

# **Untersuchungen zur Konstruktvalidität zweier psychoanalytisch fundierter Fragebögen**

Dissertation  
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie  
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Daniel Kraus

aus Hamburg

Hamburg 1999

**1. Prüfer: Prof. Dr. J. Eckert**  
**2. Prüfer: Prof. Dr. H. Berbalk**  
**Datum der Promotionsprüfung: 29.09.2000**

### **Danksagung**

Diese Arbeit ist unter schwierigen Bedingungen entstanden. Dies spiegelt sich in einer gewissen Inkohärenz von Fragestellung und Datenerhebung wider. Primär wurden die Daten zu anderen Zwecken erhoben. Die vorliegende Arbeit zur Konstruktvalidität zweier psychoanalytisch fundierter Fragebögen ist ein Nebenprodukt einer größeren Studie zu einem anderen Thema ("Projekt Ecstasy-Konsumenten"). So mischt sich Stolz mit einer gewissen Unzufriedenheit.

Mein Dank gilt den Probanden, die sich für jene größere Studie zur Verfügung gestellt haben. Sie haben viel gegeben und wenig zurückbekommen. Das Gleiche gilt für die medizinischen Doktoranden Frau Kirsten Brandes, Frau Ulrike Sack, Frau Silke Bümmerstede, Herrn Alexander Konietzky und Herrn Frank Schindler. Ohne sie hätte im „Projekt Ecstasy-Konsumenten“ nichts funktioniert und in der Folge wäre auch diese Arbeit nicht zustande gekommen. Großer Dank gilt in dieser Hinsicht auch Frau Gisela Krause. Ihre warme Art war es, durch die so manche Krise bewältigt werden konnte.

Frau Dr. Bettina Heinz, Frau Dipl.-Psych. Audrey Lobo-Drost und Herrn Dipl.-Psych. José Daporta danke ich für die Hilfe bei der Validitätsprüfung meiner diagnostischen Einschätzungen. Sie haben mich mit ihrer Zeit und ihrem Interesse großzügig unterstützt.

Zum Gelingen dieser Arbeit hat weiterhin mein Kollege Dr. Michael Wuchner beigetragen. Er war für das große Forschungsprojekt ein Retter in der Not und hat gewissenhaft so manches Undurchdachte und falsch Veranlaßte wieder geradegebügelt.

Gerne denke ich an die Kollegen aus dem UKE, mit denen mich freundschaftliche Gefühle verbinden. Unvergeßlich bleibt die Zeit mit Frau Dipl.-Psych. Claudia Brech. Sie auch am Arbeitsplatz hin und wieder zu sehen, hat die oft zu langen Tage verschönert und auf besondere Art bereichert. Neben jenen, die ich bereits erwähnt habe, denke ich auch an meinen Freund Dr. Christian Kraus. Mit ihm konnte ich nicht nur wichtige Gespräche über die beruflichen Erfahrungen führen, sondern auch über persönliche Fragen und Probleme in dieser Zeit sprechen. In guter Erinnerung bleiben auch die Praktikanten und meine Kollegen Frau Dipl.-Psych. Brigitte Gemeinhardt, Herr Dr. Peter-Michael Sack, Herr Dipl.-Psych. Andreas Schindler und Herr Dipl.-Psych. Udo Küstner.

Wie bereits erwähnt ist die vorliegende Arbeit aus dem „Projekt Ecstasy-Konsumenten“ am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf hervorgegangen. Mein Dank gilt in diesem Zusammenhang Herrn Priv.-Doz. Dr. R. Thomasius. Durch seinen unermüdlichen Einsatz ist das „Projekt Ecstasy-Konsumenten“ zustande gekommen. Mit Herrn Thomasius und mir sind sich zwei Menschen begegnet, die viel miteinander anfangen konnten, es aber letztlich nicht leicht miteinander hatten. Vielleicht haben wir etwas aus den Schwierigkeiten und Konflikten gelernt, die sich an der vorliegenden Arbeit entzündet haben.

Ein Fels in der Brandung war Herr Prof. Dr. Jochen Eckert, der die vorliegende Studie betreut hat. Ich weiß nicht, ob diese Arbeit ohne seinen Rat hätte gelingen können. Herr Eckert hat meine Identität als Psychologe geprägt. Im Hinblick auf die erwähnten Schwierigkeiten hat er mir Mut gemacht und ausgleichend gewirkt. Herrn Prof. Dr. Heinz Berbalk danke ich für die Bereitschaft, die Funktion des Zweitgutachters zu übernehmen.

Als es hart auf hart kam und meine Promotion zu scheitern drohte, hat mich insbesondere mein Vater, Franz-Josef Kraus, mit großer Geduld, Liebe und juristischer Fachkenntnis unterstützt. Ihm gilt mein besonderer Dank. Meiner Mutter, Frau Marianne Kraus, danke ich dafür, daß sie immer um mich bemüht ist und ich mich auf ihre Zuneigung verlassen kann. Ihre Liebe hat dazu beigetragen, daß mir hin und wieder etwas gelingt.

## INHALT

<b>0. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>I. EINLEITUNG.....</b>	<b>9</b>
<b>II. FORSCHUNGSSTAND .....</b>	<b>11</b>
II.1. ÜBERBLICK .....	11
<i>Fragebögen .....</i>	<i>13</i>
II.2. DAS NARZIßMUSINVENAR .....	26
II.2.1. <i>Theoretische Grundlage .....</i>	<i>26</i>
II.2.2. <i>Konstruktion und Evaluation .....</i>	<i>38</i>
II.3. DAS INVENTAR ZUR ERFASSUNG ZENTRALER BEZIEHUNGSWÜNSCHE .....	65
II.3.1. <i>Theoretische Grundlage .....</i>	<i>65</i>
II.3.2. <i>Konstruktion und Evaluation .....</i>	<i>73</i>
<b>III. ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN .....</b>	<b>82</b>
<b>IV. METHODIK .....</b>	<b>86</b>
IV.1. STICHPROBE .....	86
IV.1.1. <i>Herkunft der Stichprobe: Forschungsprojekt „Ecstasy-Konsumenten“ .....</i>	<i>86</i>
IV.1.2. <i>Exkurs: Ecstasy-Konsumenten .....</i>	<i>88</i>
IV.1.3. <i>Rekrutierung der Stichprobe und Untersuchungsdurchführung .....</i>	<i>89</i>
IV.1.4. <i>Zusammensetzung der Stichprobe .....</i>	<i>91</i>
IV.1.4.1. <i>Soziodemographisches Profil .....</i>	<i>91</i>
IV.1.4.2. <i>Drogenkonsumbezogenes Profil .....</i>	<i>92</i>
IV.2. ZUR VALIDIERUNG HERANGEZOGENE INSTRUMENTE .....	93
IV.2.1. <i>Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) .....</i>	<i>94</i>
IV.2.2. <i>Exkurs: Forschungsstand zur Praktikabilität, Reliabilität und Validität der OPD-Konflikt- und Strukturachse .....</i>	<i>98</i>
IV.2.3. <i>Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A1 (FPI-A1) .....</i>	<i>104</i>
IV.2.4. <i>Symptom-Check-Liste, Revised (SCL 90-R) .....</i>	<i>105</i>
IV.3. ÜBERPRÜFUNG DER RELIABILITÄT UND VALIDITÄT DER FREMDEINSCHÄTZUNGEN .....	106
IV.3.1. <i>Überprüfung der Reliabilität der Fremdeinschätzungen .....</i>	<i>106</i>
IV.3.2. <i>Überprüfung der Validität der Fremdeinschätzungen .....</i>	<i>108</i>
IV.4. DATENAUSWERTUNG .....	111
<b>V. ZUR GÜTE BZW. TAUGLICHKEIT DER FREMDEINSCHÄTZUNGEN.....</b>	<b>114</b>
V.1. VARIANZ .....	114
V.1.1. <i>Ergebnisse .....</i>	<i>114</i>
V.1.2. <i>Interpretationen und Konsequenzen .....</i>	<i>115</i>
V.2. INTER-RATER-RELIABILITÄT .....	115
V.2.1. <i>Ergebnisse .....</i>	<i>115</i>
V.2.2. <i>Interpretationen .....</i>	<i>122</i>
V.2.3. <i>Konsequenzen .....</i>	<i>124</i>
V.3. VALIDITÄT .....	125
V.3.1. <i>Ergebnisse .....</i>	<i>125</i>
V.3.2. <i>Interpretationen .....</i>	<i>126</i>
<b>VI. HYPOTHESEN .....</b>	<b>127</b>
<b>VII. ERGEBNISSE .....</b>	<b>129</b>

<b>VIII. INTERPRETATIONEN .....</b>	<b>142</b>
VIII.1. VORBEHALTE .....	142
VIII. 2. VORÜBERLEGUNGEN .....	143
VIII.3. ZUR DISKRIMINANTEN VALIDITÄT DES NI UND IZBW GEGENÜBER KONSTRUKTFREMDEN FRAGEB. ...	146
VIII.4. ZUR VALIDITÄT DER NI-SKALEN .....	148
VIII.4.1. Ohnmächtiges Selbst.....	148
VIII.4.2. Affekt-/Impulskontrollverlust .....	150
VIII.4.3. Derealisation/Depersonalisation.....	151
VIII.4.4. Basales Hoffnungspotential .....	152
VIII.4.5. Kleinheitssebst.....	154
VIII.4.6. Negatives Körpersebst.....	155
VIII.4.7. Soziale Isolierung .....	155
VIII.4.8. Archaische Rückzugsphantasien.....	156
VIII.4.9. Größensebst.....	159
VIII.4.10. Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt.....	161
VIII.4.11. Gier nach Lob und Bestätigung.....	164
VIII.4.12. Narzißtische Wut.....	165
VIII.4.13. Autarkie-Ideal .....	166
VIII.4.14. Objektabwertung.....	168
VIII.4.15. Werte-Ideal .....	169
VIII.4.16. Symbiotischer Selbstschutz .....	170
VIII.4.17. Hypochondrische Angstbindung.....	172
VIII.4.18. Narzißtischer Krankheitsgewinn.....	173
VIII.5. ZUR VALIDITÄT DER IZBW-SKALEN .....	174
VIII.5.1. Wunsch nach Verschmelzung.....	174
VIII.5.2. Wunsch nach Zwillingsbeziehung.....	177
VIII.5.3. Wunsch nach Anerkennung.....	178
VIII.5.3. Wunsch nach Selbstobjektbeziehung.....	179
VIII.5.5. Wunsch nach Kontrolle.....	180
VIII.5.6. Wunsch nach dyadischer Beziehung.....	182
VIII.5.7. Wunsch nach Versorgung .....	183
VIII.5.8. Wunsch nach Steuerung.....	185
VIII.5.9. Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften .....	187
<b>IX. DISKUSSION.....</b>	<b>189</b>
<b>X. LITERATUR.....</b>	<b>198</b>
<b>XI. ANHANG .....</b>	<b>212</b>

## 0. Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung werden zwei psychoanalytisch fundierte Fragebögen, das Narzißmusinventar (NI, Deneke und Hilgenstock 1989) und das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW, Leichsenring et al. 1996) im Hinblick auf ihre Konstruktvalidität untersucht. Durch das NI wurden sog. narzißtische Regulationsmechanismen zu operationalisieren versucht, die auf eine Steuerung des Selbsterlebens zielen. Der zugrundeliegenden Theorie (Deneke 1989) nach handelt es sich bei diesen Mechanismen um autonom ablaufende unbewußte Prozesse. Sie können ausgelöst werden, wenn positive und daher subjektiv bedeutsame oder negative und daher bedrohliche Selbstrepräsentanzen aktiviert werden und es in der Folge zu einem Einbruch im Erleben von Sicherheit, Selbstwert und Sinn zu kommen droht. Die Art der eingesetzten Regulationsmodi läßt Rückschlüsse auf das allgemeine psychostrukturelle Integrationsniveau zu. Das IBZW zielt auf die Erfassung sog. zentraler Beziehungswünsche, die auf bestimmte Beziehungsqualitäten und entsprechende Objekte gerichtet sind. Der zugrundeliegenden Theorie (König 1988) nach gehen zentrale Beziehungswünsche mit spezifischen Ängsten und intrapsychischen Konflikten einher. Die Wurzeln solcher „Wunsch-Angst-Konflikt-Einheiten“ liegen jeweils in bestimmten Entwicklungsphasen, in denen es zu Beziehungsstörungen und so zu Fixierungen gekommen ist. Entsprechend lassen sich zentrale Beziehungswünsche unterschiedlicher Reifegrade unterscheiden.

Da es sich bei den narzißtischen Regulationsmechanismen um Prozesse handelt, die prinzipiell unbewußt sind, lassen sie sich nicht direkt erfassen. Die Autoren des NI gehen jedoch davon aus, daß sich durch den Fragebogen ihre bewußtseinsfähigen Derivate erfragen lassen und so valide Rückschlüsse auf narzißtische Regulationsmechanismen möglich sind. Zentrale Beziehungswünsche sind zwar nicht zwangsläufig unbewußt, unterliegen aber in der Regel Abwehrprozessen. Im IZBW werden zum Teil die der Theorie nach mit den zentralen Beziehungswünschen korrespondierenden Ängste und Konflikte zu erfassen versucht. Sie lassen sich in gewisser Hinsicht ebenfalls als Derivate auffassen. Vor diesem Hintergrund verbindet sich mit der Konstruktvalidierung des NI und IBZW die allgemeinere Frage, ob unbewußte psychische Inhalte einer (indirekten) Erfassung durch psychologische Fragebögen zugänglich sind.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie ausgewerteten Daten stammen vorwiegend aus einer umfangreichen medizinisch-psychologischen Studie zum Konsum der sog. Modedroge Ecstasy erhoben worden waren. Insgesamt waren im Rahmen des Forschungsvorhabens 159 jungerwachsene Probanden untersucht worden. 97,4% hatten Erfahrungen mit Cannabioden. Mehr als die Hälfte hatte mindestens einmal Ecstasy (66,9%), Amphetamine (64,9%), Halluzinogene (60,9%) bzw. Kokain (66,2%) probiert. Mit Heroin hatten 11,9% Erfahrungen.

Zur Konstruktvalidierung des NI und IZBW wurden 2 Achsen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD 1996) eingesetzt, und zwar die sog. Konflikt- und die sog. Strukturachse. Auf der Konfliktachse werden intrapsychische Konflikte abgebildet, auf der Strukturachse verschiedene psychische Funktionen, die insbesondere bei der Regulation von zwischenmenschlichen Beziehungen zum Tragen kommen und zugleich Rückschlüsse auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zulassen. Eine Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität und Varianz der Fremdeinschätzungen auf den OPD-Achsen führte zum Ausschluß mehrerer Items bei den weiteren Auswertungen. Neben der OPD wurde das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Form A1, FPI-A1, Fahrenberg et al. 1984) und die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R, Franke 1995) berücksichtigt. Die Skalen dieser Fragebögen wurden mit denen des NI und IZBW korreliert. Alle Berechnungen wurden neben der Gesamtstichprobe für zwei Teilstichproben durchgeführt, die sich den Fremdeinschätzungen nach hinsichtlich ihrer Abwehrmodi unterscheiden („aktiv“ versus „passiv“).

Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Konstruktvalidität jeder einzelnen NI- und IZBW-Skala getrennt interpretiert. Im Anschluß werden sie in einer Zusammenschau beurteilt. Eine wesentliche Grundlage der Interpretationen bildet die Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Anteilen narzißtischer Regulationsmechanismen und zentraler Beziehungswünsche. Als spezifisch werden jene Konstruktkomponenten aufgefaßt, durch die sich das jeweilige Konstrukt von anderen abhebt. Hinsichtlich der narzißtischen Regulationsmechanismen wird ferner zwischen erlebensbezogenen und funktionellen Konstruktmerkmalen unterschieden. Hypothesenkonträre Ergebnisse wurden zum Anlaß genommen, einzelne Items der in Frage stehenden Skalen mit ausgewählten Variablen zu korrelieren, und zwar um – soweit wie möglich – Hinweise bzgl. folgender Fragen zu bekommen: Lassen sich die uner-

warteten Ergebnisse auf unzureichend exakte Operationalisierungen, auf theoretische Schwächen des operationalisierten Konstrukts oder die besonderen Merkmale der vorliegenden Stichprobe zurückführen? Die Ergebnisinterpretationen stehen insgesamt unter dem Vorbehalt, daß sie sich aufgrund der besonderen Merkmale der erhobenen Stichprobe nicht ohne weiteres generalisieren lassen.

