdependenzdimension aufgespannt wird. Im transitiven Fokus werden die extremen Verhaltensausprägungen anhand der Cluster 1-5 (sehr starke Kontrolle und Überwachung ohne Gewährung von Freiheiten) und 1-1 (indem keinerlei Orientierung gegeben wird und das Gegenüber „vergessen“ wird, es der Person also egal ist, was getan wird) codiert. Durch Einbezug der Affiliationsachse kann auch die emotionale Komponente betrachtet werden, Tabelle 12.1 zeigt **vier Beziehungstypen auf Basis der Kontrolldimension**.

Tabelle 12.1: Beziehungstypen auf Basis von Abhängigkeit, Kontrolle und Autonomie (entnommen aus Benjamin, 2001, S. 82).

Feindselige Autonomiegewährung B.	Freundliche Autonomiegewährung D.
Feindselige Abhängigkeit/Kontrolle A.	Freudliche Abhängigkeit/Kontrolle C.

Auch aggressives und zerstörerisches Verhalten kann unter Beachtung der Nichtbefriedigung dieses Grundbedürfnisses erklärt werden. Wer eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt, also grundlegend keine eigene Kontrolle über sich und seine Umwelt erlebt, kann dieses Gefühl im Akt der Aggression kompensieren, da hier unmittelbar eine **Wirksamkeit des eigenen Verhaltens** sichtbar wird. In der Zerstörung wird das frustrierte Bedürfnis nach Kontrolle zumindest kurzfristig befriedigt, gleiches gilt für selbstverletzendes Verhalten, die Befriedigung des Kontrollbedürfnisses übersteigt hierbei kurzfristig die anderen Bedürfnisse, etwa nach Lustgewinn (Grawe, 2000, S. 392).

Ein solches extern aggressives Verhalten ist im SASB-Modell vor allem über den Cluster 1-7 beschreibbar, autoaggressives und selbstverletzendes Verhalten entsprechend im Cluster 3-7, damit auch wieder deutlich affektiv konnotiert und nicht trennscharf unterscheidbar von den zuvor dargestellten Grundbedürfnissen nach Bindung und Selbstwerterhöhung.

Aufgrund der theoretischen Überschneidung und der Einbeziehung der Achse Interdependenz als grundlegende Dimension im SASB-Modell bei gleichzeitig nicht eindeutiger Trennung von emotionaler Aufladung in der Beschreibung von Aggression als Ausdruck der Kontrollbefriedigung nach Grawe (2000), ist die Verbindung zum Grundbedürfnis Orientierung und Kontrolle **teilweise gegeben**.

Grundbedürfnis Lustgewinn und Unlustvermeidung. Grawe (2000, S. 393f) beschreibt dieses letzte der vier Grundbedürfnisse nur sehr kurz, auch Borg-Laufs (2012) befasst sich hiermit in der Übertragung auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nur knapp, denn: „Die Bedeutung dieses Grundbedürfnisses ist für uns unmittelbar erfahr- und nachvollziehbar“ (Borg-Laufs, 2012, S. 15). Menschen streben danach, Dinge zu tun, die sie als angenehm empfinden, und Dinge zu vermeiden, die sie als unangenehm empfinden. Mit diesem basalen Bedürfnis haben neben den Psychoanalytikern (Lustprinzip) auch bereits die Behavioristen in der „ersten Phase“ der

Verhaltenstherapie operiert, indem mit Verstärkern neues Verhalten operant konditioniert wurde.

Aufgrund von Kindheitserfahrungen wird die (Um-) Welt entsprechend eher als gut wahrgenommen und als Quelle von positiven Ereignissen und Konsequenzen ins Selbstsystem übernommen, oder aber als eher schlecht und als Quelle von negativen Ereignissen und Konsequenzen (Grawe, 2000, S. 393). Auch Epstein (1990, S. 167) beschreibt das grundlegende Bedürfnis, die Welt in der eigenen Realitätskonstruktion als **ungefährlich und gutartig** anzusehen. Welche Umweltreize jedoch als positiv und lustvoll gesehen werden, kann nicht objektiv festgestellt werden, der Bewertungsprozess entsteht immer aus der **individuellen Beurteilung** dieser Reize (Borg-Laufs, 2012, S. 15f).

Hier besteht erneut eine Überschneidung zur Theorie Sullivans, der ebenfalls die Bedeutung der subjektiven Einordnung äußerer Einflüsse betont, auch betont er das angeborene und überlebenswichtige Bedürfnis nach Nähe und Kontakt und die Vermeidung von Angst (was in diesem Kontext als Situation von „Unlust“ angesehen werden kann) als Determinanten kindlichen Verhaltens, zusammenfassend: „Grob paraphrasiert, vertrat Sullivan die Ansicht, Liebe und Macht seien fundamentale Bedürfnisse und die Angst sei eine grundlegende Furcht“ (Benjamin, 2001, S. 24). Im SASB-Modell selbst lässt sich dieses Grundbedürfnis jedoch **kaum darstellen**, da es inter- und intrapersonelle Beziehungsmuster erfasst und damit eher „blind“ ist für die Erfassung einer individuellen Suche nach Quellen von Lustgewinn.

Aufgrund der theoretischen Parallelen in der Anerkennung dieses Bedürfnisses als Motiv menschlichen Verhaltens bei gleichzeitiger nicht direkter Darstellbarkeit im SASB-Modell, ist die Verbindung zum Grundbedürfnis Lustgewinn und Unlustgewinnung **teilweise gegeben**.

Abschließend sei erwähnt, dass Grawe die Konzeption Epsteins letztlich ausgewählt hat, da er diese für überzeugend und gut begründbar hielt, Grawe (2000) pointierend hierzu:

> „Weil ich im Endergebnis mit Epstein übereinstimme, würde ich es uns, wenn Sie nicht energisch dagegen protestieren, gerne ersparen, ausführlich auf die vielen verschiedenen Konzeptionen menschlicher Bedürfnisse einzugehen […] Das würde nämlich ein sehr langer Ausflug werden und schliesslich [sic!] doch zu nichts anderem führen, als dass wir schliesslich [sic!] selbst eine Entscheidung zu treffen hätten, welche der sich stark überschneidenden Konzeptionen uns am meisten einleuchtet“ (S. 385).

Grawe (2000, S. 385) führt bei der Auflistung der anderen Konzepte auch **Murray** (1938) auf, auf dessen Bedürfnissystem sich das interpersonelle Modell Learys (1957) und im weiteren Verlauf auch die SASB bezieht und gründet. Das Konzept nach Murray (1938) baut auf vielen physischen und psychischen Bedürfnissen auf, auszugsweise etwa: Liebe, Ordnung, Selbstverwirklichung, Überlegenheit, Anerkennung, Unversehrtheit, Dominanz, Unterwerfung, Selbstständigkeit, Ähnlichkeit mit Verbündeten, Abhebung von Andersartigen, Erkenntnisstreben, Fürsorge (Benjamin, 2001, S. 27). Diese einzelnen Bedürfnisse lassen sich theoretisch auch weiter reduzieren sowie zusammenfassen und dürften dann **erhebliche Überschneidungen zum Modell nach Epstein** aufweisen.

Aufgrund der unterschiedlichen „Basistheorien" mit unterschiedlichen Nuancen bei gleichzeitig hoher Übereinstimmung verwundert es nicht, dass sich **viele Parallelen zwischen den vier Grundbedürfnissen und der SASB** zeigen, im Detail aber dennoch **einige unterschiedliche Vorstellungen** präsent sind. Diese zeigen sich vor allem in der theoretischen „Ladung" vieler Grundbedürfnisse auf der Affiliationsachse, sodass keine trennscharfe Unterteilung möglich ist. Um diesem Konflikt zu begegnen, sollte auf die bereits mehrfach beschriebene Differenzierung Benjamins von **Baseline-Verhalten** in eine gesunde AG und eine psychopathologische DAG zurückgegriffen werden. Verhalten von Personen der AG ist überwiegend in den Clustern x-2 bis x-4 (x, da fokusunabhängig) verortet, die DAG primär in den Clustern x-6 bis x-8. Personen, deren **Grundbedürfnisse generell konsistent befriedigt** sind, sollten demnach zur **AG** gehören, dauerhafte **Frustration der Grundbedürfnisse** sollte sich entsprechend darin zeigen, dass diese Personen vorrangig in der **DAG** verortet sind.

Aufgrund der dargestellten Ausführungen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Verbindung von SASB zum Konzept der psychischen Grundbedürfnisse **teilweise gegeben** ist.

Achtsamkeit

„*Achtsamkeit* scheint aktuell als Modewort zu avancieren, ohne dass die theoretische Konzeption eindeutig wäre" (Tuschen-Caffier & Hoyer, 2014, S. 280, Hervorhebung im Original). Tatsächlich gibt es zahlreiche Verfahren, die mit dem Schlagwort der „Achtsamkeit" (englisch „mindfulness") operieren, zur Übersicht siehe etwa Heidenreich und Michalak (2013, S. 17). Generell beziehen sich diese Verfahren in ihrer konzeptionellen Herkunft jedoch durchaus verfahrenübergreifend auf Elemente der Buddhistischen und Zen Meditation (Chiesa & Malinowski, 2011, S. 404), Achtsamkeit entsteht in einer Person dann, wenn die **Aufmerksamkeit bewusst auf den**

gegenwärtigen Moment ausgerichtet wird und **keine Wertung** der dann erlebten Erfahrungen vorgenommen wird (Michalak & Heidenreich, 2013b, S. 121).

Hierdurch soll die Kompetenz vermittelt werden, negative Gedankenkreisläufe zu erkennen und im Anschluss aus ihnen auszusteigen. Im Gegensatz zur KVT wird keine aktive Veränderung der kognitiven Inhalte als Ziel formuliert, vielmehr sollen die Gedanken als „lediglich" mentale Imaginationen erkannt werden und so ein Zustand erreicht werden, in dem die Dinge so sein dürfen, wie sie sind, **ohne sich in Soll-Ist-Vergleichen zu verlieren** (Heidenreich, Grober & Michalak, 2014, S. 234).

Die damit zu erreichende Einstellung als **Ziel der Achtsamkeit** formulieren Pleger, Schade, Diefenbacher und Burian (2014): „Präsent zu sein im ‚Hier und Jetzt' wird erstrebenswert, weil es dadurch gelingt, sich von der Fusion mit belastenden Gedanken und Gefühlen zu lösen [sic!] sich bewusst für Handlungen zu entscheiden, die in Richtung eines sinn- und wertvoll empfundenen Lebens gehen" (S. 242).

Achtsamkeitsbasierte Interventionen scheinen für unterschiedliche psychologische Belastungen wirkungsvoll, insbesondere Jugendliche können hiervon profitieren (Felver, Celis-de Hoyos, Tezanos & Singh, 2016, S. 34), da die Adoleszenz durch zahlreiche Veränderungen in Psyche und Physis eine vulnerable Episode im Lebensverlauf darstellt (Bluth, Gaylord, Campo, Mullarkey & Hobbs, 2016, S. 479), auch die Schule als bedeutsame Entwicklungsaufgabe stellt als Stressor einen zusätzlichen Belastungsfaktor dar (Canby, Cameron, Calhoun & Buchanan, 2015, S. 1071).

Benjamin (2001) bezieht sich nicht explizit auf Achtsamkeit im oben beschriebenen Sinne, dennoch weisen verschiedene Aspekte der auf SASB basierenden Therapieansätze durchaus **Überschneidungen zur Achtsamkeit** auf. So beschreibt sie den Interviewprozess als **ausgerichtet auf den Moment**, in dem weder Therapeut noch Patient vorauseilen oder Änderungsvorschläge insistieren:

> „Es ist, als wollten sich zwei geschickte interpersonelle Tennisspieler den Ball gegenseitig zuspielen und nicht gegen den anderen punkten. Das Ziel ist darin zu sehen, möglichst lange Ballwechsel aufrecht zu erhalten und nicht, den Prozess zu unterbrechen, indem jemand den Ball außer Reichweite schießt. Der Interviewer ist dafür verantwortlich, dem Interviewten immer wieder die Bälle zuzuspielen" (Benjamin, 2001, S. 107).

Weiterhin sind **Therapieschritte in der IRT**: „Learning about patterns, where from, and what for", "Accept what was and is", "Make mindful and benevolent choices" (Benjamin, 2006, S. 88), also im therapeutischen Arbeitsbündnis zu erarbeiten, welche Beziehungsmuster vorliegen, aus welchen individuellen interpersonellen Lernerfahrungen sie entstanden sind und welchen Sinn sie aus dieser Perspektive ergeben, diese Muster

und Introjekte zu akzeptieren und achtsam die nächsten Schritte zu planen. Wenn weiterhin das Theorem ihres interpersonellen Therapieansatzes erinnert wird, dass eine psychische Erkrankung keine Störung im Sinne eines Zusammenbruches ist, sondern vielmehr als Anpassung zu verstehen ist, die aus Sicht des Patienten auch nachvollziehbar ist (Benjamin, 1996b, S. 139), zeigen sich hier durchaus Parallelen zum Zielverhalten achtsamkeitsbasierter Verfahren. Durch ein empathisches Verständnis der Gründe des maladaptiven Verhaltens soll auch im Ansatz Benjamins die **Ablösung von belastenden Gedanken und Gefühlen** erreicht werden. Im Gegensatz zu einigen achtsamkeitsbasierten Verfahren, wie etwa der ACT, wird im Anschluss an dieses Verständnis im Ansatz Benjamins jedoch **durchaus ein aktiver Veränderungsimpuls** hin zu adaptiven Verhaltensmustern initiiert und verfolgt. Dies stellt eine unterschiedliche Zielausrichtung zur ACT dar, welche eher die **Bereitwilligkeit und Akzeptanz auch schmerzhafter Gefühle** zum Ziel hat (Sonntag, 2013, S. 31).

Aufgrund der dargestellten Ausführungen kann festgehalten werden, dass die Verbindung von SASB zum Konzept der Achtsamkeit **teilweise gegeben** ist.

12.2.1 Interpersonell orientierte Verfahren der Dritten Welle

Nach der Darstellung der konzeptionellen Anknüpfungspunkte der SASB zu den herausgearbeiteten Kernelementen der Dritten Welle Verfahren sollen nun die beiden vorrangig interpersonell orientierten Verfahren **CBASP** und **ST** vorgestellt werden, um anschließend Ähnlichkeiten und Unterschiede zur SASB zu beschreiben. Hierbei wird darauf verzichtet, am Ende eine Einschätzung der Verbindung zu geben, wie dies bei den Kernelementen geschehen ist. Denn zum einen sind auch die nun vorgestellten Konzepte letztlich eigene Verfahren mit mehr oder weniger starker Verbindung zu allen Kernelementen der Dritten Welle, zum anderen würde eine vollständige Übereinstimmung der SASB zu beiden Verfahren eine bloße Kopie eben jener ohne Unterscheidungen und dadurch auch ohne zusätzlichen Mehrwert bedeuten.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Das CBASB nach McCullough (2012, deutsche Übersetzung) wurde nicht bewusst als Verfahren der Dritte Welle konzipiert. Nach Aufnahme in die bereits angesprochene Metaanalyse Östs (2008) wurde durch McCullough (2012) jedoch eine Einbettung in die Dritte Welle, bei gleichzeitiger Betonung der Besonderheiten, vorgenommen (Brakemeier, 2013, S. 58). Wambach und Rief (2012, S. 225) prüften zusätzlich explizit, ob CBASP ein verhaltenstherapeutisches Konzept ist und kommen zu dem Schluss, dass im Vergleich

zu anderen Verfahren der Verhaltenstherapie im CBASP klare Anweisungen für die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung an sich gegeben werden und es insgesamt betrachtet eine **Bereicherung für die Verhaltenstherapie** darstellt. Die Methode ist störungsspezifisch auf die Behandlung von Patienten mit **chronischer Depression** ausgerichtet und basiert auf zwei **ätiologischen Grundannahmen**:

1. Durch frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen findet eine Abschottung gegenüber anderen Personen in der Gegenwart statt, hierdurch findet eine Entkopplung der individuellen Wahrnehmung von der Umwelt statt, dies zieht interpersonelle Hilflosigkeit nach sich.
2. Durch die traumatischen Erfahrungen wird durch die Patienten ein Entwicklungsniveau eingenommen, das gemäß der Entwicklungstheorie Piagets (1995) dem präoperatorischem Niveau (Globales Denken, das kaum durch Logik des Gegenüber beeinflussbar ist, egozentrische Sichtweise, Mangel an Empathie, fehlende Emotionskontrolle) entspricht und damit dem Entwicklungsstand von vier- bis siebenjährigen Kindern. Durch diese im Erwachsenenalter dysfunktionalen Denkmuster werden interpersonelle Aktionen erschwert und führen zu Teufelskreisen, welche die depressive Symptomatik aufrechterhalten (Jäger & Brakemeier, 2014, S. 260; McCullough, 2012, S. 42f).

Die zweite Annahme des Entwicklungsrückschrittes auf kindliches Niveau wird von Tuschen-Caffier und Hoyer (2014) **deutlich kritisiert**: „Unseres Erachtens sind derartige Annahmen hart an der Grenze der Populärwissenschaft“ (S. 280). Daher wird eher davon gesprochen, dass chronisch depressive Patienten ein „soziales Empathie-Defizit“ (Jäger & Brakemeier, 2014, S. 260) aufweisen.

Die Therapie nach CBASP beginnt mit der Erstellung und Besprechung der **prägenden Bezugspersonen** der Patienten, die einen besonders wichtigen Einfluss in der frühen Sozialisation innehatten, diese Personen haben dem Patienten „einen Stempel aufgedrückt“ (McCullough, 2012, S. 125) und beeinflussen seine interpersonellen Entwicklungen und Beziehungen. Der Einfluss der frühen Beziehungserfahrungen und ihre „Prägungen“ (Brakemeier, 2013, S. 63) können als **CBASP-Korrelat der IPIRs** und des Introjekts im SASB-Modell betrachtet werden, sodass hier eine deutliche Schnittmenge zwischen beiden Ansätzen ersichtlich ist. Tabelle 12.2 zeigt ein kurzes Beispiel von Kindheitserfahrungen einer Patientin und dadurch entstandene Prägungen.

Tabelle 12.2: Übersicht über frühes Verhalten wichtiger Bezugspersonen und ihre Prägung gemäß CBASP (modifiziert nach Jäger & Brakemeier, 2014, S. 262).

Prägende Bezugsperson	**Zusammenfassung der Exploration**	**Prägung**
1) Vater	Er war Bauer und auch Alkoholiker, cholerisch, streng und gewalttätig zu mir; nur körperliche Arbeit zählte. Er hat mich immer nur zur Arbeit angetrieben. Wenn ich geweint habe, hat er mich angeschrien oder geschlagen. Dann musste ich noch mehr arbeiten.	Ich muss funktionieren/ arbeiten, sonst darf ich nicht leben. Gefühle sollte ich nicht zeigen, sonst werde ich bestraft.
2) Mutter	Sie war schwach und ängstlich, kühl und auch fordernd. Ich musste auch bei ihr nur funktionieren, meinen Bruder hat sie bevorzugt, ich wurde nie getröstet oder in den Arm genommen.	Ich habe eine große Sehnsucht nach Fürsorge und Liebe. Sollte jemand so tun als wäre er fürsorglich, nehme ich es ihm nicht ab.
3) Älterer Bruder	Seitdem ich denken kann, erinnere ich mich nur an schlimme Dinge mit ihm: Er hat mich oft geschlagen, wenn keiner dabei war, mir alles weggenommen, einmal waren wir allein und da hat er mich einen ganzen Abend im dunklen, kalten Keller eingesperrt. Ich musste immer auf der Hut sein und versuchen, mich zu wehren.	Ich muss mich wehren, um zu überleben.

Die Beschreibungen der Tabelle 12.2 lassen sich auch in das **SASB-Modell übersetzen**. So ist das beschriebene Verhalten des Vaters transitiv, kontrollierend und aggressiv, im Cluster-Modell liegt sein Verhalten demnach in den Clustern 1-5 bis 1-7. Auf das kindliche Bedürfnis des Patienten nach Hilfe und Nähe (1-3) hat der Vater eher mit einer Antithese reagiert (2-7; 2-8) und seinerseits dann gegenteiliges Verhalten präsentiert (1-7). In der Prägung zeigt die Patientin im Umgang mit sich selbst sehr selbstkontrolliertes und gefühlskaltes Verhalten (3-5; 3-6), die **Introjektion des erlebten transitiven Vaterverhaltens**. Die Mutter war sehr distanziert und lieblos (1-8), sodass die Patienten auch heute noch kein Vertrauen in liebevolles Verhalten des Gegenübers hat und diesbezüglich eher skeptisch und distanziert reagiert (2-8, komplementär zu 1-8). Der Bruder hat die Patienten primär gequält und angegriffen (1-7), in der komplementären Reaktion hat sie damals versucht, auf der Hut zu sein und sich zu wehren (2-7), aktuell zeigt die Patienten diese Abwehr auch als interpersonelle Strategie, was als Ähnlichkeit (1-7) zum damaligen Verhalten des Bruders interpretiert werden kann.

Diese kurze Darstellung zeigt die Möglichkeit, interpersonelles Verhalten schnell mit Hilfe des SASB-Modells zu beschreiben und dadurch „messbar“ zu machen, sowie verschiedene Beziehungsmuster im Modell darzustellen. Die Prägung im Beispiel kann jedoch nicht für jede Bezugsperson in ein SASB-Introjekt überführt werden, da dieses den Umgang mit sich selbst beschreibt und die abgeleiteten CBASP-Prägungen von Mutter und Bruder eher **transitives und intransitives Verhalten** darstellen.

Aus den aufgestellten Prägungen werden im Rahmen der CBASP Therapie **Übertragungshypothesen** für den therapeutischen Prozess aufgestellt, sodass hier eine klassische psychoanalytische Komponente genutzt wird, allerdings geschieht dies im Gegensatz zur Psychoanalyse im CBASP Therapieprozess bereits frühzeitig, proaktiv und transparent (Brakemeier, 2013, S. 63).

Nach der Erstellung von Prägungen und Übertragungshypothesen wird der **Kiesler-Kreis** nach Kiesler (1983) in die Therapie eingeführt. Auch der Kiesler-Kreis ist ein interpersonelles Zirkumplexmodell, welches jedoch, analog zu anderen Zirkumplexmodellen, mit nur **einem Fokus** operiert. Die horizontale Achse reicht ebenfalls von den Polen „feindselig“ bis „freundlich“, die vertikale Achse von „dominant“ zu „unterwürfig“. Mithilfe dieses Modells sollen die Patienten lernen, sich selbst einzuschätzen und unterschiedliches Verhalten in interpersonellen Situationen zu üben (Brakemeier, 2013, S. 69f). Der kurzen Beschreibung des Kiesler-Kreises ist bereits zu entnehmen, dass hier das Gegenüber des Poles Dominanz unterwürfiges Verhalten ist, sich Kiesler hierbei also vor allem am Modell von Leary (1957) orientiert und der Bereich der **Autonomie nicht explizit abgedeckt** wird. Tatsächlich ist das Modell von Kiesler eine **Weiterentwicklung auf der Basis des Konzeptes nach Leary**. Hierzu Wiggins (1985): „I was pleased that Don Kiesler chose to name his recent system the ‘1982 Interpersonal Circle,‘ rather than calling it Kiesler’s Modification of Wiggins‘ Modification of Freedman and Leary’s, etc.” (S. 630).

Den letzten Teil des hier nur grob paraphrasierten Therapiekonzeptes bildet die **Situationsanalyse**, hier wird wieder eher klassisch verhaltenstherapeutisch gearbeitet, da die Analyse eine „strukturierte, mehrstufige, soziale Problemlösungsaufgabe“ (Brakemeier, 2013, S. 71) darstellt. Hierbei wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf konkrete Situationen fokussiert, in denen er seine Interpretationen mit tatsächlichem Verhalten und Konsequenzen abgleichen soll, um anschließend adaptiveres Verhalten aufzubauen.

CBASP und SASB als zwei interpersonelle Modelle weisen wie dargestellt deutliche Überschneidungspunkte auf, insbesondere in der **Betonung der Rolle der frühen Beziehungserfahrungen** und der **Abbildung dieser Erfahrungen im Selbstsystem**,

sowie der **Darstellung von Verhalten in einem interpersonellen Zirkumplexmodell**. Unterschiede bestehen in einzelnen theoretischen Annahmen, insbesondere die Idee eines präoperativen Entwicklungsniveaus findet sich nicht bei Benjamin, weiterhin ist CBASP zunächst störungsspezifisch auf die Behandlung chronischer Depression ausgelegt, während Benjamin (1993) mit SASB einen Hyprid Approach (siehe Kapitel 3) für verschiedene Persönlichkeitsstörungen verfolgt.

Schematherapie

Die ST nach Young et al. (2007) wurde ursprünglich als Interventionsverfahren für Nonresponder auf die KVT entwickelt, zunächst insbesondere für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS), anschließend erweitert für andere Persönlichkeitsstörungen und in einem nächsten Schritt auch störungsübergreifend (Jacob & Seebauer, 2014, S. 271).

Zusätzlich zur „klassischen“ ST existiert eine Adaption für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen, die **Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen**, ST-KJ (Loose, Graaf & Zarbock, 2013), die jedoch noch am Anfang ihrer Entwicklung steht (Loose & Baumann-Frankenberger, 2013, S. 333). Weiterhin liegt ein gruppentherapeutischer Ansatz mit vielversprechenden Möglichkeiten vor (Jacob & Faßbinder, 2015, S. 294) sowie ein Ansatz zum Einsatz im stationären Setting, für welches die ST ebenfalls als gut geeignet angesehen wird (Valente, 2015, S. 399).

Trotz der schon beschriebenen Nicht-Berücksichtigung in der Metaanalyse Östs (2008) zählt die ST „als prominenter Vertreter der aktuellen ‚3. Welle‘“ (Jacob & Faßbinder, 2015, S. 291). Sie greift dabei Methoden und Konzepte verschiedener, **schulenübergreifender Therapieansätze** auf und arbeitet somit integrativ (Jacob & Arntz, 2011, S. 248), auch Fiedler (2014, S. 260) ordnet die ST in die Übersicht integrativer Konzepte ein. Abbildung 12.2 zeigt das **konzeptionelle Fundament** der ST.

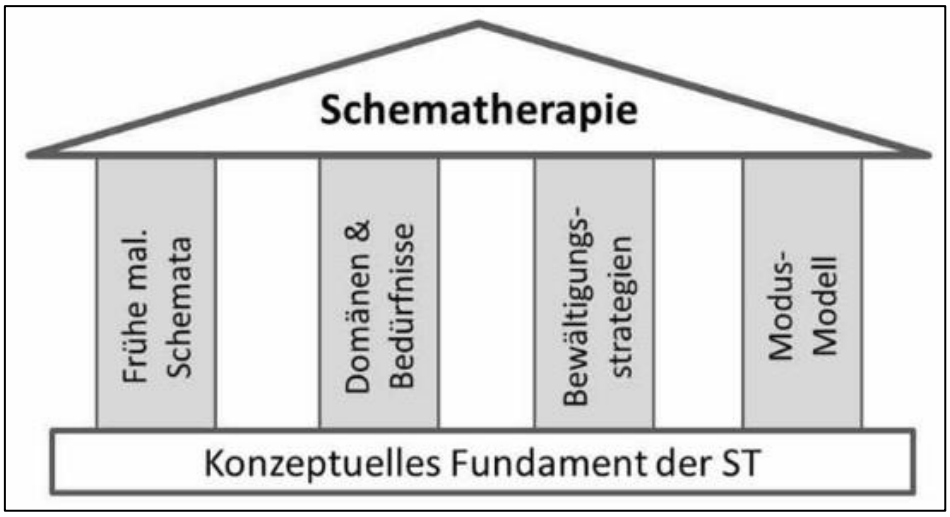


Abbildung 12.2: Konzeptuelles Fundament der Schematherapie (entnommen aus Loose, 2014, S. 234).

In der ersten Säule der Abbildung 12.2 werden die **frühen maladaptiven Schemata** (early maladaptive schemas, EMS) aufgeführt, diese werden in der Kindheit im **interpersonellen Kontext** generiert und entwickeln sich im Lebensverlauf stetig weiter (Jacob & Arntz, 2011, S. 248), Schemata „organisieren (durch Erwartungshaltungen und selektive Verarbeitungsprozesse) zukünftige Erfahrungen. Anschaulich könnte man ein Schema daher auch als sogenanntes Lebensthema oder Lebensmuster benennen“ (Roediger & Zarbock, 2013, S. 200).

Es wurden 18 unterschiedliche Schemata festgelegt, die sich unter einzelnen **Domänen** (zweite Säule) zusammenfassen lassen, die durch ähnliche Bedürfnisfrustrationen entstanden sind (Zarbock, Loose & Graaf, 2013, S. 56). Die verwendeten Grundbedürfnisse stellen auch im Konzept der ST die bereits ausführlich dargestellten Bedürfnisse in Anlehnung an Grawe dar (Zarbock, 2014, S. 203), Tabelle 12.3 zeigt die 18 einzelnen **Schemata**, ihre Zusammenfassung zu einzelnen **Domänen** und die zugrundeliegenden **Grundbedürfnisse**.

Tabelle 12.3: Schemata, Domänen und Grundbedürfnisse (entnommen aus Loose, 2014, S. 236).

Schemata		Domäne	(verletztes) Grundbedürfnis
1	Emotionale Entbehrung	Abgetrenntheit und Ablehnung	Bindung
2	Verlassenheit/Instabilität (im Stich gelassen)		
3	Misstrauen/Missbrauch		
4	Isolation		
5	Unzulänglichkeit/Scham		
6	Erfolglosigkeit/Versagen	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie/ Selbstwirksamkeit
7	Abhängigkeit/Inkompetenz		
8	Verletzbarkeit		
9	Verstrickung/Unentwickeltes Selbst		
10	Anspruchshaltung/Grandiosität (Besonders-Sein)	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Identität/Struktur/ Grenzen
11	Unzureichende Selbstkontrolle/ Selbstdisziplin		
12	Unterordnung/Unterwerfung	Fremdbezogenheit	Selbstwert Anerkennung
13	Aufopferung		
14	Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung-Suchen)		
15	Emotionale Gehemmtheit	Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Lustgewinn Spontaneität Spiel
16	Überhöhte Standards (unerbittliche Ansprüche)		
17	Negatives Hervorheben/Pessimismus		
18	Strafneigung		

Die aufgeführten 18 Schemata wurden jedoch **nicht empirisch hergeleitet**, etwa mittels Faktorenanalysen, sondern entstanden ausschließlich auf **Grundlage klinischer Beobachtung und individuellen Erfahrungen** (Jacob & Arntz, 2011, S. 248). Diese Tatsache kritisieren Tuschen-Caffier und Hoyer (2014, S. 279f), da ihrer Meinung nach die Konstrukte **nicht trennscharf definiert** sind, aufgrund ihrer Komplexität einer empirischen Überprüfung nur schwerlich zugänglich sind und dadurch dem wissenschaftlichen Gebot der Sparsamkeit theoretischer Annahmen widersprechen. Unterstützt werden kann diese Kritik durch faktorenanalytische Befunde, in denen einige

Schemata/Faktoren nicht gefunden werden konnten und die konzipierten **Domänen keine Faktoren zweiter Ordnung** darstellen (Jacob & Arntz, 2011, S. 254).