Die Skalen des NI und IZBW müssen im Hinblick auf ihre Konstruktvalidität zum Teil sehr unterschiedlich bewertet werden. In Gesamtsicht zeigen die Ergebnisse, daß die evaluierten Fragebogenskalen in der Regel desto bessere Indikatoren für das allgemeine psychostrukturelle Integrationsniveau sind, je eindeutiger ihre Items auf psychische Beschwerden zielen. Solche symptomnahen Skalen korrelieren weiterhin mittelhoch mit nicht psychoanalytisch fundierten Skalen und ergänzen diese insofern nur bedingt. Ihr psychoanalytischer Gehalt liegt in erster Linie in der Art der auf sie bezogenen Interpretationsvorschriften. Vorteile bieten psychoanalytisch gegenüber anders fundierten Fragebögen am ehesten, wenn aus der psychoanalytischen Theorie abgeleitete Fragestellungen empirisch überprüft werden sollen. Im Hinblick auf spezifische Konstruktmerkmale konnten die NI- und IZBW-Skalen mangels geeigneter Kriterien nur zum Teil überprüft werden.

Einzelne psychoanalytisch fundierte Skalen lassen sich ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Studie als konstruktvalide beurteilen, obwohl ihre Items wenig symptomnah formuliert sind – z.B. die NI-Skala „Objektabwertung“ und die IZBW-Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“. Der Versuch, unbewußte Vorgänge indirekt über ihre bewußtseinsfähigen Derivate zu erfassen, wurde mit der Konstruktion dieser Skalen in besonderer Weise verwirklicht. Auffällig ist, daß die Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ eine bessere theoretische Fundierung als die meisten anderen IZBW-Skalen aufweist; dem Theoriebezug psychoanalytisch fundierter Fragebogenskalen kommt demnach eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu.

Aufgrund dieser Einzelergebnisse erscheinen weitere Versuche lohnend, psychoanalytische Konstrukte so zu operationalisieren, daß sie einer validen Erfassung durch Selbsteinschätzungen zugänglich werden. Eine große Hilfe könnte dabei die Berücksichtigung von Fremdeinschätzungen der zu operationalisierenden Konstrukte bei der Itemsselektion und Skalenbil-

dung sein. Ferner wird vorgeschlagen, in Zukunft den Versuch zu unternehmen, inhaltlich und statistisch möglichst unabhängige Skalen zu konstruieren. Ein solches Vorgehen könnte einen Beitrag zur Entwirrung der sich in vielfältiger Weise überschneidenden psychoanalytischen Konstrukte leisten.



## **I. Einleitung**

Fragebögen kommen im Rahmen psychodynamischer Diagnostik bisher nur in Ausnahmefällen zum Einsatz. Im Vordergrund stehen wenig strukturierte Interviews und projektive Testverfahren, die sich nach herkömmlicher Auffassung am besten eignen, um psychodynamisch wirksame unbewusste Inhalte zu erfassen. Psychodynamische Interviews erlauben am ehesten eine Entfaltung der für den Patienten typischen Beziehungsmuster in der diagnostischen Situation und lassen so zweifelsohne am ehesten Rückschlüsse auf (krankmachende) unbewusste Phantasien und Ängste zu. In Überblicksarbeiten zur psychodynamischen Diagnostik werden Fragebögen entsprechend nicht (Heigl-Evers et al. 1995, Janssen 1994, Rauchfleisch 1992, Schüßler 1996) oder nur am Rand (Rauchfleisch 1996) erwähnt.

Neben der Fokussierung unbewusster psychischer Inhalte liegt der psychodynamischen Diagnostik das Anliegen zugrunde, psychische Prozesse in ihrer Komplexität und lebensgeschichtlichen Bedingtheit zu begreifen. Sie ist zudem stark auf das psychotherapeutische Vorgehen ausgerichtet. In einem deutlichen Gegensatz steht die psychodynamische Diagnostik zu standardisierten Formen der Datenerhebung in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. Hierzu gehören vollstrukturierte Interviews, die in der Regel Diagnosenstellungen auf der Grundlage deskriptiv-operationaler Diagnosesysteme zum Ziel haben. Ihr primäres Ziel ist eine Optimierung der Reliabilität diagnostischer Einschätzungen. Neben solchen Interviews zählen psychologische Fragebögen, die klinisch relevante Persönlichkeitsmerkmale erfassen, zur standardisierten klinisch-psychologischen Diagnostik. Beide Methoden, standardisierte Interviews und (hinreichend evaluierte) psychologische Fragebögen, entsprechen – vielmehr als die „klassische“ psychodynamische Diagnostik – hinsichtlich ihrer Reliabilität und noch mehr ihrer weitgehenden Anwenderunabhängigkeit den Anforderungen der empirischen Wissenschaft.

Die Anwendung psychodynamischer Diagnostik – als ein Aspekt psychoanalytisch fundierter Psychotherapie – wird hingegen scharf kritisiert (z.B. Perrez 1979, 1985, Grawe et al. 1994). Psychodynamische Diagnostik basiere auf theoretischen Konzepten, die empirisch nicht fundiert seien. Zudem könne ein Teil psychoanalytischer Begriffe nicht operationalisiert werden. Wichtige Aspekte psychoanalytischer Theorien entzögen sich aus diesem Grund einer empirischen Überprüfung. Als Beispiel hierfür nennt Perrez (1985) theoretische Annahmen über die

Organisation der Persönlichkeit und Interaktionen persönlichkeitsstruktureller Subsysteme. Weiterhin wird kritisiert, daß die psychodynamische Diagnostik in einem zu hohen Ausmaß von höchst subjektiven Eindrücken des Diagnostikers abhängt und aus diesem Grund nicht hinreichend reliabel sein könne.

Aus psychoanalytischer Sicht lassen sich solchen Auffassungen die oben genannten Vorzüge psychodynamischer Diagnostik entgegenhalten. Dennoch bemüht sich eine zunehmende Anzahl von Wissenschaftlern um eine Systematisierung und empirische Fundierung der psychoanalytischen Theorie und ihrer Methoden, z.B. durch die Entwicklung operationalisierter Ratingskalen (Arbeitskreis OPD 1996). Gleichzeitig weisen Psychoanalytiker immer wieder darauf hin, daß psychodynamische Diagnostik durch ihre Operationalisierung immer reduziert werde. Forschungsergebnisse, die mit operationalisierten psychodynamischen Diagnosesystemen gewonnen werden, ließen sich zwar auf überindividuelle Gesetzmäßigkeiten beziehen, würden dagegen aber der Komplexität psychodynamischer Prozesse auf individueller Ebene nicht gerecht (Arbeitskreis OPD 1996).

Ein weiterer Ansatz zur empirischen Fundierung psychodynamischer Diagnostik ist die Weiterentwicklung und Standardisierung projektiver Verfahren, die teilweise, insbesondere hinsichtlich der Differentialdiagnose von neurotischen, Borderline- und psychotischen Störungen, als hinreichend reliabel und valide gelten (Kernberg et al. 1981, Leichsenring 1996). Neben der Entwicklung und Evaluation psychodynamisch fundierter Ratingskalen und projektiver Tests gibt es seit einiger Zeit Versuche, psychodynamisch relevante Merkmale, wie die Ich-Funktionen, mit der Hilfe standardisierter psychologischer Fragebögen zu erfassen (Mehlman und Slane 1994). In jüngerer Zeit wurden mit dem Narzißmusinventar (NI, Deneke und Hilgenstock 1989) und dem Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW, Leichsenring et al. 1996) zwei deutschsprachige Fragebögen auf der Grundlage aktueller theoretischer Entwicklungen in der Psychoanalyse konstruiert. Deneke und Hilgenstock (1989) gehen davon aus, daß die Nachteile der „klassischen“ psychodynamischen Diagnostik durch die (zusätzliche) Anwendung des NI ausgeglichen werden können. In ähnlicher Weise ließe sich diese Vermutung auch auf das IZBW übertragen. Die vorliegende Studie soll einen Beitrag zur Überprüfung der genannten Annahme leisten, und zwar durch die Konstruktvalidierung der beiden Inventare.

## II. Forschungsstand

### II.1. Überblick

Bereits in den 60er Jahren gab es erste Versuche, psychoanalytische Konstrukte zu operationalisieren. Wohl wegen der unbewußten Natur der allermeisten psychischen Inhalte, die aus psychoanalytischer Sicht der Entwicklung psychischer Störungen zugrunde liegen, galt das Interesse zunächst vorrangig der Konstruktion von Ratingskalen (vgl. Mehlman und Slane 1994) und der Entwicklung von Methoden zur quantitativen Auswertung projektiver Tests (vgl. Ritzler 1995). Etwas später wurde aber auch eine Reihe psychoanalytisch fundierter Fragebögen entwickelt; die weitaus meisten von ihnen stammen aus dem angelsächsischen Sprachraum und sind Operationalisierungen der sog. Abwehrmechanismen bzw. Abwehrstile. Zweifeln an der Möglichkeit, solche Merkmale durch Fragebögen zu erfassen, stehen zwei grundlegende Argumentationslinien entgegen. Erstens wird davon ausgegangen, daß bestimmte psychische Funktionen zwar dem Bewußtsein grundsätzlich nicht zugänglich sind, aber durch ihre bewußtseinsfähigen Derivate erschlossen werden können (Plutchik et al. 1979, Bond 1986). Solche Abkömmlinge wie Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen seien oftmals problemlos der Selbstreflektion zugänglich. Begrenzt sei allenfalls die Bewußtseinsfähigkeit der psychodynamischen Zusammenhänge, in denen sie entstehen und sich entfalten. Allerdings unterliegen die dem Bewußtsein zugänglichen Derivate unbewußter psychischer Inhalte ihrerseits der Abwehr. Die hierdurch bedingte Verzerrung von Selbstmitteilungen in psychoanalytisch fundierten Fragebögen kann nach Deneke und Hilgenstock (1989) mittels Relativierungen von Items durch Wörter wie „manchmal“ oder „mitunter“ abgeschwächt werden. Zweitens wird betont, daß sich gerade die Selbstreflexion ohne weiteres soweit entwickeln könne, daß die eigenen Abwehrstile in ihrer Art erkannt und bis zu einem gewissen Ausmaß auch im Hinblick auf ihre Funktion verstanden werden können (Plutchik et al. 1979, Bond 1986). Faktoren, die solche Erkenntnisprozesse unterstützen, seien zum einen kurzfristige Zusammenbrüche von Abwehrformationen, die durch das Gewährwerden zuvor abgewehrter Impulse auch den eigenen Abwehrstil erkennen lassen. Zum anderen könnten auch auf das eigene Verhalten bezogene Rückmeldungen anderer zu einer Reflexion eigener Abwehrformen beitragen (Bond 1986). In besonderer Weise leisteten psychotherapeutische Behandlungen einen Beitrag zur Bewußtmachung der Abwehr (Plutchik et al. 1979). Als we-

sentlicher Vorteil von Verfahren zur Selbsteinschätzung psychoanalytischer Konstrukte gegenüber Fremdbeurteilungen auf der Grundlage klinischer Interviews und projektiver Testverfahren wird in erster Linie der ökonomische Gesichtspunkt genannt (Bond 1986, Leichsenring et al. 1996). Vickers und Hervig (1981) betonen in diesem Zusammenhang die große Bereicherung, die psychoanalytisch fundierte Fragebögen mit ausreichender Validität für die (psychoanalytisch-empirische) Forschung sein könnten. Plutchik et al. (1979) gehen davon aus, daß die Präzision, mit der einzelne Abwehrmechanismen erfaßt werden, durch die Anwendung von Fragebögen deutlich erhöht werden kann. Vaillant et al. (1986) betonen, daß die Fremdeinschätzung von Abwehrmechanismen – gemessen an wissenschaftlichen Maßstäben – zu subjektiv sei und durch Halo-Effekte verzerrt werden könne. Fragebögen zur Erfassung solcher Merkmale seien demgegenüber objektiver. Bond (1986) deutet die Hoffnung an, daß die Selbsteinschätzung von Abwehrmechanismen deren Fremdeinschätzung möglicherweise sogar ersetzen könnte. Das Problem der in der Regel unbefriedigenden Übereinstimmung von Fremdeinschätzungen dieses Merkmalsbereichs könne so gelöst werden.

Psychoanalytisch fundierte Fragebögen, über die in der englischsprachigen Literatur berichtet wird, sind in Tab. 1. aufgelistet. Hinweise auf ihre Konstruktvalidität lassen sich aus einer Vielzahl quasi-experimenteller Studien zu einer großen Bandbreite von Fragestellungen ableiten. Wenige Untersuchungen liegen zu der Frage vor, wie einzelne der in der Tabelle aufgelisteten Fragebögen untereinander zusammenhängen. Nur in vereinzelten Studien wurden Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen psychoanalytischer Konstrukte untersucht.

Ein grundlegendes Problem im Hinblick auf die Einschätzung der Konstruktvalidität der existierenden psychoanalytisch fundierten Fragebögen ist die mangelnde methodische Vielfalt der Studien, in denen die Inventare bisher zum Einsatz gekommen sind. Die fast ausschließlich quasi-experimentellen Untersuchungen sind in ihrer externen Validität in aller Regel stark begrenzt. Die Interpretationen ihrer Ergebnisse halten zudem den Resultaten solcher Studien oft nicht stand, in denen die Übereinstimmungsvalidität psychoanalytisch fundierter Fragebögen als ein Aspekt ihrer Konstruktvalidität geprüft wird (vgl. Mehlman und Slane 1994).

**Tab. 1: Englischsprachige Fragebögen zur Erfassung psychoanalytischer Konstrukte (Namen, Autoren, Konzepte, Skalen)**

<i>Fragebögen</i>	<i>Konzept/Konstruktion</i>	<i>Skalen</i>
Blacky Defense Preference Inventory (Blum 1956)	Operationalisierung von Abwehrmechanismen durch standardisierte Fragen zu Bildern mit psychosexuellem Gehalt (Multiple-Choice-Format)	Vermeidung, Reaktionsbildung, Projektion, Regression und Intellektualisierung
Haan Defense Scales (HDI, Haan 1965)	Operationalisierung von 10 psychischen Funktionen mit je einer adaptiven und maladaptiven Ausprägung (Abwehr- bzw. Kopingmechanismen). Items wurden von nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen übernommen und nach ihrer Korrelation mit einer psychoanalytisch fundierten Ratingskala ausgewählt	Intellektualisierung, Zweifel, Verleugnung, Projektion, Regression, Verschiebung, Verdrängung, primitive Abwehr
Basic Character Inventory (BCI, Lazare et al. 1966)	Operationalisierung der in der klassischen psychoanalytischen Charaktertypologie unterschiedenen Charaktertypen	orale, zwanghafte und hysterische Züge
FIRO Coping Options Preference Enquiry (FIRO, Schutz 1967)	Operationalisierung von Abwehrmechanismen durch standardisierte Einschätzungen der Gefühle von Personen in beschriebenen interpersonellen Situationen	Verleugnung, Isolation, Projektion, Regression, Wendung gegen das Selbst
Defense Mechanisms Inventory (DMI, Gleser und Ihilevich 1969)	Operationalisierung von Abwehrstilen durch standardisierte Einschätzungen der eigenen verhaltens-, impuls-, Gedanken- und gefühlsbezogenen Reaktionen in beschriebenen Konfliktsituationen (Multiple-Choice-Format)	Wendung gegen das Objekt, Projektion, Prinzipalisierung, Wendung gegen das Selbst, Umkehrung
Ego Identity Scale (Ten et al. 1977)	Operationalisierung des Konstrukts „Ich-Identität“ (Erikson 1950)	Ich-Identität
Life Style Index (LSI, Plutchik et al. 1979)	Operationalisierung spezifischer Abwehrmechanismen und Abwehrstile auf der Grundlage einer Theorie, nach der acht Emotionen unterschieden werden können, auf deren Bewältigung je ein spezifischer Abwehrmechanismus zielt (Plutchik et al. 1979, Plutchik 1995)	Verleugnung, Verdrängung, Regression, Kompensierung, Projektion, Verschiebung, Intellektualisierung, Reaktionsbildung
Self-Report Instrument for Borderline Personality Organization (Oldham, Clarkin, Appelbaum, Carr, Kernberg, Lottermain and Haas, zit. nach Clarkin et al. 1998)	Operationalisierung dreier Merkmalsbereiche zur Erfassung der sog. „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ im Sinne Kernbergs (vgl. z.B. Kernberg 1993)	Identitätsdiffusion, Abwehrmechanismen, Realitätsprüfung

**Tab. 1, Fortsetzung**

Defense Style Questionnaire (DMS, Bond et al. 1983, Kurzform: Andrews et al. 1993)	Operationalisierung verschiedener Abwehrmechanismen, faktorenanalytisch begründete Zusammenfassung der Items zu 4 Skalen zur Erfassung von Abwehrstilen unterschiedlicher „Reife“	„maladaptive“, „image-distorting“, „self-sacrificing“ und „adaptive“ Abwehrstile
Splitting Scale (Gerson 1984)	Operationalisierung der als Abwehrmechanismus konzeptualisierten „Spaltung“, Differenzierung dreier Subskalen	Generelles Spalten, Grandiosität, Spalten in intimen Beziehungen
Splitting Index (Gould et al. 1996)	Operationalisierung der als Abwehrmechanismus konzeptualisierten „Spaltung“, Differenzierung dreier Subskalen	Spalten des Selbstbilds, Spalten des Familienbilds, Spalten der Objektbilder
Inventory of Personality Organization (IPO, Clarkin et al. 1998)	Weiterentwicklung des von Oldham et al. (siehe oben) entwickelten Fragebogens, Erweiterung um 2 Skalen und 8 Subskalen	Identitätsdiffusion, Abwehr, Realitätsprüfung, Qualität der Objektbeziehungen (Subskalen: antisoziale, depressiv-masochistische, hysterische, infantile, narzißtische, paranoide, schizoide und zwanghafte Objektbeziehungen), Akzeptanz allgemeiner Moralvorstellungen

Das Defense Mechanisms Inventory (DMI, Gleser und Ihilevich 1969) und der Defense Style Questionnaire (DSQ, Bond et al. 1983) zeichnen sich dadurch aus, daß sie weitaus mehr als alle anderen englischsprachigen Instrumente rezipiert worden sind. Auch handelt es sich bei ihnen um die einzigen psychoanalytisch fundierten Fragebögen aus dem angelsächsischen Sprachraum, die ins Deutsche übertragen wurden und in einigen deutschen Studien zur Anwendung gelangten. Weiterhin liegen nur zu diesen beiden Instrumenten Validierungsstudien vor, in denen die Zusammenhänge der Fragebogenskalen mit relevanten Fremdeinschätzungen überprüft wurden. Insbesondere aus diesem letzten Grund werden das DMI und der DSQ im folgenden ausführlich dargestellt.

Die Autoren des DMI (Gleser und Ihilevich 1969) erheben den Anspruch, mit dem Fragebogen ein Instrument konstruiert zu haben, das zugleich ökonomisch handhabbar ist und die wichtigsten Abwehrmechanismen erfaßt. Abwehrmechanismen verstehen Gleser und Ihilevich (1969) als psychische Prozesse, die auf die Bewältigung von Konflikten zwischen „what is perceived by the individual and his internalized values“ (1969, S. 52) zielen, und zwar indem „the ego attacks, distorts, or becomes selectively unaware of certain aspects of the internal or external world“ (S. 52).

Ausgehend von dieser Definition schlagen Gleser und Ihilevich eine Klassifikation von Abwehrmechanismen nach 5 unterschiedlichen Kategorien vor, die zugleich als Grundlage für die fast ausschließlich theoriegeleitete Konstruktion der DMI-Skalen diente:

- 1) „Wendung gegen das Objekt“: Die Abwehrmechanismen dieser Kategorie zielen auf die Bewältigung von Konflikten durch die Richtung aggressiver Regungen auf ein real oder in der Phantasie frustrierendes Objekt. Als Beispiele nennen Gleser und Ihilevich die „Identifikation mit dem Aggressor“ und die „Verschiebung“.
- 2) „Projektion“: Das Ziel der Abwehrmechanismen dieser Kategorie ist die Rechtfertigung von Aggressivität gegenüber realen Objekten, und zwar indem diesen (ungerechtfertigt) böse Absichten oder schlechte Eigenschaften unterstellt werden.
- 3) „Prinzipalisierung“: Den Abwehrmechanismen dieser Kategorie ist gemein, daß sie durch die Überbetonung generalisierter Überzeugungen die „Spaltung“ von Affekten von den mit ihnen assoziierten kognitiven Inhalten und so Verdrängung der „abgespaltenen“ Affekte fördern (z.B. „Intellektualisierung“, „Isolierung“ und „Rationalisierung“).
- 4) „Wendung gegen das Selbst“: Die dieser Kategorie zuzurechnenden Abwehrmechanismen beinhalten eine Wendung aggressiver Regungen gegen das Selbst. Als Beispiel nennen Gleser und Ihilevich (1969) den „Masochismus“.
- 5) „Umkehrung“: Die Abwehrmechanismen, die in diese Kategorie fallen, lassen sich als positive oder neutrale Verhaltensweisen gegenüber einem Objekt beschreiben, das beim Selbst Frustrationsaggressionen auszulösen droht. Als Beispiele nennen Gleser und Ihilevich (1969) die „Negation“, „Verleugnung“, „Reaktionsbildung“ und „Unterdrückung“.

Bei der Konstruktion des DMI haben Gleser und Ihilevich (1969) Elemente standardisierter Fragebögen und projektiver Untersuchungsmethoden in einem Multiple-Choice-Test vereint. Auf 10 Beschreibungen von Konfliktsituationen beziehen sich jeweils 4 Fragen, für die wiederum je 5 vorgegebene Antwortmöglichkeiten (Items) zur Auswahl stehen. Die Fragen zu den Geschichten beziehen sich auf reales und phantasiertes Verhalten sowie Gedanken und Gefühle. Die 5 Antwortmöglichkeiten repräsentieren je eine DMI-Skala. Bei jeder Frage müssen genau zwei Antworten ausgewählt werden, und zwar jene, die am ehesten auf die eigene Person zutrifft, und die, für die dies am wenigsten gilt. Die Auswertung des DMI erfolgt durch die Berechnung von 5 Skalenwerten. Diese Werte sind stochastisch voneinander abhängig, weil die Instruktion des Tests in Verbindung mit den Auswertungsvorschriften zwangsläufig zu immer identischen mittleren Skalenwerten führt. Das DMI läßt daher keine Aussagen über das Ausmaß zu, in dem bestimmte Abwehrmechanismen für einen Probanden typisch sind. Allenfalls sind auf seiner Grundlage Folgerungen über das relative Vorherrschen bestimmter Abwehrformen möglich.

Bei der Zuordnung der Items zu den Skalen stützten sich die Autoren des Fragebogens auf Expertenurteile. Bei der Auswahl der Items für die Endfassung des Inventars orientierten sie sich zudem an den Ergebnissen von Itemanalysen. Die Wahl einer Instruktion, die zu einer stochastischen Abhängigkeit der Skalen führt, begründen Gleser und Ihilevich (1969) damit, daß Antworttendenzen bei Multiple-Choice-Tests ohne eine solche Festlegung der Anzahl erlaubter Antworten in besonderer Weise zum Tragen kämen. Sie stützen sich diesbezüglich zudem auf eine vergleichende Untersuchung zweier studentischer Stichproben, die das DMI auf der Grundlage unterschiedlicher Instruktionen ausfüllten. In beiden Gruppen zeigten sich fast identische Unterschiede zwischen Frauen und Männern und auch Konsistenzanalysen lieferten bei beiden Stichproben ähnliche Ergebnisse. Bei der Untersuchungsgruppe mit „free-choice instructions“ (S. 53) blieben allerdings die Varianzen zwischen den Personen innerhalb der nach Geschlecht getrennten Untergruppen bei den Konsistenzanalysen unberücksichtigt. Inhaltlich entspricht dies genau der Annahme, die mit der „forced-choice-instruction“ verbunden ist. Die Frage, inwieweit durch die „forced-choice-instruction“ tatsächlich nur die durch Antworttendenzen (und nicht die durch reale Unterschiede) bedingte Varianz eliminiert wird, kann keinesfalls abschließend beantwortet werden.

Zur Konstruktvalidität des DMI wurde eine ganze Reihe von Studien veröffentlicht, deren Ergebnisse zum Teil allerdings sehr unterschiedlich interpretiert werden. Wiederholt hat sich gezeigt, daß einzelne DMI-Skalen untereinander mittelhoch korrelieren und einzelne Items von Ratern mit nur geringer Übereinstimmung den richtigen Skalen zugeordnet werden. Cramer (1988) versucht die auf diesen Ergebnissen beruhenden Zweifel an der Konstruktvalidität der DMI-Skalen zumindest teilweise zu entkräften. Die klinische Erfahrung zeige, daß unterschiedliche Abwehrmechanismen häufig parallel eingesetzt werden. Zudem hingen die korrelierenden DMI-Skalen mit jeweils ganz unterschiedlichen psychologischen Merkmalsbereichen zusammen. Ihre Differenzierung sei daher als sinnvoll zu erachten. Kontrovers wird diskutiert, ob die Skala „Wendung gegen das Objekt“ Abwehrfunktionen erfaßt oder ob das Ausagieren aggressiver Impulse nicht vielmehr die Abwesenheit von Abwehr anzeigt (Balcha und Fanher 1977). Die Ergebnisse quasi-experimenteller Studien und Untersuchungen der Zusammenhänge des DMI mit anderen psychologischen Fragebögen sprechen überwiegend für, teilweise aber auch gegen die Konstruktvalidität der DMI-Skalen (vgl. Cramer 1988). Von besonderem Interesse ist vor diesem Hintergrund eine Studie von Schueler et al. (1988), in der neben dem Fragebogen von Gleser und Ihilevich (1969) eine inhaltlich ähnlich wie das DMI konzipierte Ratingskala zur Anwendung gelangte (Phillips Symptom Checklist, Phillips and Rabinovitch 1958). Die Ratingskala umfaßt die Skalen „Wendung gegen das Selbst“, „Wendung gegen das Objekt“ und „Vermeidung von Objekten“. Auf der Grundlage der Ra-



tings wiesen Schueler et al. (1982) 80 psychotische Patienten zwei Gruppen zu, die sich im Ausmaß der gegen das Selbst gerichteten Aggressionen unterschieden. Patienten mit der (fremdeingeschätzten) Tendenz, Aggressionen gegen das Selbst zu richten, erreichten im Vergleich signifikant höhere Werte auf den DMI-Skalen „Wendung gegen das Selbst“ und „Projektion“ und niedrigere Werte auf der DMI-Skala „Umkehrung“. Der erwartete Unterschied auf der DMI-Skala „Wendung gegen das Objekt“ stellte sich nicht ein. Die Ergebnisse von Schueler et al. (1982) sprechen eher für die Konstruktvalidität der DMI-Skala „Wendung gegen das Selbst“ und eher gegen die Konstruktvalidität der DMI-Skalen „Wendung gegen das Objekt“ und „Projektion“. Allerdings wird ihre Interpretierbarkeit durch mehrere Faktoren eingeschränkt. Erstens teilen die Autoren keine Standardabweichungen mit; die inhaltliche Bedeutsamkeit der statistisch bedeutsamen Unterschiede ist daher schwer zu beurteilen. Zweitens war die verwendete Ratingskala – auch wenn die Bezeichnungen ihrer Skalen dies nahelegen – nicht psychoanalytisch, sondern rollentheoretisch fundiert. Drittens lassen die Autoren die Frage unkommentiert, ob ihre psychotischen und mit Psychopharmaka medizierten Patienten zum Zeitpunkt der Bearbeitung des DMI über die kognitiven Funktionen verfügten, die für die Beantwortung eines psychologischen Fragebogens erforderlich sind.

Abgesehen von der unzureichenden Vielfalt der Validierungsstudien zum DMI muß der Nutzen des Einsatzes dieses Fragebogens aus heutiger Sicht aus noch einem ganz anderen Grund in Frage gestellt werden. Sehr weitgehende Übereinstimmung besteht heute darin, daß sich Abwehrmechanismen bzw. Abwehrstile entwicklungspsychologisch nach ihrem „Reifegrad“ bzw. „Niveau“ unterscheiden lassen. Zwar werden in der Literatur einige mit dem DMI erzielte Ergebnisse in diesem Kontext interpretiert, bei der Konstruktion des Fragebogens wurde die Frage der hierarchischen Struktur von Abwehrmechanismen allerdings weitgehend außer acht gelassen. Bei der Entwicklung eines deutschen Äquivalents zum DMI versuchten Ehlers und Peter (1989) möglicherweise auch aus diesem Grund nicht eine originalgetreue Replikation der DMI-Skalen. Sie übernahmen bei der Konstruktion ihres Fragebogens zur „Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten“ (Ehlers und Peter 1989) die Idee, standardisierte Fragen zu konfliktbezogenen Kurzgeschichten zu stellen und entwickelten auf der Grundlage statistischer Analysen 5 Skalen: „Rationalisierung“, „Verleugnung“, „Wendung gegen das Objekt“, „Regression“ und „Vermeidung sozialer Kontakte“. Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität des Fragebogens sind uneinheitlich (Peter und Ehlers 1992). Das Instrument ist bisher kaum rezipiert worden.

Als Ausgangspunkt der Konstruktion des DSQ beschreiben Bond et al. (1983) die Ergebnisse zur Reliabilität und Validität von Ratingskalen zur Erfassung von Abwehrmechanismen als unbefriedigend. Zudem seien auch die theoretischen Ansätze zur Definition und Kategorisie-

rung dieser Merkmale zu wenig kohärent. Mit dem DSQ sollte ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Abwehrmechanismen entwickelt werden, der sich zur Untersuchung unterschiedlicher Fragestellungen eignet: „Which phenomena can be labelled defense or coping mechanisms? Can these phenomena be measured? Do defense or coping mechanisms cluster into defense styles? Can defenses be measured? Along with function are defense styles organized? Can defense styles be related to the developmental stage reached or other unique information about ego functioning?“ (Bond 1992, S. 128).

Mit Bezug auf die Arbeiten von F. Freud, A. Freud, O. F. Kernberg, M. Klein und G. E. Vaillant wählten die Autoren zunächst 24 Abwehrmechanismen aus, die der DSQ erfassen sollte: Agieren, Pseudoaltruismus, Als-ob-Verhalten, Anklammern, Humor, passiv-aggressives Verhalten, Verdrängung, Somatisierung, Unterdrückung, Rückzug, Dissoziation, Verleugnung, Verschiebung, Omnipotenz-Entwertung, Hemmung, Intellektualisierung, Identifikation, primitive Idealisierung, Projektion, Reaktionsbildung, Verdrängung, Spalten, Sublimierung und Wendung gegen das Selbst. Wie an der Auflistung erkennbar wird, gingen Bond et al. (1983) von einem Abwehrbegriff aus, der neben intrapsychischen Prozessen auch bewußte und unbewußte Verhaltensweisen bezeichnet, die zur Bewältigung von Konflikten eingesetzt werden. In einem nächsten Schritt operationalisierten die Autoren die Abwehrmechanismen in Form von je mehreren Aussagesätzen (Items) und entschieden sich für 9stufige Antwortskalen. Für die Endfassung des DSQ wählten Bond et al. (1983) insgesamt 88 Items aus. Sie stützten sich dabei zum einen auf Expertenurteile zur Augenscheinvalidität der Items. Zum anderen orientierten sie sich an den Ergebnissen von Itemanalysen, die sie auf der Grundlage der Selbsteinschätzungen von 30 Patienten durchführten. Im Anschluß daran legten sie den so entstandenen Fragebogen einer vergleichsweise heterogenen Stichprobe vor, die aus 98 Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen sowie 111 „Gesunden“ bestand. In Ergänzung zum DSQ kamen zwei weitere Verfahren zur Anwendung. Zum einen handelte es sich um den „Ego Function Questionnaire“, ein unveröffentlichter Fragebogen, der nach einer ersten Validierungsstudie die generelle Anpassungsfähigkeit erfaßt (Bond 1986). Zum anderen handelte es sich um den „Sentence Completion Test“ von Loevinger (1976). Bei diesem Verfahren müssen 36 Sätze ergänzt werden. Je nach Art der Ergänzungen schätzen Experten im Anschluß nach festgelegten Regeln den Entwicklungsstand des Ichs ein.