Die dritte Säule des konzeptionellen Fundaments der ST nach Abbildung 12.2 stellen die **Bewältigungsstrategien** dar, hierbei werden drei letztlich **maladaptive Strategien** formuliert: „Erduldung (freeze), Vermeidung (flight) und Überkompensation (fight)“ (Loose, 2014, S. 237), die sich in inter- und intrapersonellen Verhaltensweisen zeigen (folgend zusammengefasst aus Loose, 2014, S. 237):

- Erduldung (**freeze**)
  - Interpersonell: Unterwerfung und Unterordnung, Anbiederung
  - Intrapersonell: passives Hinnehmen von aversivem Erleben
- Vermeidung (**flight**)
  - Interpersonell: sozialer Rückzug, Vermeidung aversiver Situationen
  - Intrapersonell: Vermeidung von Emotionen, Ersatzhandlungen (aktiv/passiv) als Ablenkung
- Überkompensation (**fight**)
  - Inter- und intrapersonell: Empfindung und Ausdruck gegenteiliger Gefühle und Verhaltensweisen (z.B. Ärger, Wut und Dominanz anstelle von Angst, Schwäche oder Scham)

Die vierte und letzte Säule des Konzeptes beschreibt das **Modus-Modell**, hierbei werden, teilweise in Anlehnung an die Transaktionsanalyse (Zarbock et al., 2013, S. 37), **vier Moduskategorien** definiert (folgend zusammengefasst aus Jacob & Arntz, 2011, S. 249):

1. Maladaptive Kindmodi
   - Entwickeln sich, wenn wichtige Grundbedürfnisse in der Kindheit nicht befriedigt wurden. Sie sind verbunden mit intensiven negativen Gefühlen (Angst/Verletzlichkeit, Wut)
2. Dysfunktionale Elternmodi
   - Entsprechen dem tiefenpsychologischen Konzept des Introjekts, zeigen sich in internalisierten Annahmen über sich selbst, entstanden aus dem erlebten Verhalten wichtiger Bezugspersonen
3. Dysfunktionale Bewältigungsmodi
   - Zeigen sich in übermäßigem Einsatz der drei bereits dargestellten maladaptiven Bewältigungsstrategien
4. Gesunder Erwachsenenmodus
   - Adäquates und adaptives emotionales Erleben und Handeln

In den beschriebenen vier Säulen der ST zeigen sich deutliche **potentielle Anknüpfungspunkte zur SASB**. Die EMS beschreiben die auch von Benjamin (2001) postulierten ätiologischen Wurzeln späterer psychischer Störungen, die in Tabelle 12.3 aufgeführten einzelnen Schemata und ihre Zusammenfassung zu Domänen finden ihre mögliche Entsprechung in den aufgestellten 21 Pattern und Pattern-übergreifenden ATK, CON und CFL Strukturkurven (siehe Kapitel 3 und Anhang 3.3), die den Domänen zugrundeliegenden Grundbedürfnisse wurden in ihrer Anschlussfähigkeit an die SASB bereits behandelt. Allerdings lässt sich, wie bereits beschrieben, keine eins zu eins Übertragung vornehmen, da die den beiden Verfahren zugrundeliegenden Theoriemodelle unterschiedlich sind und dementsprechend auch die einzelnen konzeptionellen Ableitungen.

Am deutlichsten zeigt sich eine Überschneidung in der Definition des **dysfunktionalen Elternmodus** in der ST: „Der Modus strafender oder fordernder Eltern- oder Bezugspersonen: Hier handelt es sich um eine internalisierte (nach innen übernommene) Fremdperspektive auf das eigene Selbst“ (Zarbock, 2014, S. 205). Der internalisierte Elternmodus wird weiterhin als der „innere Kritiker“ (Zarbock et al., 2013, S. 43) beschrieben. Dieses Konzept entspricht letztlich genau dem **Introjekt-Konzept** der SASB, sodass ein **negatives Introjekt durchaus mit einem dysfunktionalen Elternmodus gleichgesetzt** werden kann.

Die drei **Bewältigungsstrategien** der ST sollten sich größtenteils auch in den drei Fokusebenen der SASB darstellen lassen, als Beispiel etwa:

- Unterwerfung der Strategie Erduldung → intransitiver Cluster 2-5
- Sozialer Rückzug der Strategie Vermeidung → intransitiver Cluster 2-8
- Gegenteiliges Verhalten der Strategie Überkompensation → Beziehungsmuster des Gegenteils, transitives Verhalten anderer im Cluster 1-3 führt zu eigenem transitiven Verhalten des Clusters 1-7

Explizit herausgestellt wird in der ST zudem die **aktive Rolle des Therapeuten als Modell** für den Modus des gesunden Erwachsenen, hierdurch soll eine begrenzte Form des **Reparenting** stattfinden. Der Therapeut als Modell wird nach Ansicht von Jacob (2011, S. 182) in keiner anderen Therapieform so aktiv eingebracht wie in der ST. Genutzt wird in diesem Zusammenhang oftmals die **Stühlearbeit** für die verschiedenen Modi, in denen der Therapeut dann aktiv die Rolle des gesunden Erwachsenen einnimmt und den Patienten unterstützt (Jacob, 2011, S. 183). Durch die Nutzung einer solchen **Impact-Technik** (Beaulieu, 2013, S. 87) soll die schematherapeutische Modus-Arbeit eine

intensivere Auseinandersetzung und Verankerung der Therapieerkenntnisse im Patienten ermöglichen (Fuhrhans, 2016, S. 96).

Wie schon in der Darstellung der Anknüpfungspunkte zur Bindungstheorie aufgeführt, nimmt auch im interpersonellen Ansatz Benjamins der Therapeut eine aktive Rolle ein, hierbei wird angenommen, dass die **Rolle des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung durch den Patienten internalisiert** werden kann (Benjamin, 2006, S. 159). Diese Internalisierung des Therapeuten kann durchaus als **Äquivalent zur Übernahme des gesunden Erwachsenenmodus in der ST** betrachtet werden, wenn auch möglicherweise nicht so explizit herausgestellt wie beispielsweise in der Stühlearbeit der ST.

Roediger und Zarbock (2015, S. 60) nehmen in ihrer Standortbestimmung zur ST bei Persönlichkeitsstörungen unter anderem Bezug zum Therapieansatz Benjamins, sprechen diesem jedoch weitgehend eine Evidenzbasierung ab. Leider kommen die Autoren ohne Nennung einer Begründung oder der Angabe von Referenzliteratur zu dieser Feststellung. Vielmehr zeigen sich aus den bisherigen Darstellungen **zahlreiche Anknüpfungspunkte der SASB an die ST**, sodass etwa empirische Untersuchungen der Bewältigungsstrategien aus der ST mithilfe der SASB einen **fruchtbaren, kombinierten Ansatz** versprechen könnten.

12.2.2 Abschließende Prüfung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells

Kann die SASB nun als Dritte Welle Verfahren bezeichnet werden? Das Modell selbst ist, obgleich der interpersonellen Orientierung, **neutral gegenüber therapeutischen Schulenrichtungen** (Tress et al., 1990, S. 242), daher ist es auf unterschiedliches Therapiematerial anwendbar und somit sehr gut geeignet für vergleichende Therapiestudien (Tress & Junkert, 2002a, S. 36). Damit wird auch mit dem SASB-Modell, respektive der IRT, ein **integrativer Ansatz** verfolgt, Benjamin selbst beschreibt die integrative Komponente ihres Modells wie folgt:

> „Techniken der kognitiven Therapie können dem Patienten helfen, das Widersinnige der von den IPIRs unterstützen Routinevorgänge zu erkennen und abzulehnen. Psychoanalytische Techniken können helfen, Zugang zum Unbewußten zu bekommen. Auf diese Weise kann er viel über seine frühen Erfahrungen lernen, die seine Entwicklung (mit)bestimmten, die seine IPIRs formten und aufrechterhalten. Methoden der Transaktionsanalyse können dem Patienten helfen, verschiedene Perspektiven seines Selbst gefühlsmäßig zu erfahren. Dieses Verständnis alter Muster, sowohl vom Standpunkt des ‚Kindes' als auch des ‚Erwachsenen', kann den Wunsch nach Veränderung bekräftigen. Klientzentrierte Therapie kann das Selbstvertrauen des Betroffenen stärken, so daß er die lebenswichtige Entscheidung trifft, die IPIRs fallenzulassen und ein neues, besseres Leben anzustreben" (Benjamin, 1996b, S. 143f).

Aus dieser Beschreibung wird ersichtlich, dass SASB, analog zu CBASP und ST, **unterschiedliche Schulenkonzepte integrativ in einem Behandlungskonzept verbindet**, dabei jedoch streng empirisch fokussiert bleibt, da es zwar breite Anwendungsmöglichkeiten bieten, dabei aber gleichzeitig **überprüfbare Hypothesen** generieren und als Modell selbst konkret genug sein soll, um getestet und falsifiziert zu werden (Benjamin, 1984, S. 123; Benjamin, 2008, S. 413). Abbildung 12.3 und 12.4 zeigen schematisch den **Therapieprozess in der IRT** und einzelne Schritte, um Änderungsmotivation aufzubauen. Zur besseren Übersicht sind einzelne **konkrete Anknüpfungspunkte** zu den bisher dargelegten Aspekten separat markiert.

——————— ≙ KVT

..... ≙ Achtsamkeit

– – – – – – ≙ Schematherapie

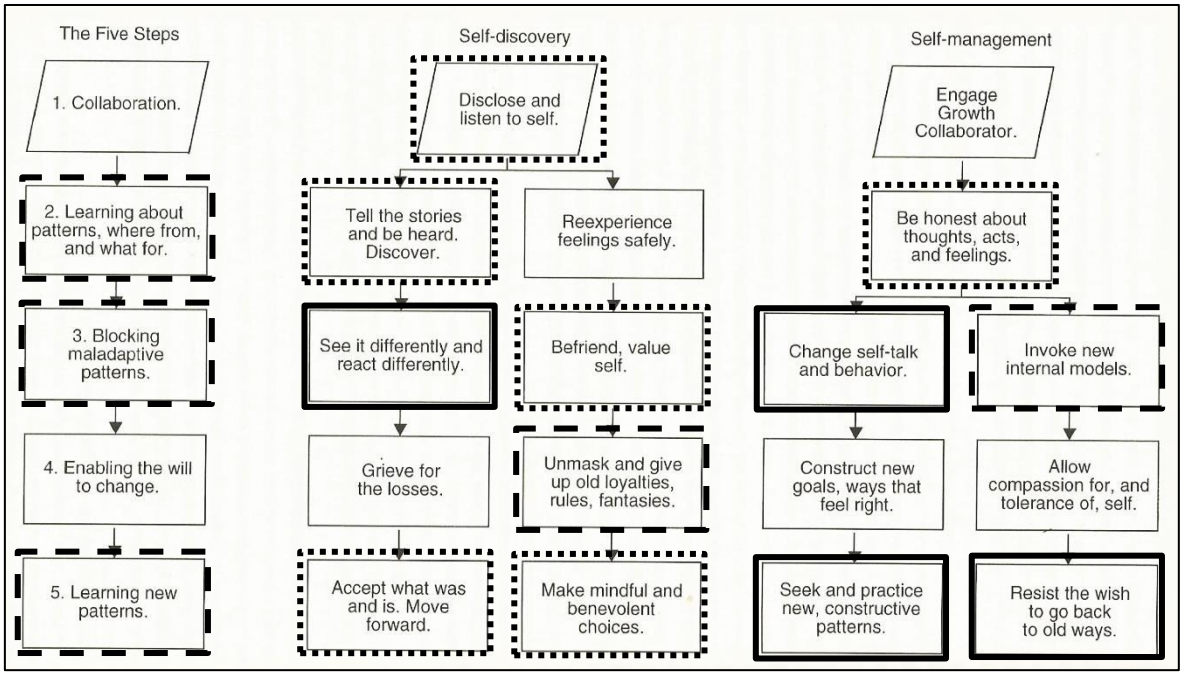


Abbildung 12.3: Therapieschritte und Aufgaben der SASB basierten interpersonellen Therapie (modifiziert nach Benjamin, 2006, S. 88).

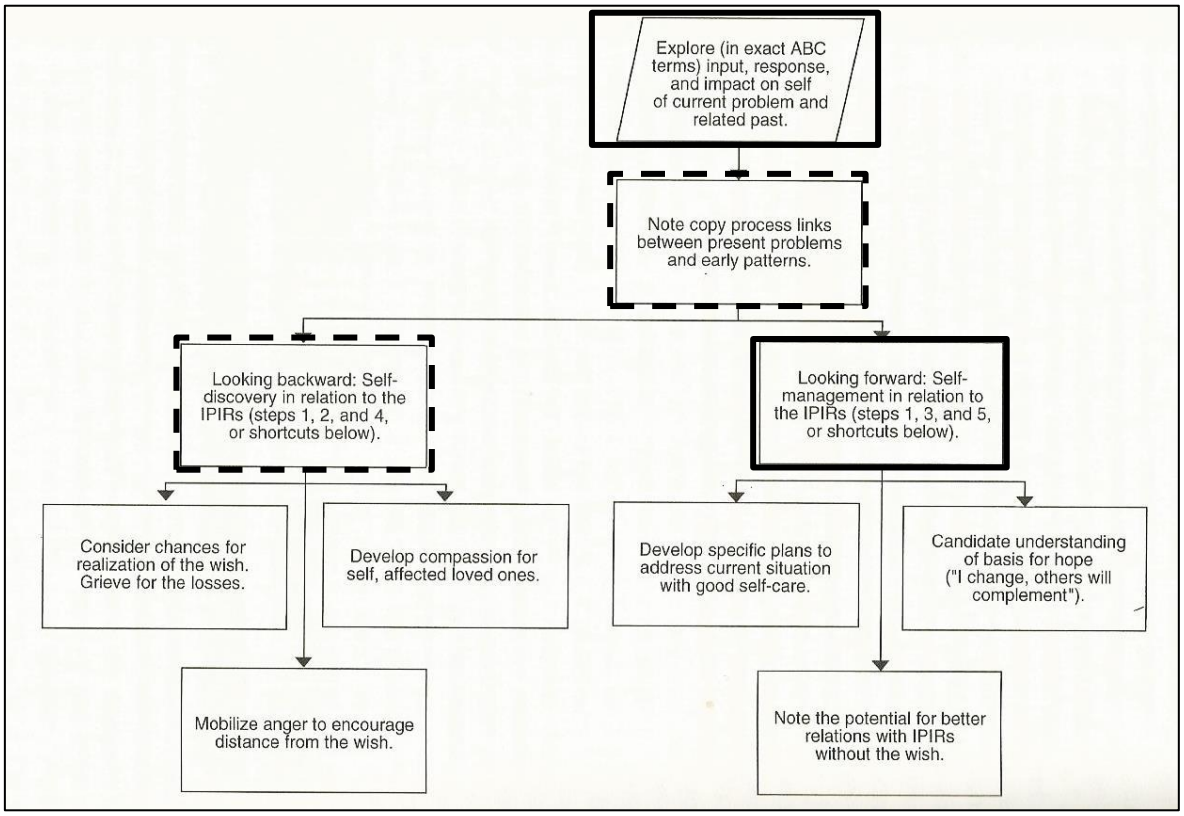


Abbildung 12.4: Schritte zur Therapie- und Änderungsmotivation in der SASB basierten interpersonellen Therapie (modifiziert nach Benjamin, 2006, S. 90).

Die beiden abgebildeten Flow-Charts zeigen deutlich die unterschiedlichen Ansätze, die **integrativ in das interpersonelle Behandlungskonzept eingebunden** sind. Selbst Skeptiker der Dritten Welle Verfahren betonen trotz der schon dargelegten Kritik den ihrer Ansicht nach dennoch überzeugenden Aspekt der CBASP, dass „Beziehungserfahrungen der Vergangenheit (sogenannte Prägungen) sehr systematisch im Hinblick auf deren Einfluss auf aktuelle Beziehungen analysiert werden“ (Tuschen-Caffier & Hoyer, 2014, S. 280). **Genau an diesen Ansatz knüpft auch die SASB an**, neben der bloßen Postulierung solcher Einflüsse kann durch die Erfassung der drei Fokusebenen im SASB-Modell zusätzlich der **Prozess der Introjektion** messbar gemacht werden.

Auch Borg-Laufs (2016a, S. 12f) spricht im Rahmen der Misshandlung von Kindern durch ihre Eltern davon, dass diese Kinder sich eher selbst abwerten, um die bereits beschriebene **Illusion der guten Eltern** aufrecht erhalten zu können, dies lässt sich mit dem Konzept des Introjekts und der IPIRs im Ansatz Benjamins (2006) ebenfalls gut vereinbaren. Weiterhin kommt Brakemeier (2013) in ihrer abschließenden Bewertung, ob die **CBASP ein Dritte Welle Verfahren** darstellt, zu dem Schluss:

> „Ja, denn Verfahren der ersten und zweiten Welle kann aus einer anthropologischen Sichtweise kritisch entgegnet werden, dass sie zu kurz greifen: Der Mensch ist nicht nur ein konditionierbares Wesen mit Kognitionen, er ist vielmehr ein emotionales und bindungsgeprägtes Wesen, welches abhängig von der Umwelt lebt. Genau diese Aspekte greift CBASP auf“ (Brakemeier, 2013, S. 76).

Dieser Schluss kann **auch für das SASB-Modell** gezogen werden.

Zusammenfassend zeigt Tabelle 12.4 die im vierten Kapitel herausgearbeiteten und im aktuellen Kapitel ausführlich behandelten **Kernelemente der Dritte Welle Verfahren**, neben jedem Teilaspekt ist hierbei, wie beschrieben in Anlehnung an die TBS-TK, aufgeführt, ob aufgrund der dargestellten Ausführungen eine Verbindung zur SASB voll, teilweise, oder nicht gegeben ist.

Tabelle 12.4: Verbindung von Kernelementen der Dritten Welle Verfahren zur SASB.

Kernelemente der Dritten Welle	**Verbindung zur SASB**		
	voll	teilweise	nicht
❖ Fokus auf frühe Bindungs- und Beziehungserfahrungen	◉		
▪ Intrapsychische, unbewusste Repräsentanz der Erfahrungen im Selbstkonzept	◉		
▪ Aktivierung dieser Erfahrungen führt zu dysfunktionalem Verhalten	◉		
▪ Anerkennung und Nutzung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor	◉		
❖ Orientierung an den psychischen Grundbedürfnissen		◉	
❖ Einbezug des Konzeptes von Achtsamkeit		◉	

Als **letzte Prüfung** werden die von Hayes (2004, S. 658, siehe Kapitel 4) definierten Grundsätze der Dritten Welle Verfahren in gleicher Weise mit der SASB abgeglichen, Tabelle 12.5 zeigt die Ergebnisse auf Grundlage der bisher dargestellten Modellbeschreibungen.

Tabelle 12.5: Grundsätze der Dritten Welle nach der Definition von Hayes (2004, S. 658) und ihre Berücksichtigung in SASB.

Grundsätze der Dritten Welle nach Hayes	**Verbindung zur SASB**		
	voll	teilweise	nicht
empirical, principle-focused approach	◉		
sensitive to the context and functions of psychological phenomena	◉		
emphasize contextual and experiential change strategies	◉		
treatments tend to seek the construction of broad, flexible, and effective repertoires over an eliminative approach to narrowly defined problems	◉		
reformulates and synthesizes previous generations of behavioral and cognitive therapy and carries them forward into questions, issues, and domains previously addressed primarily by other traditions		◉	

Für den letzten Grundsatz aus Tabelle 12.5 wurde sich für eine lediglich teilweise Berücksichtigung in der SASB entschieden, da die SASB ein eigenständiges, in der interpersonellen Tradition angesiedeltes Verfahren darstellt und nicht explizit Ansätze der KVT umformuliert oder auf diesen aufbaut, sondern sie wie bereits dargestellt integrativ in ein Gesamtbehandlungskonzept einbezieht.

Zur **abschließenden Bewertung der Fragestellung**, ob das SASB-Modell ein Dritte Welle Verfahren ist, muss unterschieden werden: Bei Beantwortung in einem sehr engen Sinne ist die SASB lediglich zu betrachten als ein Modell, welches wie bereits beschrieben an sich theorie-neutral ist (Benjamin et al., 2006, S. 104). Wenn die Fragestellung hingegen etwas weiter gefasst wird und die hinter dem Modell stehenden theoretischen Annahmen sowie die therapeutischen Implikationen im Rahmen des interpersonellen Therapieansatzes Benjamins (2001, 2006) mit einbezogen werden, welcher letztlich untrennbar mit der SASB verbunden sind, muss die Antwort lauten:

Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens kann als Verfahren der Dritten Welle betrachtet werden.

12.3 Nutzen und Mehrwert einer SASB-KJ

Die SASB kann demnach als Dritte Welle Verfahren betrachtet werden. Welchen Mehrwert kann das Modell der SASB-KJ nun bieten, der es rechtfertigt, trotz der schon zahlreich existierenden Dritte Welle Verfahren ein weiteres Verfahren in diese „Familie“ einzubringen und sich eingehender mit der SASB zu befassen? Auf Basis der bisher dargestellten ausführlichen Modellbeschreibungen und den Ausführungen zur Dritten Welle der Verhaltenstherapie, Konzepten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie den Forschungsansätzen psychotherapeutischer Arbeit wird in diesem Kapitel abschließend der **Nutzen und Mehrwert** einer Einbindung der SASB-KJ dargelegt.

12.3.1 Erfassung komplexer Beziehungsmuster

Durch die Modellstruktur mit drei unterschiedlichen Fokusebenen und der Darstellung von Beziehungserleben im Full-Modell sowie im Cluster-Modell bei Verwendung der Fragebogen Langform ergibt sich ein **differenziertes Bild inter- und intrapersoneller Beziehungsmuster**, welches für die therapeutische Arbeit genutzt werden kann. Die **Berücksichtigung und Einbeziehung zwischenmenschlicher Interaktionen** in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen sowie die Darstellung von Beziehungen mittels Zirkumplexmodellen wird aktuell **ausdrücklich befürwortet**:

> „Die Forschung in diesem Bereich dürfte in den nächsten Jahren sicherlich erheblich dazu beitragen, nachdrücklich der in diesem Buch vertretenden Auffassung weiteren Auftrieb zu geben, dass es sich bei den Persönlichkeitsstörungen vorrangig um komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens handelt, die entsprechend konzeptualisiert, untersucht und auch als solche therapeutisch behandelt werden sollten“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 130).

Dies muss nicht nur auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen beschränkt bleiben, sondern kann auch dahingehend erweitert werden, **psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter mit zu betrachten**. Wie im siebten Kapitel bereits dargestellt, ergeben sich in der Betrachtung internalisierender und externalisierender Störungen zahlreiche Anknüpfungspunkte, um diese Störungsmuster in inter- und intrapersonellen Dimensionen zu charakterisieren. Die Auswertemöglichkeiten, die sich aus der **Betrachtung nur einer einzelnen Fragebogenerhebung ergeben**, wurden bereits in Kapitel 9 exemplarisch an einer Text-Map demonstiert (siehe Abbildung 9.3).

Die Informationen, die aus einer einzelnen Fragebogenerhebung generiert werden können, bieten ein vielfältiges Spektrum, um **Störungshypothesen zu entwickeln** und können als **Ausgangspunkt für therapeutische Gespräche** mit dem Patienten dienen. Die Nutzung von Arbeitshypothesen aus Beobachtungssituationen oder anderweitigen Informationsquellen ist auch in einem verhaltenstherapeutischen Setting anerkannt (Zimmer, 2008, S. 62).

Weiterhin können, sofern entsprechende Fragebögen vorliegen, die **anderen Fokusebenen** erfasst werden. So kann etwa erhoben werden, wie der Patient sein transitives und intransitives Verhalten gegenüber Bezugspersonen einschätzt und vice versa. Und auch die Bezugspersonen können ihrerseits ihren subjektiven Eindruck der

interpersonellen Beziehung zum Patienten und, je nach Indikation auch untereinander, einschätzen. Mit einer solchen **umfassenden Erhebung** der zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb eines Familiensystems kann eine **interpersonelle Baseline** erhoben werden, welche den subjektiven Ist-Zustand darstellt und den Ausgangspunkt störungsspezifischer Interventionen bilden kann.

Dies kann insbesondere für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sein, da diese zumeist noch in ihrer Familie oder familienanalogen Systemen wohnen. In bisherigen Studien unter Nutzung der SASB wird zumeist das **retrospektiv erinnerte** Elternverhalten erhoben (z.B. Benjamin, 1994, 2001; Tress & Hildenbrand, 2002), da die Patienten hier bereits erwachsen sind. Durch den Wegfall dieser Komponente entfallen dementsprechend auch die Einschränkungen, die sich bei retrospektiven Erhebungen ergeben (siehe etwa Schnell et al., 2005, S. 336) und es kann die **aktuell wahrgenommene interpersonelle Baseline** erfasst werden.

Darüber hinaus kann mit dem Modell über die Erfassung eines statischen Ist-Zustandes hinaus auch eine Erfassung von **dynamischen Beziehungszusammenhängen** erfolgen. In Kapitel 3 wurden bereits die verschiedenen Beziehungsmuster erörtert, die sich aus dem Modell ableiten lassen. Nach Erhebung der interpersonellen Baseline kann in einem zweiten Schritt beispielsweise gemeinsam in einem Elterngespräch besprochen werden, ob das Verhalten des Kindes **komplementär, gegensätzlich oder aber antithetisch** zum eigenen Verhalten betrachtet werden kann. Durch ein solches Vorgehen kann Verständnis auf Elternseite erzeugt werden, welches entlastend hinsichtlich aktueller Konfliktsituationen wirken kann. Das Auswertungsprogramm bietet hierbei zusätzlich die Möglichkeit, Korrelationen, etwa zwischen transitivem Elternverhalten und intransitivem Patientenverhalten, zu berechnen, um Verhaltenszusammenhänge auch statistisch zu belegen (Tscheulin & Harms, 2002, S. 334).

Zusammenfassend bietet das SASB-Modell die Möglichkeit, komplexe Beziehungssysteme zu operationalisieren und für die Patienten- und Bezugspersonenarbeit, besonders auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, darstellbar zu machen, um Anknüpfungspunkte für Verhaltensvalidierung, Hypothesengenerierung und Interventionsplanung zu schaffen.

12.3.2 Integrativer Zugang in einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis

„Es sollte also ganz dem fachlichen Urteil der Therapeuten überlassen werden, wie sie einen Patienten behandeln. Sie dürfen alle Möglichkeiten dafür nutzen“ (Grawe, 2000, S. 711).

Grawes Idee für eine solche integrative „Psychologische Therapie“, so der Buchtitel, hat sich jedoch bis heute nicht durchsetzen können. Noch immer gibt es **unterschiedliche Therapieschulen**, eine Kombination von Techniken oder Ansätzen verschiedener Therapieverfahren wird durch §18 der Psychotherapie-Richtlinie (2017, S. 14) nach wie vor explizit ausgeschlossen. Dieses Faktum wird auch durch Borg-Laufs (2007b) kritisiert, der die Zukunft „in der Entwicklung einer schulenüberwindenden allgemeinen Kinderpsychotherapie“ (Borg-Laufs, 2007b, S. 916) sieht, Fiedler und Herpertz (2016, S. 247) sehen die Zukunft der Psychotherapie ebenfalls in der **Integration unterschiedlicher Ansätze**.

Wie bereits in Kapitel 3 dargestellt, ist mit der **OPD** sowie der **OPD-KJ** ein Instrument geschaffen worden, welches innerhalb der psychodynamischen Therapie einheitliche Begriffsstrukturen schaffen (Dahlbender & Tritt, 2011, S. 39) und darüber hinaus auch den schulenübergreifenden Dialog erleichtern soll (Resch et al., 1998, S. 385). Obgleich der Ansatz der OPD aus verhaltenstherapeutischer Sicht begrüßt wurde, zeigen sich dennoch grundlegende Differenzen, die eine Integration erschweren (Margraf et al., 2000, S. 52). Die Nutzung des SASB-Modells könnte in diesem Rahmen einen möglichen **fruchtbaren Ansatz** darstellen. Benjamin (1996b, S. 140) betont einen integrativen Einbezug unterschiedlicher Theorieschulen und Ansätze, explizit auch die Durchführung von Verhaltenstherapie, somit steht das Verfahren einer Nutzung im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Settings offen gegenüber.

Gleichzeitig wird das Modell auch durch **verhaltenstherapeutisch orientierte Autoren positiv rezipiert** und findet Einzug in entsprechende Literatur. So widmen sich Fiedler und Herpertz (2016, S. 125ff) nicht nur, wie bereits beschrieben, der interpersonellen Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen, sondern stellen auch das SASB-Modell selbst ausführlich dar. Die **Synergieeffekte einer integrativen Nutzung** werden wie folgt betont: „Benjamin (2001) hat einen gerade für die Bearbeitung lerngeschichtlicher Determinanten von PS sehr fruchtbaren interpersonellen Ansatz vorgelegt, der zukünftig für die Verhaltenstherapie an Bedeutung gewinnen dürfte“ (Ecker, 2008, S. 529).

Die **Einschränkungen**, die aus verhaltenstherapeutischer Sichtweise der **OPD** entgegengebracht werden, entfallen im SASB-Modell, sodass sich hier Potential zeigt, **schulenübergreifende, einheitliche Begriffsstrukturen** zu schaffen. In einem **integrativen, generischen Therapieplan**, wie er in Kapitel 13 skizziert wird, können unterschiedliche Methoden angewendet werden, die zu einer gelingenden Psychotherapie beitragen können. Im biopsychosozialen Krankheitsverständnis knüpft das Modell hierbei insbesondere an der sozialen Komponente an, führt über die Erfassung des Introjekts aber auch hin zu der Erfassung eines möglichen Niederschlages sozialer Beziehungserfahrungen im psychischen Selbstsystem.

Um etwaige **Vorbehalte und Verwechslungen**, die sich aus der Verwendung des **psychoanalytisch besetzten Begriffes „Introjekt“** ergeben (vergleiche die Begriffsdifferenzierung in Kapitel 2), soll an dieser Stelle eine **eigene neue**, auch in der verhaltenstherapeutischen Betrachtung tragfähige, **Definition des Konstruktes** erfolgen:

> Das Introjekt im Modell der SASB beschreibt die intrapsychische Gesamtheit vergangener, individueller Lernerfahrungen im interpersonellen Kontext, die zur Bahnung und Festigung emotionaler sowie kognitiver Grundannahmen über die Umwelt und des Selbstsystems geführt haben, Basis dieser Lernerfahrungen stellen früh erlebte Verhaltensweisen und Bewertungen der nächsten Bezugspersonen dar. Die subjektiven Erfahrungen früher Beziehungsmuster wirken fort als Resilienz- oder Vulnerabilitätsfaktoren im aktuellen Selbstsystem. Aktuell dysfunktionale inter- und intrapersonelle Verhaltensweisen sind zu verstehen als ehemals überlebensnotwendige Copingmechanismen in einer Umwelt, in der eine überdauernde Grundbedürfnisfrustration vorlag, wichtigster Vulnerabilitätsfaktor ist hierbei das nicht befriedigte Bedürfnis nach verlässlicher Bindung. Die frühen Bezugspersonen überdauern als weitgehend unbewusste, mentale Repräsentanzen im Selbstsystem und fungieren dort als innere, bewertende Instanzen, die funktionale Verhaltensweisen erschweren.

Abbildung 12.5 zeigt, wie sich das **Beziehungserleben im Selbstsystem manifestieren** kann und inter- sowie intrapersonelles Verhalten moderiert, dieses Verhalten kann wiederum **symptomorientiert klassifiziert** werden und einer psychischen Störung im klassischen, kategorialen Krankheitsmodell zugeordnet werden.