Zur Untersuchung der Frage, ob sich unterschiedliche Abwehrstile beschreiben lassen, führten Bond et al. (1983) in einem ersten Auswertungsschritt getrennt nach der Gesamtstichprobe und den Teilstichproben der psychisch Kranken und „Gesunden“ Faktorenanalysen durch. Die Ergebnisse fielen bei jeder Stichprobe ähnlich aus. Eine Quatrimaxrotation mit anschlie-

ßender Eigenwertanalyse legte eine Extraktion von 4 Faktoren nahe, die sich nach Bond et al. (1983) inhaltlich plausibel als Abwehrstile interpretieren ließen. Danach repräsentiert Faktor 1 einen unangepaßten Abwehrstil mit übermäßiger Tendenz zu Rückzug, Regression, Agieren, Hemmung, passiver Aggression und Projektion („maladaptive action pattern“, Bond et al. 1989, S. 104). Faktor 2 steht für einen Abwehrstil, bei dem Omnipotenz-Entwertung, Spalten und primitive Idealisierung vorherrschen („image-distorting defenses“, Bond et al. 1989, S. 104). Faktor 3 steht für Reaktionsbildung und Pseudoaltruismus („self-sacrificing defenses“, Bond et al. 1989, S. 104) und Faktor 4 repräsentiert einen durch Sublimierung, Humor und Unterdrückung geprägten Abwehrstil („adaptive defenses“, Bond et al. 1989, S. 104).

In einem weiteren Auswertungsschritt bestimmten Bond et al. (1983) die Zusammenhänge der Abwehrstile (Faktorenwerte) mit den Scores für die generelle Anpassungsfähigkeit und den Entwicklungsstand des Ich. Aus den Ergebnissen folgern sie, daß die 4 Abwehrstile ihrer „Reife“ nach in eine Rangreihe gebracht werden können. Danach repräsentiert Faktor 1 einen „unreifen“ und Faktor 4 einen „reifen“ Abwehrstil; die Faktoren 2 und 3 stehen für Abwehrstile mittlerer „Reife“. Die Autoren stützen diese Bewertung der Abwehrstile weiterhin auf Vergleiche von Patienten und „Gesunden“. Sie definierten einen Abwehrstil dann als kennzeichnend für einen Probanden, wenn dieser auf dem entsprechenden Faktor mindestens eine halbe Standardabweichung über dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe lag. Ausgehend von dieser Operationalisierung konnten die Autoren nachweisen, daß sich bei Patienten den häufiger als bei den „Gesunden“ Abwehrstile geringer oder mittlerer „Reife“ finden ließen, während bei „Gesunden“ häufiger „reife“ Abwehrstile zur Anwendung gelangten. Weiterhin zeigte sich, daß für viele Probanden bis zu 3 Abwehrstile typisch waren. Bond (1986) vermutet in diesem Zusammenhang, daß die Anwendung unterschiedlicher Abwehrstile während eines Krankheitsverlaufs dazu führen könnte, daß Patienten unterschiedliche phänomenologisch fundierte Diagnosen erhalten. Trotz der zum größten Teil klinisch plausibel interpretierbaren Befunde von Bond et al. (1983) ist zu ihren Interpretationen und Schlußfolgerungen kritisch anzumerken, daß die Autoren einen wesentlichen Teil ihrer Ergebnisse außer acht lassen. Es handelt sich dabei um die Faktorenladungen derjenigen Items, durch die die Abwehrmechanismen Als-Ob-Verhalten, Anklammern, Verschiebung, Dissoziation, Identifikation, Intellektualisierung, Verdrängung, Somatisierung und Wendung gegen das Selbst operationalisiert werden sollten. Fast alle dieser Items weisen substantielle Ladungen auf dem Faktor 1 auf. Da mehrere der genannten Abwehrmechanismen als eher „reif“ gelten, läßt sich dieses Ergebnis nicht plausibel interpretieren.

Wie beim DMI liegt auch zum DSQ eine Fülle empirischer Ergebnisse quasi-experimenteller Studien vor, die sich im Hinblick auf die Konstruktvalidität des Fragebogens zuallermeist

positiv interpretieren lassen. Aber auch hier zeigt sich das Problem, daß solche Interpretationen den Ergebnissen methodisch anders ausgerichteter Validierungsstudien nicht standhalten. Spinhoven et al. (1995) berichten, daß der DSQ bei einer Kontrolle des Einflusses psychopathologischer Symptome oder des sog. Neurotizismus nicht zwischen Patienten mit psychischen Störungen und „Gesunden“ differenziert. Seine inkrementelle Validität gegenüber herkömmlichen psychologischen Fragebögen sei daher fraglich. Erst Langzeitstudien könnten sicheren Aufschluß darüber geben, ob der DSQ im Hinblick auf bestimmte Merkmalsbereiche eine höhere prognostische Validität als nicht psychoanalytisch fundierte Fragebögen aufweist. Allerdings benutzten Spinhoven et al. (1995) eine Kurzversion des DSQ (Andrews et al. 1989); ihre Ergebnisse lassen sich nicht unbedingt auf die Originalversion des Fragebogens übertragen. Mehlman und Slane (1994) gaben das FIRO, DMI, LSI (Tab. 1) und den DSQ einer studentischen Stichprobe (N=187) vor und fanden fast durchweg niedrige Korrelationen zwischen konstruktähnlichen Skalen (beim DSQ fügten sie solche Items zu Skalen zusammen, die den jeweils selben Abwehrmechanismus repräsentieren). In Übereinstimmung mit diesem Ergebnis zeigte sich bei einer Faktorenanalyse, daß nicht konstruktähnliche Skalen, sondern solche Skalen Faktoren konstituierten, die zum jeweils selben Fragebogen gehörten. Die Autoren folgern, „that self-report measures may not be an effective method for assessing various ego defense strategies“ (Mehlman und Slane 1994). Außer acht lassen Mehlman und Slane (1994) allerdings, daß der DSQ nicht zur Erfassung spezifischer Abwehrmechanismen konzipiert wurde, sondern zur Messung von Abwehrstilen: „We knew that a self-report questionnaire could only measure conscious derivatives of defense mechanisms and so thought that we could not measure individual defenses accurately. Instead, we aimed to measure clusters of defenses that we called defense styles“ (Bond 1995, S. 204). Ähnlich wie beim DMI führt eine Kumulation der allermeisten empirischen Ergebnisse zum DSQ kaum zu einer größeren Sicherheit bei der Einschätzung der Konstruktvalidität des Fragebogens. Eine besondere Bedeutung kommt deshalb auch in diesem Zusammenhang einigen Studien zu, in denen neben der Erhebung des DSQ Fremdeinschätzungen von Abwehrmechanismen vorgenommen wurden.

Eine erste solche Studie zum DSQ führten Vaillant et al. (1986) im Rahmen einer aufwendigen und vielbeachteten Längsschnittuntersuchung zur Identifikation von Prädiktoren seelischer Gesundheit (vgl. Vaillant und Vaillant 1990) durch. Als Stichprobe dienten 131 Männer, die im Alter von durchschnittlich 47 Jahren im Rahmen einer 4. Erhebungswelle an etwa zweistündigen halbstrukturierten Interviews teilnahmen. Auf der Grundlage von schriftlichen Zusammenfassungen dieser Interviews schätzten geschulte Rater die Häufigkeiten ein, mit der die Probanden 15 zuvor definierte Abwehrmechanismen einsetzen. Ausgehend von einer Zuordnung dieser 15 Abwehrmechanismen zu 3 Abwehrstilen unterschiedlicher „Reife“ – „un-

reif“, „neurotisch“ und „reif“ – berechneten Vaillant et al. (1986) auf der Grundlage dieser Ratings zudem einen Gesamtscore als Maß für die generelle „Reife“ der Abwehr. Berücksichtigt wurden dabei allerdings nur die Einschätzungen derjenigen Häufigkeiten, mit der „unreife“ und „reife“ Abwehrmechanismen zur Anwendung gelangten. Die Häufigkeit des Einsatzes „neurotischer“ Abwehrmechanismen wurde nicht berücksichtigt, weil dieses Merkmal nicht mit relevanten Außenkriterien korrelierte. Die „rater reliability“ (Vaillant et al. 1986, S. 788) des Maßes für die „Reife“ der Abwehr betrug .84. Wie dieser Wert berechnet wurde, teilen Vaillant et al. (1986) nicht mit.

6 bis 8 Jahre nach Vornahme der abwehrbezogenen Experteneinschätzungen füllten die Probanden den DSQ aus. Statt der originalen 9stufigen wurden ihnen 5stufige Antwortskalen vorgegeben. Zu Auswertungszwecken wurden die Items des DSQ ferner anders als in der Originalversion des Fragebogens gruppiert. Auf der Grundlage von Expertenurteilen wurden sie genau denjenigen definierten Abwehrmechanismen zugeordnet, deren Anwendungshäufigkeit Jahre zuvor fremdeingeschätzt worden war.

Die Ergebnisse von Vaillant et al. (1986) sind uneinheitlich. Die DSQ-Items, die die Abwehrmechanismen „Hypochondrie“, „Sublimierung“ und „Unterdrückung“ repräsentieren sollten, korrelierten ohne Ausnahme mit den jeweiligen Fremdeinschätzungen dieser Merkmale signifikant positiv. Für andere Items galt dies nur teilweise. Von insgesamt 42 Items, die auf die Erfassung spezifischer „unreifer“ Abwehrmechanismen zielten, korrelierten nur 24 statistisch bedeutsam mit den Fremdeinschätzungen der jeweiligen selben Merkmale. Die Zusammenhänge zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen spezifischer „neurotischer“ und „reifer“ Abwehrmechanismen teilen Vaillant et al. (1986) nicht mit. Mit dem auf den Fremdeinschätzungen basierenden globalen Maß für die „Reife“ der Abwehr korrelierten erwartungsgemäß alle DSQ-Items (N=5), die „reife“ Abwehrmechanismen erfassen sollten, signifikant positiv. Von insgesamt 42 DSQ-Items zur Erfassung „unreifer“ Abwehrmechanismen korrelierten 24 wie erwartet signifikant negativ mit dem Maß für die „Reife“ der Abwehr. Erwartungskonträr positive, aber nicht signifikante Korrelationen mit dem Maß für die „Reife“ der Abwehr fanden sich nur bei 3 dieser Items. Die genauen Höhen der genannten Korrelationen teilen Vaillant et al. (1986) nur für ausgewählte Items mit. Mit zwei Ausnahmen (je .31) lagen sie unter .30. Zusammenhänge zwischen Items zur Erfassung „neurotischer“ Abwehrmechanismen und dem Maß für die „Reife“ der Abwehr teilen die Autoren nicht mit.

In einem weiteren Auswertungsschritt berechneten Vaillant et al. (1986) auch auf der Grundlage der Selbsteinschätzungen im DSQ einen Gesamtscore als Maß für die „Reife“ der Ab-

wehr. Zwischen diesem und dem äquivalenten Maß, das auf der Grundlage der Fremdeinschätzungen gebildet worden war, ergab sich eine Korrelation von .35 ( $p < 0,001$ ). Nur bedingt nachvollziehbar ist allerdings die Rechenvorschrift, nach der der DSQ-Gesamtwert gebildet wurde. Von der Summe aller Werte auf den Items, die „reife“ Abwehrmechanismen repräsentieren sollten, wurden die Werte auf denjenigen Items abgezogen, die auf die Erfassung der Abwehrmechanismen „Projektion“ und „Phantasie“ zielten. Warum Items, die andere „unreife“ und „neurotische“ Abwehrmechanismen repräsentieren sollten, nicht berücksichtigt wurden, begründen die Autoren nicht. Keinesfalls läßt sich der genannte Zusammenhang daher im Hinblick auf die Konstruktvalidität des gesamten DSQ interpretieren.

In der Diskussion ihrer Ergebnisse gehen Vaillant et al. (1986) nur am Rand auf die Konstruktvalidität des DSQ ein: „ . . . the Bond et al. instrument was able to identify defensive styles, albeit crudely, through self-report“ (Vaillant et al. 1986, S. 792). In genereller Hinsicht ziehen Vaillant et al. (1986) aus ihren Ergebnissen den Schluß, daß Abwehrmechanismen besser „from a distance than by close scrutiny“ (Vaillant et al. 1986, S. 793) erfaßt werden können. Wie die Umrise eines Berges am besten aus der Ferne erkannt werden könnten, setze eine valide Einschätzung von Abwehrmechanismen Informationen über die gesamte Lebensspanne voraus. Im Zusammenhang hiermit fassen Vaillant et al. (1986) Abwehrstile als „traitlike facets of personality“ (Vaillant et al. 1986, S. 793) auf. Ein Beleg hierfür seien die Zusammenhänge zwischen den zu ganz unterschiedlichen Punkten im Lebenslauf erhobenen Selbst- und Fremdeinschätzungen dieses Merkmalsbereichs.

Eine Studie, in der die Validierung des DSQ durch Expertenratings im Mittelpunkt stand, führten Bond et al. (1989, vgl. auch Bond 1995) durch. Sie gaben 156 psychiatrischen Patienten den DSQ vor. Zusätzlich wurden die Patienten interviewt und von geschulten Ratern auf der Defense Mechanism Rating Scale (DMRS, Perry und Cooper 1986) eingeschätzt. Die DMRS beinhaltet Operationalisierungen von 22 Abwehrmechanismen, die jeweils als nicht vorliegend, möglicherweise vorliegend oder sicher vorliegend eingestuft werden. Bond et al. (1989) erweiterten die DMRS um Operationalisierungen 8 „reifer“ Abwehrmechanismen. Die durch die (erweiterte) DMRS erfaßten Abwehrmechanismen ordneten sie 4 Abwehrstilen zu, welche ungefähr denen entsprechen, die durch den DSQ erfaßt werden sollen: „unreifer Abwehrstil“, „image-distorting defenses“, „neurotischer Abwehrstil“ und „reifer Abwehrstil“. Nach empirischen Befunden von Perry und Cooper (1986) wurde parallel zusätzlich eine andere Gruppierung der operationalisierten Abwehrmechanismen in „aktive“, „Borderline-“, „narzißtische“, „verleugnende“ und „zwanghafte“ Abwehrstile vorgenommen. Die Ergebnisse der Studie von Bond et al. (1989) fielen uneinheitlich aus. Von den 16 Korrelationen zwischen den 4 DSQ- und den 4 DMRS-Skalen erreichten – trotz des nicht geringen Stichpro-

benumfangs – nur 3 Signifikanz und zudem eine Höhe von mindestens .2. Die höchste Korrelation betrug .36. Die genannten Zusammenhänge fanden sich zwischen den Skalen des DSQ, die Abwehrstile geringer und mittlerer „Reife“ erfassen sollen, und der DMRS-Skala „unreife Abwehr“. Von den 20 Korrelationen der 4 DSQ-Skalen mit den 5 von Perry und Cooper (1986) konstruierten DMRS-Skalen erreichten ebenfalls nur 3 Signifikanz und eine Höhe von mindestens .2. Hier war es die Ratingskala zur Erfassung der „action defenses (acting out, passive aggression, and hypochondriasis)“ (Bond et al. 1989, S. 105), die mit den DSQ-Skalen zur Erfassung von Abwehrstilen geringer und mittlerer „Reife“ korrelierte. Bond et al. (1989) folgern aus den Ergebnissen, daß sich der DSQ nur im Hinblick auf seine Fähigkeit, zwischen reifen und unreifen Abwehrstilen zu differenzieren, als valider Fragebogen kennzeichnen läßt. Für die erwartungskonträren Ergebnisse, d.h. die fehlenden Zusammenhänge zwischen den DSQ-Skalen und denen der DMRS, die Abwehrstile mittlerer und hoher „Reife“ erfassen sollen, finden Bond et al. (1989) verschiedene Erklärungsansätze. Diese Ansätze beziehen sich auf bestimmte Aspekte der statistischen Datenauswertung, die Reliabilität der DMRS-Ratings, die Unterschiedlichkeit der Perspektiven, die bei Selbst- und Fremdeinschätzungen psychologischer Variablen zum Tragen kommen und Unterschiede der Operationalisierungen von Abwehrmechanismen im DSQ und der DMRS. Dennoch betonen sie (abschließend): „there is still substantial measurement error in our methods, leaving us with room for disagreement when trying to identify any given subject’s defense mechanisms. Thus we must continue to respect the ingenuity of human psychology and the limitations of our methods to isolate and categorize the complex and subtle maneuvers that are defense mechanisms“ (Bond et al. 1989, S. 112).

In die deutsche Sprache wurde der DSQ von zwei Forschergruppen übertragen (Schauenburg et al. 1991, Reister et al. 1993). Schauenburg et al. (1991) übersetzten die 88 Items des englischen DSQ und gaben sie 100 Studenten vor. Auf der Grundlage einer Faktorenanalyse und inhaltlicher Überlegungen wählten sie 55 Items für die deutsche Version aus. Den so entstandenen Fragebogen gaben sie in einem weiteren Schritt 180 Patienten einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz vor. Wie Bond et al. (1983) fanden Schauenburg et al. (1991) 4 Faktoren, die sie allerdings inhaltlich etwas anders als die Autoren der Originalversion interpretierten. Weiterhin untersuchten sie an einer Untergruppe von 24 Patienten die Zusammenhänge zwischen den Selbstbeurteilungen im DSQ und Fremdeinschätzungen von Abwehrmechanismen auf der Grundlage der „Kurzdefinitionen von Abwehrmechanismen“ (Ehlers 1983). Die Fremdeinschätzungen basierten auf ausführlichen tiefenpsychologischen Anamnesen und wurden von einem erfahrenen Psychoanalytiker vorgenommen. Ähnlich wie bei Bond et al. (1989) fanden sich insgesamt „geringe bis sehr geringe Korrelationen zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung“ (Schauenburg et al. 1991, S. 397). Nur die für die

Abwehrmechanismen „Affektisolierung“ ( $r=.32$ , n.s.) und „Somatisierung“ ( $r=.39$ , n.s.) gefundenen Zusammenhänge ließen sich nach den Autoren als „zufriedenstellend“ (Schauenburg et al. 1991, S. 397) bewerten. Bei der Selbst- und Fremdeinschätzung des Abwehrmechanismus „Spaltung“ ergab sich eine negative Korrelation ( $r=-.25$ ). Die Autoren resümieren: „Insgesamt erscheint die Validität des Fragebogens nur in Teilen gegeben. Sie leidet unter der Schwierigkeit der Definition einzelner Abwehrmechanismen ebenso wie unter dem Dilemma, unbewußte Vorgänge mittels Fragen nach bewußtem Verhalten zu erfassen. Probleme treten besonders da auf, wo es um die Erfassung komplexerer psychoanalytischer Konstrukte wie Reaktionsbildung, Isolierung und Spaltung geht“ (Schauenburg et al. 1991, S. 399).

Eine Untersuchung, in der die Bestimmung der Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen der Abwehr ähnlich wie bei Bond et al. (1989) und Schauenburg et al. (1991) im Mittelpunkt stand, führten Reister et al. (1993) durch. Die Autoren nahmen eine eigene Übersetzung des DSQ in die deutsche Sprache vor und gaben den Fragebogen einer Stichprobe von 301 Personen aus der Normalbevölkerung vor. Auf der Grundlage einer Faktorenanalyse ließen sich 5 Faktoren identifizieren, von denen 4 als Abwehrorganisationen interpretiert wurden: „unreife Abwehr“, „neurotische Abwehr“, „Omnipotenz und Verleugnung“ und „reife Abwehr“. In einem weiteren Schritt wurde das Inventar „183 Probanden mit einem erhöhten Risiko für psychogene Erkrankungen“ (Reister et al. 1993, S. 81) vorgelegt. Zusätzlich zur Bearbeitung des DSQ nahmen die Probanden an einem dreistündigen psychodynamischen Interview teil. Die Interviewer schätzten auf dieser Basis in Anlehnung an Vaillant (1980) den Ausprägungsgrad von 12 Abwehrmechanismen ein, welche anschließend auf der Grundlage einer Faktorenanalyse 4 Abwehrorganisationen zugeordnet wurden: „psychotische Abwehr“, „unreife Abwehr“, „neurotische Abwehr“ und „reife Abwehr“. Im Anschluß wurden die Korrelationen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen berechnet, und zwar auf der Ebene der Abwehrorganisationen und auf der Ebene der spezifischen Abwehrmechanismen. Von den  $4 \times 4 = 16$  Korrelationen der Selbst- und Fremdeinschätzungen der Abwehrorganisationen erreichte nur eine Signifikanz und eine Höhe von mindestens .2. Ähnlich wie bei Bond et al. (1989) war es die Selbst- und Fremdeinschätzung der „unreifen“ Abwehrorganisation, die mit .30 ( $p < 0,001$ ) einen mittelhohen Zusammenhang aufwies. Auf der Ebene spezifischer Abwehrmechanismen erreichten 3 Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen erwartungsgemäß Signifikanz („Projektion“,  $r=.28$ ,  $p < 0,001$ ; „Schizoide Phantasie“,  $r=.30$ ,  $p < 0,001$ ; „Agieren“,  $r=.18$ ,  $p < 0,05$ ). 3 weitere Korrelationen, für die statistische Bedeutsamkeit erwartet worden war, erreichten keine Signifikanz. Die Interpretation der Ergebnisse wirkt zugleich skeptisch und hoffnungsvoll: „Dennoch erscheint aufgrund unserer Ergebnisse die Einschätzung, daß unbewußte Abwehrmechanismen prinzipiell nicht mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen quantitativ erfaßbar sind, als zu skeptisch.



Vielmehr unterstützen, so meinen wir, die ersten Validitätsuntersuchungen unseres Fragebogens insgesamt die Erwartung, daß eine empirisch-quantitative Erfassung von Abwehrmechanismen möglich ist“ (Reister et al. 1993, S. 19).

Bei dem am meisten verbreiteten original-deutschsprachigen Fragebogen, der als psychoanalytisch fundiert gilt und bereits 1972 erstmals veröffentlicht wurde, handelt es sich um den Gießen-Test (Beckmann und Richter 1981). Das Ziel der Anwendung des Fragebogens ist nach Beckmann und Richter (1981) „zu erfahren, wie sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien im Gruppenbereich darstellt“ (S. 12) bzw. „durch das Selbstbild des Probanden Wesentliches über seine libidinösen und aggressiven Impulse und deren Verarbeitung von Ich und Über-Ich zu erfahren und im Zusammenhang damit seine psychosozialen Tendenzen bzw. Abwehrformen kennenzulernen“ (S. 10f.). Offenbar nehmen die Autoren mit diesen Aussagen Bezug auf psychoanalytische Theorien in ihrem Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Testkonstruktion. Auf die etwa zur Entstehungszeit des Fragebogens einsetzende Kritik an der psychoanalytischen Triebtheorie nehmen die Autoren des Gießen-Tests keinen Bezug. Aus heutiger Sicht müssen zentrale Aspekte dieser Theorie revidiert oder relativiert werden. In besonderer Weise ist hervorzuheben, daß menschliches Erleben und Verhalten nicht ausschließlich – wie Beckmann und Richter (1981) dies in Anlehnung an die „klassische“ psychoanalytische Theorie andeuten –, sondern allenfalls teilweise auf aggressive und libidinöse Triebe nach dem klassischen Verständnis Freuds zurückgeführt werden kann. Als wesentliche Grundmotive des Menschen gelten heute Bindungswünsche, die sich in psychodynamischer Hinsicht deutlich von den von Freud konzeptualisierten Trieben unterscheiden. In diesem Zusammenhang gilt auch die von Freud vertretene Auffassung als überholt, daß Menschen Beziehungen im Grunde genommen nur notgedrungen aufnehmen, um Triebbefriedigung erreichen zu können. Zudem wird Aggression von vielen Vertretern der Psychoanalyse heute nicht mehr als von Beziehungserfahrungen weitgehend unabhängiges Triebgeschehen aufgefaßt, sondern in erster Linie als grundsätzlich sinnvolle Gefühlsreaktion auf eine entwicklungshemmende Umwelt.

Obwohl die theoretische Grundlage des Gießen-Tests auch nach Einschätzung seiner Autoren als überholt gilt und aus diesem Grund revisionsbedürftig ist (Beckmann 1997), wird der Fragebogen fortgesetzt in Forschung und Praxis eingesetzt. In psychologischen Literaturdatenbanken lassen sich weit über 1000 Literaturangaben zu dem Instrument finden. Im Hinblick auf die psychoanalytische Fundierung des Gießen-Tests ist anzumerken, daß die Autoren bei der Formulierung der Items des Fragebogens nicht versucht haben, psychoanalytische Konstrukte zu operationalisieren. Der Anspruch, durch die Erhebung des Inventars zu psycho-

analytisch relevanten Erkenntnissen zu gelangen, bezieht sich vielmehr auf die Interpretationsvorschriften für die Skalen des Fragebogens.

Ähnlich wie der Gießen-Test beruht ein unveröffentlicht gebliebener deutschsprachiger Fragebogen von Meyer, Zenker und Freitag (1977, zit. nach Peter und Ehlers 1992) auf der Grundlage der psychoanalytischen Triebtheorie. Er zielt auf die Erfassung der in der „klassischen“ Psychoanalyse konzeptualisierten Charaktertypen. Seine Anwendung ist aus heutiger Sicht nicht mehr empfehlenswert (Deneke, persönliche Mitteilung).

Ein neuerer deutschsprachiger Fragebogen, der einen deutlichen Bezug zur psychoanalytischen Theorienbildung aufweist, ist das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring 1997). Das Instrument wurde auf der Grundlage von Kernbergs Theorie der sog. Persönlichkeitsorganisation (z.B. Kernberg 1993) entwickelt, ist aber auch mit phänomenologisch fundierten Diagnosesystemen vereinbar (Leichsenring 1998). Das BPI zielt in erster Linie auf eine (Differential-)Diagnose der sog. Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

In den vergangenen Jahren konstruierten Deneke und Hilgenstock (1989) mit dem Narzißmusinventar und Leichsenring et al. (1996) mit dem Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche – wie bereits in Kap. I erwähnt – zwei weitere deutschsprachige Fragebögen auf der Grundlage neuerer Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie. Im Gegensatz zum BPI zielen diese Instrumente, die in der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf ihre Konstruktvalidität untersucht werden, auf eine umfassende Erhebung der Persönlichkeitsstruktur. Ihr theoretischer Hintergrund, ihre Konstruktion und erste Ergebnisse zu ihrer Reliabilität und Validität werden in den nachfolgenden Abschnitten zusammengefaßt.

## **II.2. Das Narzißmusinventar**

### **II.2.1. Theoretische Grundlage**

Das NI wurde vom Hamburger Psychoanalytiker Deneke und seinen Mitarbeitern Müller und Hilgenstock in enger Anlehnung an bestimmte klinische und theoretische Überlegungen zum sog. Narzißmus entwickelt. Im Zusammenhang mit der Konstruktion des Fragebogens formulierte Deneke (1989) ein breit angelegtes Modell eines „narzißtischen Persönlichkeitssys-

tems“ bzw. „Selbst-Systems“, in dem er unterschiedliche Narzißmustheorien integrierte. Ausgangspunkt von Denekes Überlegungen waren neuere Ergebnisse der Kleinkinderforschung, die einigen wesentlichen, bisher weitgehend akzeptierten Annahmen der Psychoanalyse widersprechen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse muß man heute davon ausgehen, daß Säuglinge von Geburt an bis zu einem gewissen Ausmaß zwischen sich selbst und anderen unterscheiden, ihre Umgebung als eine organisierte Welt wahrnehmen und strukturieren, Reizzufuhr steuern und aktiv auf ihre Umwelt reagieren können. Dabei bewegen sie sich in ihrem emotionalen Erleben von Geburt an zwischen den Polen Glück und Sicherheit auf der einen und Unlust und Gefahr auf der anderen Seite. Erste Formen der Regulation des eigenen Erlebens zeigen sich bereits, wenn der Säugling in den ersten Wochen seines Lebens lernt, in der Beziehung zur Mutter „seine . . . Verhaltensweisen so einzusetzen, daß das Auftreten angenehmer Interaktionserfahrungen begünstigt wird“ (Deneke 1989, S. 585).

Den sog. „Narzißmus“ versteht Deneke (1989) mit Bezug auf die Systemtheorie als ein System, das aus verschiedenen Subsystemen – wie z. B. dem Körperschema – Subsystemen u.s.w. besteht, die zueinander in Beziehung stehen und durch komplexe Verknüpfungsmodalitäten miteinander verbunden sind. In diesem Sinne läßt sich dieses System, das Selbst-System, auch als „das organisierte persönliche Weltmodell eines Menschen, einschließlich aller Regulationsvorgänge, die an seiner Organisation teilhaben“ (Deneke 1989, S. 589) auffassen, und als solches kann es nur aus dem subjektiven Erleben der „Ich’-Person“ (Deneke 1989, S. 596) heraus verstanden werden. In einem gewissen Gegensatz steht das Modell des Selbst-Systems in dieser Hinsicht zur Systemtheorie, nach der die Funktionsweisen von Systemen nur durch eine „Außenansicht“ verstanden werden können.

Die Regulationsvorgänge des Selbst-Systems „laufen in jedem Augenblick und dies lebenslang“ (Deneke und Müller 1985, S. 178) ab, sind autoregulativ und deshalb weder kontrollierbar noch bewußt zugänglich. Empfindungen wie z. B. Ruhe können „nur deshalb subjektiv als zeitlich überdauernde relativ invariante Zustände erlebbar werden, weil das Selbst-System Organisationsformen durchläuft, die einander ähneln oder identisch sind . . .“ (Deneke 1989, S. 590). Erleb- und modifizierbar werden die selbstregulativen Prozesse erst über deren Manifestationen: „Affekte, Wünsche, Phantasien, Gedanken, Handlungsentwürfe, Tätigkeiten . . .“ (Deneke 1989, S. 589). Diese sind im Selbst-System miteinander verbunden und in

„episodischen Repräsentanzen“ (Deneke 1989, S. 591) geordnet. Diese beinhalten immer ein Bedürfnis, ein resultierendes Motiv, eine gewählte (u.U. auch nur in der Phantasie) ausgeführte Handlung zum Erreichen des Ziels und eine kognitive und affektive Bewertung des Ergebnisses. Das Konzept der episodischen Repräsentanzen wird nach Deneke (1989) der Dynamik des Selbsterlebens eher gerecht als die in Objektbeziehungstheorien üblicherweise eingehenden Vorstellungen von eher statischen und wenig dynamisch aufeinander bezogenen Selbst- und Objektrepräsentanzen.

Gebildet werden episodische Repräsentanzen schon sehr früh im Kontext von Interaktionen zwischen Mutter (Vater) und Säugling (z.B. beim Füttern oder Tragen des Kindes). Bedeutsam werden sie, wenn sie internalisiert werden (wobei die Übergänge zwischen der Bildung episodischer Repräsentanzen und Internalisierung fließend sind) und innere Regulationsvorgänge verändern. Durch diese Regulationsvorgänge wiederum werden die unzähligen episodischen Repräsentanzen „fortlaufend organisiert, reorganisiert und strukturiert“ (Deneke 1989, S. 593). Die Bildung von Modellen durch solche komplexen und differenzierten Verknüpfungen episodischer Repräsentanzen ermöglicht das Erkennen des Selbst und in seiner Beziehung zur Umwelt.

Verdichtungen ähnlicher episodischer Repräsentanzen zu „prototypischen Repräsentanzen“ (Deneke 1989, S. 593) dienen neben der Organisation des Selbst-Systems auch der Abwehr. Auf hoher Organisationsebene nehmen prototypische Repräsentanzen den Charakter von allgemein gültigen Aussagen an. Unangenehme, mit den episodischen Repräsentanzen noch verbundene Affekte, werden bei der Bildung solcher prototypischen Repräsentanzen „abgekoppelt“ und somit unbewußt. Sie können aber – z. B. im psychotherapeutischen Prozeß – durch die Erinnerung der ursprünglichen „Episoden“ wieder zugänglich werden. Eine weitere Funktion der (intrapyschischen und interpersonalen) Abwehr zielt auf eine Veränderung episodischer Repräsentanzen und ist auf allen Organisationsebenen möglich.