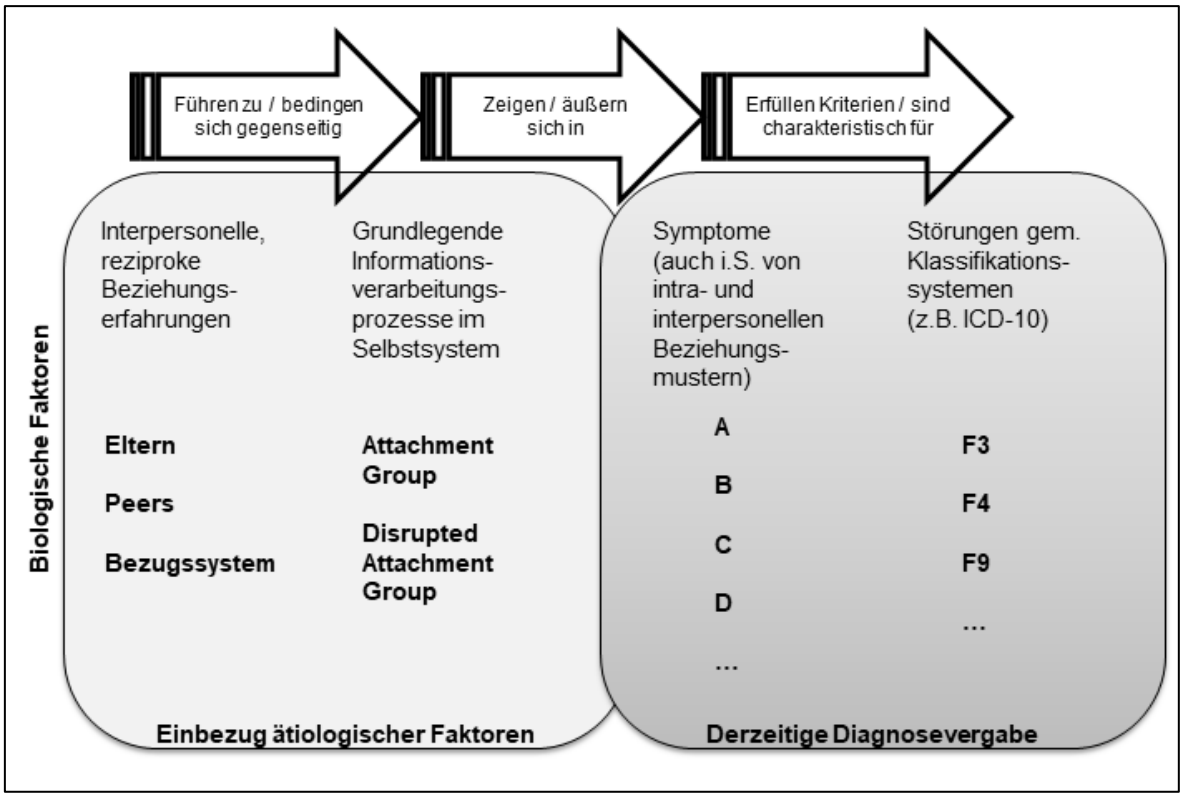


Abbildung 12.5: Integration der SASB in Ätiologie und Diagnose psychischer Störungen mittels Klassifikationssystemen.

Aus dieser Darstellung wird auch die bereits in Kapitel 3 beschriebene Kritik an einem rein kategorialen Krankheitsverständnis deutlich, welche sich im rechten Block („Derzeitige Diagnosevergabe“) findet und durch die **ausschließlich symptomorientierte Betrachtung** „blind“ für zugrundeliegende ätiologische Faktoren ist. Diese sind, aufbauend auf der bisher dargestellten SASB-Theorie, im linken Block („Einbezug ätiologischer Faktoren“) abgebildet. In der Gesamtschau eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses sind hierbei auch biologische Faktoren als generelle Moderatoren aufgeführt.

Erfüllt ein Patient nun beispielsweise hinreichend viele Symptome, um die Diagnose einer Trichotillomanie zu erfüllen, kann ein Habit Reversal Training als „Behandlungsmethode der Wahl“ (Mümken & Bohne, 2010, S. 34) durchgeführt werden. Beschränkt sich die Behandlung jedoch auf Einübung und Durchführung dieses symptombezogenen Trainings, besteht die Gefahr, andere **gewichtige Faktoren zu vernachlässigen**, die sich „hinter“ den Symptomen verbergen. In einer hochstrittigen Trennungssituation beispielsweise, in welcher der Patient als Verhandlungsmasse zwischen den Kindseltern fungiert, wird ein rein verhaltensbezogenes Training die zugrundeliegenden Stressoren nicht ausreichend erfassen, thematisieren und verändern können. Die Erhebung einer interpersonellen Baseline, in Verbindung mit einer ausführlichen Anamnese, vermag hier

zusätzliche, wichtige Informationen zu auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren liefern.

Die in Abbildung 12.5 dargestellte Integration der SASB in die Betrachtung psychischer Störungen lässt sich zudem gut vereinbaren mit dem **alternativen Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5** (Falkai & Wittchen, 2015b, S. 1045ff). Hierbei wird hinsichtlich der Persönlichkeitsfunktion unterschieden zwischen den beiden Elementen **interpersonelle Beziehungen** und **Selbst** (zur Übersicht siehe Falkai & Wittchen, 2015b, S. 1047), diese finden ihre Korrelate im SASB-Modell in den beiden *inter*personellen transitiven und intransitiven Fokusebenen sowie der *intra*personellen Fokusebene des Introjektes. Hierdurch scheint das SASB-Modell prädestiniert für weitergehende Forschungsarbeiten in diesem Kontext.

12.4 Kritische Würdigung des SASB-Modells und des interpersonellen Ansatzes

Das SASB-Modell kann, mindestens für den Introjekt-Fokus, für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt werden. Die Reliabilitäts- und Validitätskennwerte liegen in einem befriedigenden Bereich, einzelne psychische Störungen zeigen differenzierte Clusterwerte und über eine wiederholte Erhebung kann eine prozessbegleitende Therapieevaluation erfolgen. Die einzelnen Einschränkungen, die sich aus den empirischen Ergebnissen ergeben, wurden bereits in den jeweiligen Kapiteln diskutiert. An dieser Stelle soll das Modell selbst zunächst kritisch eingeordnet werden, ehe in einem anschließenden Schritt auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit eingegangen wird.

Das **SASB-Modell ist sehr komplex** (Amelang & Zielinski, 2004, S. 553). Dieser Einschätzung lässt sich beim ersten Kontakt mit dem Modell (Zirkumplexstruktur, Sonderstellung als einziges Zirkumplexmodell mit drei Fokusebenen, siehe Kapitel 2) gut folgen. Dieser Umstand wird durch die Autorin des Modells selbst thematisiert: „the SASB approach requires substantial effort for mastery (Benjamin, 1996a, S. 255).

Die wohl **deutlichste Kritik** am Ansatz äußert Costa (1994), der die heterogenen Ergebnisse von SASB Studien wie folgt zusammenfasst: „Certainly, the sheer complexity of the model contributes to this state of affairs (Costa, 1994, S. 319). Explizit werden die oftmals **übermäßig komplexen statistischen Verfahren** kritisiert, auch in den deutschen Validierungsstudien wurden zum Teil eher **unübliche Berechnungsmethoden** verwendet, um etwa die interne Konsistenz zu prüfen. Ein Beispiel: „Als Ausdruck der internen Konsistenz wurde dann die Korrelation zwischen diesen Autokorrelationskurven

und der umgekehrten Normalverteilungskurve genommen und als Konsistenz-Koeffizient bestimmt“ (Tscheulin & Glossner, 2002, S. 129f). Als Ergebnis werden dann sehr hohe Werte der internen Konsistenz berichtet (.92 bis .99 in Tscheulin & Glossner, 2002, S. 129), deren **Nachvollziehbarkeit** jedoch nicht immer gegeben ist, so auch bei Benjamin (1993). Costa (1994) hierzu:

> „What the article does present, no doubt, are complex theoretical treatments with unorthodox and often hard-to-follow statistical procedures. Readers may succumb to the temptation to accept on faith what he or she does not understand. In my opinion, that would be a grave mistake” (S. 319f).

Um diesem durchaus berechtigtem Einwand zu begegnen, wurde in der vorliegenden Arbeit Wert darauf gelegt, **nachvollziehbare Berechnungswege** mit möglichst klassischen Berechnungsverfahren vorzunehmen, auch wenn hierdurch möglicherweise weniger deutliche Ergebnisse generiert wurden.

Dennoch zeigen nach Ansicht des Autors die bisherigen Ausführungen, welche Potentiale in dem Modell stecken, die es **rechtfertigen und lohnenswert** machen, sich in die komplexe Struktur einzuarbeiten und das Modell im therapeutischen sowie Forschungskontext zu nutzen. Benjamin et al. (1986, S. 392) kritisieren die Tendenz, schnelle und einfach zu erlernende Psychotherapiemodelle zu generieren und komplexere Modelle als unbrauchbar zu klassifizieren, sie plädieren dafür, Zeit und Mühe zu investieren, um sich die vielfältigen Möglichkeiten eines komplexen Modelles anzueignen und nutzbar zu machen.

Weiterhin muss für den **Einsatz in der klinischen Praxis** und insbesondere im Rahmen der Arbeit mit Patienten und Bezugspersonen keinesfalls der gesamte theoretische Hintergrund, etwa bezüglich der zirkumplexen Darstellung von Korrelationsmatrizen, bekannt und erarbeitet werden (ähnlich auch Benjamin et al., 2006, S. 103). Für diese klinisch-praktische Arbeit hinreichend erscheint eine **Einführung in die Modellstruktur** sowie die **grundlegenden Beziehungsmuster**, um anschließend die Ergebnisse der Patientenfragebögen auswerten und besprechen zu können. Vorrausetzung hierfür ist neben einem **anwenderfreundlichen Manual** vor allem auch eine ebenso **anwenderfreundliche Software** mit ansprechender Datenausgabe.

Insgesamt wird der interpersonelle Therapieansatz Benjamins unter Nutzung des SASB-Modells so denn auch **positiv bewertet**, Epstein (2004): „I recommend that this text be required reading in all psychotherapy training programs” (S. 210). Ähnlich äußert sich van Denburg (1997, S. 798), der die Literatur jedem mit persönlichkeitsgestörten Patienten arbeitenden Therapeuten empfiehlt.

Im Rahmen eines **integrativen Therapieansatzes** sprechen sich zahlreiche Autoren für eine schulenüberwindene Betrachtungsweise aus, hierbei wird die SASB auch durch Autoren mit eher verhaltenstherapeutischem Hintergrund (Ecker, 2008; Fiedler & Herpertz, 2016) positiv betrachtet und explizit vorgestellt, wie bereits dargestellt.

Zuletzt soll an dieser Stelle noch die **Arbeit Sullivans** (siehe Kapitel 2) **betont und gewürdigt** werden. Obwohl seine interpersonelle Konzeption zu Beginn von den Behavioristen und der social-learning Bewegung ignoriert und seitens der Psychoanalytiker sogar aktiv abgewehrt wurde (Wiggins, 1985, S. 627), erscheinen seine Überlegungen im Rahmen der aktuellen psychotherapeutischen Diskussionen bezüglich integrativer Ansätze **aktueller denn je**. So betont Grawe (2000, S. 321) den gewichtigen Einfluss der Theorie auf die Psychotherapieforschung und auch Fiedler und Herpertz (2016, S. 113) heben das Wirken Sullivans explizit hervor.

Die von Sullivan (1983) beschriebenen **Anpassungen zur Angstreduktion** entsprechen letztlich **Lernprozessen**, jedoch wird über diese rein behavioristische Betrachtungsweise hinausgegangen, indem Umweltfaktoren sowie die individuelle, subjektive Einschätzung von Situationen ebenfalls berücksichtigt werden. Die von Sullivan (1983, S. 98) vermutete **Übertragung der Angstanspannung** der Mutter auf ihr Kind und die prägende Eigenschaft dieser frühkindlichen Erfahrungen findet sich fast exakt auch in aktuellen verhaltenstherapeutischen Konzepten, so schreibt Stavemann (2011) über die **Entstehung von Selbstwertkonzepten**:

> „Wenn die Mutter das Kind im Arm hält, nimmt es die Angstreaktion der Mutter durch deren Herzschlaganstieg wahr. Es lernt so, die Situation als ≫gefährlich≪ zu deuten und es wird künftig die devote Verhaltensreaktion der Mutter nachahmen, ohne dass die Mutter dieses Muster jemals an das Kind hätte weitergeben wollen“ (Stavemann, 2011, S. 19).

Die Berücksichtigung und weitere Verwendung der Ansätze Sullivans in der gegenwärtigen Psychotherapieforschung wird daher auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausdrücklich begrüßt.

12.5 Limitationen

Diese Arbeit unterliegt unterschiedlichen zu berücksichtigen **Limitationen**, einzelne konkrete Limitationen wurden bereits in den Kapiteldiskussionen benannt, so etwa die **Übernahme der vergebenen Diagnose** ohne zusätzliche Validierung über strukturierte psychodiagnostische Interviews oder Fragebögen sowie **Antworttendenzen** auf Seiten der Patienten.

Insgesamt muss für die erste Hauptfragestellung vermutlich ein recht deutlicher **Stichprobenbias** dahingehend konstatiert werden, als dass insbesondere **ruhigen und angepassten Patienten** ein SASB Fragebogen mitgegeben wurde, sodass deutlich mehr Patienten mit internalisierenden Störungen erfasst wurden, dies trifft besonders stark auf die Hamburger Kohorte zu (vergleiche Kapitel 9). Bezüglich des **Stichprobenumfanges** liegen Limitationen weniger in der Größe des Gesamtstichprobenumfanges, der mit weit über 100 Probanden robuste statistische Berechnungen zulässt, sofern mittlere bis große erwartete Effekte erwartet werden (zur Übersicht optimaler Stichprobenumfänge für verschiedene Signifikanztests siehe etwa Bortz & Döring, 2006, S. 628). Vielmehr sind einzelne spezifische Diagnosegruppen nur gering abgebildet, auch die Anzahl der tagesklinischen Patienten liegt in einem Bereich, der zu klein ist, um fundierte Rückschlüsse auf „echte“ Effekte in der Gesamtpopulation zu ziehen. Für den neuartigen, explorativen Charakter dieser Arbeit kann die rekrutierte Stichprobe im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Abwägung jedoch als **ausreichend groß** betrachtet werden. Eine andere Pilotstudie, die das klassische SASB-Modell nutzte, operierte beispielsweise mit lediglich 17 Probanden (Ahmed, Westra & Constantino, 2012).

Generell unterliegen insbesondere Pilotstudien wie die hier vorliegende Arbeit der Gefahr der Beeinflussung der Ergebnisse im Rahmen eines **allegiance bias**, indem durch die (besonders enthusiastischen) Untersucher und Autoren Verzerrungen zugunsten der neu entwickelten Methode auftreten (Edel & Dimaggio, Giancarlo, Brüne, Martin, 2013, S. 273; Munder, Brütsch, Leonhart, Gerger & Barth, 2013, S. 509). Für die generelle Darstellung des Modells sowie für die Datenauswertung und Interpretation mag dies auch für diese Untersuchung gelten, wenngleich stets Wert darauf gelegt wurde, unterschiedliche Erklärungen für gefundene Unterschiede zu diskutieren und die Grenzen des Modells zu benennen. Für Behandlungseffekte im Rahmen der Tagesklinik kann dieser Bias hingegen ausgeschlossenen werden, da die **behandelnden Therapeuten „blind“ für die Fragebogenergebnisse** waren (siehe Kapitel 11). Gleichzeitig kann durch die lediglich parallele Erhebung ohne Einbezug in therapeutische Prozesse die „wahre“ Power im Mehrwert der Nutzung der Fragebögen aber auch unterschätzt werden.

Gerade bei innovativen Pilotstudien stellt sich die Frage einer **angemessenen Balance** zwischen der Berücksichtigung angemessener statistischer Signifikanzniveaus und der Interpretation von Daten mit einer geringeren Signifikanz zugunsten von neuen Impulsen für die wissenschaftliche Diskussion. So wurden auch in dieser Arbeit zum Teil **Ergebnisse interpretiert**, die **nicht oder nur schwach signifikant** waren. Weiterhin besteht die Gefahr bei **multiplen Testungen**, wie sie mehrfach vorgenommen wurden (siehe beispielsweise Tabelle 11.6), dass die Irrtumswahrscheinlichkeit durch die α-

Fehler-Kumulierung steigt (siehe hierzu etwa Bortz, 2005, S. 271). Diese beiden Einschränkungen sollten daher bei allen Interpretationen stets berücksichtigt werden.

Mehrfach wurden im Verlauf dieser Arbeit bereits die Einschränkungen erwähnt, die sich aus der **ausschließlichen Verwendung des Introjekt Fragebogens** ergeben. Die zusätzliche Erhebung der transitiven und intransitiven Fokusebenen, sowohl von Patient, als auch von Bezugspersonen, wäre generell **wünschenswert und voraussichtlich erkenntnissteigernd** gewesen. Die ausschließliche Adaption des Introjekt Fragebogens erfolgte unter anderem aus **ökonomischen Gesichtspunkten**, da dieser Fragebogen die mit Abstand wenigsten Items enthält (siehe Kapitel 9). Hierdurch konnte zum einen die Fragebogenadaption in einem **zeitlich angemessenen Rahmen** realisiert werden, zum anderen war die **Ausgabe- und Antwortwahrscheinlichkeit** auf Therapeuten- und Patientenseite durch einen vergleichsweise kurzen Fragebogen erhöht. Eine zusätzliche Erfassung von interpersonellen Verhaltensweisen über die beiden anderen Fokusebenen hätte zudem weitere vorbereitende, einleitende Arbeit mit den Bezugspersonen benötigt, um nicht dem Vorwurf des „Ausfragens“ über familiäre Beziehungsmuster ausgesetzt zu sein. Somit erscheint die Entscheidung für die ausschließliche Nutzung der Introjektebene im Rahmen eines Pilotprojektes, in welchem zunächst die theoretische Anschlussfähigkeit und der generelle Mehrwert überprüft werden soll, als gerechtfertigt.

Korrelation ist nicht gleich Kausalität, „kann nicht oft genug gesagt werden“ (Nachtigall & Wirtz, 2004, S. 218). Da diesem Zitat uneingeschränkt zugestimmt wird, soll dieser Umstand auch noch einmal für die vorliegende Untersuchung hervorgehoben werden. Das vorliegende Untersuchungsdesign lässt **keine Kausalschlüsse** zu, generell beschreiben Korrelationen lediglich die Koinzidenz von Werten, ohne dass ein ursächlicher Zusammenhang postuliert werden kann. Dies ist insbesondere bei der Fragestellung des tagesklinischen Verlaufs zu berücksichtigen, hier vor allem bei der N=1 Einzelfalldarstellung zu Beginn.

Der **„belastete“ Begriff des Introjektes** wurde in diesem Kapitel bereits diskutiert und ein **aktueller Definitionsversuch** unternommen. Trotz einer solchen Definition bleibt der Begriff an sich jedoch weiterhin besetzt und könnte zu Widerstand bei der Verwendung im verhaltenstherapeutischen Kontext führen. Hier wäre zu überdenken, ob bei einer möglichen weiteren Arbeit mit dem Modell ein **neuer Begriff** kreiert werden sollte. Ohne an einem wirklich abschließend befriedigenden Wortfindungsprozess angelangt zu sein, wird vom Autor derzeit folgender Begriff zur möglichen neuen Benennung der Introjekt-Fokusebene favorisiert: **Selbst-Verhalten**.

Kapitelfazit

Mit der in dieser Arbeit vorgenommenen Prüfung der Anschlussfähigkeit an die Dritte Welle der Verhaltenstherapie, der Begriffsklärung und Neudefinition des Introjekt-Konzeptes sowie der Erstellung und Validierung einer Kinder- und Jugendlichenversion inklusive Schaffung einer verständlichen und anwenderfreundlichen Darstellung der Ergebnisse in Form eines Diagramms konnte ein erster, richtungsweisender Schritt in Richtung einer Neuauflage und integrativen Nutzung des SASB-Modells erzielt werden.

Die ermittelten Gütekriterien zur Reliabilität wiesen hierbei weitgehend zufriedenstellende Ergebnisse auf, die Konstruktvalidität konnte gut bestätigt werden. In der Überprüfung der beiden Hauptfragestellungen zeigten sich Unterschiede im Introjekt bei internalisierenden und externalisierenden Störungen, einzelnen spezifischeren Störungen sowie im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung. Limitationen ergeben sich vor allem hinsichtlich einer hohen Variabilität bei der großen Patientengruppe mit der Diagnose einer Anpassungsstörung sowie häufigen nicht signifikanten Mittelwertdifferenzen bei Prüfung der beiden Hauptfragestellungen.

13 Implikationen und Ausblick für zukünftige Forschung und Praxis

Im **letzten Teil** dieser Arbeit soll ein Ausblick auf die Anwendungsmöglichkeiten der SASB-KJ in der psychotherapeutischen Praxis gegeben werden. Anschließend wird dargestellt, welche zukünftigen Forschungen zur Umsetzung notwendig sind. Dieser Ausblick soll dabei **möglichst konkret operationalisiert** werden, um daraus ebenso **konkrete Handlungsempfehlungen** abzuleiten.

13.1 Anwendung der SASB-KJ innerhalb der psychotherapeutischen Praxis

Wie lässt sich eine integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Anwendung der SASB-KJ nun konkret gestalten, welche Möglichkeiten und welchen Mehrwert bietet der Einbezug des Modells in den unterschiedlichen Therapiephasen? Ein **mögliches Konzept** soll im Folgenden skizziert werden, hierbei orientiert sich der Aufbau am Störungsübergreifenden Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ, Borg-Laufs, 2016b) sowie an den Forschungs- und Evaluationsansätzen, wie sie in Kapitel 6 dargestellt wurden. Abbildung 13.1 zeigt hierzu einen möglichen **generischen Therapieablauf** unter Einbezug der SASB-KJ.

Prozessschritt	Einzusetzende SASB Fragebögen
Erstkontakt und Probatorik	
❖ Anamnese, störungsspezifische sowie Breitbandfragebögen ❖ Erhebung der interpersonellen Baseline ❖ Erhebung des intrapsychischen Verhaltens ❖ Multiaxiale Diagnose ❖ Mehrdimensionale Zieldefinition (Störungsspezifisch, interpersonell, intrapsychisch)	Langform
Therapiebeginn	
❖ Gemeinsame Erarbeitung Störungsverständnis auf Basis interpersoneller Baseline ❖ Erste Evaluation Therapeutenverhalten ❖ Nutzung störungsspezifischer Methoden (VT/TP)	Lang-, Mediumform
Therapieverlauf	
❖ Fortführung störungsspezifischer Therapiemethoden ❖ Steter Soll/Ist Abgleich auf Basis der Zieldefinition, ggf. Nachjustierung ❖ Fortführung Evaluation Therapeutenverhalten sowie -interaktion (Ebene Patient/Bezugsperson/Therapeut)	Kurz-, Mediumform
Therapieende	
❖ Überprüfung Therapieerfolg mehrdimensional gem. Zieldefinition: Störungsspezifisch (Minderung psy. Störung), interpersonell und intrapsychisch (Verhalten in AG)	Lang,- Mediumform
Katanamnese	
❖ Evaluation der Zielvariablen (Störung, interpersonell, intrapsychisch)	Lang,- Mediumform

Abbildung 13.1: Generischer Therapieansatz einer SASB-KJ unterstützten, integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Anamnese, Diagnostik und Generierung von Störungshypothesen

Ausgehend vom grundsätzlichen Verständnis, dass sich psychische Störungen besonders auch im **zwischenmenschlichen Bereich** zeigen, kann durch die Erhebung einer ausführlichen **interpersonellen Baseline** innerhalb der probatorischen Sitzungen ein umfassender Eindruck der **erlebten Lebenswelt** der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Bezugspersonen erhoben werden. Darüber hinaus kann auch der aktive Umgang mit sich selbst erfasst werden, um die **intrapsychische Dimension** zu beleuchten. Flankierend

können Breitbandfragebögen wie etwa CBCL (Döpfner et al., 2014) sowie störungsspezifische Fragebögen wie der DIKJ (Stiensmeier-Pelster et al., 2014) eingesetzt werden.

Durch eine solche **Mehrebenendiagnostik**, die **störungsspezifisch sowie umfeldbezogen** ansetzt, kann eine möglichst reliable und valide Diagnosevergabe sichergestellt werden, durch die interpersonelle Baseline können weiterhin Kriterien geschaffen werden, um etwa Codierungen der Achse V im MAS besser erfassen und darstellen zu können (siehe Kapitel 6). Auch Adornetto und Schneider (2009, S. 124) betonen die Herausforderungen der Diagnostik im Kinder- und Jugendalter und die daraus resultierende Notwendigkeit des Einbezugs mehrerer Informationsquellen sowie unterschiedlicher Verfahren, um die Sichtweisen und Problembeschreibungen der Patienten und der Bezugspersonen erfassen zu können.

Durch eine **patientenfreundliche Aufbereitung der Ergebnisse** der Datenerhebung mittels SASB kann anschließend eine gemeinsame Betrachtung und Besprechung der Ergebnisse erfolgen. Hierbei kann, nach kurzer Psychoedukation hinsichtlich der Modellstruktur, etwa einleitend gefragt werden, ob sich der Patient in den Darstellungen „wiederfindet“, anschließend können **Störungshypothesen** entwickelt und diskutiert werden. Auch unterschiedliche Sichtweisen im Erleben des interpersonellen Verhaltens auf Seiten der Bezugspersonen können dargestellt, weiter exploriert und diskutiert werden. Ein solches Vorgehen kann **Verständnisvermögen sowie Verhaltensvalidierung** ermöglichen und dadurch zu einer tragfähigen therapeutischen Beziehung beitragen, da insbesondere das Verständnis der Patientensichtweise positive Therapieergebnisse begünstigt (Krause et al., 2015, S. 423, siehe auch Tabelle 6.1).

Zielformulierung

So wie die Anamnese und Diagnostik auf mehreren Ebenen fußt, kann auch die **Zielformulierung multidimensional** erfolgen. Zunächst ist es der Patient selbst (insbesondere bei Patienten, die eigeninitiativ eine Psychotherapie wahrnehmen), der eine Besserung seiner psychischen Probleme anstrebt, in diesem Falle wäre das Ziel durch die „Abwesenheit der Störung“ definiert und wäre etwa messbar durch eine Änderung der Skalenwerte eines störungsspezifischen Fragebogens. Darüber hinaus bringen Patienten häufig auch **allgemeinere Lebensziele** mit in eine Therapie (Michalak et al., 2007, S. 6), die nicht direkt durch störungsspezifische Fragebögen erfassbar sind. Ein **positives, adaptives inter- sowie intrapersonelles Verhalten** ist jedoch durch die AG im SASB-Modell erfassbar und kann somit ein Gesundheitsverständnis im

Psychotherapieprozess abbilden, welches **über die reine Abwesenheit von Krankheitssymptomen hinausgeht**.

Wenn die Patienten wiederum nicht aus Eigenmotivation eine Psychotherapie beginnen, sondern fremdbestimmt „geschickt" werden, insbesondere bei externalisierenden Störungen (siehe Kapitel 5), kann mit der SASB an diesem Punkt angesetzt werden, indem, erneut integrativ, etwa **lösungsorientierte Therapieelemente** genutzt werden und der Patient gefragt wird: „Wäre das interessant zu besprechen, wie du hier möglichst schnell wieder wegkommst?" (Vogt, 2016, S. 36). In diesem Falle wäre eine Erfassung des Introjekts nicht angezeigt, sondern vielmehr die Erfassung des eigenen aktuellen und gewünschten Verhaltens sowie insbesondere das der Bezugspersonen im transitiven sowie intransitiven Fokus. Hiermit wären **Zielvariablen** definiert, die primär nicht auf eine Problemaktualisierung fokussieren, sondern stärker die **Ressourcenvariablen** betonen, ein solches Vorgehen ist wiederum konsistent mit den zentralen Wirkprinzipien einer Psychotherapie nach Grawe (1999, S. 357).

Therapieprozess, Erfolgsevaluation und Qualitätsmanagement

Nachdem Diagnostik und Zielformulierung abgeschlossen sind, kann mit der SASB ein Leitfaden für den Therapieprozess gestaltet werden, um einem oft kritisierten eklektischen Vorgehen entgegenzuwirken (Grawe, 1999, S. 350; Schulte-Markwort & Bindt, 2006, S. 73). So können zu Beginn der Therapie kleine, relativ leicht erreichbare Aufgaben an den Patienten gegeben werden, sich ein **konkretes Verhalten** auf einer Fokusebene zu suchen und zu versuchen, dies umzusetzen. Durch eine solche kleinschrittige, umsetzbare Interventionsplanung wird **Veränderungsmotivation** beim Patienten gestärkt (Borg-Laufs, 2016b, S. 122), die Zuhilfenahme des **SASB Full-Modells** kann in diesem Rahmen von Vorteil sein, da hier auf **Itemebene konkrete Verhaltensweisen operationalisiert** sind (z.B. Item 214: „klar und freundlich sich ausdrücken").

Auch in der Bezugspersonenarbeit kann zu Beginn auf der Itemebene gearbeitet werden, indem den Eltern als Aufgabe mitgegeben wird, an einem Abend ihrem Kind gegenüber etwas vernünftig zu erklären (Item 144, transitiver Fokus) und zu beobachten, ob und wie das Kind auf diesen Vorschlag eingeht (Item 244, komplementäre Reaktion im intransitiven Fokus), das SASB-Modell dient hierbei erneut der **Visualisierung und Nachvollziehbarkeit der Zusammenhänge interpersonellen Verhaltens**. Nach diesem kleinschrittigen Vorgehen kann im Verlauf der Therapie zu **globaleren Verhaltensmustern** übergegangen werden, die dann über das Cluster-Modell codiert werden können. Ein solches Vorgehen ist ebenfalls ressourcenorientiert und deckt sich mit dem von Mattejat (2009, S. 280) beschriebenen **Grundpostulat der Familienarbeit**,

demzufolge lösungsorientierte Interventionen wichtiger sind als die Frage nach der Entstehungsgeschichte der familiären Probleme.

Zur Erfassung des **Prozessverlaufes** an sich kann, analog zur Erhebung in der Tagesklinik (siehe Kapitel 11), zu regelmäßigen Zeitpunkten eine **erneute Erfassung von inter- und intrapersonellen Beziehungen** erfolgen, die wiederum mit dem Patienten besprochen werden können. So kann festgestellt werden, wo im Prozess Therapeut und Patient sich gerade befinden und wo möglicherweise noch nachjustiert werden muss (beispielsweise auf Basis des Shaurette-Prinzips, siehe Kapitel 3), um eine weiterhin zielorientierte Arbeit zu gewährleisten. Im Rahmen dieses **Shaurette-Prinzips** (Benjamin, 2001, S. 90) ist es für den Therapeuten zunächst notwendig, sich dem Patienten auf der transitiven Fokusebene auch im eher feindlichen und kontrollierenden interpersonellen Raum (etwa Cluster 1-5 „kontrollieren / überwachen“) zu nähern und stärker kontrollierend Anweisungen zu geben. So wird der Patient in **seinem individuellen Verhalten ernstgenommen, validiert und „abgeholt“**. Im Anschluss kann der Therapeut nach und nach wärmere und weniger kontrollierende transitive Verhaltensweisen der AG präsentieren: Cluster 1-4 „unterstützen“ → Cluster 1-3 „freundlich annähern“ → Cluster 1-2 „bestätigen / ermutigen“. Der Patient kann dies komplementär (Cluster 2-4 „sich verlassen“, Cluster 2-3 „freundlich verbinden“, Cluster 2-2 „sich öffnen“) beantworten und sich somit in seinem Verhalten ebenfalls in die Cluster der AG bewegen. Dieses Prinzip ähnelt der Metapher des **„Tanzes auf der Wippe“** zur Beziehungsgestaltung in der **DBT** (Stiglmayr, 2017, S. 160). Bewegt sich der Patient auf dieser Wippe weg vom Therapeuten (distanzierteres Verhalten der DAG), so geht der Therapeut, um das Gleichgewicht zu wahren, gleichfalls nach hinten. Er distanziert sich somit ebenfalls und befindet sich damit gleichfalls in den Clustern der DAG, dem Ausgangspunkt des Shaurette-Prinzips. Nun kann der Therapeut auf der Wippe wieder einen Schritt auf den Patienten zugehen, sodass dieser ebenfalls einen Schritt in die Mitte geht, die Distanz zwischen beiden also abnimmt und eine wärmere, vertrauensvollere Beziehung (Cluster der AG) etabliert wird.