Für die Regulation des Selbst-Systems besonders bedeutsam ist die Ordnung von Repräsentanzen gemäß ihrer assoziativen Nähe zum sog. Identitätsselbst. Das Identitätsselbst als Subsystem des Selbst-Systems läßt sich als „die Gesamtheit aller Phantasien, Gedanken, Gefühls-erfahrungen, Erinnerungen, etc., die als Elemente unsere persönliche Eigenart ausmachen“

(Deneke 1989, S. 578), beschreiben. Im Selbst-System laufen ständig Vergleichsprozesse ab, die überprüfen, ob neue Erfahrungen mit dem bestehenden Selbst- und Weltmodell kompatibel sind. Besonders wichtig ist dabei die intuitive Bestimmung der Affinität von Erfahrungen zum Identitätsselbst. Ist eine solche Affinität nicht oder nur in einem geringen Ausmaß vorhanden, kann das Selbst-System die neuen Repräsentanzen ohne Probleme integrieren und sich problemlos neu ausbalancieren. Wird jedoch eine Affinität erkannt, ist das Selbst-System in Alarmbereitschaft. Deneke (1989) unterscheidet zwei Arten von Repräsentanzen, die in solchen Momenten gefährdet sind:

„ . . . jene positiven Internalisierungen, die uns beschützen, stärken, zuversichtlich machen, und jene negativen, die uns traumatisiert haben oder in der Phantasie zu traumatisieren drohen. Mit beiden Arten von Selbstrepräsentanzen gehen nun spezifische Ängste einher. Werden die positiven Aspekte des Identitätsselbst belebt, fühlt sich das Selbst besonders verletzlich und damit gefährdet, weil es diese Selbstanteile unbedingt erhalten muß. Werden sie entwertet, als falsch entlarvt oder zerstört, ist mit dem Identitätsselbst die ganze persönliche Existenz bedroht . . . Werden dagegen durch reale oder phantasierte Traumata die negativ konnotierten Repräsentanzen, die zum Identitätsselbst gehören, bedroht, steht das Selbst in Gefahr, in seinen regulativen Kapazitäten zur Bewältigung der alten oder neuen Traumata überfordert zu sein“ (Deneke, 1989 S. 595).

Insbesondere im zuletzt genannten Fall werden latent wahrscheinlich immer vorhandene archaische Phantasien aktiviert, die um einen totalen Zusammenbruch jeder psychischen Organisation samt aller organisierenden Regulationsvorgänge kreisen. Obwohl diese dunklen Ahnungen möglicherweise als notwendige Bedingung für die Entwicklung des Identitätsselbst und als motivierender Faktor bei der Regulation des Selbst-Systems wirksam werden, ist ein „Tod“ des Selbst-Systems vor dem physischen Tod nach Deneke (1989) allerdings nicht möglich. Selbst psychotische Zustände sind in diesem Zusammenhang als Organisationsformen des Selbst-Systems zu verstehen, die den bestmöglichen Schutz vor der als Ahnung möglichen totalen Desorganisation aller psychischen Strukturen bieten.

Entscheidend für ein Verständnis narzißtischer Regulationsvorgänge sind Denekes Ausführungen über die Ziele des Selbst-Systems. In Übereinstimmung mit Autoren, die „die klassi-

sche Triebtheorie . . . in eine psychoanalytische Motivationspsychologie überführen möchten“ (Deneke 1989, S. 597), beschreibt Deneke das Selbst-System als intentional organisiertes System, dessen Organisationsvorgänge sich an zwei, dem Lust-Unlust-Prinzip untergeordneten Prinzipien ausrichten:

„Regulationsvorgänge der einen Art sind darauf ausgerichtet, ein möglichst spannungsfreies Ruhe-Gleichgewicht zu erreichen. Regulationsvorgänge der anderen Art verlaufen in diametral entgegengesetzte Richtung, streben von einem Ruhe-Gleichgewicht weg, suchen Spannung, Irritation, folgen einem Unruhe-Prinzip bzw. streben einem Gleichgewicht im Ungleichgewicht zu“ (Deneke 1989, S. 598).

Die auf das Ruhe-Prinzip ausgerichteten Regulationsvorgänge funktionieren homöostatisch. Ihre Zielgrößen beschreibt Deneke wie folgt:

„I. Wir suchen Triebruhe, also die Befriedigung erotisch-sexueller und anderer körpernaher Bedürfnisse (wie Wärme, Sättigung, Entspannung).

II. Wir suchen Sicherheit (vgl. Argelander, 1971; Joffe und Sandler, 1967). Es lassen sich verschiedene Arten von Erfahrungen unterscheiden, die jeweils ein Sicherheitsgefühl vermitteln:

1. Wir suchen die Erfahrung von Verlässlichkeit und Stabilität in Objektbeziehungen.

2. Wir wollen kognitiv orientiert sein. Mit „kognitiver Orientierungsgewißheit“ ist gemeint: Das, was mit mir und der Welt um mich herum geschieht, soll eine mir vertraute Ordnungsstruktur und hinreichende Konstanz erkennen lassen, so daß ich mich orientiert fühlen kann.

3. Wir wollen uns als handlungskompetent erleben. Mit „Handlungskompetenz“ soll das Gefühl eines vertrauensvollen Gewiß-Seins bezeichnet werden, daß die Funktionen, die mir zur Verfügung stehen, ausreichen, um die durchschnittlich zu erwartenden Lebensanforderungen bewältigen zu können.

III. Wir suchen unser Selbstwertgefühl (vgl. Sandler, 1982) aufrechtzuerhalten, das wiederum verschiedene Aspekte umfaßt:

1. Wir wollen stolz auf uns sein, uns selbst lieben und achten können und unsere persönliche Würde gewahrt wissen.

2. Wir wollen uns als Subjekt bestätigt fühlen. Mit „bestätigte Subjektivität“ soll die Erfahrung bezeichnet werden, in interpersonalen Beziehungen als unverwechselbares, einmaliges, persönliches Selbst wahrgenommen und behandelt zu werden (und nicht als austauschbares, lediglich den Zielen, Zwecken und Bedürfnissen eines anderen unterworfenen und dienendes Objekt).

3. Wir suchen die Übereinstimmung mit unseren persönlichen Idealen, idealen Selbstentwürfen und internalisierten normativen Werten (Über-Ich-Aspekt).

IV. Wir suchen die Befriedigung des Bedürfnisses nach Sinngabung und Sinnerfahrung in unserem Leben“ (Deneke, 1989, S. 599 f.).

Diese Zielgrößen sind natürlich nicht voneinander unabhängig. Zum einen werden durch eine Erfahrung oft zwei oder mehr Bedürfnisse gleichzeitig befriedigt, zum anderen kann eine Balance in einem der genannten Bereiche ein Ungleichgewicht in einem anderen kompensieren.

Bei der Untersuchung des Unruheprinzips lassen sich zwei Schwerpunkte erkennen:

I. Statt Triebruhe werden sensorisch-affektive Stimulierung und Reizmaximierung, Rausch und Ekstase, Lust an der Lust und Lust um der Lust willen gesucht. Die unbestimmt erahnten sensorisch-affektiven Erfahrungsmöglichkeiten sollen exzessiv ausgeschöpft werden. Die Aktivitäten und Wunschphantasien (die ihrerseits unter Umständen starke Ängste auslösen können) tendieren dahin, interne Kontrollen und Hemmungen zu transzendieren . . .

II. Statt Sicherheit werden in der Phantasie oder Realität neue, potentiell zumindest verunsichernde Erfahrungen gesucht. Die Neugierde bildet das Leitmotiv: Neugierde auf unbekanntes, aufregendes, andersartiges etc. Interaktionserfahrungen in neuen Objektbeziehungen; Neugierde auf Wahrnehmungen, Denkweisen, Erkenntnisse und Selbsterfahrungen, die den vertrauten und stabilisierenden Rahmen bisheriger Ordnung und Strukturiertheit sprengen; Neugierde auf Situationen, die Kompetenzen erfordern, die bislang nicht geübt und nicht als zuverlässig verfügbar erfahren werden konnten“ (Deneke 1989, S. 601).

Die dem Unruheprinzip folgenden (realen oder phantasierten) Aktivitäten können als Ausdruck seelischer Gesundheit angesehen werden, wenn sie nicht übertrieben stark oder sogar suchtartig betrieben werden, um Kompensations- oder Abwehrfunktionen zu erfüllen.

Generell sind Menschen, die ihr Leben nur an dem Unruhe- oder Ruhe-Prinzip ausrichten, krankheitsgefährdet. Im Idealfall gehen „die Regulationsvorgänge der jeweiligen Art (gleichsam dialektisch) auseinander hervor, ein Mehr oder Zuviel an Aussteuerung in Richtung Ruhe-Gleichgewicht . . . stimuliert entgegengerichtete Regulationsvorgänge und umgekehrt“ (Deneke 1989, S. 602).

Zu beobachten ist die gegenseitige Abhängigkeit der dem Ruhe- und Unruheprinzip folgenden Regulationsvorgänge schon bei Neugeborenen: In den ersten drei Lebenswochen geht es darum, daß Mutter und Kind einen Tagesrhythmus finden, durch den die Befriedigung der Bedürfnisse des Säuglings gesichert wird. Ist in dieser Hinsicht ein Gleichgewicht erreicht, beginnen die Babys sich selbst und ihre Umgebung zu erforschen. Die Mutter kann ihr Kind erstmals über kurze Zeitspannen alleine lassen.

Als Ursachen für Destabilisierungen des Selbst-Systems nennt Deneke „Konflikte . . . die Folgen von Entwicklungsdefekten . . . nicht konflikthafte Traumatisierungen, wie z.B. Objektverluste oder narzißtische Kränkungen, Erfahrungen, die als traumatisch erlebt werden, weil sie einen latenten Konflikt beleben, und schließlich Entwicklungskrisen“ (Deneke 1989, S. 603). Solche Erfahrungen gehen immer mit der Frustration von Wünschen und Bedürfnissen einher, also auch mit dem Nichterreichen bestimmter Sollgrößen des Selbst-Systems. Eine Stabilisierung kann dann durch eine neue Organisationsform des Selbst erreicht werden. Hinsichtlich der stabilisierenden narzißtischen Regulationsmechanismen betont Deneke, daß diese „zu wesentlichen Anteilen individualspezifisch sind“ (Deneke 1989, S. 605). Neben ihnen gibt es aber „auch Formen der Selbstorganisation bzw. -Regulierung . . die allgemeiner gültig und individuen-übergreifend beobachtbar sind“ (Deneke 1989, S. 605). Die Identifikation und Beschreibung solcher individuenübergreifender narzißtischer Regulationsmodi und ihrer Organisationsstruktur sowie die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung dieser Mechanismen war das Ziel von zwei theoriegeleitet durchgeführten Untersuchungen (Deneke und Müller 1985, Deneke und Hilgenstock 1988), die im nächsten Abschnitt ausführlich beschrieben werden. Tab. 2 zeigt mit den Dimensionen und Skalen des von Deneke und Müller

**Tab. 2: Dimensionen und Skalen des Narzißmusinventars**

<i>Dimension</i>	<i>Skala</i>
Das bedrohte Selbst	Ohnmächtiges Selbst Affekt-/Impulskontrollverlust Derealisation/Depersonalisation Basales Hoffnungspotential Kleinheitsselbst Negatives Körper selbst Soziale Isolierung Archaischer Rückzug
Das „klassisch“ narzißtische Selbst	Größenselbst Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt Gier nach Lob und Bestätigung Narzißtische Wut
Das idealistische Selbst	Autarkie-Ideal Objektbewertung Werte-Ideal
Das hypochondrische Selbst	Symbiotischer Selbstschutz Hypochondrische Angstbindung Narzißtischer Krankheitsgewinn



(1985) und Deneke und Hilgenstock (1988) entwickelten Narzißmusinventars (Deneke und Hilgenstock 1989) zugleich die inhaltlichen Ergebnisse dieser Studien.

Den zur ersten Dimension, dem „bedrohten Selbst“, gehörenden Regulationsmodi „ist gemeinsam, daß sie eine hochgradige Instabilität des Selbstsystems erkennen lassen – mit fließenden Übergängen zwischen mühsam aufrechterhaltener und fortschreitender Dekompensation“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 28) des Selbst-Systems. Die einzelnen narzißtischen Regulationsmechanismen bzw. Formen der Selbstorganisation und ihre Funktionen lassen sich wie folgt beschreiben:

Das „ohnmächtige Selbst“ zeigt eine defizitäre Fähigkeit zur Selbstregulation an, ist aber im Rahmen von Denekes Modell des Selbst-Systems streng genommen – wie auch alle weiteren Formen der Selbstorganisation – als ein narzißtischer Regulationsmechanismus aufzufassen und nicht ausschließlich als Ausdruck einer Dekompensation. Das Selbst ist von Fragmentation bedroht, was sich durch eine Überflutung des Selbsterlebens mit intensiver, frei flottierender Angst zeigt, die sich zudem mit depressiven Gefühlen, „dem Erleben von Sinnlosigkeit, Mutlosigkeit, Leere, Verlust der Zukunftsperspektive“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 28) verbinden kann. „In diesem Kontext verstärken sich zugleich destruktive Impulse mit Wendung gegen die eigene Person in bedrohlicher Weise“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 29). Im Sinne der Kohutschen Selbstpsychologie können sie als eine Art „Zerfallsprodukt“ des fragmentierenden Selbst“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 29) verstanden werden.

Bei Affekt- und Impulskontrollverlusten wechseln die „Affekte und im weiteren die Vorstellungen- und Gedankeninhalte . . . rasch und kennzeichnen somit die diskontinuierliche Sprunghaftigkeit in der Regulation des Selbstsystems, das in der raschen Folge sich verändernder Organisationsformen eine stabilisierende Balance sucht und nicht findet“ (Deneke 1989, S. 29). Mit dem Durchbruch vorwiegend destruktiver Impulse kommt es zudem zu einem *Circulus vitiosus*: „Die antizipierte Möglichkeit der Entgleisung steigert die Angst vor dem Kontrollverlust. Brechen diese Impulse nämlich durch, so beschleunigen sie den Destabilisierungsprozeß, weil Restfunktionen, die dem Selbstschutz dienen könnten, außer Kraft gesetzt und noch intakte Objektbeziehungen zusätzlich belastet und möglicherweise überfordert werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 29).

Derealisations- und Depersonalisationszustände lassen sich psychodynamisch als Versuche auffassen, „qua Dissoziation und Abspaltung Distanz zu den bedrohlichen Vorgängen im eigenen Selbst – der Gefährdung seiner Kohärenz – zu gewinnen. Das Selbst versucht mit Hilfe

dieser archaischen Mechanismen zu leugnen, daß die Destabilisierung die eigene Person und die persönliche Wirklichkeit betrifft. Wiederum haben wir es mit einem Regulationsmodus zu tun, der – weil das Erleben der Derealisation und Depersonalisation subjektiv unheimlich und bedrohlich ist – die Destabilisierung in sich selbst verstärkender Weise forciert“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 29).

Mit dem archaischen bzw. „basalen Hoffnungspotential“ bezeichnen Deneke und Hilgenstock (1989, S. 30) das „Vermögen, trotz aller persönlichen Not noch ein fundamentales Vertrauen auf eine Wendung zum Besseren, Überwindung von Krisen oder Mobilisierbarkeit von eigenen Widerstands- und Kraftreserven wahren zu können . . . Damit geht zugleich das Grundgefühl einher, daß die eigene Person nicht zerfallen und die Liebe zu sich selbst nicht verlorengehen wird“.

Das „Kleinheitsselbst“ „wird durch den quälenden Zweifel am Wert der eigenen Person, die tiefe Selbstunsicherheit bestimmt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 30). Es ist mit starken Schamgefühlen, Versagensängsten und der Angst vor Entblößung verbunden. Die regulatorische Komponente des „Kleinheitsselbst“ besteht in der Eingrenzung von diffusen Insuffizienzgefühlen auf „umschriebene Unzulänglichkeiten“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 30). „Das Selbst erlebt sich also nicht in dem Maße (wie das ohnmächtige Selbst) generalisiert entleert, und es ist weniger von dem Gefühl bedroht, überhaupt nicht existent zu sein“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 30).

Beim „negativen Körperselbst“ wird der eigene Körper „als häßlich und abstoßend, weder für das eigene Selbst noch für andere als liebens- und begehrenswert erlebt. Dieser Modus der Selbstregulation entspricht dem Versuch, der totalen Selbstentleerung und -entwertung dadurch zu entgehen, daß das Unwerterleben, das die ganze Person bedroht, auf ihre körperlichen Repräsentanzen eingegrenzt wird. Dies stellt zugleich einen archaischen Versuch dar, sich von negativen Selbstanteilen zu distanzieren. Wir können vermuten, daß damit unbewußte Phantasien einhergehen, das Selbst könnte zumindest partiell gerettet werden, wenn das körperliche Selbst abgestoßen oder zumindest versteckt wird“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31).

Mit „sozialer Isolierung“ wird nach Deneke und Hilgenstock (1989) versucht, sich vor Gefährdungen der Selbstregulation durch bestimmte Beziehungserfahrungen zu schützen. „Es wird deutlich, daß soziale Beziehungen im Sinne einer resignativ-mißtrauischen Grundhaltung nur als enttäuschend phantasiert . . . und als angstausslösend erlebt werden können“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31).

Mit „archaischen Rückzugsphantasien“ bezeichnen Deneke und Hilgenstock (1989) die Vorstellung, sich mit Objekten wie beispielsweise „den Elementen der Natur“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31) verbinden zu können, „die – anders als die enttäuschenden und unzuverlässigen menschlichen Objekte – dauerhaft und zuverlässig verfügbar sind“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31). Inhärent ist „archaischen Rückzugsphantasien“ somit immer auch ein „Rückzug aus menschlichen Beziehungen“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31) und die Sehnsucht nach „unendlicher Ruhe“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 31).

Zur zweiten Dimension, dem „klassisch’ narzißtischen Selbst“, rechnen Deneke und Hilgenstock Regulationsmodi, die übereinstimmend als besondere Kennzeichen narzißtischer Persönlichkeiten angesehen werden.

Das „Größenselbst“ „vereinigt Vorstellungen, in denen die eigene Person durch besondere Begabungen und Fähigkeiten ausgezeichnet ist“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32) und zudem als besonders attraktiv und siegreich gesehen wird. Deneke und Hilgenstock (1989) weisen darauf hin, daß sich die meisten Narzißmustheoretiker trotz aller Differenzen hinsichtlich der Genese dieser Form der Selbstorganisation über die psychodynamische Funktion des „Größenselbst“ einig sind. Es beinhaltet „ein bedeutsames regulatives Potential . . . um Kränkungen oder sonstige tatsächliche oder befürchtete Bedrohungen der Stabilität, inneren Kohärenz oder Funktionstüchtigkeit des Selbstsystems auszugleichen“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32). Weiterhin dient das „Größenselbst“ der Abwehr von Abhängigkeitsgefühlen.

Mit der „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ meinen Deneke und Hilgenstock die Tendenz zu sog. idealisierenden Übertragungen im Sinne Kohuts (1992). Durch identifikatorische Teilhabe an Objekten, die als grandios phantasiert werden, wird das eigene Selbstwertgefühl gesteigert. Mit ihr wird zudem die Hoffnung verbunden, „durch dieses Idealobjekt selbst angeregt, gefördert und narzißtisch aufgebaut zu werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32).

Mit „Gier nach Lob und Bestätigung“ sind in erster Linie Wünsche nach „unmittelbarer narzißtischer Gratifikation“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32) angesprochen, durch die „die eigene Person in den Augen der anderen so glanzvoll gespiegelt wird, daß eigene Mängel und Unfertigkeiten gleichsam überstrahlt werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32).

Durch „narzißtische Wut“ werden Gefühle der Kränkung, Beschämung und Erniedrigung abgewehrt. Im wütenden Zustand erlebt sich das Selbst zudem „zielgerichteter, weniger ohnmächtig oder passiv gelähmt und mithin besser gegen die Gefahr der Desintegration bzw. des Verlustes seiner Kohärenz geschützt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32) – vorausgesetzt eine hinreichend funktionsfähige Affekt- und Impulskontrolle garantiert, daß die aggressiven Impulse nicht „destruktiv entarten und damit das Selbstsystem in einem Circulus vitiosus nur noch mehr destabilisieren“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32).

Die zur dritten Dimension, dem „idealistischen Selbst“ gehörenden narzißtischen Regulationsmodi „lassen . . . die latente oder manifeste Angst davor erkennen, in Objektbeziehungen enttäuscht und verletzt zu werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 36). Bei allen Modi dieser Kategorie wird „das Bemühen des Selbst erkennbar, sich in Identifikation mit verschiedenen, jeweils hoch bewerteten persönlichen Leitideen . . . zu stabilisieren und gegen Bedrohungen abzuschirmen“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37).

Das „Autarkie-Ideal“ kennzeichnet die Tendenz zur Überbetonung der Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung sowie Konsequenz im „Verfolgen selbstgesteckter und aus eigener Kraft zu erreichender Ziele . . . Das Selbst versucht, sich seiner Autarkie zu versichern, indem es hohe Leistungsanforderungen an sich stellt und sich einem ständigen Erfolgsdruck aussetzt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32). Die psychodynamische Funktion des „Autarkie-Ideals“ ist die Kompensation von antizipierten oder realen Insuffizienzerfahrungen. Zudem trägt es zur Abwehr der Angst bei, „im Stich gelassen zu werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32).

Mit der „Objektbewertung“ wird in ähnlicher Weise eine aus frühen Traumatisierungen resultierende Angst vor Zurückweisung zu bewältigen versucht: „das abgewehrte Objekt wird eigentlich als potentielles Liebesobjekt erlebt, als ein eigentlich ideales Objekt, dessen Zuneigung, Fürsorge oder Hilfe ersehnt werden. Damit aber ist die Gefahr verknüpft, von diesem Objekt enttäuscht zu werden. Die Angst vor Zurückweisung, Kränkung oder Erniedrigung ist so groß, daß das Selbst sich schützen muß. Die Entwertung des Objektes wird nun als Mittel eingesetzt, das diesen Selbstschutz garantieren soll. Dieser narzißtische Regulationsmodus scheint dem Motto zu folgen (Deneke und Müller 1985): Der andere kann mich gar nicht erniedrigen, verletzen, enttäuschen oder beschämen, weil er überhaupt keine Bedeutung für mich hat, denn er ist es ja nicht ‚wert‘, daß ich überhaupt Wünsche an ihn richte. Mit dieser Form des Selbstschutzes geht einher, daß eigene destruktive Anteile qua Projektion dem Objekt zugeschlagen werden können, womit die Konfrontation mit diesen Selbstanteilen vermeidbar wird . . . Ist das Objekt erst einmal in diese Entwertungsposition gebracht, sind ei-

gene aggressive Wünsche und Handlungen gegen dieses jetzt ja schlechte Objekt nicht mehr verwerflich, sondern erlaubt und berechtigt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 35). Als Konsequenz der Objektbewertung kommt es nach Deneke und Hilgenstock (1989) regelhaft zur Realisierung der befürchteten Enttäuschungen, die in einem Circulus vitiosus wiederum fast zwangsläufig zum Selbstschutz durch Objektbewertung führen.

Mit dem „Werte-Ideal“ kennzeichnen Deneke und Hilgenstock eine Überhöhung der eigenen Wertmaßstäbe, verbunden mit einer Abwertung der Werte anderer. „Diese Überbetonung des eigenen (höheren) Wertsystems erfüllt mehrere, untereinander verzahnte narzißtisch-regulative Funktionen: sie wertet die eigene Person unmittelbar auf; sie unterhält die Phantasie, gegen narzißtische Verletzungen besser geschützt zu sein; und sie ermöglicht dem gekränkten oder verletzten Selbst, aggressive Impulse in versteckter oder offener Form (als moralische Schuldvorwürfe . . . abführen zu können“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 36).

Der „symbiotische Selbstschutz“ läßt als „Muster narzißtischer Regulation . . . als bestimmenden Zug die Sehnsucht nach einem Objekt erkennen, das die eigene Person quasi redupliziert – in gleichen Empfindungen mitschwingt, stützt und trägt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 36). In der Hoffnung, daß eine Realisierung dieser Sehnsucht möglich ist, werden aggressive Impulse in der Beziehung zu den Objekten ausgeblendet, zu denen symbiotische Beziehungen gewünscht werden. „Dieses Phantasma konfliktfreier zwischenmenschlicher Nähe und bedingungslosen Vertrauens soll des Selbst trösten, wenn es verletzt wurde, oder schützen, wenn es realistischere menschliche Enttäuschungen erwartet. In dieser Form idealisierter Objektbeziehung drückt sich die Sehnsucht aus, eigene Defizite könnten durch das Objekt substituiert und die stets gegenwärtige Gefahr eines Objektverlustes – und damit die schmerzvolle Erfahrung von Einsamkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung – könnte gebannt werden“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 36). Deneke und Hilgenstock merken noch an, daß die als „symbiotischer Selbstschutz“ bezeichnete Form der Selbstorganisation starke Ähnlichkeiten mit der „alter-ego-hungrigen Persönlichkeit“ wie auch der „nach Verschmelzung hungernden Persönlichkeit“ im Sinne Kohuts und Wolfs (1980) aufweist.

Die vierte Dimension narzißtischer Regulationsmodi nennen Deneke und Hilgenstock (1989) „das hypochondrische Selbst“ und rechnen ihr zwei Mechanismen zu. Bei beiden wird „die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper focussiert . . . der wie ein Objekt erlebt und benutzt wird“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37).

Bei der „hypochondrischen Angstbindung“ bindet das Selbst seine „grenzenlose Angst“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37) davor, daß „seine autoregulativen Funktionen zusammen-

brechen könnten“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37), an hypochondrische Vorstellungen. In der Folge lebt das Selbst „in hypochondrisch-ängstlicher Sorge um seine (vorrangig) körperliche Gesundheit und Integrität“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37). Mit der Bindung der diffusen Angst an konkrete Vorstellungsinhalte „geht vermutlich einher, daß sich das Empfinden subjektiver Wirklichkeit und das Gefühl, überhaupt existent zu sein, verstärken. Ist diese körperbezogene Angstbindung geglückt, hat sich das Selbst weitere Möglichkeiten zu seiner Stabilisierung eröffnet. Es ist nicht mehr in seiner Gesamtheit bedroht, sondern nurmehr in Teilbereichen seines körperlichen Selbst, von denen es sich wie von einem Objekt distanzieren kann, indem es die Verantwortung für die Selbstdefekte an medizinische Helfer delegieren und somit Rettungsphantasien mobilisieren kann, die Defekte seien korrigierbar oder heilbar – wie überhaupt Ängste, die das Selbstsystem betreffen, auf diesem Wege sozial kommunikabel werden, wodurch auch soziale Zuwendungen mobilisiert werden können. Der Körper kann zudem selbst Objektcharakter bekommen (vgl. Deneke und Müller, 1985), so daß ein gefährliches Abgleiten in eine objektlose Desorientierung vermeidbar wird. Der objektale Bezug zum eigenen Körper kann dann dazu benutzt werden . . . reale interpersonale Konflikte auf die Objektbeziehungen zum eigenen Körper zu verschieben bzw. einen drohenden oder tatsächlichen Objektverlust dadurch zu kompensieren, daß der eigene Körper zum Substitut wird. Die Zentrierung der Aufmerksamkeit auf körperliche Selbstrepräsentanzen“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 37f.) kann zudem mit einer Projektion „böser“ Repräsentanzen auf den eigenen Körper einhergehen, und zwar ähnlich wie diese bei vielen Wahnerkrankungen auf äußere Objekte projiziert werden.

Beim „narzißtischen Krankheitsgewinn“ rettet sich das bedrohte Selbst – unabhängig davon, ob tatsächlich eine körperliche Erkrankung vorliegt – „in die Phantasie, ‚eigentlich‘ leistungsfähig, tatkräftig und heil zu sein, es sei lediglich der Körper, der versage“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 36).

### **II.2.2. Konstruktion und Evaluation**

Mit dem Narzißmusinventar werden die beschriebenen „Organisationsmodi bzw. Regulationsweisen des Selbsterlebens“ (Deneke 1994, S. 260) operationalisiert. Zu einem sinnvollen Einsatz kann das NI nach seinen Autoren „in der Einzelfalldiagnostik, in psychotherapeuti-

schen oder psychiatrischen Einrichtungen zur Basis- oder Verlaufsdokumentation und in der Forschung“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 6) kommen.

Ausgangspunkt bei der Entwicklung des NI waren theoretische Überlegungen zum sog. Narzißmus. Wie im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, beziehen Deneke (1989), Deneke und Müller (1985) und Deneke und Hilgenstock (1988) diesen Begriff anders als manch andere Autoren nicht auf einen bestimmten Persönlichkeitstypus. An Joffe und Sandler (1967) anknüpfend verstehen sie ihn wertfrei als auf das Selbsterleben bezogen. Hiermit wiederum verbinden sie die Annahme, daß das menschliche Erleben – wie beschrieben – durch ein autoreglatives, intentional organisiertes System gesteuert wird. Überlegungen zur Funktionsweise dieses „narzißtischen Persönlichkeitssystems“ (Deneke und Müller 1985) bzw. „Selbst-Systems“ (Deneke und Hilgenstock 1988, 1989, Deneke 1989) führten Deneke und Müller (1985) zu der Frage, ob sich innerhalb dieses Systems „bestimmte Merkmalsmuster finden lassen, die abgegrenzte (und von anderen Mustern unterscheidbare) Substrukturen bilden“ (Deneke und Müller 1985, S. 330). Zur Beantwortung dieser Frage konstruierten Deneke und Müller (1985) für eine erste und etwas später Deneke und Hilgenstock (1989) für eine zweite und abschließende Untersuchung einen Fragebogen, den sie zunächst 397 psychiatrischen, psychosomatischen und psychoneurotischen (Deneke und Müller 1985) und in einer erweiterten Fassung 1277 psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten („Analysenstichprobe“ des NI, Deneke und Hilgenstock 1988, 1989) vorgaben. Die Items des Fragebogens formulierten sie ausgehend von einer vorläufigen Unterscheidung unterschiedlicher Kategorien von „theoretisch wie klinisch relevant erscheinenden narzißtischen“ (Deneke und Hilgenstock 1988, S. 181) Phänomenen. Sprachlich versuchten Deneke und Hilgenstock (1989) die Items so zu fassen, daß diese die ganze Bandbreite narzißmustheoretischer Konstrukte „möglichst erlebnisnah wiedergeben, damit sich die Befragten in ihren Empfindungen und Selbstwahrnehmungen gespiegelt und angesprochen fühlen können“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 12). Aus diesem Grund nahmen sie inhaltlich vergleichsweise komplexe Formulierungen in Kauf, die in einigen Fällen durch Wörter wie „manchmal“ zusätzlich relativiert werden.

Bei der abschließenden Itemauswahl und Skalenkonstruktion folgten Deneke und Hilgenstock (1988) nicht dem Ziel, „unabhängige Dimensionen (oder Faktoren) zu finden“ (S. 182). Die

Autoren wollten vielmehr „homogene Merkmalskomplexe identifizieren, die als verschiedene Formen der Selbstorganisation bzw. -regulation theoretisch plausibel und klinisch anschaulich interpretierbar erscheinen“ (S. 182). In Entsprechung zu diesem Forschungsanliegen orientierten sich Deneke und Hilgenstock (1988, 1989) bei der Konstruktion der NI-Skalen an dem Ziel, deren innere Konsistenzen zu optimieren und für möglichst alle Items Trennschärfen zu erreichen, die größer als ihre Korrelation mit itemfremden Skalen sind. Durch dieses Vorgehen konnten Deneke und Hilgenstock (1989) all ihre vor der abschließenden Untersuchung formulierten theoretischen Konstrukte durch hinreichend homogene Skalen operationalisieren. Insgesamt hatten Deneke und Hilgenstock (1988) auf der Grundlage der Ergebnisse von Deneke und Müller (1985) 8 Merkmalsbereiche und theoriegeleitet weitere 7 in Items umgesetzt, so daß zunächst 15 Skalen entstanden. In einem weiteren Schritt wurden zwei Skalen auf der Grundlage klinischer Überlegungen und Itemanalysen weiter differenziert, und zwar so, daß die in Tab. 2 (Kap. II.2.1) aufgelisteten 18 Skalen entstanden. Auf der Grundlage einer auf Skalenebene durchgeführten Faktorenanalyse mit Varimaxrotation ließen sich im Anschluß 4 Faktoren identifizieren, die zusammen 64,7% der Gesamtvarianz aufklären und sich nach Auffassung der Autoren – wie ebenfalls im vorangehenden Abschnitt dargestellt – zugleich plausibel interpretieren ließen.