Die **Relevanz solcher Feedbackschleifen** in der mittleren Therapiephase, wie sie soeben beschrieben wurden, wird auch von Lammers (2017, S. 327) betont und deckt sich zudem mit dem **Public Health Action Cycle** als Rahmenmodell für Interventionen in Gesundheitssystemen (Kolip, 2006, S. 234). Die Notwendigkeit fortwährender Diagnostik im Sinne kontinuierlicher Rückkopplungsprozesse betonen auch Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012): „Diagnostik ist niemals abgeschlossen“ (S. 92).

Die **Selbstreflexion des Therapeuten** kann durch das SASB-Modell ebenfalls unterstützt werden, um eigene blinde Flecken und „negative Komplementarität“ (siehe Kapitel 3)

innerhalb des Therapieprozesses zu erfassen und mit gegenteiligem Verhalten zu beantworten. Innerhalb der SASB Nomenklatur wäre dies letztlich die **Vergegenwärtigung der Notwendigkeit eines eigenen antithetischen Verhaltens auf Patientenverhalten der DAG**. Würde ein Patient den Therapeuten beispielsweise verbal angreifen und beschuldigen (Cluster 1-7 und 1-6), wäre ein negativ komplementäres Verhalten, wenn der Therapeut als Reaktion zurückweicht und sich beleidigt rechtfertigt (Cluster 2-7 und 2-6). Vielmehr ist es wichtig, dass der Therapeut seinerseits antithetisch reagiert, seine Wahrnehmung offenlegt (Cluster 2-2, Antithese zu 1-6) und dies freundlich zugewandt (Cluster 2-3, Antithese zu 1-7) mit dem Patienten bespricht. Eine **Ausnahme** hierbei wäre das vom Therapeuten **bewusste, reflektierte „negative" Verhalten** unter dem Gesichtspunkt des gerade beschriebenen Shaurette-Prinzips.

Auch der Patient selbst kann sich und den Therapeuten im interpersonellen Kontext beurteilen, hierdurch kann die wichtige **therapeutische Beziehung visualisiert** und thematisiert werden, dies schließt sich an die in Kapitel 6 beschriebenen Kommunikationsformen erfolgreicher Therapien an, nach denen die Thematisierung der therapeutischen Allianz an sich bereits einen gewichtigen **Einflussfaktor in der Therapie** darstellt. Durch diese Selbstreflexion auf Therapeutenseite, unterstützt durch das Patientenfeedback mittels SASB, kann die **therapeutische Sensibilität** erhöht werden (zur Bedeutung der Selbstreflexion, auch innerhalb der Verhaltenstherapie, siehe etwa Laireiter, 2008).

Die in der Diskussion der zweiten Hauptfragestellung (siehe Kapitel 11) beschriebenen unterschiedlichen Introjekt-Entwicklungsverläufe bei internalisierenden und externalisierenden Störungen innerhalb der Tagesklinik können auch im Rahmen einer **Team-Supervision** genutzt werden. Durch die Modelldarstellung können **Team- und Behandlungsprozesse** dargestellt werden, um als Ausgangspunkt für Veränderungsideen oder neue Interventionsplanungen zu dienen, insbesondere wenn auch die anderen Fokusebenen miterhoben werden. Im konkreten Beispiel der beiden Behandlungsverläufe (internalisierende versus externalisierende Störungsgruppe) könnten die Behandler angeregt werden, eigene Verhaltensweisen zu reflektieren und, unter der Prämisse eines tatsächlich stärker restriktiven Verhaltens gegenüber der externalisierenden Patientengruppe, bewusst positiv-zugewandter (Cluster 1-3), verständnisvoller (1-2) und unterstützender (1-4) agieren. Im Rahmen einer erneuten, späteren Erhebung können dann direkt mögliche Veränderungen dargestellt und die Erfahrungen des Teams besprochen werden.

In der Erfassung einer „erfolgreichen" Therapie kann durch die Nutzung der SASB über die Verminderung der psychischen Störung hinaus auch ein aktiver, positiver Umgang mit

sich selbst und anderen erhoben werden, um ein **umfassenderes Gesundheitsverständnis** in der Wirksamkeitsforschung zu implementieren. Durch die Darstellung von maladaptiven sowie adaptiven Verhaltensweisen über die DAG und AG im SASB-Modell werden die beiden Dimensionen „Krankheit“ und „Gesundheit“ in einem Modell verortet. Dies lässt sich gut mit der **salutogenetischen Orientierung** vereinbaren:

> „Sie führt uns dazu, die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen, und diese statt dessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren“ (Antonovsky, 1997, S. 29).

Dieses **multidimensionale Kontinuum** könnte im SASB-Modell beispielsweise über die Erhebung des Introjektes zu verschiedenen Zeitpunkten und bei unterschiedlichen Umgebungsbedingungen abgebildet werden. So könnte ein Patient ein Introjekt der DAG („krank“) beschreiben, wenn er im Klassenkontext befragt wird, da er hier als Außenseiter von den Mitschülern angefeindet wird. Im Elternhaus wiederum könnte er ein Introjekt der AG („gesund“) zeigen, da er sich hier sicher und geborgen fühlt. Hätte dieser Patient nun beispielsweise die Diagnose Anpassungsstörung erhalten, wäre er im **kategorialen, dichotomen System „krank“**. Zu Hause würde er sich jedoch durchaus als „gesund“ definieren, was im dargestellten Beispiel auch nachvollziehbar wäre. Im SASB-Modell könnte diese Unterschiedlichkeit in einem einheitlichen Rahmen abgebildet und für den Patienten visualisiert werden.

In allen dargestellten Schritten soll das SASB-Modell jedoch **keinesfalls als Konkurrenz** zu den etablierten psychotherapeutischen Verfahren zu sehen sein. Es soll vielmehr als globaler **Leitfaden für die Strukturierung des Therapieprozesses** dienen, innerhalb dieser Ordnungsstrukturen können und sollen weiterhin störungsspezifisch angezeigte, verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Methoden und Interventionen angewendet werden, um die vereinbarten Ziele bestmöglich zu erreichen.

Der Vorteil des generischen, SASB-KJ unterstützten Therapieplans wird darin gesehen, dass einerseits ein **globaler Rahmen** für eine ganzheitlich strukturierte, nicht-eklektische Psychotherapie geschaffen wird, gleichzeitig aber auch **genügend Freiraum** für therapeutische Präferenzen und störungsspezifische Interventionen gewährleistet wird.

Das SASB-Modell bietet hierbei weiterhin den Vorteil, die gesamten inter- und intrapersonellen Beziehungsmuster **innerhalb eines Modelles** zu erfassen, sodass die Patienten **stringente Darstellungen ihrer Beziehungswelten** erleben können und die Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Erfassungsebenen, sowohl auf der **Zeitachse** (Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten), als auch auf der **Umfeldachse** (Erhebungen von unterschiedlichen Personen), erhöht wird. Mit einem solch **ganzheitlichen Modell** könnte ein gewichtiger Aspekt der **Qualitätssicherung** von psychotherapeutischen Prozessen erreicht werden, wie er beispielsweise von Petermann und Petermann (2015, S. 197) gefordert wird.

13.2 Implikationen für die Forschung

Welche Schritte sind nun notwendig, um den soeben skizzierten generischen Therapieablauf in der Praxis auch tatsächlich zu etablieren? Die **konkreten Arbeitsschritte** werden anhand eines aufeinander aufbauenden **Phasenmodells** beschrieben, welches in Abbildung 13.2 dargestellt ist.

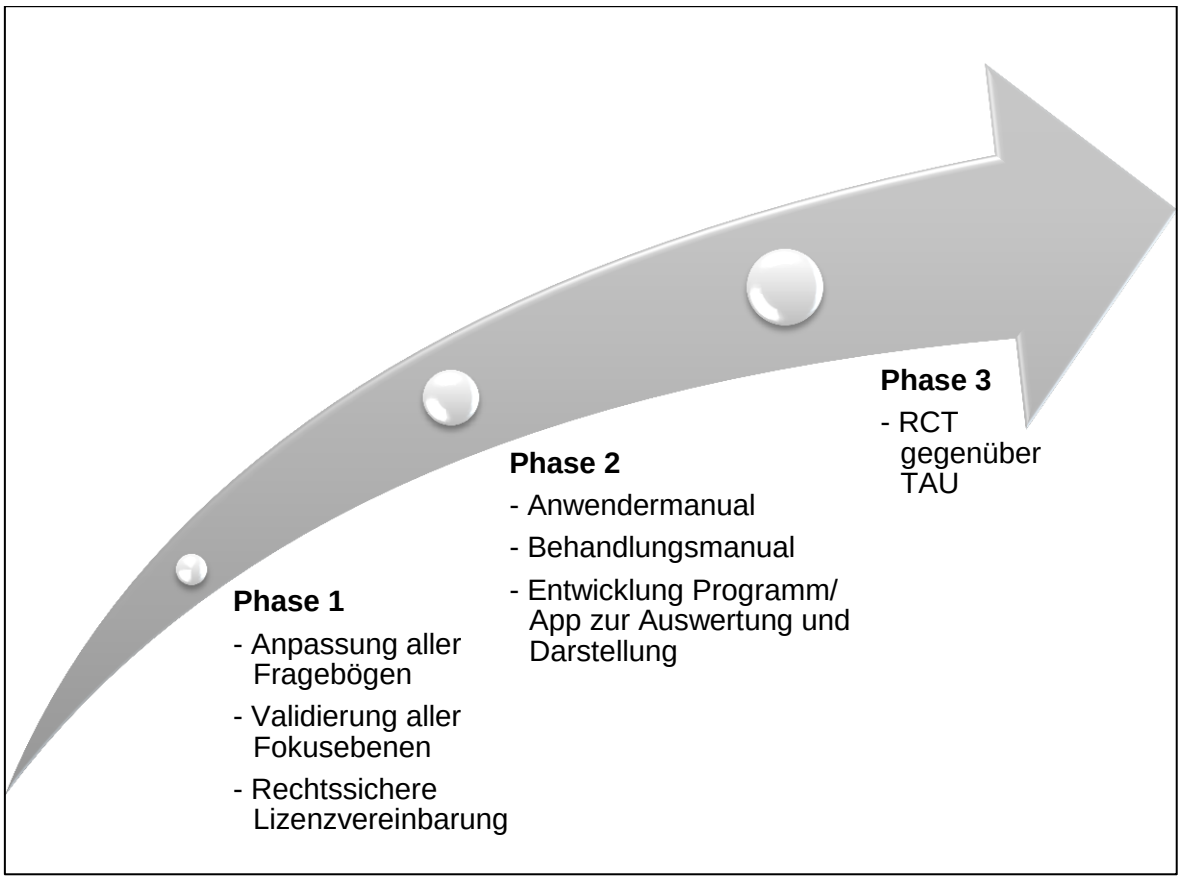


Abbildung 13.2: Phasenmodell konkreter Anschlussforschungsschritte.

Phase 1

Zunächst sollten die Fragebogenformen der **transitiven und intransitiven Fokusebene** sprachlich adaptiert werden. Der Ablauf dieser Anpassung kann sich ebenfalls am **PDCA-Zyklus** aus dem Qualitätsmanagement orientieren, dessen Nutzung sich für die Adaption des hier verwendeten Introjekt-Fragebogens bereits bewährt hat (siehe Kapitel 9). Da das Alter der Patienten einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Beantwortung der Items haben kann (siehe Kapitel 11), wird eine **Anhebung des Mindestalters zur Beantwortung** empfohlen. Unter Berücksichtigung der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten (siehe etwa Borg-Laufs & Trautner, 2007, S. 93f) sowie des schulischen Leseerwerbs sollten die Fragebögen erst gegen Ende der Grundschulzeit ab einem **Alter von etwa 10 Jahren** eingesetzt werden. Die Erfassung der transitiven und intransitiven Fokusebenen durch Bezugspersonen und Therapeuten bleibt davon selbstredend unbenommen.

Sobald für alle Fokusebenen aktualisierte Fragebögen vorliegen, kann eine **Reliabilitäts- und Validitätsprüfung** erfolgen, die sich vergleichbar mit den in der vorliegenden Arbeit verwendeten Überprüfungsverfahren gestalten sollte (siehe Kapitel 10). Zusätzlich können bei Vorliegen aller drei Fokusebenen auch die geforderten vollumfänglichen **Dimensional Ratings** (Benjamin, 2000, S. 69f) durchgeführt werden. Die reine **Adaption** der weiteren Fragebögen könnte beispielsweise im Rahmen von **Bachelor- oder Masterarbeiten** erfolgen, die **Validierung** könnte in Form von **Masterarbeiten** behandelt werden. Hier werden jedoch fundierte Kenntnisse in Statistik empfohlen, sodass dies umsetzbar wäre für versierte Studenten der Psychologie oder anderer Master-Studiengänge.

Nach Vorliegen aller Ergebnisse der Fragebogenanpassung sollte eine **rechtssichere Lizenzvereinbarung** über die Erlaubnis der Verwendung geschlossen werden, die über das Translation Agreement im Forschungskontext hinausgeht, welches für diese Arbeit geschlossen wurde. Sobald dies vorliegt, kann eine **Auflage der SASB-KJ** erfolgen.

Phase 2

Um nach einer Lizenzvereinbarung eine konkurrenzfähige Neuauflage realisieren zu können, empfiehlt sich eine **anwenderfreundliche Manualisierung** des Modells. In einem **Anwendermanual** sollte eine reduzierte und zugleich hinreichend ausführliche Modellbeschreibung erfolgen, die neben der Darstellung der Modellstruktur auch die theoretischen Beziehungskonstellationen beschreibt (vergleiche Kapitel 3), zur Veranschaulichung sollte dies anhand von **praktischen Modellabbildungen** und kurzen **Fallvignetten** visualisiert werden.

Weiterhin können, sofern sich empirische Nachweise finden, einzelne psychische Störungen in das SASB-Modell überführt werden hinsichtlich ihrer intra- und interpersonellen Fingerprints. Diese „Übersetzung“ sollte sich am Konzept der vorliegenden Ableitung orientieren (siehe Kapitel 7), jedoch **konkreter an der spezifischen Diagnose** selbst ansetzen, damit mögliche diagnoseinhärente Unterschiede beschrieben werden können, welche sich bei einer zu groben Clusterung möglicherweise nicht zeigen (vergleiche Kapitel 11). Auch diese Übersetzungen in Fingerprints könnten anhand von Fallvignetten visualisiert werden und sollten neben den Introjekt-Darstellungen explizit auch den transitiven und intransitiven Fokus beinhalten. Hierzu wären jedoch **umfangreiche Erhebungen** notwendig, um ausreichende Fallzahlen jeder Störungsgruppe zu generieren. Eine solche intensive Auseinandersetzung und Arbeit mit dem Modell würde entsprechende **personelle sowie materielle Mittel** erfordern, welche im Rahmen von **universitären Forschungsprojekten** realisiert werden könnten.

Sollte ein solches Forschungsprojekt realisiert werden, kann weiterhin ein **Behandlungsmanual** konzipiert werden. Das Manual kann sich am vorgestellten generischen Therapieplan (siehe Abbildung 13.1) orientieren und sollte diesen weiter ausführen, sodass jeder **Prozessschritt anwenderfreundlich dargestellt** wird. Zusätzlich erscheint es wünschenswert, ein **Programm** oder eine Applikation zu entwickeln, über welche die Eingabe, Ergebnisdarstellung und Datenausgabe der Fragebögen erfolgen kann. Kern dieser Systemarchitektur wäre beispielsweise das vorhandene Programm MakeMapsWin, auf das jedoch unbedingt eine **neue Benutzeroberfläche** gesetzt werden sollte. Besonders eindrücklich könnte sich die **visuelle Darstellung von dynamischen Beziehungsmustern** gestalten, indem etwa Eltern dargelegt wird, wie aggressives intransitives Verhalten des Kindes als komplementäre Reaktion auf subjektiv erlebtes aggressives transitives Elternverhalten zu verstehen sein kann.

Phase 3

Wenn ein universitäres Projekt besteht (Voraussetzung für ganzheitliche Umsetzung der zweiten Phase), kann in einer **abschließenden Phase** der Mehrwert einer manualisierten, SASB-KJ unterstützten Therapie nach „Goldstandard“ (Esser & Blank, 2011, S. 628) empirisch untersucht werden. Hierzu wird die **Wirksamkeit der SASB-KJ unterstützten Therapie** in einem Randomized Controlled Trial (RCT) gegenüber etablierten Behandlungsverfahren (Treatment-as-usual, TAU) getestet. Dies erfordert eine Kooperation mit entsprechenden psychiatrischen respektive psychotherapeutischen

Kliniken und Ambulanzen und wäre der letzte Schritt hin zu einer **Etablierung der SASB-KJ** in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft.

Weitere Nutzung der bereits erhobenen Daten

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden zahlreiche Daten erhoben, anhand derer die a priori formulierten Forschungsfragen untersucht wurden. Darüber hinaus ergeben sich jedoch **weitere Nutzungsmöglichkeiten der Daten**, die bisher nur am Rande thematisiert werden konnten. Da die Daten vollständig anonymisiert sind, könnten sie für weitere Untersuchungen genutzt werden, die als **Bachelor- oder Masterarbeiten** umsetzbar wären und weitere Erkenntnisse zum Themenkomplex psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen versprechen.

Zunächst wurden primär die beiden Hauptstörungsgruppen der internalisierenden und externalisierenden Störungen betrachtet, nur kurz wurde auf die kleine Gruppe der **kombinierten Störungen** eingegangen. Hier ergäbe sich ein möglicher qualitativer Forschungsansatz dergestalt, als dass nach **möglichen Besonderheiten dieser Gruppe** in Abgrenzung zu den Hauptstörungsgruppen gesucht werden könnte. Sollten sich etwa charakteristische Spezifika der kombinierten Störungen zeigen, könnte dies zu einer trennschärferen Abgrenzung gegenüber anderen Störungsbildern führen.

Ebenfalls vielversprechend erscheint eine **qualitative Analyse der insgesamt vier tagesklinischen Dropouts** (siehe Abbildung 11.12), also derjenigen Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten. Welche Introjekte lagen bei diesen Patienten vor? Aus einer solchen Analyse könnten sich gewinnbringende Informationen ziehen lassen, um potentiell abbruchgefährdete Patienten im vornherein zu erfassen und entsprechende „Gegenmaßnahmen“ wie etwa motivationsfördernde Interventionen zu etablieren.

13.3 Fazit

Ziel dieser Arbeit war die Nutzbarmachung des SASB-Modells für den Einsatz im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der Konstruktion einer **integrativen SASB-KJ**. Dem Anspruch der Arbeit folgend, die Grundlage für die weitere Anwendung der SASB-KJ zu schaffen, wurde zu Beginn der theoretischen Ausführungen besonderer Wert darauf gelegt, das komplexe Modell inklusive der zugrundeliegenden Theorien **ausführlich darzustellen**. Die Einarbeitung in das zunächst vielleicht „sperrig“ anmutende SASB-Modell mag Überwindung, Zeit und Mühe kosten. Mit einem fundierten Verständnis zeigen sich jedoch schnell die **zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten** in der Beschreibung von Beziehungskonstellationen sowie des Einsatzes im Kontext psychotherapeutischer Fragestellungen. Das Potential der Nutzung einer SASB-KJ lassen die Mühen der Einarbeitung daher lohnenswert erscheinen.

Nach der Darstellung des Modells wurde der Blick auf die **Dritte Welle der Verhaltenstherapie** gerichtet, um der Frage nachzugehen, ob die SASB als ein Verfahren dieser Dritten Welle betrachtet werden kann. Wie in der Diskussion ausführlich dargelegt, kann das SASB-Modell inklusive seiner theoretischen, interpersonellen Orientierung durchaus zu den Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie gezählt werden. Durch den **„Anschluss“ an diese aktuelle Strömung** ist die SASB-KJ einsetzbar in modernen verhaltenstherapeutischen Settings. Über die Auseinandersetzung mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter konnten weiterhin theoretisch konzeptionierte Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen abgeleitet werden.

Die Überprüfung der **Gütekriterien** des adaptierten Introjekt-Fragebogens ergab zufriedenstellende Ergebnisse, die eine Anwendung bei Kindern und Jugendlichen rechtfertigt. Die Werte zur Reliabilität lagen bei einigen Clustern nicht im erwünschten Bereich, jedoch ergibt sich aus der detaillierten Analyse einzelner Items weiteres **zukünftiges Verbesserungspotential**. Die Konstruktvalidität konnte hingegen bestätigt werden, die Hauptachsen Affiliation und Interdependenz konnten über die empirischen Daten hergeleitet werden und auch die Zirkumplexstruktur der acht Cluster konnte nachgewiesen werden. Dies spricht dafür, dass das **Konstrukt „Introjekt“ des SASB-Modells bereits bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden kann**.

In der Überprüfung der **ersten Hauptfragestellung** wurde nach Unterschieden im Introjekt bei internalisierenden und externalisierenden Störungen gesucht. In der Gesamtbetrachtung konnte die Alternativhypothese eines vorhandenen Unterschiedes im Introjekt zwar nicht nachgewiesen werden, in der Tendenz wurden dennoch einige Charakteristika dieser beiden Störungsgruppen sichtbar. So zeigten Patienten mit

internalisierenden Störungen weniger Spontaneität sowie Selbstliebe und ein generell eher negativer eingefärbtes Introjekt als Patienten mit externalisierenden Störungen.

In der **zweiten Hauptfragestellung** wurde untersucht, ob sich das Introjekt im Verlauf einer tagesklinischen Behandlung verändert. In der Gesamtbetrachtung konnte die Alternativhypothese nicht nachgewiesen werden, in der Tendenz zeigten sich aber auch hier positive Effekte. So war das Introjekt der Patienten bei Entlassung aus der Tagesklinik weniger selbstunterdrückend und selbstvernachlässigend, gleichzeitig beschrieben die Patienten eine stärkere positive Selbsterforschung als bei Aufnahme. Die Ergebnisse sprechen für die Möglichkeit der Sichtbarmachung des latenten Konstruktes „Therapieerfolgs“ über die wiederholte Erhebung des Introjektes. In der weitergehenden explorativen Datenanalyse zeigten sich zudem **unterschiedliche „Behandlungsverläufe“** der beiden Hauptstörungsgruppen. Bei getrennter Betrachtung wiesen alle AG Cluster der Patienten mit internalisierenden Störungen signifikante Unterschiede mit großen Effektstärken im Vergleich des ersten und letzten Erhebungszeitpunktes auf. Diese Veränderungen zeigten überdies in die erwünschte Richtung mit stärkerer Ausprägung der AG bei Entlassung. Bei den Patienten mit externalisierender Störung konnten demgegenüber keine signifikanten Änderungen erfasst werden.

Anhand der Darstellung und Interpretationsmöglichkeiten im Einzelbeispiel konnten weiterhin die Potentiale des SASB-Modells hinsichtlich wirksamkeits- und prozessorientierter Erforschung psychotherapeutischer Prozesse gezeigt werden. Durch die zahlreichen Ansatzpunkte zur Hypothesengenerierung und Eröffnung psychotherapeutischer Gespräche, die sich aus den Ergebnissen nur einer einzelnen Befragung ergeben (Schwerpunktverhalten, auffällige Einzelitems, Clusterwerte, Pattern-Profile, siehe Abbildung 3.3 sowie 9.3), erscheint das SASB-Modell besonders gut für **Einzelfallanalysen im klinischen, praktischen Kontext** geeignet.

Zuletzt wurde der **Mehrwert** einer Einbringung und Nutzung der SASB-KJ erörtert. Im Rahmen einer **integrativen Psychotherapie** kann die SASB-KJ als Leitfaden einen stringenten therapeutischen Prozess mit einheitlichen Begriffsstrukturen ermöglichen. Durch die Erhebung einer **interpersonellen Baseline** kann ein umfassendes Verständnis der aktuellen erlebten Lebensumwelt des Patienten geschaffen werden, welches Ansatzpunkte für Zielformulierung und Interventionen bietet. Da im SASB-Modell auch adaptives Verhalten über die AG beschrieben wird, kann hier ein dimensionales, **weitergefasstes Gesundheitsverständnis** im Rahmen der salutogenetischen Orientierung etabliert werden. Dadurch wird „Gesundheit“ respektive „Therapieerfolg“ nicht bloß durch die Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern auch durch positives,

funktionales inter- wie intrapersonelles Verhalten des Patienten sowie seiner Bezugspersonen.

Die vorliegende Arbeit befasste sich ausführlich mit der Darstellung der Anschlussfähigkeit des SASB-Modells an die Dritte Welle der Verhaltenstherapie. Es konnte dargestellt werden, dass die SASB als ein Verfahren dieser aktuellen psychotherapeutischen Strömung betrachtet werden kann und somit in modernen therapeutischen Settings einsetzbar ist. Durch die Adaption und Überprüfung des Introjekt-Fragebogens konnte nachgewiesen werden, dass das SASB-Modell auch im Kontext von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angewendet werden kann und dabei einen deutlichen Mehrwert hinsichtlich einer **nicht-eklektischen, integrativen und ganzheitlichen Psychotherapie** bietet. Damit präsentiert die vorliegende Arbeit den ersten, richtungsweisenden Schritt zu einer integrativen SASB-KJ.

14 Nachwort

In der Einleitung dieser Arbeit wurde auf die Relevanz einer intensiveren Beschäftigung mit Forschungsfragen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verwiesen, insbesondere auf den vielfach geäußerten Wunsch nach einer integrativen, allgemeinen Psychotherapie, die sich, losgelöst von schulenbezogenen Denkweisen, auf die bestmögliche Therapie der Patienten konzentriert. Mit dieser Arbeit wurde der **Grundstein für weiterführende Forschungs- und Einsatzmöglichkeiten** der SASB-KJ gelegt.

Integrative, maßgeschneiderte und patientenzentrierte Therapiekonzepte sind das Ziel einer zukünftigen, allgemeinen Psychotherapie, es bleibt die Frage, wer diesen Weg mitzuprägen vermag.

Diese Arbeit soll enden, wie sie begonnen hat - mit einem Zitat. Das Zitat stammt hierbei von Jerry S. Wiggins aus einem Symposium über interpersonelle Zirkumplexmodelle Anfang der 80er Jahre. Sein Ausblick erscheint visionär, seine zeitliche Einschätzung zum Abschluss wie geschaffen:

„I am personally, and perhaps optimistically, looking forward 35 years hence to hearing about the 2018 Interpersonal Circumplex" (Wiggins, 1985, S. 630).

15 Literaturverzeichnis

Adornetto, C. & Schneider, S. (2009). Diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 123-144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Ahmed, M., Westra, H. A. & Constantino, M. J. (2012). Early therapy interpersonal process differentiating clients high and low in outcome expectations. *Psychotherapy Research, 22* (6), 731-745.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Albano, A. M., Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Hrsg.), *Child psychopathology* (2nd ed., S. 279-329). New York: Gilford Press.

Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. *Psychotherapeut, 52* (1), 24-34.

Amelang, M. & Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (Kohlhammer-Standards Psychologie, 5., aktualisierte und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M. & Zielinski, W. (2004). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3., korr., akt. und überarb. Aufl., [Nachdr.]. Berlin: Springer.

Anchin, J. C. (1982). Interpersonal approaches to psychotherapy: Summary and conclusions. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (Pergamon general psychology series, vol. 101, pp. 313-329). New York: Pergamon Press.

Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (1), 57-87.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke*. Tübingen: dgvt Verlag.

Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2008). *Sozialpsychologie* (PS - Psychologie, 6., akt. Aufl.). München: Pearson Studium.

AWMF-ADHS. (2017). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. AWMF-Registernummer 028-045*.

AWMF-Angststörungen. (2014). *S3-Leitlinie Behandlung Angststörungen. AWMF-Reg.Nr.: 051-028*.

AWMF-Depressive Störungen. (2013). *Leitlinie - Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3), AWMF-Registernummer 028 - 043*.

AWMF-psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. (2013). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k). AWMF-Register Nr. 028/041*.

AWMF-Störung des Sozialverhaltens. (2007). *Störungen des Sozialverhaltens (F91.1, F91.2, F91.3, F92). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/020*.

AWMF-Zwangsstörungen. (2013). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen. AWMF-Register Nr. 038/017*.

Barrett, C. L., Hampe, I. E. & Miller, L. C. (1978). Research on child psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2nd ed., pp. 411-435). New York: Wiley.

Bauers, W. (1994). Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43* (3), 84-89.

Baumgarten, F., Klipker, K., Göbel, K., Janitza, S. & Hölling, H. (2018). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring, 3* (1), 60-65.

Baving, L. (2006). *Störungen des Sozialverhaltens* (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Beaulieu, D. (2013). *Impact-Techniken für die Psychotherapie* (6., unveränd. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen* (Bd. 39). München: Pfeiffer.

Bellabarba, J. (2007). Von der Philosophie über die Strategie zur Zertifizierung: Systematisches Qualitätsmanagement in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2), 7-24.

Benecke, C. (2016). *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich. Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review, 81* (5), 392-425.

Benjamin, L. S. (1982). Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (Pergamon general psychology series, vol. 101, pp. 190-212). New York: Pergamon Press.

Benjamin, L. S. (1984). Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In R. A. Zucker, J. Aronoff & A. I. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior* (Henry A. Murray lectures in personality, vol. 1, pp. 121-174). Orlando: Acad. Press.

Benjamin, L. S. (1993). Dimensional, categorical, or hybrid analyses of personality: A response to Widiger's proposal. *Psychological Inquiry* (2), 91-95.

Benjamin, L. S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological Inquiry* (4), 273-316.

Benjamin, L. S. (1996a). A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment, 66* (2), 248-266.

Benjamin, L. S. (1996b). Ein interpersoneller Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 136-148). Weinheim: Beltz Psychologie Verl.-Union.

Benjamin, L. S. (1996c). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (Diagnosis and treatment of mental disorders, 2. ed.). New York u.a.: Guilford Press.

Benjamin, L. S. (1996d). Introduction to the Special Section on Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1203-1212.

Benjamin, L. S. (2000). *SASB Intrex User's Manual*. Copyright University of Utah.

Benjamin, L. S. (2001). *Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.

Benjamin, L. S. (2006). *Interpersonal reconstructive therapy. An integrative, personality-based treatment for complex cases*. New York: Guilford Press.

Benjamin, L. S. (2008). What is functional about functional autonomy? *Journal of Personality Assessment, 90* (5), 412-420.

Benjamin, L. S., Foster, S. W., Roberto, L. G. & Estroff, S. E. (1986). Breaking the family code: Analysis of videotapes of family interactions by Structural Analysis of Social Behavior (SASB). In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process. A research handbook* (pp. 391-438). New York: Guilford Pr.

Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C. & Critchfield, K. L. (2006). The use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology* (2), 83-109.

Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139-189). New York: Wiley.

Beutling, A. (2008). Pädagogische Herausforderungen im therapeutischen Raum der Tagesklinik. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 26-37.

Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, D. L. & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48* (12), 1174-1183.

Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C. & Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness, 7* (2), 479-492.

Bohus, M. (2006). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. Die dritte Welle in der Evolution der Verhaltenstherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54* (4), 229.

Borg-Laufs, M. (2007a). Die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 757-781). Tübingen: Dgvt-Verl.

Borg-Laufs, M. (2007b). Zur bisherigen und zukünftigen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band II: Diagnostik und Intervention* (Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2., überarb. und erw. Aufl., S. 913-923). Tübingen: Dgvt-Verl.

Borg-Laufs, M. (2012). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (1), 6-21.

Borg-Laufs, M. (2016a). Kinderschutz und psychische Grundbedürfnisse. *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 12* (1+2), 9-15.

Borg-Laufs, M. (2016b). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ). Manual für die Therapieplanung* (KiJu, Bd. 8, 3. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.

Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für soziale Arbeit und Psychotherapie* (KiJu, Bd. 15, S. 7-22). Tübingen: Dgvt-Verl.

Borg-Laufs, M. & Spancken, A. (2010). Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für soziale Arbeit und Psychotherapie* (KiJu, Bd. 15, S. 23-38). Tübingen: Dgvt-Verl.

Borg-Laufs, M. & Trautner, H. M. (2007). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 77-120). Tübingen: Dgvt-Verl.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 242 Tabellen* (Springer-Lehrbuch, 6., vollst. überarb. und akt. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb. Aufl., [Nachdr.]. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.

Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung* (Kindler-Studienausgabe). München: Kindler.

Brakemeier, E.-L. (2013). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 57-78). Weinheim: Beltz.

Brakemeier, E.-L. & Schramm, E. (2013). Interpersonelle Psychotherapie (IPT). In B. Boothe & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen; Störungsbilder; Behandlungskonzepte* (Psychotherapie, S. 302-313). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.

Branik, E. (2002). Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Die Kunst des Unmöglichen?“. *Psychotherapeut* (47), 98-105.

Branik, E. (2006). Die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Aufgaben, Konflikte und Widersprüche. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 38-57.

Breitenbach, R. (2007). Rational-emotive Therapie und die Möglichkeiten der rationalen Disputation mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band II: Diagnostik und Intervention* (Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2., überarb. und erw. Aufl., S. 487-514). Tübingen: Dgvt-Verl.

Brisch, K. H. (2007). Prävention von emotionalen und Bindungsstörungen. In W. v. Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 167-181). Göttingen: Hogrefe. Zugriff am 22.01.2017.

Brisch, K. H. (2011). Bindung und Autonomie in der Pädagogik. *Sozialpädagogische Impulse* (1), 4-6.

Bruchmüller, K. & Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut, 57* (1), 77-89.

Brumariu, L. E. & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22* (1), 177-203.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *15. Kinder- und Jugendbericht - Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/11050* (Deutscher Bundestag - 18. Wahlperiode, Hrsg.).

Bürgin, D. & Steck, B. (2007). Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD-Trias (Impulsivität, Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56* (4), 310-332.

Canby, N. K., Cameron, I. M., Calhoun, A. T. & Buchanan, G. M. (2015). A brief mindfulness intervention for healthy college students and its effects on psychological distress, self-control, meta-mood, and subjective vitality. *Mindfulness, 6* (5), 1071-1081.

Chiesa, A. & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology, 67* (4), 404-424.

Chrzanowski, G. (1977). *Interpersonal approach to psychoanalysis. Contemporary view of Harry Stack Sullivan*. New York: Gardner Pr.

Chrzanowski, G. (1982). Interpersonal Formulations of Psychotherapy: A Contemporary Model. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (Pergamon general psychology series, vol. 101, pp. 25-45). New York: Pergamon Press.

Cierpka, M., Benecke, C., Tann, M. von der, Jakobsen, T., Seiffge-Krenke, I. & Stasch, M. (2015). Neue Felder in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapeut, 60* (5), 377-383.

Cierpka, M. & Cierpka, A. (1997). Die Identifikationen eines mißbrauchten Kindes. *Psychotherapeut, 42* (2), 98-105.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hoboken: Taylor and Francis.

Colonnesi, C., Draijer, E. M., Jan J M Stams, G., van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40* (4), 630-645.

Conci, M. (2005). *Sullivan neu entdecken. Leben und Werk Harry Stack Sullivans und seine Bedeutung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse* (Bibliothek der Psychoanalyse, Dt. Erstveröff). Gießen: Psychosozial-Verl.

Conci, M. (2011). Sullivan und die intersubjektive Sichtweise. *Forum der Psychoanalyse, 27* (2), 139-150.

Costa, P. T. (1994). Can the SASB brigde personality theory and clinical psychology? A view from the O, C, E, A, N. *Psychological Inquiry, 5* (4), 319-322.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4* (4), 362-371.

Crecelius, V. & Hiller, W. (2014). Die Evaluation von Therapieeffekten bei sozialen Angststörungen in einer Hochschulambulanz mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (2), 112-120.

Dahlbender, R. W. & Tritt, K. (2011). Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Psychotherapie, 16* (1), 28-39.

Davies-Osterkamp, S. (2002a). Das SASB-Modell in der Anwendung auf Persönlichkeitsstörungen. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 248-252). München: CIP-Medien.

Davies-Osterkamp, S. (2002b). Zirkumplexe Modelle interpersonellen Verhaltens in der klinischen Psychologie. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 5-11). München: CIP-Medien.

Davies-Osterkamp, S., Hartkamp, N. & Junkert, B. (2002). Die Intrex-Kurzform. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 156-220). München: CIP-Medien.

Diepold, B. (1984). Depression bei Kindern - Psychoanalytische Betrachtung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 33* (2), 55-61.

Dierk, J.-M., Sommer, G. & Heinrigs, S. (2002). Soziale Kompetenz und Circumplexmodell interpersonalen Verhaltens. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie, 23* (1), 67-81.

Dilling, H. & Reinhardt, K. (2016). *Überleitungstabellen ICD-10/DSM-5®* (Programmbereich Psychiatrie, 1. Auflage). Bern: Hogrefe.

Dilling, H., Wombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Aufl., unter Berücks. der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014). Bern: Huber.

Döpfner, M. (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* (4), 258-266.

Döpfner, M. (2009a). Hyperkinetische Störung und oppositionelles Trotzverhalten. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 429-451). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Döpfner, M. (2009b). Psychotherapieforschung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 159-179). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Döpfner, M. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie. *Kindheit und Entwicklung, 13* (2), 59-63.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53* (4), 184-193.

Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach:* Hogrefe.

Ecker, W. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 524-532). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Edel, M.-A. & Dimaggio, Giancarlo, Brüne, Martin. (2013). DBT in Kombination mit MBT bei Borderline-Persönlichkeitsstörung - erste Ergebnisse. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 34* (3), 263-275.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt, 68* (9), 683-695.

Elgeti, H. (2004). *Einführung in die Tiefenpsychologische Anamneseerhebung und die Erstellung eines Berichtes zum Psychotherapie-Erstantrag. (Manuskript)*. Medizinische Hochschule Hannover: Institut für Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung.

Epstein, R. S. (2004). Book essays and reviews: Lorna Smith Benjamin. Interpersonal Reconstructive Therapy: promoting change in nonresponders. *Psychiatry, 67* (2), 208-210.

Epstein, S. (1990). Cognitive-Experiential Self-Theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality. Theory and research* (S. 165-192). New York, NY: Guilford Pr.

Ermann, M. (2005). Trauma und Traumafolgen aus psychodynamischer Sicht. *Psychotherapeut, 50* (3), 209-228.

Esser, G. & Blank, S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (60), 626-638.

Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- um Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29* (4), 276-283.

Esser, G. & Wyschkon, A. (2007). Testdiagnostik in der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band II: Diagnostik und Intervention* (Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2., überarb. und erw. Aufl., S. 189-217). Tübingen: Dgvt-Verl.

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015a). *Diagnostische Kriterien DSM-5®. American Psychiatric Association (APA)*. Göttingen: Hogrefe.

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015b). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.

Felver, J. C., Celis-de Hoyos, C. E., Tezanos, K. & Singh, N. N. (2016). A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness, 7* (1), 34-45.

Ferenczi, S. (1984). *Bausteine zur Psychoanalyse. I. Band* (3., unveränd. Aufl.). Bern: Huber.

Fiedler, P. (2014). Eine neue Welle in der Psychotherapie kommt ins Rollen - aber Achtung: Nicht nur mit der Schematherapie! *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 35* (3), 257-269.

Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.

Fincke, J. I., Möller, H. & Taubner, S. (2015). Does interpersonal behavior of psychotherapy trainees differ in private and professional relationships? *Frontiers in Psychology, 6* (765), 1-12.

Fink, M. (2004). AD(H)S - Ein Diskussionsbeitrag aus der Praxis. *Psychotherapeutenjournal* (2), 115-120.

Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik // Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Fonagy, P., Moran, G. S. & Target, M. (1998). Aggression und das psychische Selbst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47,* 125-143.

Forster, J. (2009). Berufsethische und rechtliche Aspekte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 975-986). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Freedman, M. B., Leary, T., Ossorio, A. G. & Coffey, H. S. (1951). The Interpersonal Dimension of Personality. *Journal of Personality, 20* (2), 143-161.

Freud, S. (1968a). Band X: Werke aus den Jahren 1913-1917. In *Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (1968b). Band XIV: Werke aus den Jahren 1925-1931. In *Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.

Fuhrhans, C. (2016). Wie wirken Impact-Techniken in der Schematherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 37* (1), 87-98.

Gehrmann, J., Schwarz, M., Abedi, G., Boida, E., Wolf, J. F., Fies, U. et al. (2008). Tagesklinik als therapeutischer Entwicklungsraum: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (2), 56-68.

Goddemeier, C. (2017). Harry Stack Sullivan (1892-1949) - Verwobenheit mit der Umwelt. *Deutsches Ärzteblatt* (4), 176-177.

Goldbeck, L., Besier, T., Petermann, F., Karpinski, N. & Hampel, P. (2007). Validierung des SPS-J an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55* (4), 263-270.

Gomez, R. & Sanson, A. V. (1994). Mother–child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35* (3), 477-490.

Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2017). Systematik und empirischer Kenntnisstand zu den Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 11* (2), 103-110.

Grabe, H. J. & Ettelt, S. (2006). Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. *Psychotherapeut, 51* (4), 311-320.

Graham, P. & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorder in the young adolescent: A follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 66,* 1226-1229.

Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut, 44* (6), 350-359.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2., korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* (44), 63-73.

Grober, C., Heidenreich, T. & Rief, W. (2016). Existenzielle Themen in der kognitiven Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut, 61* (3), 229-236.

Groen, G. & Petermann, F. (2005). Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf und klinische Prädiktoren der Persistenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34* (1), 10-18.

Groen, G. & Petermann, F. (2008). Was wirkt in der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? *Kindheit und Entwicklung, 17* (4), 243-251.

Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Groen, G. & Petermann, F. (2015). *Therapie-Tools Depression im Kindes- und Jugendalter. Mit Arbeitsmaterial*. Weinheim: Beltz.

Groß, A. & Riedel, W.-P. (1995). *Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung* (Theorie und Forschung, Bd. 321). Regensburg: Roderer.

Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis: The Radex. In P. F. Lazarsfeld (Ed.), *Mathematical thinking in the social sciences* (258-348). Glencoe, Ill.: The Free Press.

Guttman, L. (1966). Order analysis of correlation matrices. In R. B. Cattell (Ed.), *Handbook of multivariate experimental psychology* (Rand McNally psychology series, 439-458). Chicago: McNally.

Haller, A.-C., Klasen, F., Petermann, F., Barkmann, C., Otto, C., Schlack, R. et al. (2016). Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung, 25* (1), 31-40.

Hampel, P. & Desman, C. (2006). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55* (6), 425-443.

Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut, 45* (5), 292-300.

Harms, R. & Tscheulin, D. (2001). *Anleitung zum Gebrauch des Programms MakeMapsWin. Stand: 16.03.2001 - Zur Programmversion 2*. Beigabe zum Programm MakeMapsWin.

Hartkamp, N. (2002). Interpersonelle Theorie und Psychoanalyse - geschichtliche und konzeptuelle Anmerkungen. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 12-20). München: CIP-Medien.

Hartkamp, N., Schmitz, N., Schulze-Edinghausen, A., Ott, J. & Tress, W. (2002). Spezifisches Gegenübertragungserleben und interpersonelle Problembeschreibung in psychodynamischer Psychotherapie. *Der Nervenarzt, 73* (3), 272-277.

Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 235-255). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hautzinger, M. (2007). Interpersonelle Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl., S. 227-232). Heidelberg: Springer-Verlag.

Hautzinger, M. (2008). Depressionen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 481-487). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9* (1), 101-106.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35* (4), 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*. Verfügbar unter http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101

Heidenreich, T., Grober, C. & Michalak, J. (2014). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 233-240.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). Einführung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 13-19). Weinheim: Beltz.

Heidenreich, T., Noyon, A., Grober, C. & Michalak, J. (2017). Ziele, Werte und Sinn. Grundlagen und ihre Bedeutung in der aktuellen Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut, 62* (5), 469-482.

Helbing-Tietze, B. (1992). Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz - illustriert an Anton Reiser. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41* (2), 57-64.

Herpertz-Dahlmann, B., Poustka, F. & Hebebrand, J. (2010). Neue Konzepte für die Leitlinienentwicklung in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38* (1), 5-6.

Hilbert, A. (2015). Interpersonelle Psychotherapie. In S. Herpertz, M. Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 279-284). Heidelberg: Springer

Hilbert, A. & Martin, A. (2015). Wirkfaktoren des psychotherapeutischen Prozesses. *Psychotherapeut, 60* (3), 185-186.

Hirsch, M. (1996). Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor nach Ferenczi und Anna Freud. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45* (6), 198-205.

Hirschberg, M. (2011). Krank oder behindert? Die Bedeutung tradierter Begriffssysteme und deren Anwendung für komplexe Syndrome. *Ethik in der Medizin, 23* (1), 43-51.

Hoffmann, N. (2008). Zwangsstörungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 583-588). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hoffmann, S. & Riedesser, P. (2007). Die Etablierung von QM in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) - ein Erfahrungsbericht. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (4), 36-39.

Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28* (1), 1-16.

Hofmann, S. G. & Münch, H. M. (2013). Die »dritte Welle«: eine kritische Betrachtung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 256-268). Weinheim: Beltz.

Hohage, R. (2001). ICD-10-Diagnosen in der psychotherapeutischen Praxis. Eine Kritik. *Psychotherapeut, 46* (2), 110-114.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57* (7), 807-819.

Huber, E., Bock, A., Hans, M., Wieser, E., Steinmayr-Gensluckner, M., Sevecke, K. et al. (2016). Emotionserleben, Emotionsregulation und strukturelle Störung bei Jugendlichen. *Psychotherapie Forum, 63,* 1-15.

Ihle, W. (2016). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Evidenz- sowie konsensbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut, 61* (6), 535-553.

Ihle, W., Ahle, M. E., Jahnke, D. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13* (2), 64-79.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29* (4), 263-275.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung, 11* (4), 201-211.

Jacob, G. (2011). Was ist innovativ an der Schematherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59* (3), 179-186.

Jacob, G. & Arntz, A. (2011). Schematherapie. *Psychotherapeut, 56* (3), 247-258.

Jacob, G. & Brakemeier, E.-L. (2014). Schulenübergreifende Ansätze in der Psychotherapie – State of the Art. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 231-232.

Jacob, G. & Faßbinder, E. (2015). Schematherapie in Gruppen. *Psychotherapeut, 60* (4), 290-294.

Jacob, G. & Seebauer, L. (2014). Schematherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 271-278.

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy. A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.

Jäger, A.-M. & Brakemeier, E.-L. (2014). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) als schulenübergreifende Psychotherapie der chronischen Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 259-269.

Jäger, M., Frasch, K. & Becker, T. (2008). Die Krise der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt, 79* (3), 288-294.

Jantzer, V., Parzer, P., Lehmkuhl, U. & Resch, F. (2012). Neuere Entwicklungen zur Diagnostik psychischer Störungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung, 21* (4), 198-207.

Jelen-Mauboussin, A., Klipsch, O., Pressel, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. & Winter, S. (2013). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters. *Psychotherapeut, 58* (1), 24-30.

Jucksch, V., Salbach-Andrae, H. & Lehmkuhl, U. (2009). Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter. *Der Nervenarzt, 80* (11), 1322-1326.

Junkert, B. (2002). Das SASB-Modell. SASB-Rater und ihr Training. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 47-50). München: CIP-Medien.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated edition). New York: Bantam Books trade paperback.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korr. und durchgesehene Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.

Kernberg, O. F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (Klett-Cotta-Pädagogik). Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernhof, K. M., Obbarius, A., Kaufhold, J., Merkle, W. & Grabhorn, R. (2013). Gegenübertragung im stationären Therapie-Setting. *Psychotherapeut, 58* (2), 152-158.

Kersting, A. & Arolt, V. (2000). Unterschiedliche Therapieziele von Patient und Therapeut in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut, 45* (4), 247-248.

Kesewaa Nkrumah, I., Olawuyi, B. O. & Torto-Seidu, E. (2015). Effect of cognitive modelling on impulsive behaviour among primary school children. *Psychology and Behavioral Sciences, 4* (5), 174-180.

Kiesler, D. J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (Pergamon general psychology series, vol. 101, pp. 3-24). New York: Pergamon Press.

Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90* (3), 185-214.

Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 165* (5), 402-407.

Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A.-K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A.-C. et al. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung, 25* (1), 10-20.

Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2007). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (UTB Psychologie, Pädagogik, Bd. 2934, 1. Aufl.). Wien: Facultas

Koestner, R., Zuroff, D. C. & Powers, T. A. (1991). Family origins of adolescent self-criticism and its continuity into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 191-197.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung, 1* (4), 234-239.

Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39* (1), 47-63.

Krause, M., Fernández, O. M. & Bräutigam, B. (2015). Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Prozessen mit Jugendlichen. Einflussfaktoren in der Anfangsphase therapeutischer Prozesse. *Psychotherapeut, 60* (5), 419-425.

Kreft, I. (2005). "Das musst du bei dir behalten". Die Arbeit mit dem Introjekt in der Behandlung eines früh traumatisierten Mädchens. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, 36* (1), 49-74.

Krischer, M., Sevecke, K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2006). Persönlichkeitsstörungsmerkmale im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34* (2), 87-100.

Kronmüller, K.-T., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Horn, H., Hartmann, M. & Winkelmann, K. (2009). Familienfunktionalität und Therapieerfolg. Studie zur psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut, 54* (1), 44-51.

Kruse, J. & Tress, W. (2010). Das Arzt-Patient-Gespräch im Spiegel der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens - die Regulierung von Kontrolle und Autonomie. *Balint-Journal: Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft, 11* (4), 112-116.

Laakmann, M., Petermann, U. & Petermann, F. (2017). Elternarbeit im Kontext der Angstbehandlung von Kindern. Ein systematisches Review. *Kindheit und Entwicklung, 26* (2), 77-92.

LaForge, R., Leary, T., Naboisek, H., Coffey, H. S. & Freedman, M. B. (1954). The interpersonal dimension of personality: II. An objective study of repression. *Journal of Personality, 23,* 129-153.

Laireiter, A.-R. (2008). Selbsterfahrung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 49-53). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Lammers, C.-H. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal, 16* (4), 324-330.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. (2000). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29* (4), 284-292.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality. A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald.

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Computation of Effect Sizes. verfügbar unter: https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html.* Zugriff am 05.06.2018.

Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

Loose, C. (2014). Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 35* (3), 233-245.

Loose, C. & Baumann-Frankenberger, P. (2013). Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen - ein neues Konzept entwickelt sich. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 333-341). Weinheim: Beltz.

Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. (Hrsg.). (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

Lorenz, L. (2016). *Diagnostik von Anpassungsstörungen. Ein Fragebogen zum neuen ICD-11-Modell* (BestMasters). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Lorr, M. & Strack, S. (1999). A study of Benjamin's eight-facet Structural Analysis of Social Behavior (SASB) model. *Journal of Clinical Psychology, 55* (2), 207-215.

Lösel, F. & Runkel, D. (2009). Störungen des Sozialverhaltens. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 453-480). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Lutz, R. (2011). Euthyme Therapie und Salutogenese. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2., akt. Aufl., S. 55-68). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Maercker, A. & Augsburger, M. (2017). Psychotraumatologie. Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. *Der Nervenarzt, 88* (9), 967-973.

Mansell, W., Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). Transdiagnostische Aspekte der »dritten Welle«. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 269-278). Weinheim: Beltz.

Margraf, J., Jacobi, F. & Maercker, A. (2000). Operationale Psychodynamische Diagnostik aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. In W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik ; [2. OPD-Kongreß vom 17. bis 19. September 1998 in Rostock]* (S. 38-54). Bern: Huber.

Mattejat, F. (2009). Familienintervention. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 277-291). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

McCullough, J. P. (2012). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Mead, G. H. (1969). *Philosophie der Sozialität. Aufsätze zur Erkenntnisanthropologie* (Theorie 1). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Mead, G. H. (2013). *Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 28, 17. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen* (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Melfsen, S. & Warnke, A. (2009). Soziale Phobie. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 531-553). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Meurer, S. (2012). Krisen und Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen* (2. Aufl., S. 88-101). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 52* (1), 6-15.

Michalak, J. & Heidenreich, T. (2013a). Abschließende Betrachtungen. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie - das Für und Wider eines Begriffs. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 279-288). Weinheim: Beltz.

Michalak, J. & Heidenreich, T. (2013b). Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT). In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 121-138). Weinheim: Beltz.

Mirò, A. & Friedrich, S. (2009). Der innere Patriarch - ein Introjekt. *Psychosozial, 32* (2), 105-112.

Monsen, J. T., von der Lippe, A. L., Havik, O. E., Halvorsen, M. S. & Eilertsen, D. E. (2007). Validation of the SASB introject surface in a Norwegian clinical and nonclinical sample. *Journal of Personality Assessment, 88* (2), 235-245.

Moosbrugger, H., Stemmler, G. & Kersting, M. (2008). Qualitätssicherung und -optimierung im Aufbruch: Die ersten Testrezensionen nach dem neuen TBS-TK-System. *Report Psychologie* (33), 299-300.

Mümken, A. & Bohne, A. (2010). Trichotillomanie. Der unwiderstehliche Drang zum Haareausreißen. *Info Neurologie & Psychiatrie, 12* (5), 30-34.

Munder, T., Brütsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33* (4), 501-511.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality. A clinical and experimental study of fifty men of college age by the workers at the Harvard Psychological Clinic*. New York, NY: Oxford Univ. Press.

Nachtigall, C. & Wirtz, M. A. (2004). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2* (Statistische Methoden für Psychologen, 3. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl.

Naumann, A. (2007). Qualitätsmanagement in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Teil 1. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (4), 9-22.

Neumann, E. & Tress, W. (2007). Enge Beziehungen in Kindheit und Erwachsenenalter aus der Sicht der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) und der Bindungstheorie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 57* (3-4), 145-153.

Nickel, M. (2008). *Ängste, Zwänge und Belastungsreaktionen* (Edition Ärztewoche). Wien: Springer.

Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen*

Kinderpsychologie und -psychotherapie (4., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 57-94). Göttingen: Hogrefe.

Orford, J. (1986). The rules of interpersonal complementarity: does hostility beget hostility and dominance, submission? *Psychological Review, 93* (3), 365-377.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2nd ed., pp. 283-329). New York: Wiley.

Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46* (3), 296-321.

Petermann, F. (2000). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 9-26). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung, 14* (1), 48-57.

Petermann, F. (2008). Dissozial-aggressive Störungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 488-493). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Petermann, F., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Scheithauer, H. (2000). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 29-56). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Essau, C. A., Turbanisch, U., Conradt, J. & Groen, G. (2015). Komorbidität, Risikofaktoren und Verlauf aggressiven Verhaltens. *Kindheit und Entwicklung, 8* (1), 49-58.

Petermann, F., Helmsen, J. & Koglin, U. (2010). Expansive Verhaltensstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 158* (1), 22-27.

Petermann, F. & Petermann, U. (2017). Angststörungen. *Kindheit und Entwicklung, 26* (2), 73-76.

Petermann, F. & Petermann, U. (2018). Aggressives und oppositionelles Verhalten. *Kindheit und Entwicklung, 27* (2), 67-70.

Petermann, U. (2003). Entwicklung von Verhaltensstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 151* (1), 22-30.

Petermann, U. & Petermann, F. (2015). *Therapie-Tools. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (Therapie-Tools, 2., neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Pigott, T. D. (2001). A review of methods for missing data. *Educational Research and Evaluation, 7* (4), 353-383.

Pincus, A. L., Dickinson, K. A., Schut, A. J., Castonguay, L. G. & Bedics, J. (1999). Integrating interpersonal assessment and adult attachment using SASB. *European Journal of Psychological Assessment, 15* (3), 206-220.

Pincus, A. L., Gurtman, M. B. & Ruiz, M. A. (1998). Structural Analysis of Social Behavior (SASB): Circumplex analyses and structural relations with the Interpersonal Circle and the Five-Factor Model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (6), 1629-1645.

Pinquart, M. (2018). Elternverhalten als Schutzfaktor gegen aggressives und oppositionelles Verhalten der Kinder? Bestandsaufnahme und praktische Schlussfolgerungen. *Kindheit und Entwicklung, 27* (2), 71-80.

Pitzer, M. & Schmidt, M. (2007). Epidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 163-198). Tübingen: Dgvt-Verl.

Pleger, M., Schade, C., Diefenbacher, A. & Burian, R. (2014). Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 241-250.

Pokorny, D. & Kurth, R. A. (2005). Zur Validierung eines interpersonalen Zirkumplexmodells mittels "directional statistics". *Diagnostica, 51* (3), 113-123.

Prankel, B., Tober, S. & Rohde, J. (2008). Die Bedeutung der Tagesklinik in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Krisen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 38-49.

Psychotherapie-Richtlinie. (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009 in Kraft getreten am 18. April 2009 zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung*

vom 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2) in Kraft getreten am 16.02.2017.

Raitzig, M. (2010). Untersuchung zu Erfolg und nachhaltiger Wirkung von ambulanter kinder- und jugendpschiatrischer Behandlung. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (3), 52-63.

Rattner, J. (1990). *Klassiker der Tiefenpsychologie*. München: Psychologie-Verl.-Union.

Rauchfleisch, U. (1980). Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 29* (8), 271-278.

Rauschnabel, P. (2009) CorrComparer V1.0 [Computer software]. Verfügbar unter www.markenkunde.de/korrleation_tool/markenkunde_corrcomparer1_0.xls; zuletzt geprüft am 05.05.2018

Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & Petermann, F. (2016). Psychische Kindergesundheit. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung, 25* (1), 4-9.

Razali, N. & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics, 2* (1), 21-33.

Reisel, B., Floquet, P. & Leixnering, W. (1998). Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (47), 705-721.

Reisinger, E. (2013). Negative Übertragung und der Respekt gegenüber dem Analytiker. *Forum der Psychoanalyse, 29* (2), 161-179.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV* (6., korr. Aufl.). Bern: Huber.

Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Bürgin, D. (1998). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (47), 373-386.

Riemann, F. (2009). *Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie* (39. Aufl.). München: Reinhardt.

Robertson, J. (1964). Der Einfluss der mütterlichen Betreuung auf die frühe Entwicklung. *Psyche, 18,* 273-291.

Roediger, E. & Zarbock, G. (2013). Schematherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 199-218). Weinheim: Beltz.

Roediger, E. & Zarbock, G. (2015). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Eine Standortbestimmung. *Der Nervenarzt, 86* (1), 60-71.

Ross, A. O. (1978). Behavior therapy with children. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2nd ed., pp. 591-620). New York: Wiley.

Rost, J. (1996). *Lehrbuch Testtheorie, Testkonstruktion*. Bern: Huber.

Rothlauf, J. (2014). *Total Quality Management in Theorie und Praxis. Zum ganzheitlichen Unternehmensverständnis* (4. Aufl.). Oldenbourg: DE GRUYTER.

Rothweiler, J. C. (2004). *An Evaluation of the internal and external validity of the Intrex and Interpersonal Adjective Scales:* University of Utah.

Sandler, J. (1964a). Zum Begriff des Über-Ichs. I. Vorbemerkungen zum Begriff des Über-Ichs. *Psyche, 18,* 721-743.

Sandler, J. (1964b). Zum Begriff des Über-Ichs. II. Die Anwendung des Über-Ich-Modells auf klinisches Material im Hampstead Index. *Psyche, 18,* 812-828.

Sandler, J. (1989). On internal object relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 859-880.

Sandler, J. (2003). Über die Bindung an die inneren Objekte. *Forum der Psychoanalyse, 19* (2-3), 224-234.

Sant'Unione, A. M. & Wildermuth, M. (2007). Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis - Teil 1. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 59-98.

Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 59* (226-235).

Schaefer, E. S. (1965a). A configuration analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology, 29* (6), 552-557.

Schaefer, E. S. (1965b). Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Development, 36,* 413-424.

Scheibe, G., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G. & Tress, W. (1997). Die zeitliche Begrenztheit der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie. *Psychotherapeut, 42* (4), 230-236.

Schepker, R. (2008). Tagesklinik: Die ‚nette' Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie? *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 15-25.

Scheuffgen, K. (2015). Spiegeln in der Traumaverarbeitung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 14* (2), 291-300.

Schlack, R., Mauz, E., Hebebrand, J. & Hölling, H. (2014). Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57* (7), 820-829.

Schlottke, P. F., Strehl, U. & Lauth, G. W. (2009). Aufmerksamkeitsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 411-428). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Schlüter-Müller, S. (2016). AIT – ein manualisiertes Therapiekonzept für Jugendliche mit einer Persönlichkeitsstörung. *Pädiatrie & Pädologie, 51* (2), 65-68.

Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung, 17* (3), 190-202.

Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Psychotherapeut, 51* (2), 99-106.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut, 55* (6), 525-540.

Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7., völlig überarb. und erw. Aufl.). München: Oldenbourg.

Schnell, T. (2016). Bindung in der modernen kognitiven Verhaltenstherapie. *PiD - Psychotherapie im Dialog, 17* (03), 60-65.

Schulte-Markwort, M. & Bindt, C. (2006). Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Psychotherapeut, 51* (2), 72-79.

Schulte-Markwort, M., Resch, F. & Bürgin, D. (2004). Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (53), 77-126.

Schwarz, M. (2006). Qualitätssicherung - auch eine Aufgabe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Forum Psychotherapeutische Praxis, 6* (3), 153-154.

Schweiger, U. & Sipos, V. (2014). Pro Dritte Welle. Ein Plädoyer für Aufgeschlossenheit gegenüber der Dritten Welle. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 281-284.

Schwenck, C. (2016). Ist ADHS eine Modediagnose? Haben Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität zugenommen? In W. Lenhard (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Jugendlichen. Ausgewählte Phänomene und Determinanten* (Meet the Expert, S. 91-110). Berlin: Springer.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2. ed.). New York NY u.a.: Guilford Press.

Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R. & Katzenschläger, P. (2012). Welche Vorteile bringt eine umfassende Diagnostik mit OPD-KJ bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41* (2), 121-132.

Sevecke, K. & Krischer, M. (2011). Aktuelle Entwicklungslinien in der Persönlichkeitsforschung im Jugendalter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 5* (3), 154-164.

Shaw, D. S., Keenan, K. & Vondra, J. I. (1994). Developmental Precursors of Externalizing Behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology, 30* (3), 355-364.

Shell Deutschland Holding GmbH (Hrsg.). (2015). *Jugend 2015. Eine pragmatische Generation im Aufbruch* (Fischer-Taschenbuch, Bd. 3401). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (2011). Anpassungsstörungen. Konzept, Diagnostik und Interventionsansätze. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 61* (3-4), 183-192.

Simons, M. (2009). Zwangsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], S. 629-645). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Sipos, V. & Schweiger, U. (2013). Behavioral Activation. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 41-56). Weinheim: Beltz.

Sonnenmoser, M. (2007). Anpassungsstörungen. Wenig beachtet und kaum untersucht. *Deutsches Ärzteblatt* (4), 171-172.

Sonntag, R. F. (2013). Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 20-40). Weinheim: Beltz.

Spitczok von Brisinski, I. (2007). Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders). *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (3), 10-88.

Stadler, C. (2017). Eltern und Kinder im Generationenmiteinander und Generationendurcheinander. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 20* (2), 180-199.

Stavemann, H. H. (2011). *…und ständig tickt die Selbstwertbombe. Selbstwertprobleme erkennen und lösen*. Weinheim: Beltz.

Stiensmeier-Pelster, J., Braune-Krickau, M., Schürmann, M. & Duda, K. (2014). *DIKJ - Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche* (3., überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Stiglmayr, C. (2017). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date, 11* (02), 151-164.

Straub, J., Nicolaus, L., Plener, P. L., Spröber, N. & Kölch, M. (2014). Psychotherapeutische Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut, 59* (1), 7-15.

Strauß, B. (2000). Ist die therapeutische Arbeitsbeziehung eine Bindungsbeziehung? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21* (4), 381-397.

Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut, 51* (1), 5-14.

Strauß, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut, 42* (1), 1-16.

Streeck-Fischer, A. (2015). Aufmerksamkeitdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom. Kritische Reflexion einer vielleicht noch immer schicksalhaften Diagnose. *Psychotherapeut, 60* (2), 142-150.

Streeck-Fischer, A. & Streeck, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59* (6), 435-452.

Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut, 52* (1), 16-23.

Sullivan, H. S. (1947). *Conceptions of modern psychiatry* (William Alanson White memorial lectures, 3. print). Washington, DC: William Alanson White Psychiatric Foundation.

Sullivan, H. S. (1976). *Das psychotherapeutische Gespräch. Beitrag zur modernen Psychoanalyse und Psychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Sullivan, H. S. (1983). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Taubner, S. (2016). Bindung und Mentalisierung. *PiD - Psychotherapie im Dialog, 17* (03), 54-59.

Thieme, H. (2008). Bilder, Zahlen und Gedanken zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1), 3-14.

Thun-Hohenstein, L. (2008). Folgen von Gewalt am Kind. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 156* (7), 635-643.

Tress, W. (Hrsg.). (2002). *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.

Tress, W., Henry, W. P., Strupp, H. H., Reister, G. & Junkert, B. (1990). Die strukturale Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur "funktionellen Histologie" des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 36,* 240-257.

Tress, W. & Hildenbrand, G. (2002). Das zyklisch-maladaptive Interaktionsmuster und SASB. Kurzpsychotherapie. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 231-239). München: CIP-Medien.

Tress, W. & Junkert, B. (2002a). Das SASB-Modell. Modellstruktur. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 35-46). München: CIP-Medien.

Tress, W. & Junkert, B. (2002b). Das SASB-Modell. Prozeßanalyse. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 57-79). München: CIP-Medien.

Tscheulin, D. (1995). Grundlagen und Modellvorstellungen für eine personenzentrierte Störungslehre. In S. Schmidtchen (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre - Band 2* (S. 139-179). Köln: GwG-Verl.

Tscheulin, D. (2001) MakeMapsWin (Version 2) - Software zur SASB-Fragebogen-Methode nach Benjamin in deutscher Fassung. [Computer software]. Programmed by Harms-Soft and Distributed by CIP-Medien (ehemals, Anmerkung M.W.) München. Copyright: Tscheulin, Würzburg, and University of Utah.

Tscheulin, D. & Glossner, A. (2002). Die deutsche Übertragung der INTREX "Longform Questionaires": Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 123-155). München: CIP-Medien.

Tscheulin, D. & Harms, R. (2002). Das Programm MakeMapsWin. In W. Tress (Hrsg.), *SASB. Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie* (S. 329-338). München: CIP-Medien.

Tuschen-Caffier, B. & Hoyer, J. (2014). Die sogenannte Dritte Welle? Evidenzbasiert, nützlich oder überflüssig? Ein Plädoyer für Skeptizismus. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43* (4), 279-281.

Valente, M. (2015). Was kann Schematherapie in einem stationären Setting leisten? Erfahrungen nach 10 Jahren klinischer Anwendung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 36* (4), 389-400.

Van Denburg, T. F. (1997). Interpersonal creation and reconstruction of personality disorders. Review "Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders" by Lorna Smith Benjamin (1st and 2nd edition). *Contemporary Psychology, 42* (9), 797-798.

Vogt, M. (2016). *Lösungsfokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

Wachtel, S. & Teismann, T. (2013). Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 42* (2), 96-106.

Wambach, K. & Rief, W. (2012). Ist Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) eine Verhaltenstherapie? *Verhaltenstherapie, 22* (4), 224-226.

Wambach, K. & Schramm, E. (2016). "Cognitive Behavioral Analysis Sytem of Psychotherapy". Psychotherapie bei chronischer Depression. *Psychotherapeut, 61,* 161-175.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2011). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (12. unveränd. Aufl.). Bern: Huber.

Weiler, H.-T. & Blanz, B. (2002). Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 150* (2), 172-178.

Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.

Wendisch, M. (2000). Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21* (4), 359-380.

Whalen, C. K. (2001). ADHD treatment in the 21st century: Pushing the envelope. *Journal of Clinical Child Psychology, 30* (1), 136-140.

Wiegand-Grefe, S., Weitkamp, K., Lauenroth, K., Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H. et al. (2016). Langfristige Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut, 61* (6), 491-498.

Wiggins, J. S. (1980). Circumplex Models of Interpersonal Behavior. In L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology. 1* (Review of personality and social psychology, vol. 1, pp. 265-294). Beverly Hills, Calif.: Sage.

Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Hrsg.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (S. 183-221). New York NY: Wiley.

Wiggins, J. S. (1985). Symposium: Interpersonal circumplex models: 1948-1983. *Journal of Personality Assessment, 49* (6), 626-631.

Winter, S. (2012). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ): Empirische Überprüfung und klinische Anwendung*. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin.

Wirtz, M. A. & Nachtigall, C. (2004). *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 1* (Statistische Methoden für Psychologen, 3. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl.

Wollschläger, P. (2011). Mit Hilfe der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik zum Gutachtenantrag für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Psychotherapie, 15* (1), 66-76.

Wöste, M. (2010). *Inter- und intrapersonale Beziehungsmuster und Übertragungsreaktionen - eine Untersuchung mittels der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)*. München: GRIN-Verl.

Wyschkon, A. & Esser, G. (2006). Klinische Kinder- und Jugendlichen-Psychologie. Forschungslinien und offene Fragen in den letzten vier Jahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35* (4), 252-255.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2007). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.

Zarbock, G. (2014). Die Axiome des schematherapeutischen Modells im Überblick. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 35* (3), 202-207.

Zarbock, G., Loose, C. & Graaf, P. (2013). Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 19-66). Weinheim: Beltz.

Zepf, S. & Hartmann, S. (2005). Konzepte der Identifizierung. Versuch ihrer theoretischen und klinischen Differenzierung. *Forum der Psychoanalyse, 21* (1), 30-42.

Ziegenhain, U. (2009). Bindungsstörungen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* [Neuaufl.], 313-330). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Zimmer, D. (2008). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl., S. 62-68). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Modell elterlichen Verhaltens (entnommen aus Schaefer, 1965a, S. 557). 11
Abbildung 2.2: Unterschiedliche intrafamiliäre Verhaltensbeschreibungen (modifiziert nach Leary, 1957, S. 146f). 13
Abbildung 2.3: Fokusübersicht und Achsenbeschreibung im SASB-Modell der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 41). 19
Abbildung 2.4: SASB Full-Modell in der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 42) 21
Abbildung 2.5: SASB Cluster-Modell in der deutschen Version (entnommen aus Tress & Junkert, 2002a, S. 43) 24
Abbildung 2.6: Introjekt Text-Map einer 15-jährigen Patientin mit der Diagnose Anpassungsstörung. 26
Abbildung 3.1: Konsistenzentwicklung von transitivem („Parent-Like“) und intransitivem („Child-Like“) Verhalten im Altersverlauf (entnommen aus Benjamin, 1974, S. 404) 32
Abbildung 3.2: Clusterwerte unterschiedlicher Diagnosen und Fokusebenen (modifiziert nach Benjamin, 1994, S. 303f). 40
Abbildung 3.3: Introjekt-Pattern-Map einer 15-jährigen Patientin. 43
Abbildung 7.1: Theoretisches Introjekt internalisierender Störungen, Modelldarstellung. 85
Abbildung 7.2: Theoretisches Introjekt internalisierender Störungen, Kurvendarstellung. 85
Abbildung 7.3: Theoretisches Introjekt externalisierender Störungen, Modelldarstellung. 90
Abbildung 7.4: Theoretisches Introjekt externalisierender Störungen, Kurvendarstellung. 90
Abbildung 9.1: Mittelwerte der Item-Cluster-Zuordnung, aufsteigende Werte. 95
Abbildung 9.2: Zeitlicher und örtlicher Ablaufplan Fragebogenkonstruktion und Datenerhebung 97
Abbildung 9.3: Text-Map Patient EU_001_X mit ergänzenden Beschreibungen. 100
Abbildung 9.4: Häufigkeitsverteilung Hauptdiagnosen der Patienten. 105
Abbildung 9.5: Häufigkeitsverteilung Geschlecht und Störungsgruppe. 106
Abbildung 10.1: Interne Konsistenz der Introjekt-Cluster. 108
Abbildung 10.2: Faktorladungen der Hauptkomponentenanalyse. 112
Abbildung 10.3: Vergleich Faktor 1 mit theoretischen Pattern. 113
Abbildung 10.4: Vergleich Faktor 2 mit theoretischen Pattern. 113
Abbildung 10.5: Vergleich Faktor 3 mit theoretischen Pattern. 114

Abbildung 10.6: Diagramm der Faktorladungen. 115
Abbildung 10.7: Faktorenstruktur Introjekt-Fokus der deutschen SASB Fragebogen-Kurzform (entnommen aus Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 197).....120
Abbildung 11.1: Introjekte einer Patientin (EU_001_X) mit internalisierender sowie eines Patienten (EU_008_X) mit externalisierender Störung. 124
Abbildung 11.2: Empirische Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen. 126
Abbildung 11.3: Theoretisches und empirisches Introjekt Patientin EU_001_X. 132
Abbildung 11.4: Theoretisches und empirisches Introjekt internalisierender Störungen. 133
Abbildung 11.5: Pattern internalisierender Störungen. 134
Abbildung 11.6: Theoretisches und empirisches Introjekt externalisierender Störungen. 136
Abbildung 11.7: Pattern externalisierender Störungen. 137
Abbildung 11.8: Theoretische und empirische Introjekte der Hauptstörungsgruppen. ..138
Abbildung 11.9: Empirische Introjekte einzelner Störungsgruppen. 139
Abbildung 11.10: Introjekt Text-Map einer 19-jährigen Patientin mit spezifischer Phobie. 145
Abbildung 11.11: Introjekt Text-Map einer 15-jährigen Patientin mit spezifischer Phobie. 146
Abbildung 11.12: Deskriptive Patienteninformationen der Prozessevaluation im tagesklinischen Behandlungsverlauf. 148
Abbildung 11.13: Veränderungen des Introjekts der Patientin EU_001 im tagesklinischen Verlauf. 149
Abbildung 11.14: Gewichtete Zuneigungs-Autonomie-Vektoren im Therapieverlauf.....151
Abbildung 11.15: Empirische Introjekte im tagesklinischen Behandlungsverlauf. 152
Abbildung 11.16: Veränderungen der Mittelwerte im Behandlungsverlauf, getrennt nach Hauptstörungsgruppe. 157
Abbildung 12.1: Bindungstheorie als verbindendes Element unterschiedlicher psychotherapeutischer Konzepte (modifiziert nach Strauß & Schmidt, 1997, S. 3). 173
Abbildung 12.2: Konzeptuelles Fundament der Schematherapie (entnommen aus Loose, 2014, S. 234). 187
Abbildung 12.3: Therapieschritte und Aufgaben der SASB basierten interpersonellen Therapie (modifiziert nach Benjamin, 2006, S. 88).....193
Abbildung 12.4: Schritte zur Therapie- und Änderungsmotivation in der SASB basierten interpersonellen Therapie (modifiziert nach Benjamin, 2006, S. 90).....193

Abbildung 12.5: Integration der SASB in Ätiologie und Diagnose psychischer Störungen mittels Klassifikationssystemen.....201
Abbildung 13.1: Generischer Therapieansatz einer SASB-KJ unterstützten, integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 209
Abbildung 13.2: Phasenmodell konkreter Anschlussforschungsschritte. 215

17 Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Drei Ebenen von Verhalten und Quellen zur jeweiligen Datenerhebung (zusammengefasst, übersetzt und modifiziert nach Freedman et al., 1951, S. 148 sowie LaForge, Leary, Naboisek, Coffey und Freedman, 1954, S. 130).....12
Tabelle 2.2: Aufschlüsselung der Kodierung einzelner Verhaltensweisen im SASB Full-Modell (zusammenfassend aus Benjamin, 1974, S. 398; Benjamin, Foster, Roberto & Estroff, 1986, S. 398).....22
Tabelle 3.1: Übersicht Charakteristika der Attachment und Disrupted Attachment Group sowie konkrete Cluster-Ableitung (zusammenfassend aus Benjamin, 1996a, S. 253f, 2001, S. 86; Benjamin, Rothweiler & Critchfield, 2006, S. 98).....36
Tabelle 3.2: Schwächen des Kapitels V der ICD-10 (zusammenfassend aus Hohage, 2001, S. 111-113).....38
Tabelle 3.3: Interpretationen der Beziehungsmuster für Attack, Control und Conflict Pattern (zusammenfassend aus Davies-Osterkamp, Hartkamp & Junkert, 2002, S. 160f; Tscheulin, 2001, Software Output).....44
Tabelle 5.1: Zusammenfassung gesicherter Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren für die Genese psychischer Störungen (modifiziert nach Egle et al., 1997, S. 693).....58
Tabelle 6.1: Kommunikationsformen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapien mit Jugendlichen (modifiziert nach Krause et al., 2015, S. 424).....77
Tabelle 9.1: Beispielitems zur Erfassung einzelner Cluster im SASB-Modell.....96
Tabelle 9.2: Häufigkeitstabellen der erfassten Patienten hinsichtlich Geschlecht, Erhebungsort und Gruppenzuordnung.....103
Tabelle 10.1: Auffällige Item-Skala-Statistiken.....109
Tabelle 10.2: Hauptkomponentenanalyse der Clustermittelwerte.....111
Tabelle 10.3: Korrelationsmatrix der Clustermittelwerte aller erfassten Patienten (*N* = 122).....117
Tabelle 10.4: Varianzaufklärung Introjekt-Fokus, Angaben in Prozent (Daten entnommen aus Benjamin, 2000, Tabellenanhang zum Manual, S. 26; Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 198; Tscheulin & Glossner, 2002, S. 128).....121
Tabelle 11.1: t-Test Cluster-Mittelwertdifferenzen von internalisierenden und externalisierenden Störungen.....127
Tabelle 11.2: Störungsgruppenbezogener Vergleich der internen Konsistenz, Einbezug der Ersterhebungen.....130
Tabelle 11.3: Übersichtsmatrix der signifikanten Mittelwertdifferenzen für Alter und SASB-Cluster einzelner Störungsgruppen.....142
Tabelle 11.4: Clustermittelwerte im tagesklinischen Behandlungsverlauf.....153

Tabelle 11.5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung. 154
Tabelle 11.6: Ergebnisse des gepaarten t-Tests: Differenz, Signifikanz und Effektstärke der Clustermittelwert-Veränderungen im tagesklinischen Verlauf.....155
Tabelle 11.7: Ergebnisse gepaarter t-Test des Behandlungsverlaufs internalisierender und externalisierender Störungen. 159
Tabelle 12.1: Beziehungstypen auf Basis von Abhängigkeit, Kontrolle und Autonomie (entnommen aus Benjamin, 2001, S. 82). 178
Tabelle 12.2: Übersicht über frühes Verhalten wichtiger Bezugspersonen und ihre Prägung gemäß CBASP (modifiziert nach Jäger & Brakemeier, 2014, S. 262). 184
Tabelle 12.3: Schemata, Domänen und Grundbedürfnisse (entnommen aus Loose, 2014, S. 236). 188
Tabelle 12.4: Verbindung von Kernelementen der Dritten Welle Verfahren zur SASB…195
Tabelle 12.5: Grundsätze der Dritten Welle nach der Definition von Hayes (2004, S. 658) und ihre Berücksichtigung in SASB.....195

18 Anhang

Anhang 2.1 - Differenzierte Darstellung des Zirkumplex Ansatzes

Anmerkung: Alle Angaben beziehen sich auf den Artikel von Guttman (1954), es werden daher lediglich die jeweiligen Seitenzahlen angegeben.

Guttman bezieht sich auf die faktorenanalytischen Ansätze Spearmans und Thurstones hinsichtlich der Strukturierung **allgemeiner** Faktoren. Der Ansatz Guttmans hat hingegen die Strukturierung von **geordneten** Faktoren zum Inhalt, dies geschieht zunächst mittels der Einführung des Zirkumplex als „circular order of complexity“ (S. 260), Abbildung 1 zeigt einen solchen theoretischen Zirkumplex. Hier werden zunächst unterschiedliche Komponenten von Leistungstests anhand gleichwertiger Kreissegmente dargestellt. Zwei hypothetische Tests können demnach eine gemeinsame Komponente besitzen, in Abbildung 1b. das Kreissegment ***C1***, und weitere jeweils distinkte Komponenten.

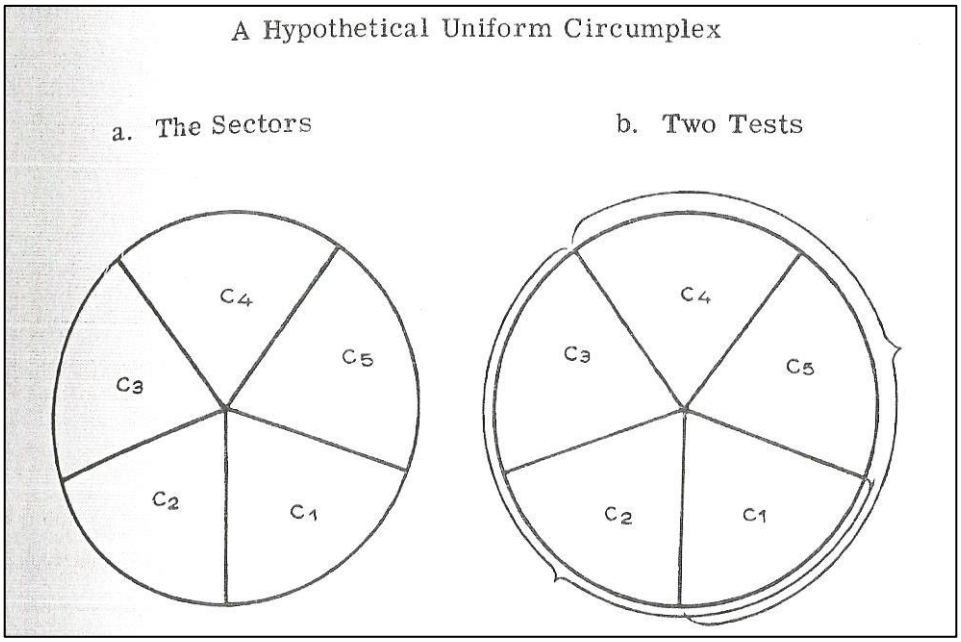


Abbildung 1: Abbildung eines Zirkumplexmodells und Anordnung zweier Tests, S. 327.

Durch eine derartige Anordnung lassen sich verschiedene Faktoren, die untereinander geordnet sind und einer zugrundeliegenden Basisdimension wie Intelligenz angehören, strukturieren, ohne gleichzeitig eine Rangreihenfolge bilden zu müssen. Tabelle 1 zeigt hierzu eine Interkorrelationsmatrix, aus der ein theoretisch perfekter Zirkumplex hervorgehen würde.

Tabelle 1: Theoretische Interkorrelationsmatrix für einen perfekten Zirkumplex, S. 329.

The Intercorrelations for an Equally-Spaced, Uniform, Perfect, Additive Circumplex When n = 6 and m = 4

Test	t_1	t_2	t_3	t_4	t_5	t_6
t_1	1.00	.75	.50	.25	.50	.75
t_2	.75	1.00	.75	.50	.25	.50
t_3	.50	.75	1.00	.75	.50	.25
t_4	.25	.50	.75	1.00	.75	.50
t_5	.50	.25	.50	.75	1.00	.75
t_6	.75	.50	.25	.50	.75	1.00
Total	3.75	3.75	3.75	3.75	3.75	3.75

In Tabelle 1 zeigt sich, dass die einzelnen Tests untereinander unterschiedlich hoch korrelieren, die Höhe der jeweiligen Korrelation zeigt sich im Zirkumplex dann durch die graphische Nähe der Tests zueinander. In einem nächsten Schritt wurde der theoretische Ansatz überprüft, indem Korrelationskoeffizienten zwischen verschiedenen Leistungstests berechnet wurden, Tabelle 2 zeigt die entsprechende Ergebnismatrix.

Tabelle 2: Interkorrelationsmatrix verschiedener Leistungstests, S. 330.

Intercorrelations Among Tests of Six Different Kinds of Abilities for 710 Chicago Schoolchildren[37]

	Association	Incomplete Words	Multiplication	Dot Patterns	ABC	Directions
Test	6	32	37	17	1	12
6	1.	.446	.321	.213	.234	.442
32	.446	1.	.388	.313	.208	.330
37	.321	.388	1.	.396	.325	.328
17	.213	.313	.396	1.	.352	.247
1	.234	.208	.325	.352	1.	.347
12	.442	.330	.328	.247	.347	1.

Die in Tabelle 2 aufgeführten Daten spiegeln keinen perfekten Zirkumplex wieder, wie er in Tabelle 1 beschrieben wurde, bestätigen jedoch die Annahmen, da die unmittelbaren Nachbarn der Tests auch die höchsten Korrelationen aufweisen und dazwischen abfallen. Da eine kreisförmige, zweidimensionale Anordnung vorgenommen wird, ist der Test 12

„Directions“ auch der „linke“ Nachbar von Test 6 „Association“. Zum Verständnis sei weiterhin erwähnt, dass der Test 1 „ABC“ kein Sprachtest ist, sondern ein abstraktes Verständnis von Algebra erfasst, Guttman gibt hierzu ein Beispiel: „if AB = C and CA = B, what is ABA equal to?“ (S. 333). Dementsprechend liegen nur geringe Korrelationen zu den beiden primär sprachgebundenen Tests 6 „Association“ und 32 „Incomplete Words“ vor.

Um komplexe Interkorrelationen von Leistungstests, wie sie in Tabelle 1 theoretisch und in Tabelle 2 empirisch dargestellt wurden, auch tatsächlich grafisch darzustellen, wird zunächst ein „Simplex“ als „simple order of complexity“ (S. 260) dargestellt, Abbildung 2 zeigt eine schematische Darstellung. In diesem Simplex können verschiedene einzelne Tests, die alle zu einer gleichen Art gehören, etwa zu numerischer Kompetenz, hinsichtlich ihrer Komplexität geordnet werden in einer Rangreihenfolge von einfach bis schwer (Level ***1*** bis ***4*** in Simplex b. in Abbildung 2). Ein Test des Levels ***2*** beinhaltet die vorausgesetzten Fähigkeiten des Levels ***1***, der komplexeste Test auf Level ***4*** beinhaltet alle Fähigkeiten der darunterliegenden Bereiche (S. 337). Für die erwähnte numerische Kompetenz könnte ein Test auf Level ***1*** beispielsweise grundlegende Fähigkeiten in Addition und Subtraktion erfassen, auf Level ***2*** wären Aufgaben zu Multiplikation und Division denkbar, die ihrerseits die Kompetenzen von Level ***1*** als Voraussetzung mit einschließen. Auf Level ***4*** würden in diesem Beispiel etwa Aufgaben zu komplexer Analysis gestellt werden, die alle anderen Level covern würden, um bearbeitet werden zu können.

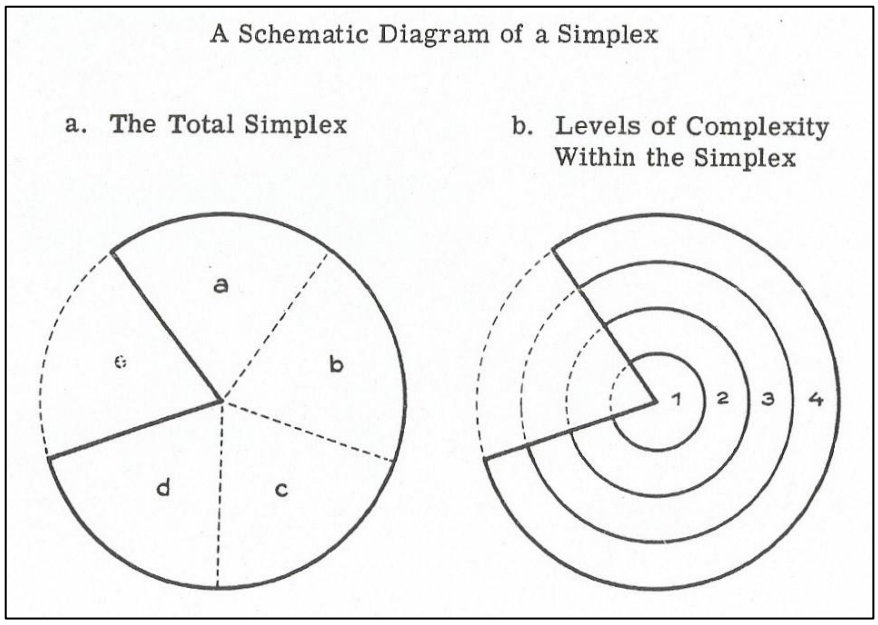


Abbildung 2: Beispiel eines Simplex, S. 337.

Daran anschließend wird zusätzlich ein „Radex“ als „radial expansion of complexity“ (S. 260) postuliert. In diesem werden die Konzepte des Zirkumplex und des Simplex integriert: „It is now clear how to draw a radex diagram, wherein tests can differ both in kind an in degree“ (S. 337). Abbildung 3 zeigt einen aus 20 Elementen bestehenden Radex und einen theoretischen Test, der mittels Radex dargestellt wird.

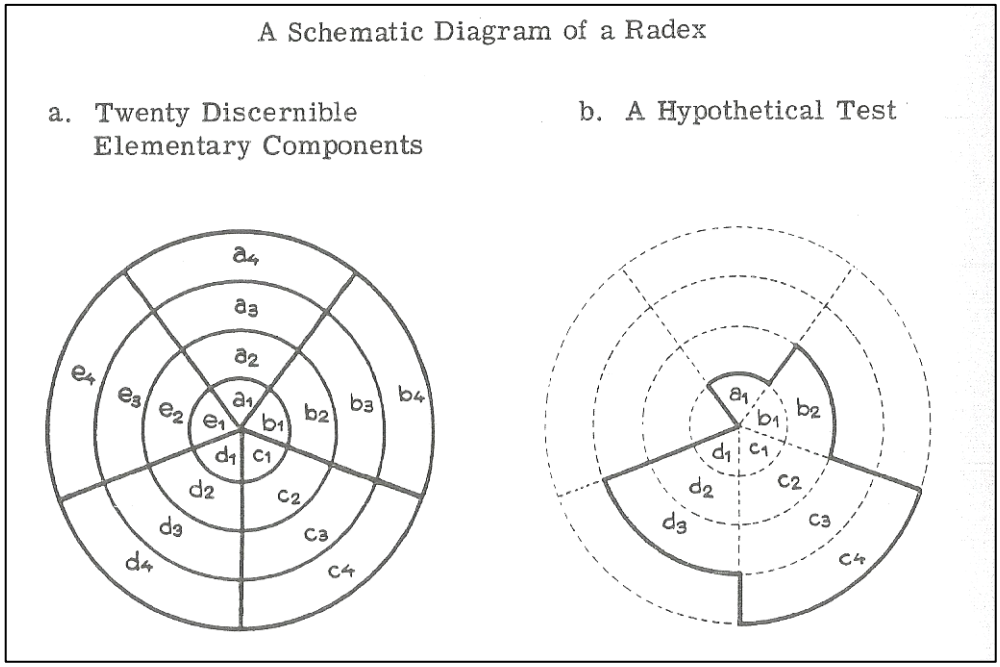


Abbildung 3: Radex und Darstellung eines Tests mittels Radex, S. 338.

Hierbei hinterlässt jeder Test einen „Fingerabdruck“ im Radex, je nachdem, welche Komponente in welcher Komplexität erfasst wird. Ein Test, wie er in Abbildung 3b. dargestellt ist, könnte daher zum Beispiel grundlegendes räumliches Vorstellungsvermögen (***a1***) erfassen, umfassendere mathematische Fähigkeiten (***b2***), sehr komplexes logisch-schlussfolgerndes Denken (***c4***) und wieder etwas abgeschwächt Fähigkeiten zum Arbeitsgedächtnis (***d3***).

Guttman eröffnet mit diesem Vorgehen eine Möglichkeit zur strukturierten Darstellung und Ordnung von Interkorrelationsmatrizen, ähnlich wie mit anderen statistischen Methoden: „Simplex and circumplex theory resemble cluster analysis techniques of Tryon, Cattell, and others“ (S. 347). Gleichzeitig hebt er die Vorteile seines Konzeptes gegenüber alternativen Strukturierungsmöglichkeiten hervor: „Cattell has come close to the idea of the simplex correlation table, but lacked the distinction between differences in kind and in degree which is essential for making the idea pan out“ (S. 347).

Anhang 2.2 - Leary Interpersonal Circle

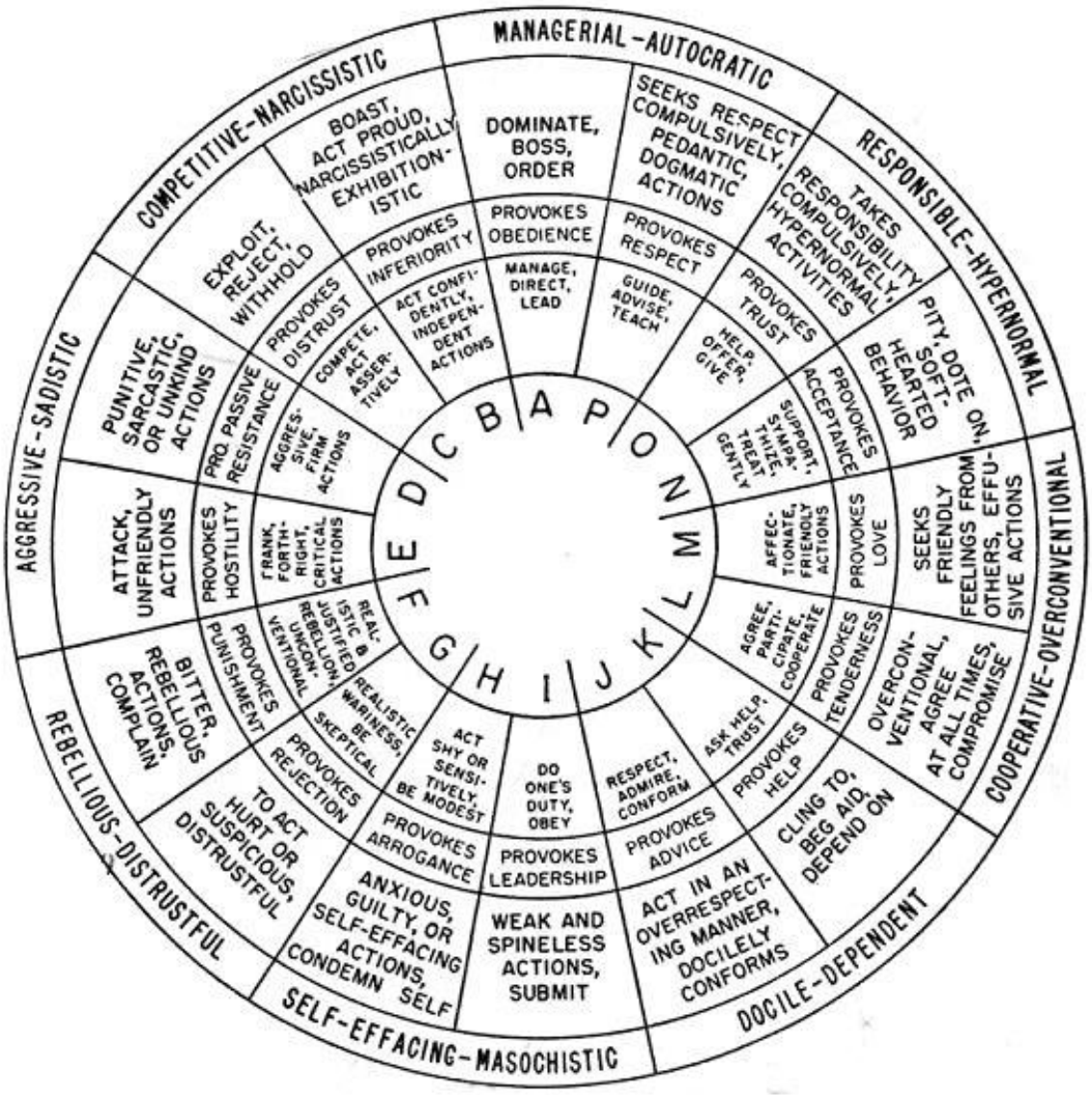


Abbildung 1: Interpersonal Circle (entnommen aus Leary, 1957, S. 65).

Der äußere Ring zeigt die acht generellen Verhaltenskategorien. Jede dieser Kategorien besteht aus einem Variablenpaar, hierbei präsentiert das jeweils erste Verhalten eine moderate Ausprägung, die zweite Variable entsprechend extremes und pathologisches Verhalten. So werden die insgesamt 16 Verhaltensmechanismen definiert. Die nächste Ebene in Richtung Kreiszentrum beschreibt extreme und rigide Reaktionen auf äußere Einflüsse, die sich anschließende Ebene zeigt Verhalten, welches die Person durch ihr Handeln bei anderen provoziert und hervorruft. Der innere Kreis zeigt angepasstes und adaptives Verhalten, im Zentrum sind die 16 Verhaltensvariablen alphabetisch entgegen dem Uhrzeigersinn codiert (Leary, 1957, S. 65).

Anhang 3.1 - Pointierte Beschreibung des Übertragungsphänomens

Zitiert nach Reisinger (2013, S. 163):

„Dennoch löst es oft Bewunderung aus, wenn eine Analyse mit ausgeprägter negativer Übertragung ‚durchgestanden' wurde. In manchen Äußerungen klingt es fast so, als wäre der Analytiker sehr zufrieden, wenn er berichten kann, dass sich der ‚Hass des Patienten' ihm gegenüber in voller Stärke entfaltet hätte. Kommt es in einem Gespräch unter Kollegen zur Betrachtung therapeutischer Schulrichtungen außerhalb der Psychoanalyse, gibt es oft ein gemeinsames wissendes Lächeln. Es heißt dann, andernorts mache man es sich einfach, werde die negative Übertragung ausgeblendet, vermieden oder mit taktischen Mitteln aus der Welt geschafft. Nicht aber bei uns, wir würden uns dieser schwierigen und unangenehmen Aufgabe stellen. Die Aufmerksamkeit gegenüber der negativen Übertragung ist, so gesehen, ein Alleinstellungsmerkmal der Psychoanalyse, und dies erfüllt uns mit Stolz. Im Erleben des Analytikers ensteht [sic!] so nicht selten ein zwiespältiges Empfinden. Mit einem Patienten in einer negativen Übertragungs-konstellation zu sein, ist einerseits anstrengend und unangenehm, andererseits aber auch verführerisch, da diese Konstellation mit vielen untergründigen Gratifikationen verbunden ist, bis hin zur Möglichkeit von Allmachtsfantasien".

Anhang 3.2 - Übersicht Codierungen im SASB Cluster-Modell

Grundhaltungen einzelner Persönlichkeitsstörungen (entnommen aus Benjamin, 2001, S. 540).

	BPS	NPS	HPS	ASP	DPS	ZPS	PAG	VSP	PAR	SOI	SZT
1. AUTONOMIE GEWÄHREN, WEGSEHEN											X*
2. BESTÄTIGEN, VERSTEHEN											
3. UMSORGEN, PFLEGEN X			X*								
4. HELFEN, BESCHÜTZEN											
5. BEAUFSICHTIGEN, KONTROLLE AUSÜBEN	X	X	X*	X*		X*			X		X*
6. HERABSETZEN, BESCHULDIGEN	X	X	X	X		X	X*	X	X		
7. ZURÜCKWEISEN, ANGREIFEN	X	X		X*					X		
8. IGNORIEREN, VERNACHLÄSSIGEN	X		X		X*				X		
1. SICH DURCHSETZEN, SEPARIEREN	X		X			X*		X			
2. SICH ÖFFNEN, OFFENBAREN											
3. GENIESSEN, SICH ANNÄHERN			X*								
4. VERTRAUEN, SICH VERLASSEN	X		X*		X						
5. SICH UNTERWERFEN, NACHGEBEN				X	X*	X*				X*	
6. SCHMOLLEN, BESCHWICHTIGEN, RECHTFERTIGEN					X		X*	X			
7. PROTESTIEREN, SICH ZURÜCKZIEHEN								X	X		X
8. AUSWEICHEN, SICH VERSCHLIESSEN			X*	X*		X*	X*	X	X	X	X*
1. *SPONTAN, UNBEKÜMMERT SEIN*											
2. *SICH SELBST ANNEHMEN UND VERSTEHEN*											
3. *SICH SELBST PFLEGEN UND UMSORGEN*		X*									
4. *SICH SELBST BESCHÜTZEN UND ERWEITERN*	X			X*							
5. *SELBSTKONTROLLE AUSÜBEN, SICH SELBST EINSCHRÄNKEN*						*X**		X	X		X
6. *SICH SELBST ANKLAGEN UND UNTERDRÜCKEN*		X			X	X		X			
7. *SELBSTABLEHNUNG, SELBSTVERNICHTUNG*	X		X*				X*				
8. *SICH SELBST VERNACHLÄSSIGEN, TAGTRÄUMEN*	X	X*		X*		X*				X	X

*Weist darauf hin, dass Codierungen in derselben Spalte in komplexen Verbindungen miteinander auftauchen.

Die dargestellten Verhaltensweisen (jeweils eins bis acht) beziehen sich jeweils auf die einzelnen Cluster des SASB-Modells. Der erste, in Fettschrift formatierte Block beschreibt Cluster des transitiven Fokus, der zweite, unterstrichen formatierte Block die Cluster des intransitiven Fokus. Der letzte Block in kursiver Formatierung bezieht sich auf die Cluster des Introjekt-Fokus. Übersetzungen der Abkürzungen:

BPS Borderline Persönlichkeitsstörung
NPS Narzisstische Persönlichkeitsstörung
HPS Histrionische Persönlichkeitsstörung
ASP Antisoziale Persönlichkeitsstörung
DPS Dependente Persönlichkeitsstörung
ZPS Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
PAG Passiv-Aggressive Persönlichkeitsstörung
VSP Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
PAR Paranoide Persönlichkeitsstörung
SOI Schizoide Persönlichkeitsstörung
SZT Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Anhang 3.3 - Theoretische Pattern-Werte

Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8		
050.0	085.5	100.0	085.5	050.0	014.5	000.0	014.5	Nr. 1	
050.0	014.5	000.0	014.5	050.0	085.5	100.0	085.5	Nr. 2	ATK
085.5	100.0	085.5	050.0	014.5	000.0	014.5	050.0	Nr. 3	
014.5	000.0	014.5	050.0	085.5	100.0	085.5	050.0	Nr. 4	ATK
100.0	085.5	050.0	014.5	000.0	014.5	050.0	085.5	Nr. 5	
000.0	014.5	050.0	085.5	100.0	085.5	050.0	014.5	Nr. 6	CON
085.5	050.0	014.5	000.0	014.5	050.0	085.5	100.0	Nr. 7	
014.5	050.0	085.5	100.0	085.5	050.0	014.5	000.0	Nr. 8	CON
100.0	071.0	000.0	071.0	100.0	071.0	000.0	071.0	Nr. 9	CFL
058.7	100.0	100.0	058.7	058.7	041.3	029.3	000.0	Nr. 10	
085.5	100.0	085.5	100.0	085.5	050.0	014.5	000.0	Nr. 11	
000.0	014.3	028.6	042.9	057.1	071.4	085.7	100.0	Nr. 12	
100.0	085.7	071.4	057.1	042.9	028.6	014.3	000.0	Nr. 13	
100.0	057.1	028.6	014.3	014.3	028.6	057.1	100.0	Nr. 14	
000.0	042.9	071.4	085.7	085.7	071.4	042.9	000.0	Nr. 15	CON
000.0	085.7	100.0	071.4	028.6	000.0	014.3	100.0	Nr. 16	
100.0	014.3	000.0	028.6	071.4	100.0	085.7	000.0	Nr. 17	
090.9	000.0	045.5	100.0	100.0	045.5	000.0	090.9	Nr. 18	CFL
009.1	100.0	054.5	000.0	000.0	054.5	100.0	009.1	Nr. 19	
034.8	100.0	013.0	017.4	082.6	087.0	000.0	065.2	Nr. 20	CFL
065.2	000.0	087.0	082.6	017.4	013.0	100.0	034.8	Nr. 21	

Abbildung: Theoretische Pattern-Werte (entnommen aus Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 162).

Dazugehörige Verhaltensmuster in den einzelnen Fokusebenen

Tabelle: Verhaltensmuster der einzelnen theoretischen Pattern (modifiziert nach Davies-Osterkamp et al., 2002, S. 162ff).

Pattern	Transitiver Fokus	Intransitiver Fokus	Introjekt
1	Freundliche transitive Handlung oder Initiative	Freundliche intransitive Reaktion oder Zustand	Freundliche Handlung gegen sich selbst / Selbstliebe
2	Mörderische angreifende transitive Handlung oder Initiative	Feindliche intransitive Reaktion oder Zustand	Suizidal
3	Freundliche transitive Handlung oder Initiative	Freundliche intransitive Reaktion oder Zustand	Freundliche Handlung gegen sich selbst / Selbstliebe
4	Mörderische angreifende transitive Handlung oder Initiative	Feindliche intransitive Reaktion oder Zustand	Suizidal
5	Transitive Handlung des Autonomie-Gewährens	Intransitive Reaktion oder Zustand des Sich-autonom-machens	Sich selbst gehenlassen
6	Transitive Handlung des Kontrolle-Ausübens	Intransitive Reaktion oder Zustand der Unterwerfung	Selbstbeschränkung, transitive Selbstkontrolle

7	Transitive Handlung des Autonomie-Gewährens	Intransitive Reaktion oder Zustand des Sich-autonom-machens	Sich selbst gehenlassen
8	Transitive Handlung des Kontrolle-Ausübens	Intransitive Reaktion oder Zustand der Unterwerfung	Selbstbeschränkung, transitive Selbstkontrolle
9	Macht double-bind, Konflikt zw. Kontrolle und jmd. gehen-/fallenlassen	Ambivalenz: Konflikt zw. Unterwerfung und Trennung/Selbst-behauptung	Konflikt zw. Kontrolle und sich gehen-/fallenlassen
10	Freundliche transitive Handlung des Kontrolle-Ausübens	Freundliche intransitive Reaktion oder Zustand der Unterwerfung	Freundliche Selbstbeschränkung
11	Freundliche transitive Handlung des Kontrolle-Ausübens	Freundliche intransitive Reaktion oder Zustand der Unterwerfung	Freundliche Selbstbeschränkung
12	Ohne Bezeichnung (linearer Anstieg)	Ohne Bezeichnung (linearer Anstieg)	Ohne Bezeichnung (linearer Anstieg)
13	Ohne Bezeichnung (linearer Abfall)	Ohne Bezeichnung (linearer Abfall)	Ohne Bezeichnung (linearer Abfall)
14	Transitive Handlung des Autonomie-Gewährens	Intransitive Reaktion oder Zustand des Sich-autonom-machens	Sich selbst gehenlassen
15	Transitive Handlung des Kontrolle-Ausübens	Intransitive Reaktion oder Zustand der Unterwerfung	Selbstbeschränkung, transitive Selbstkontrolle
16	Ohne Bezeichnung (links-gipfliges Polynom)	Ohne Bezeichnung (links-gipfliges Polynom)	Ohne Bezeichnung (links-gipfliges Polynom)
17	Ohne Bezeichnung (rechts-gipfliges Polynom)	Ohne Bezeichnung (rechts-gipfliges Polynom)	Ohne Bezeichnung (rechts-gipfliges Polynom)
18	Macht double-bind, Konflikt zw. Kontrolle und jmd. gehen-/fallenlassen	Ambivalenz: Konflikt zw. Unterwerfung und Trennung/Selbst-behauptung	Konflikt zw. Kontrolle und sich gehen-/fallenlassen
19	Bindung double-bind: Konflikt zw. Freundlichkeit und Angriff	Ambivalente Bindung: Konflikt zw. freundlicher und feindlicher Reaktion	Konflikt: Selbstliebe und -wertschätzung vs. Selbsthass
20	Macht double-bind, Konflikt zw. Kontrolle und jmd. gehen-/fallenlassen	Ambivalenz: Konflikt zw. Unterwerfung und Trennung/Selbst-behauptung	Konflikt zw. Kontrolle und sich gehen-/fallenlassen
21	Bindung double-bind: Konflikt zw. Freundlichkeit und Angriff	Ambivalente Bindung: Konflikt zw. freundlicher und feindlicher Reaktion	Konflikt: Selbstliebe und -wertschätzung vs. Selbsthass

Anhang 4.1 - Übersicht der Metaanalyse zur Wirksamkeit der Dritte Welle Verfahren

Study	Comparison condition	I:A. Superiority to pill or psychotherapy placebo	I:A. Superiority to other treatment	I:B. Equivalence to already established treatment	III. Treatment manuals	IV. Characteristics of samples must be specified
ACT studies						
Zettle (1986)	CT		=	0	–	–
Zettle (1989)	CT		=	0	+	+
Bond (2000)	IPP	>			+	–
Bach (2002)	TAU		>		+	+
Zettle (2003)	SD		=	0	+	+
Dahl (2004)	TAU		>		+	+
Gifford (2004)	NRT		=	0	+	+
Hayes (2004)	ITSF		=	0	+	+
Gaudiano (2006)	TAU		=		+	+
Woods (2006)	WLC	NA	NA		+	+
Gratz (2006)	TAU		>		+	+
Lundgren (2006)	ST	>			+	+
Gregg (2007)	TAU		>		+	+
DBT studies						
Linehan (1991)	TAU		>		+	+
Linehan (1999)	TAU		= (>)		+	+
Linehan (2002)	CVT		= (>)		+	+
Linehan (2006)	CTBE		>		+	+
Turner (2000)	CCT		>		+	+
Koons (2001)	TAU		=		+	+
Verheul (2003)	TAU		=		+	+
Simpson (2004)	Fluoxetine		=	0	+	+
Soler (2005)	Olanzepine		=	0	+	+
Safer (2001)	WLC	NA	NA		+	+
Telch (2001)	WLC	NA	NA		+	+
Lynch (2003)	ADM		=		+	+
Lynch (2007)	ADM		=		+	+
CBASP study						
Keller (2000)	ADM, Comb.		=	–	+	+
IBCT studies						
Jacobson (2000)	TBCT		=		+	+
Christensen (2004)	TBCT		=	–	+	+

CT = cognitive therapy, IPP = Innovation Promotion Program, TAU = treatment as usual, SD = systematic desensitization, NRT = nicotine replacement treatment, ITSF = Intensive Twelve Step Facilitation Program, WLC = waiting list control, ST = supportive therapy, CVT = comprehensive validation therapy, CTBE = community treatment by experts, CCT = client centred therapy, ADM = antidepressant medication, TBCT = traditional behavioral couple therapy. > = significantlty better than the comparison condition, = no significant difference between conditions, NA = not applicable, 0 = cell size too small to allow equivalence analysis, + = criterion is fulfilled, – = criterion is not fulfilled.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Metaanalyse zur Wirksamkeit der Dritte Welle Verfahren (ACT, DBT, CBASP & IBCT, zur FAP wurden keine randomisiert kontrollierten Studien gefunden) nach den Kriterien für empirically supported treatments (EST), entnommen aus Öst, 2008, S. 311).

Effektstärken (Hedges' *g*): Dritte Welle Verfahren gesamt: .56
ACT Studien: .68
DBT Studien: .58 (Öst, 2008, S. 307).

Anhang 9.1 - Übersicht der einzelnen Hauptdiagnosen

Unterteilt nach internalisierenden, externalisierenden und kombinierten psychischen Störungen.

Internalisierende Störungen

GESCHLECHT

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	37	41,6	41,6	41,6
	Weiblich	52	58,4	58,4	100,0
	Gesamt	89	100,0	100,0	

Hauptdiagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	32.0	2	2,2	2,2	2,2
	32.1	14	15,7	15,7	18,0
	33.1	1	1,1	1,1	19,1
	40.1	3	3,4	3,4	22,5
	40.2	2	2,2	2,2	24,7
	41.2	5	5,6	5,6	30,3
	42.2	1	1,1	1,1	31,5
	43.1	1	1,1	1,1	32,6
	43.2	42	47,2	47,2	79,8
	50.0	1	1,1	1,1	80,9
	50.2	1	1,1	1,1	82,0
	63.3	1	1,1	1,1	83,1
	84.5	1	1,1	1,1	84,3
	93.0	2	2,2	2,2	86,5
	93.2	2	2,2	2,2	88,8
	93.8	9	10,1	10,1	98,9
	95.0	1	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	89	100,0	100,0	

Externalisierende Störungen

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	23	85,2	85,2	85,2
	Weiblich	4	14,8	14,8	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0	

Hauptdiagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	90.0	14	51,9	51,9	51,9
	90.1	6	22,2	22,2	74,1
	91.0	1	3,7	3,7	77,8
	91.1	1	3,7	3,7	81,5
	91.3	5	18,5	18,5	100,0
	Gesamt	27	100,0	100,0	

Kombinierte Störungen

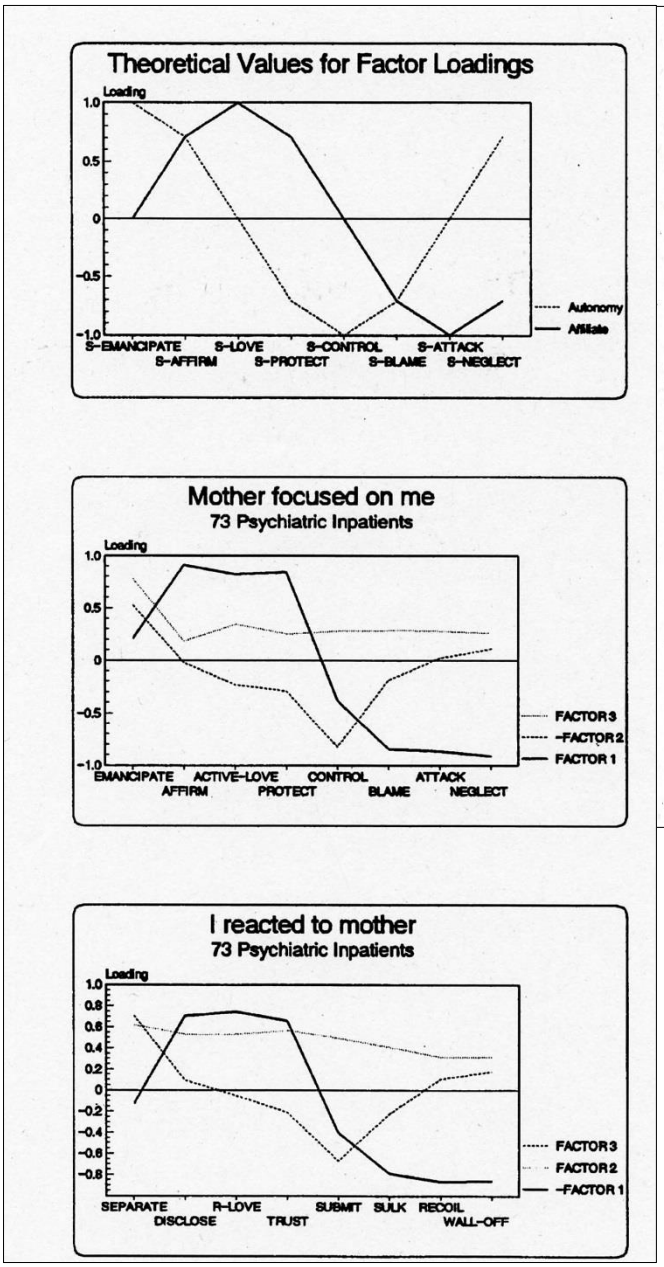
Geschlecht

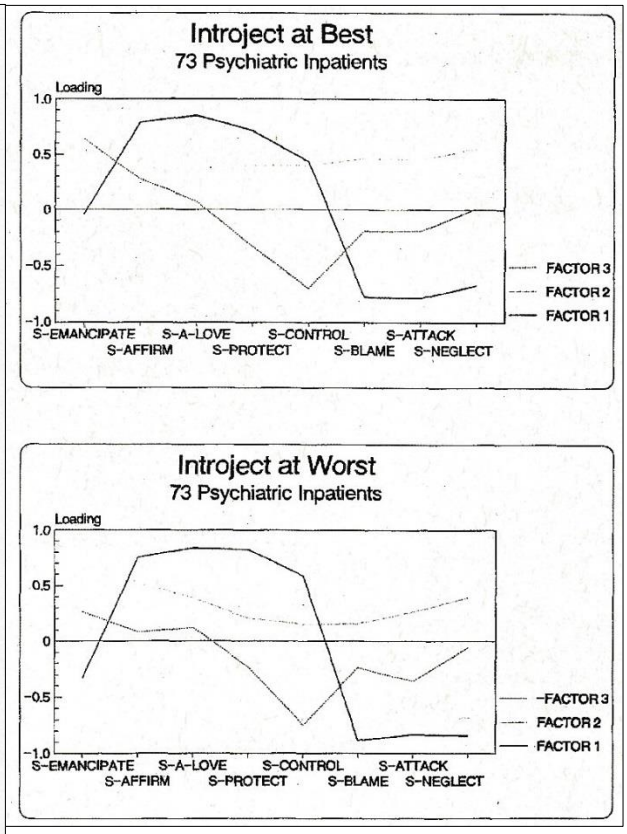
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	5	83,3	83,3	83,3
	Weiblich	1	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	6	100,0	100,0	

Hauptdiagnose

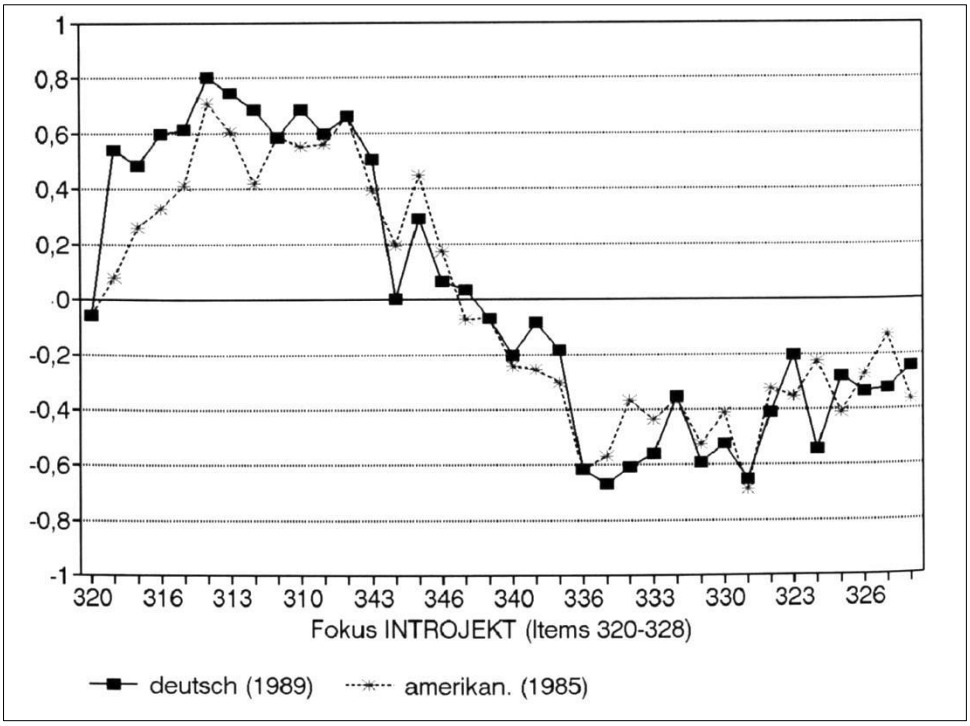
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	92.0	2	33,3	33,3	33,3
	92.8	2	33,3	33,3	66,7
	92.9	1	16,7	16,7	83,3
	98.8	1	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	6	100,0	100,0	

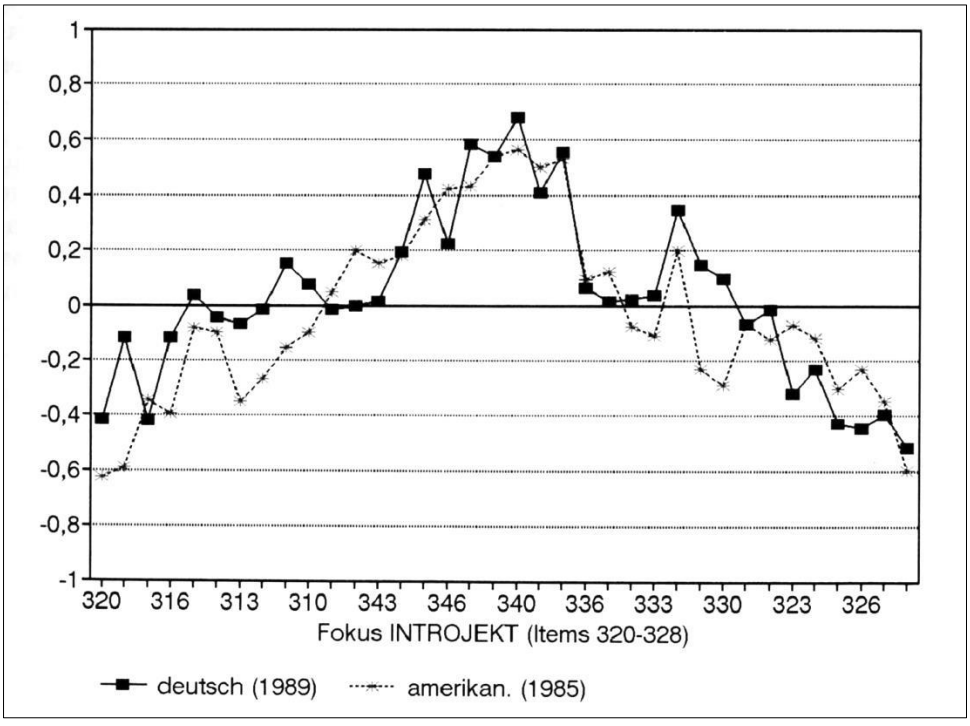
Anhang 10.1 - Übersicht ausgewählter Ergebnisse faktorenanalytischer Untersuchungen der SASB





Vergleich der theoretischen Faktorenladungen (Faktor Autonomie/Interdependenz und Faktor Affiliation) mit empirischen Werten für den transitiven („Mother focused on me“) und intransitiven („I reacted to mother“) Fokus, weiterhin die Ladungen von Faktorenanalysen für den Introjekt-Fokus, getrennt für die „beste“ und „schlechteste“ Zeit. Hierbei korrespondiert ein Faktor zu Affiliation und der zweite zu Kontrolle/ Interdependenz. Der in allen dargestellten Übersichten auftretende dritte Faktor spiegelt zum Teil die vertikale Achse, teilweise liegt er parallel zum zweiten Faktor vor (Benjamin, 1994, S. 293-294, Abbildungen zusammengefügt).





Übersicht Faktorladungen für Faktor 1 (Affiliation, obere Abbildung) und Faktor 2 (Interdependenz, untere Abbildung) der deutschen und amerikanischen Items im Introjekt-Fokus. Es zeigen sich vergleichbare Werte in beiden Versionen sowie die Zirkumplexstruktur der Daten (Tscheulin & Glossner, 2002, S. 126-127, Abbildungen zusammengefügt).

Anhang 11.1 - Programmoutputs der Patienten EU_001_X und EU_008_X

```
EU_001_X                              A 1-36(S)                          Fokus: INTROJEKT


                                                *60 handle frei und sorglos
                lebe in den Tag hinein 60* * *10
        nutze nicht, verwerfe Chancen 80*   *   *70 bin zuversichtlich und spontan
           gebe mich Tagträumen hin 60*     *     *40
                                  30*       *       *20
                                 20*        *         *40
                                40*         *           *30
   missachte Grundbedürfniss 99*            *             *40
                           10*              *               *90 genieße Alleinsein
    quäle, zerstöre mich 70* * * * * * * * * * * * * * * * * *30
       bedrohe mich selbst 99*              *               *50 suche was mir gut tut
  verausgabe, überlaste mich 80*            *             *30
         bestrafe mich streng 99*           *           *40
 verrate und betrüge mich selbst 70*        *         *60 erforsche und analysiere mich
                                  30*       *       *30
     erniedrige mich, zweifle an mir 99*    *     *40
                    schränke mich ein 60*   *   *40
             zwinge mich korrekt zu sein 80* * *40
                                            *80 kontrolliere mich stark

GZAV = ( -46;-27 )     Md: 40          Rz: 0.571     180°: -0.08       90°: 0.35
C1: 56                 C2: 32                C3: 48                  C4: 42
C5: 60                 C6: 74                C7: 71                  C8: 37
```

```
EU_001_X    VP.: w 14  *0
 A 1-36(S):


    100   *                    *
     90                           *
 S   80                    *   0   0
 C   70
 O   60   0                0
 R   50            0   0
 E   40        0                        0
 S   30                *
     20        *
     10
      0            *                    *
      _____________________________________
          1   2   3   4   5   6   7   8
                   CLUSTERS
 THE MAXIMUM CORRELATION WAS =  .851 WITH PROFILE 17
  Konflikt: Selbstablehnung vs. Unbekuemmertheit


 ATTACK PATTERN =   .748  PROFILE   4
 CONTROL PATTERN =   .457  PROFILE   6
 CONFLICT PATTERN =  -.166  PROFILE  20
```

```
EU_008_X                              A 1-36(S)                        Fokus: INTROJEKT


                                                *40
                                            20* * *80 entfalte eigene Persönlichkeit
                                          20*   *   *90 bin zuversichtlich und spontan
                                        70*     *     *99 bejahe mich in Stärken und Schwächen
                                      0*       *       *80 achte auf meine Gefühle
                                    0*         *         *99 verstehe mich wie ich bin
                                30*           *           *90 mag mich so wie ich bin
                              40*             *             *80 bin gut zu mir selbst
                            0*               *               *20
                          0* * * * * * * * * * * * * * * * * * *99 liebe, schätze mich
                            0*               *               *90 suche was mir gut tut
                             50*             *             *80 sorge für mich
                                0*           *           *70
                                 20*         *         *80 erforsche und analysiere mich
                                    0*       *       *80 arbeite an Selbstentwicklung
                                     10*     *     *80 stark um Wohlergehen besorgt
                                       70*   *   *70
                                         70* * *70
                                             *70

GZAV = ( 138;-7 )      Md: 70          Rz: 0.986     180°: 0.015       90°: 0.60
C1: 50                 C2: 92                  C3: 73                  C4: 77
C5: 70                 C6: 7                   C7: 18                  C8: 25
```

```
EU_008_X    VP.: m 15  *0
 A 1-36(S):


    100       0   *
     90       *       *
 S   80           0   0
 C   70                   0
 O   60
 R   50   0               *
 E   40
 S   30                                0
     20                       *   0   *
     10                       0
      0                           *
      ____________________________________
          1   2   3   4   5   6   7   8
                   CLUSTERS
 THE MAXIMUM CORRELATION WAS =  .915 WITH PROFILE  1
  Freundliche Handlung gegenueber sich selbst


 ATTACK PATTERN =  -.915  PROFILE   2
 CONTROL PATTERN =   .632  PROFILE   8
 CONFLICT PATTERN =   .155  PROFILE   9
```

```
Vergleich# 1 zwischen EU_001_X1 A 1-36 INTR  mit  EU_008_X1 A 1-36 INTR

DIESE VERGLEICHE WURDEN AUF ITEMBASIS BERECHNET (R ab .32 sig)
IN JEDER ZEILE DIE ERGEBNISSE FÜR VERGLEICH #: KORRELATIONSKOEFF.R
UND DIE DURCHSCHNITTLICHEN QUADRIERTEN ABWEICHUNGEN

 VERGLEICH# 1 = -0.325     2522.0



Vergleich# 1 zwischen EU_001_X1 A 1-36 INTR  mit  EU_008_X1 A 1-36 INTR
 EACH CONTRAST IS REPORTED IN A SINGLE LINE.
 CONTRAST # IS FOLLOWED BY R, DIFFERENCE IN Z SCORES
 AND THE RAW DIFFERENCE (8-SPACE) SQUARED-EACH IN 3F8.3
 EU_001_X     VP.: w 14  *0
 CONTRAST #   1 =    -.657   1.136 114.140
```

Anhang 11.2 - Deskriptive Statistiken der empirischen Introjekte internalisierender und externalisierender Störungen

Deskriptive Statistik - Internalisierende Störungen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
CL1_emp	89	10	91	44,15	16,663
CL2_emp	89	0	99	57,74	23,852
CL3_emp	89	12	95	60,29	16,585
CL4_emp	89	22	94	68,55	15,255
CL5_emp	89	4	91	60,64	16,280
CL6_emp	89	0	99	44,96	25,739
CL7_emp	89	0	97	37,54	22,681
CL8_emp	89	5	72	33,31	15,652
Gültige Werte (Listenweise)	89				

Deskriptive Statistik - Externalisierende Störungen

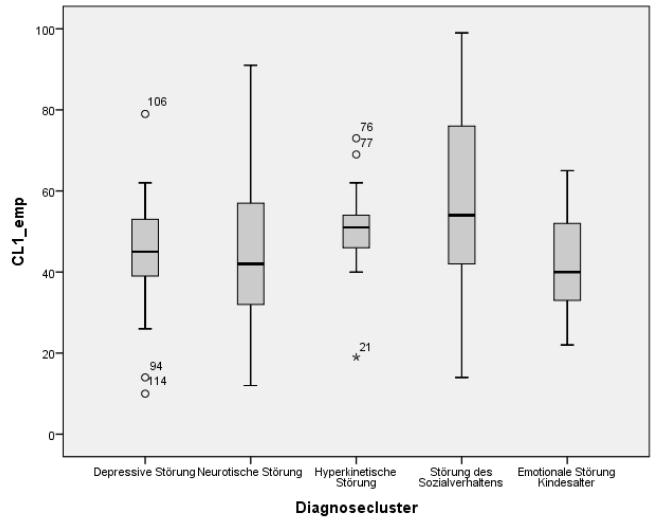
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
CL1_emp	27	14	99	53,96	18,097
CL2_emp	27	27	99	64,37	19,431
CL3_emp	27	18	99	66,48	17,825
CL4_emp	27	22	99	69,56	20,319
CL5_emp	27	26	99	67,81	19,213
CL6_emp	27	0	87	39,19	23,153
CL7_emp	27	0	79	32,78	20,285
CL8_emp	27	0	67	28,41	17,294
Gültige Werte (Listenweise)	27				

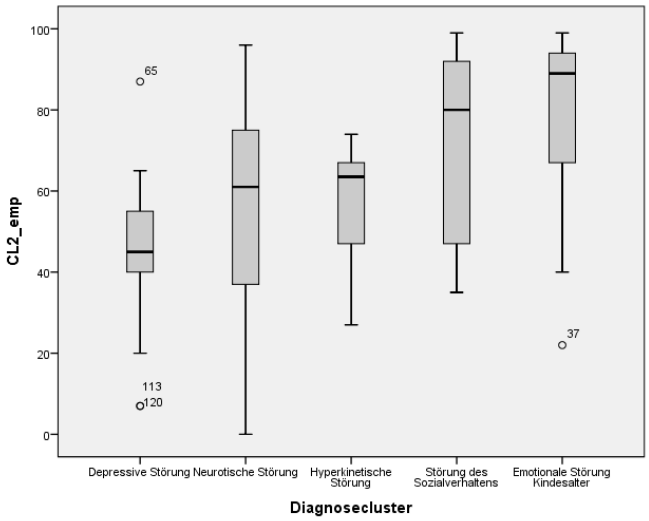
Anhang 11.3 - Deskriptive Statistiken einzelner Störungsbilder inklusive Box-Plots für jedes Störungsbild und Cluster

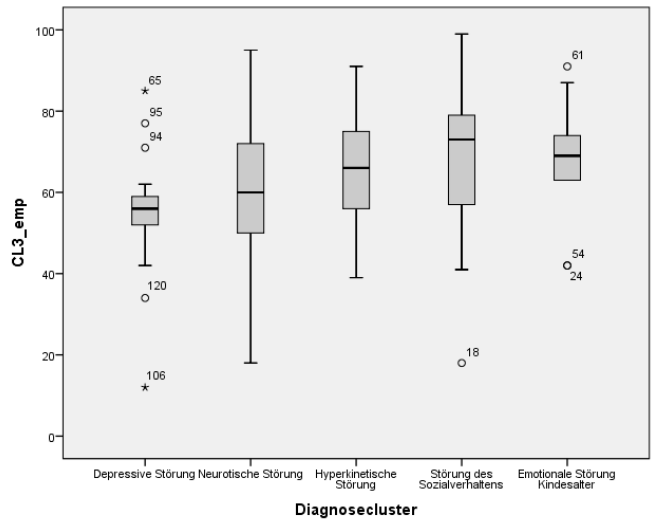
ONEWAY deskriptive Statistiken

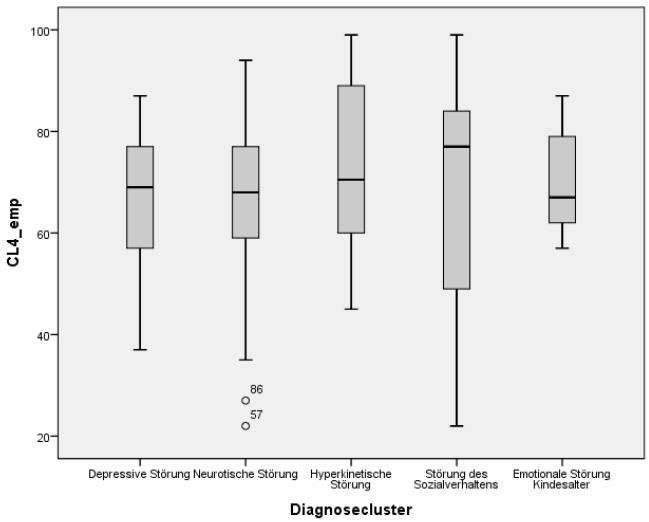
		N	Mittel-wert	SD	Standard-fehler	95%-Konfidenzintervall		Mini-mum	Maxi-mum
						Unter-grenze	Ober-grenze		
CL1	Depressive Störung	17	44,00	16,923	4,104	35,30	52,70	10	79
	Neurotische Störung	54	44,43	17,682	2,406	39,60	49,25	12	91
	Hyperkinetische St.	14	50,93	12,988	3,471	43,43	58,43	19	73
	St. Sozialverhalten	13	57,23	22,462	6,230	43,66	70,80	14	99
	Emo. St. Kindesalter	13	42,31	15,266	4,234	33,08	51,53	22	65
	Gesamt	111	46,43	17,719	1,682	43,10	49,77	10	99
CL2	Depressive Störung	17	44,35	20,053	4,864	34,04	54,66	7	87
	Neurotische Störung	54	57,09	22,467	3,057	50,96	63,22	0	96
	Hyperkinetische St.	14	59,36	12,852	3,435	51,94	66,78	27	74
	St. Sozialverhalten	13	69,77	24,046	6,669	55,24	84,30	35	99
	Emo. St. Kindesalter	13	77,54	23,730	6,581	63,20	91,88	22	99
	Gesamt	111	59,31	23,128	2,195	54,96	63,66	0	99
CL3	Depressive Störung	17	54,88	16,248	3,941	46,53	63,24	12	85
	Neurotische Störung	54	59,63	16,599	2,259	55,10	64,16	18	95
	Hyperkinetische St.	14	65,93	15,122	4,042	57,20	74,66	39	91
	St. Sozialverhalten	13	67,08	20,974	5,817	54,40	79,75	18	99
	Emo. St. Kindesalter	13	68,38	14,807	4,107	59,44	77,33	42	91
	Gesamt	111	61,59	17,039	1,617	58,39	64,80	12	99
CL4	Depressive Störung	17	65,65	14,146	3,431	58,37	72,92	37	87
	Neurotische Störung	54	68,02	16,877	2,297	63,41	72,63	22	94
	Hyperkinetische St.	14	72,43	16,924	4,523	62,66	82,20	45	99
	St. Sozialverhalten	13	66,46	23,754	6,588	52,11	80,82	22	99
	Emo. St. Kindesalter	13	70,62	10,564	2,930	64,23	77,00	57	87
	Gesamt	111	68,33	16,681	1,583	65,20	71,47	22	99
CL5	Depressive Störung	17	61,06	14,463	3,508	53,62	68,50	38	85
	Neurotische Störung	54	56,89	16,697	2,272	52,33	61,45	4	91
	Hyperkinetische St.	14	69,29	17,770	4,749	59,03	79,55	36	99
	St. Sozialverhalten	13	66,23	21,273	5,900	53,38	79,09	26	99
	Emo. St. Kindesalter	13	69,38	10,951	3,037	62,77	76,00	48	87
	Gesamt	111	61,65	17,107	1,624	58,43	64,87	4	99
CL6	Depressive Störung	17	55,53	26,559	6,442	41,87	69,18	0	99
	Neurotische Störung	54	44,22	24,613	3,349	37,50	50,94	0	96
	Hyperkinetische St.	14	40,43	20,240	5,409	28,74	52,11	12	87
	St. Sozialverhalten	13	37,85	26,720	7,411	21,70	53,99	0	77

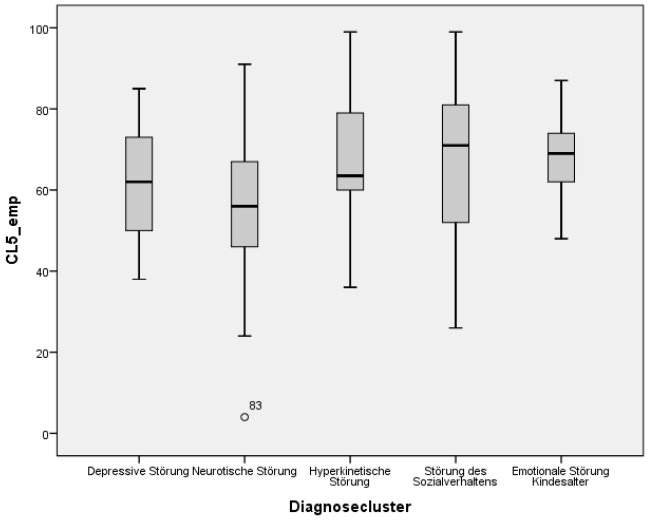
	Emo. St. Kindesalter	13	32,38	25,822	7,162	16,78	47,99	0	79
	Gesamt	111	43,34	25,213	2,393	38,60	48,08	0	99
CL7	Depressive Störung	17	44,82	24,378	5,912	32,29	57,36	2	85
	Neurotische Störung	54	38,85	22,414	3,050	32,73	44,97	0	97
	Hyperkinetische St.	14	31,14	14,559	3,891	22,74	39,55	8	56
	St. Sozialverhalten	13	34,54	25,601	7,101	19,07	50,01	0	79
	Emo. St. Kindesalter	13	27,46	20,851	5,783	14,86	40,06	2	76
	Gesamt	111	36,95	22,349	2,121	32,75	41,16	0	97
CL8	Depressive Störung	17	40,82	17,703	4,294	31,72	49,93	7	69
	Neurotische Störung	54	34,28	15,180	2,066	30,13	38,42	7	72
	Hyperkinetische St.	14	22,00	15,140	4,046	13,26	30,74	0	52
	St. Sozialverhalten	13	35,31	17,327	4,806	24,84	45,78	7	67
	Emo. St. Kindesalter	13	21,85	8,335	2,312	16,81	26,88	5	32
	Gesamt	111	32,40	16,268	1,544	29,34	35,46	0	72

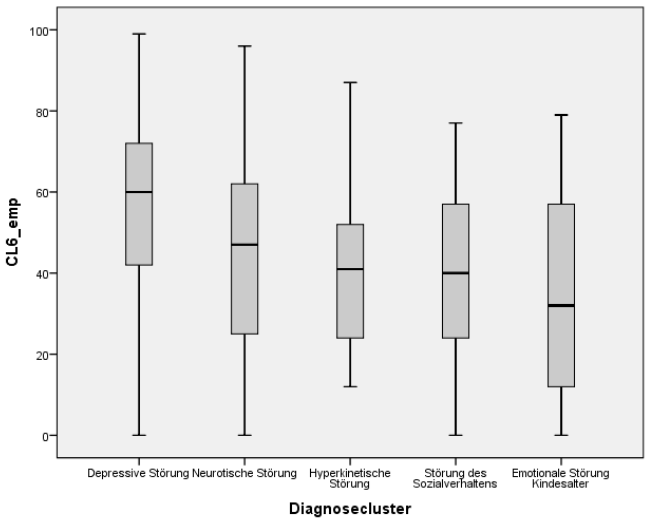


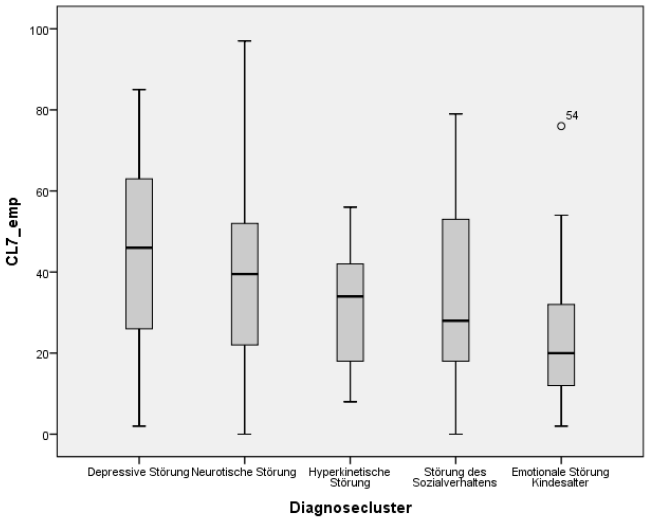


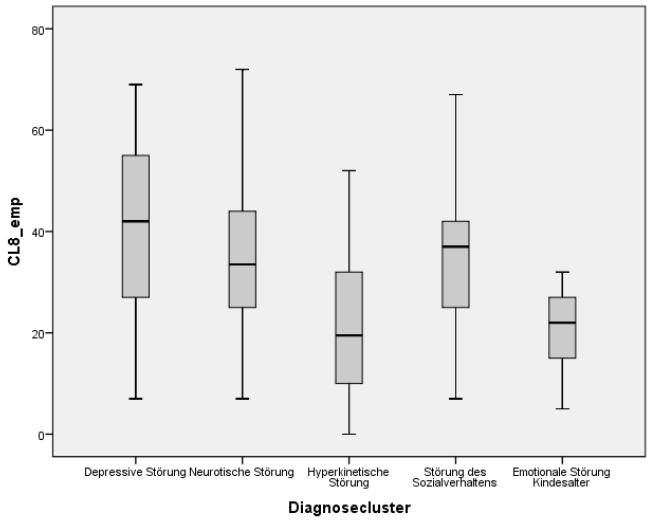





CL5_emp
100
80
60
40
20
0
83
Depressive Störung
Neurotische Störung
Hyperkinetische Störung
Störung des Sozialverhaltens
Emotionale Störung Kindesalter
Diagnosecluster


CL6_emp
100
80
60
40
20
0
Depressive Störung
Neurotische Störung
Hyperkinetische Störung
Störung des Sozialverhaltens
Emotionale Störung Kindesalter
Diagnosecluster


CL7_emp
100
80
60
40
20
0
54
Depressive Störung
Neurotische Störung
Hyperkinetische Störung
Störung des Sozialverhaltens
Emotionale Störung Kindesalter
Diagnosecluster


CL8_emp
80
60
40
20
0
Depressive Störung
Neurotische Störung
Hyperkinetische Störung
Störung des Sozialverhaltens
Emotionale Störung Kindesalter
Diagnosecluster

Anhang 11.4 - Ergebnisse der Varianzanalyse über einzelne Diagnosecluster

Test der Homogenität der Varianzen

	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
CL1_emp	1,348	4	106	,257
CL2_emp	2,560	4	106	,043
CL3_emp	,512	4	106	,727
CL4_emp	2,675	4	106	,036
CL5_emp	1,397	4	106	,240
CL6_emp	,495	4	106	,739
CL7_emp	1,085	4	106	,368
CL8_emp	1,622	4	106	,174

Einfaktorielle ANOVA

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
CL1_emp	Zwischen den Gruppen	2338,034	4	584,509	1,924	,112
	Innerhalb der Gruppen	32197,209	106	303,747		
	Gesamt	34535,243	110			
CL2_emp	Zwischen den Gruppen	9810,413	4	2452,603	5,302	,001
	Innerhalb der Gruppen	49029,172	106	462,539		
	Gesamt	58839,586	110			
CL3_emp	Zwischen den Gruppen	2227,471	4	556,868	1,987	,102
	Innerhalb der Gruppen	29709,286	106	280,276		
	Gesamt	31936,757	110			
CL4_emp	Zwischen den Gruppen	476,067	4	119,017	,419	,795
	Innerhalb der Gruppen	30132,600	106	284,270		
	Gesamt	30608,667	110			
CL5_emp	Zwischen den Gruppen	3096,781	4	774,195	2,820	,029
	Innerhalb der Gruppen	29096,516	106	274,495		
	Gesamt	32193,297	110			
CL6_emp	Zwischen den Gruppen	4639,225	4	1159,806	1,883	,119
	Innerhalb der Gruppen	65287,766	106	615,922		
	Gesamt	69926,991	110			
CL7_emp	Zwischen den Gruppen	2967,314	4	741,828	1,513	,204
	Innerhalb der Gruppen	51973,461	106	490,316		
	Gesamt	54940,775	110			
CL8_emp	Zwischen den Gruppen	4468,793	4	1117,198	4,805	,001
	Innerhalb der Gruppen	24643,765	106	232,488		
	Gesamt	29112,559	110			

Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

		Statistik[a]	df1	df2	Sig.
CL1_emp	Welch-Test	1,574	4	34,232	,203
CL2_emp	Welch-Test	4,718	4	34,755	,004
CL3_emp	Welch-Test	1,989	4	33,609	,119
CL4_emp	Welch-Test	,496	4	34,528	,739
CL5_emp	Welch-Test	3,270	4	34,363	,022
CL6_emp	Welch-Test	1,609	4	33,620	,195
CL7_emp	Welch-Test	1,624	4	34,390	,191
CL8_emp	Welch-Test	6,655	4	34,898	,000

a. Asymptotisch F-verteilt

Anhang 11.5 - Ergebnisse der Vergleichsberechnung via MakeMapsWin zum Therapieverlauf der Patientin EU_001

```
Vergleich# 1 zwischen EU_001_11 A 1-36 INTR  mit  EU_001_21 A 1-36 INTR
 EACH CONTRAST IS REPORTED IN A SINGLE LINE.
 CONTRAST # IS FOLLOWED BY R, DIFFERENCE IN Z SCORES
 AND THE RAW DIFFERENCE (8-SPACE) SQUARED-EACH IN 3F8.3
 EU_001_1     VP.: w 14  *0
 CONTRAST #   1 =     .911    .341  23.812

Vergleich# 1 zwischen EU_001_11 A 1-36 INTR  mit  EU_001_21 A 1-36 INTR

DIESE VERGLEICHE WURDEN AUF ITEMBASIS BERECHNET (R ab .32 sig)
IN JEDER ZEILE DIE ERGEBNISSE FÜR VERGLEICH #: KORRELATIONSKOEFF.R
UND DIE DURCHSCHNITTLICHEN QUADRIERTEN ABWEICHUNGEN

 VERGLEICH# 1 = 0.722     233.0



Vergleich# 1 zwischen EU_001_21 A 1-36 INTR  mit  EU_001_31 A 1-36 INTR
 EACH CONTRAST IS REPORTED IN A SINGLE LINE.
 CONTRAST # IS FOLLOWED BY R, DIFFERENCE IN Z SCORES
 AND THE RAW DIFFERENCE (8-SPACE) SQUARED-EACH IN 3F8.3
 EU_001_2     VP.: w 14  *0
 CONTRAST #   1 =    -.014   2.000  63.569

Vergleich# 1 zwischen EU_001_21 A 1-36 INTR  mit  EU_001_31 A 1-36 INTR

DIESE VERGLEICHE WURDEN AUF ITEMBASIS BERECHNET (R ab .32 sig)
IN JEDER ZEILE DIE ERGEBNISSE FÜR VERGLEICH #: KORRELATIONSKOEFF.R
UND DIE DURCHSCHNITTLICHEN QUADRIERTEN ABWEICHUNGEN

 VERGLEICH# 1 = 0.108     875.0



Vergleich# 1 zwischen EU_001_11 A 1-36 INTR  mit  EU_001_31 A 1-36 INTR
 EACH CONTRAST IS REPORTED IN A SINGLE LINE.
 CONTRAST # IS FOLLOWED BY R, DIFFERENCE IN Z SCORES
 AND THE RAW DIFFERENCE (8-SPACE) SQUARED-EACH IN 3F8.3
 EU_001_1     VP.: w 14  *0
 CONTRAST #   1 =    -.078   1.988  76.315

Vergleich# 1 zwischen EU_001_11 A 1-36 INTR  mit  EU_001_31 A 1-36 INTR

DIESE VERGLEICHE WURDEN AUF ITEMBASIS BERECHNET (R ab .32 sig)
IN JEDER ZEILE DIE ERGEBNISSE FÜR VERGLEICH #: KORRELATIONSKOEFF.R
UND DIE DURCHSCHNITTLICHEN QUADRIERTEN ABWEICHUNGEN

 VERGLEICH# 1 = 0.122     1030.0
```

19 Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei den Kindern und Jugendlichen bedanken, die sich bereit erklärt haben, die verschiedenen Fragebögen in der Entwicklung sowie später in der Erhebung zu beantworten und damit das Fundament dieser Arbeit zu legen!

Weiterhin bedanke ich mich ganz herzlich bei Frau Prof. Dr. Petra Hampel sowie Herrn Prof. Dr. Gunter Groen, die mich während des gesamten Projektes hervorragend unterstützt haben und durch ihre wertvollen Anregungen maßgeblich zum Gelingen beitrugen.

Das Projekt wäre ebenfalls nicht möglich gewesen, wenn es keine Unterstützung in den beiden Behandlungseinrichtungen gegeben hätte. Mein Dank geht daher zunächst an Frau Dr. Cornelia Nötzel sowie an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ambulanz und Tagesklinik „Am kleinen See“ in Eutin, die mich in der Erhebung unterstützt haben. Mein besonderer Dank richtet sich hierbei an Frau Dr. Elke Mohme-Bannert, die unermüdlich Fragebögen ausgegeben und gesammelt hat. Frau Dr. Natalia Bleiker-Buth danke ich für die Möglichkeit, auch in ihrer Hamburger Praxis weitere Kinder und Jugendliche zu befragen. Und zuletzt danke ich Herrn Prof. Dr. Dr. Serge Sulz, der auf meine „überfallartige“ Anfrage tatsächlich noch eine lizensierte Version der MakeMapsWin-Software auffinden und mir zur Verfügung stellen konnte.

Alle Personen waren dabei zu allen Zeiten im besten Sinne „open-minded“, ich bin stets auf offene Ohren gestoßen und wurde immer unterstützt, danke für diese Grundhaltung.

Meinen Geschwistern Andreas, Marius und Theresa Wöste danke ich für die Bereitschaft, diese Arbeit, oft auch kurzfristig, Korrektur zu lesen und hilfreiches Feedback zu geben.

Meiner Freundin Eva Häusler danke ich ebenfalls für das Korrekturlesen, vor allem aber auch dafür, mir immer den Rücken freigehalten und Freiraum zur Arbeit gegeben zu haben.

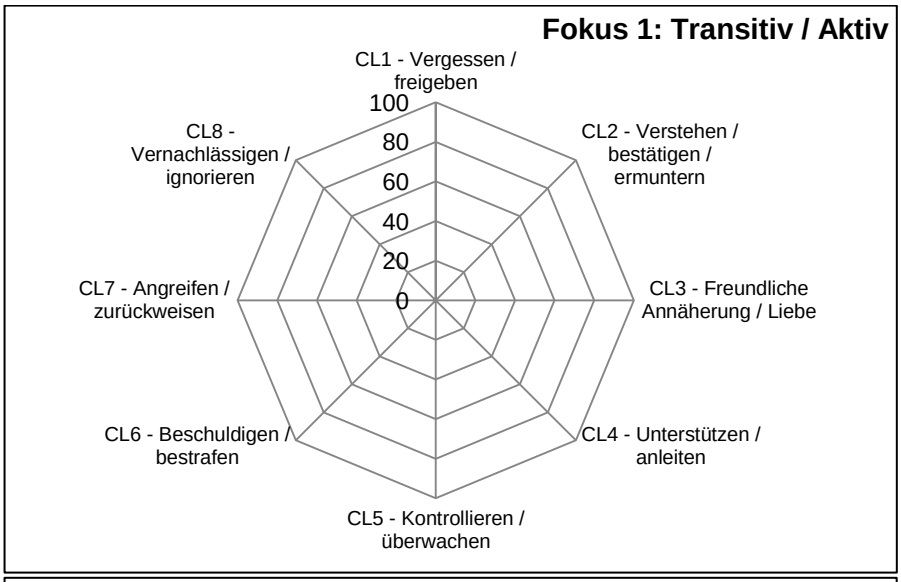
20 Eidesstattliche Versicherung

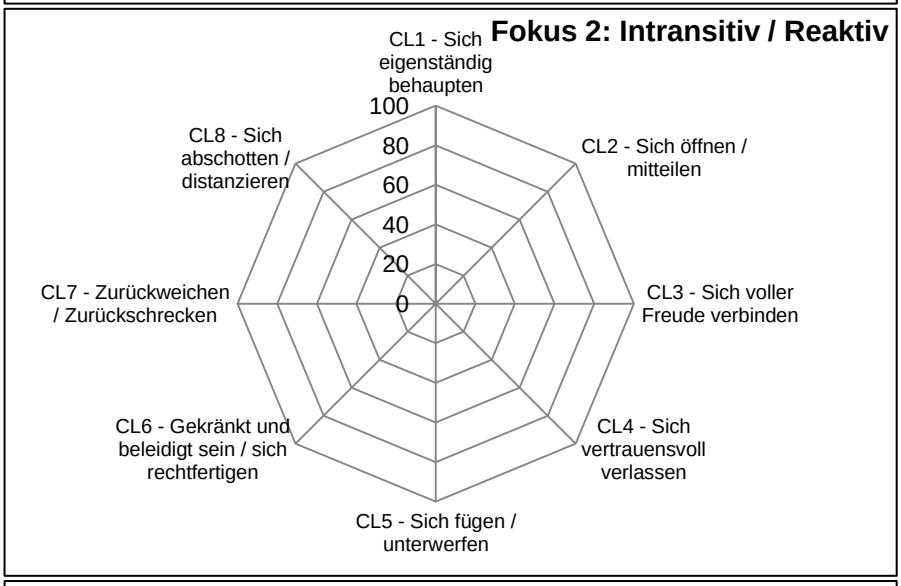
Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und andere als in der Dissertation angegebene Hilfsmittel nicht benutzt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Zentrale Inhalte der Dissertation sind nicht schon zuvor für eine andere Qualifikationsarbeit verwendet worden. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen bzw. Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Auf die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer, auch fahrlässigen, falschen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung und die Bestimmungen der §§ 156, 161 StGB bin ich hingewiesen worden.

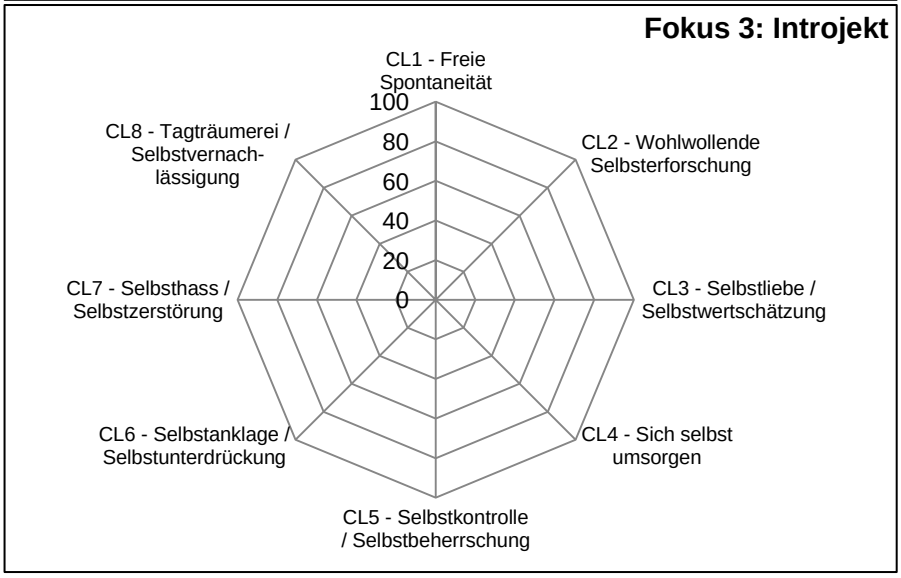
_____

Unterschrift

21 SASB Cluster-Modell







DAG: Cluster 6/7/8 **AG: Cluster 2/3/4**