Die Endfassung des Narzißmusinventars enthält eine Skala mit 15 Items, 12 mit 10, je eine mit 6 bzw. 7 und 3 Skalen mit 5 Items. Insgesamt umfaßt der Fragebogen 163 Items. Den 4 übergeordneten Dimensionen sind unterschiedliche Anzahlen von Skalen zugeordnet (Tab. 2, Kap. II.2.1). Bei der Beantwortung der als Aussagesätze formulierten Items stehen fünf Antwortkategorien zur Verfügung: stimmt nicht (1), ein wenig (2), teils ja/teils nein (3), überwiegend (4) und völlig (5). Aus testtheoretischer Sicht ist in gewisser Hinsicht problematisch, daß die Skalen des NI zu einem großen Teil mittelhohe Korrelationen untereinander aufweisen, zum Teil auch solche, die unterschiedlichen Dimensionen zugerechnet werden (vgl. Deneke und Hilgenstock 1989). Entsprechend weisen unverhältnismäßig viele Items korrigierte Trennschärfen auf, die kaum höher als ihre Korrelationen mit bestimmten itemfremden Skalen ausfallen. Mit Sicherheit kann vor diesem Hintergrund angenommen werden, daß sich die Faktorenstruktur des NI weder auf Item- noch auf Skalenebene replizieren ließe. Deneke und Hilgenstock (1989) betonen mit Blick auf die hohen Skaleninterkorrelationen beim NI, daß diese die (klinische) Realität widerspiegeln und daher keineswegs die Güte des Fragebogens beeinträchtigen. Es gebe „keinen zwingenden Grund zu der Annahme, daß verschiedene, inhaltlich voneinander abgrenzbare narzißtische Regulationsmodi wechselseitig unabhängig sein müssen. Vielmehr kann man annehmen, daß einzelne Regulationsmodi überzufällig häufig parallel eingesetzt werden, um z.B. eine narzißtische Bedrohung gegenregulatorisch oder kompensatorisch abzuwehren“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 13).



Im Hinblick auf die Reliabilität des NI teilen Deneke und Hilgenstock (1989) die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen mit, die insgesamt befriedigend sind. Sie liegen zwischen .71 und .94. Einschränkend ist im Hinblick auf diese Werte anzumerken, daß sie durch die Selektion bestimmter Items für die jetzt vorliegenden Skalen des NI optimiert werden konnten. Zudem wurden die Items in einer anderen Reihung als in der Endfassung des Fragebogens vorgegeben. Genau genommen steht ein Nachweis der Reliabilität des NI somit noch aus. Weitere Ergebnisse zur Reliabilität des NI lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur nicht finden.

Die Validität des NI diskutieren Deneke und Hilgenstock (1989) im Testmanual nicht explizit. Gleichwohl teilen sie die Mittelwerte und Standardabweichungen der Analysenstichprobe des NI (N=1277, siehe oben), verschiedener Subgruppen dieser Stichprobe sowie einer kleineren Stichprobe von Personen mit, die sich als gesund erleben (N=38, siehe auch Deneke et al. 1987). Bei einer Analyse der Ergebnisse zeigt sich, daß sich die Analysenstichprobe, von hier an zur sprachlichen Vereinfachung die „Kranken“ genannt, und die „Gesunden“ auf allen Skalen der 1. und 4. Dimension des NI gut differenzieren lassen. Die Ergebnisse auf den Skalen der 2. und 3. Dimension des NI sind dagegen validitätsbezogen in gewisser Hinsicht problematisch. Auf den Skalen „Größenselbst“, „Autarkie-Ideal“ und „Werte-Ideal“ erreichen die „Gesunden“ höhere Werte als die „Kranken“ und alle klinischen Subgruppen. Auf drei weiteren Skalen – „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Symbiotischer Selbstschutz“ – weisen die „Gesunden“ im Vergleich mit den „Kranken“ nur geringfügig niedrigere Werte auf. Zudem erreichen sie höhere Werte als einzelne klinische Subgruppen. Testungen der Unterschiede zwischen den einzelnen im Testmanual aufgeführten Stichproben – unter ihnen die „Gesunden“ – auf Signifikanz führten Deneke und Hilgenstock (1989) nicht durch. Hinweise für die Interpretationen der validitätsbezogenen problematischen Ergebnisse lassen sich gleichwohl den Ergebnissen einer Untersuchung von Deneke et al. (1987) entnehmen, in der der Frage nachgegangen wurde, wie sich „Gesunde“ erleben. Die oben erwähnte Stichprobe der „Gesunden“ wurde im Rahmen dieser Studie durch eine Zeitungsanzeige rekrutiert. Eine Aufnahme von Interessenten in die Stichprobe setzte voraus, daß diese „sich in den letzten 5 Jahren körperlich und seelisch gesund gefühlt“ (Deneke et al. 1987, S. 156) hatten. Zusätzlich mußte jeder Proband versichern, „daß er tatsächlich nicht krank war und (abgesehen von gewöhnlichen Zahnbehandlungen und Vorsorgeuntersuchungen) keinen Arzt aufgesucht hat“ (Deneke et al. 1987, S. 156). Den „Gesunden“ wurde eine vorläufige Fassung des NI vorgegeben. Auf die Frage, inwieweit sich diese von der Endfassung des Fragebogens unterscheidet, gehen Deneke und Hilgenstock (1989) nicht ein. Als Vergleichsgruppe diente jener Teil der „Kranken“, an dem der Fragebogen bis zum

Zeitpunkt der Untersuchungsdurchführung erhoben worden war (N=565). Zusätzlich zur Vorgabe des NI führten Deneke et al. (1987) (unter anderem) ausführliche psychodynamische Interviews mit ihren Probanden durch. Die Ergebnisdarstellungen zum NI beschränken Deneke et al. (1987) auf die Nennung der Skalen, auf denen signifikante Unterschiede zwischen den „Kranken“ und „Gesunden“ gefunden wurden. Auf den oben problematisierten Skalen erreichte offenbar nur eine Unterschiedsprüfung Signifikanz, und zwar auf der Skala „Autarkie-Ideal“ (die „Gesunden“ erreichten im Vergleich mit den „Kranken“ höhere Werte). Als Grundlage für die Interpretationen dieser Ergebnisse betonen Deneke et al. (1987), daß die „Gesunden“ „zwar nicht unter absolut desolaten, keinesfalls aber unter besonders günstigen frühen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen sind. Ihre Situationen in ihren Primärfamilien unterscheiden sich nicht strukturell von denjenigen vieler unserer Patienten“ (Deneke et al. 1987, S. 160). Anders als viele Patienten, die trotz einer Überbetonung von Autarkie „in einem defensiven Agieren steckenbleiben, gelingt es vielen Gesunden, ihren Drang nach selbstbestimmter Tätigkeit progressiv und produktiv in ihre Lebenspraxis umzusetzen, was dann wiederum (der positive Rückkoppelungseffekt) ihr Vertrauen auf ihre eigenen Kräfte und ihre hoffnungsvoll-zuversichtliche Lebenseinstellung verstärkt“ (Deneke et al. 1987, S. 160). Trotz ihres vergleichsweise hohen psychosozialen Funktionsniveaus lassen sich viele der „Gesunden“ nach dem psychoanalytischen Verständnis von Deneke et al. (1987) allerdings nicht als besonders seelisch gesund charakterisieren. Die Überbetonung von Autarkie gehe bei ihnen nicht selten auf Kosten einer Integration von Abhängigkeitswünschen und die Fähigkeit zu einer „zeitbeständigen, sog. ‘reifen’ Liebe“ (Deneke et al. 1987, S. 159). Den fehlenden Nachweis von Unterschieden zwischen „Kranken“ und „Gesunden“ auf anderen Skalen des NI, auf denen solche zu erwarten gewesen wären, lassen Deneke et al. (1987) unkommentiert. Vor dem Hintergrund der starken Selektionseffekte, die bei der Rekrutierung der Stichprobe der „Gesunden“ zum Tragen gekommen sein dürften, lassen die Ergebnisse keine sicheren Schlüsse auf die Konstruktvalidität der NI-Skalen zu. Als Resümee aber läßt sich festhalten, daß den genannten Skalen bei weiteren Validierungstudien verstärktes Augenmerk geschenkt werden sollte.

Bemerkenswert ist, wie die Autoren der „Gesundenstudie“ ihre Ergebnisse mehrere Jahre nach der Untersuchungsdurchführung bewerten (Lamparter et al. 1994, Lamparter et al. 1997). Ihre Überlegungen beziehen sich unter anderem auf den Stellenwert des NI im Rahmen psychodynamischer Diagnostik (bei „Gesunden“):

„Es blieb ein leises selbstkritisches Unbehagen, wenn wir an die damalige Gesundenstudie zurückdachten. Nicht nur, daß wir über die Rekrutierung der Stichprobe durch eine Anzeige zweifellos ‘forciert Gesunde’ interviewt hatten. Wir fragten uns auch, ob

wir zu sehr die narzißtischen Seiten der Gesundheit in den Blick genommen hatten. Es könnte auch 'stille Gesunde' geben, die depressiver strukturiert vielleicht noch stärker ihre Objektbezogenheit betont hätten als die Gesunden unserer Stichprobe, die sich ja sehr unabhängig – auch in den Beziehungen zu anderen Menschen – dargestellt hatten. Weiter wurden wir mehr und mehr auf die Fähigkeit aufmerksam, mit einer Krankheit zu reagieren, nämlich so gesund zu sein, nicht alles unbeschadet zu überstehen. So mancher Patient erschien uns 'gesünder' als mancher 'pathologisch Gesunde' . . . indem er gerade die Fähigkeit entwickelt hatte, Patient zu werden, d.h. an sich oder seiner Umwelt zu leiden, und auf dem Wege einer Krankheit unerträgliche Lebensumstände oder Kränkungen bewältigte. Schließlich fiel uns auf, daß einige Menschen auf Kosten anderer gesund zu bleiben schienen.

Viele dieser Phänomene waren bei unserer ersten 'Gesundenstudie' durch das Gitter des statistischen Rostes gefallen; was wir psychoanalytisch an Besonderheiten im Unterschied zu den Patienten unserer Ambulanz wahrgenommen zu haben glaubten, hatte sich im Prozeß der quantitativen Datenauswertung gleichsam verflüchtigt.

Wir haben es hier ja mit dem allgemeinen Problem zu tun, daß die Aggregation des aus der zutiefst persönlichen Zweiererfahrung stammenden, klinischen psychoanalytischen Wissens zu größeren Zusammenhangssätzen auf quantitativem Wege selten gelingt. Die Aggregation blieb über weite Strecken der klinischbegrifflichen Konzeptualisierung mit all ihren Vorteilen, aber auch Schwächen und Nachteilen vorbehalten“ (Lamparter et al. 1997, S. 229f.).

Diese Reflexionen machen nochmals deutlich, wie außerordentlich spezifisch die Stichprobe der „Gesunden“ war und wie wenig aus den quantitativen Ergebnissen der „Gesundenstudie“ mit Sicherheit auf die Konstruktvalidität des NI geschlossen werden kann. Andererseits wird erkennbar, daß die Vorgabe eines Fragebogens unabhängig von seiner Güte wohl niemals den persönlichen Kontakt mit dem Patienten ersetzen kann – zumindest dann nicht, wenn es dem Diagnostiker um eine echtes Verständnis der immer komplex verwobenen individualspezifischen Aspekte des Selbsterlebens geht.

Die Ergebnisse einer gänzlich anderen Aufbereitung der Selbsteinschätzungen der „Kranken“, der „Gesunden“ und einigen zusätzlichen Stichproben auf den Skalen des NI teilt Deneke (1994) mit. Ausgehend von dem bisher gescheiterten Versuch, die „klassische Homogenitätsannahme“ (Deneke 1994, S. 260) zu verifizieren, nach der psychischen Störungen mit gleicher Symptomatik auch einheitliche ätiologische Faktoren zugrunde liegen, untersucht Deneke die Frage, ob sich Patienten mit bestimmten psychischen Störungen zumindest in ihrem Selbsterleben ähneln. Zur Untersuchung dieser Frage unterscheidet er die bereits be-

schriebene Stichprobe „Gesunder“ (N=36), eine weitere (schweizer) Stichprobe „Gesunder“ (N=64) sowie Stichproben von Patienten mit unterschiedlichen psychosomatischen (N=352), neurotischen (N=305), Eß- (N=117), Persönlichkeitsstörungen (N=93) und Abhängigkeitserkrankungen (N=127 Alkoholabhängige). Für alle Patienten und Probanden errechnete Deneke 4 Faktorenwerte (Summen der Skalenwerte einer Dimension). Lagen diese im oberen Teil der Verteilung der Gesamtstichprobe der „Kranken“ (cut-off-point=67%, bei Patienten mit Eßstörungen 75%), definierte Deneke das entsprechende narzißtische Regulationsmuster als vorliegend und für die jeweilige Person kennzeichnend. Jede der 4 Formen der Selbstkonfiguration, die so abgebildet werden sollten, konnte demnach bei einem Patienten vorliegen oder nicht, so daß sich auf der Grundlage von Denekes methodischem Vorgehen insgesamt  $2^4=16$  mögliche „Idealtypen“ (Deneke 1994, S. 262) unterscheiden lassen. Nach diesen Berechnungen untersuchte Deneke stichprobenspezifische Überbesetzungen einzelner „Idealtypen“. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: „Gesunden“, psychosomatischen Patienten und Alkoholabhängigen ist gemein, daß sie sich selten als in ihrem Selbsterleben bedroht oder hypochondrisch darstellen. Bei der Regulation ihres Selbsterlebens greifen sie auf „klassisch“-narzißtische und/oder idealistisch-narzißtische Regulationsmechanismen zurück. Über ein Drittel zweier Untergruppen der psychosomatischen Patienten – Patienten mit Asthma bronchiale (N=81) und funktionellen Oberbauchbeschwerden (N=50) – wiesen auf keiner Dimension erhöhte Werte auf; diese Patienten beschreiben sich somit „bis zur Gesichtslosigkeit geradezu supernormal“ (Deneke 1984, S. 263). Ganz anders stellen sich die Patienten mit Persönlichkeits- und neurotischen Störungen dar. „Sie fühlen sich überzufällig häufig „in ihrem Selbstgefüge bedroht . . . In zwei Fällen gelingt ihnen überhaupt keine – weder narzißtische noch idealistische noch hypochondrische – Gegenregulation: So bei der Borderline- und der einen Depressivengruppe. Oder die Patienten versuchen zumindest, eine narzißtische Balance zu erreichen – im Falle der Angstneurotikeruntergruppe mittels hypochondrischer Reaktion, im Falle der anderen Depressivenuntergruppe qua Identifikation mit idealistischen Werten oder Haltungen. Im Ergebnis bleiben diese Bemühungen aber erfolglos, denn die erhebliche Labilisierung ihres Selbstsystems wird ja effektiv nicht kompensiert“ (Deneke 1994, S. 264).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse bezieht Deneke sich nicht explizit auf die Konstruktvalidität des NI. Gleichwohl aber betont er die klinische Plausibilität bestimmter Ergebnisse. In ihnen bilde sich das „Phantasma seelischer Gesundheit und Normalität“ (Deneke 1994, S. 265) ab, durch das sich psychosomatische Patienten häufig vor einer Desintegration ihres Selbst zu schützen versuchen. Bei den Alkoholabhängigen lasse sich in ähnlicher Weise erkennen, wie die Funktionalisierung der Rauschwirkungen des Alkohols eine Wahrnehmung der Bedrohung des Selbst verhindere. Die Patienten mit Neurosen und (Borderline- und nar-

zißtischen) Persönlichkeitsstörungen haben nach Deneke „durchschnittlich gesehen – einen unmittelbaren Zugang zur Bedrohung ihres Selbst. Ihr Problem ist, daß dieses Bedrohungserleben *zu intensiv, zu übermächtig* ist“ (Deneke 1994, S. 265, Hervorhebungen im Original).

In Gesamtsicht spiegeln die Ergebnisse, die Deneke auf der Grundlage seines taxonomischen Forschungsansatzes erzielt hat, klinische Erfahrungen eindrucksvoll wider. Zumindest mit Blick auf die Unterscheidung von 4 Dimensionen des Selbsterlebens lassen sie sich somit als Hinweis auf die Konstruktvalidität des NI werten. Bestimmte Resultate sind validitätsbezogen allerdings problematisch. So war nicht unbedingt zu erwarten, daß die Abwehrstrategien der Gruppe von Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung weitgehend erfolglos bleiben. Weiter lassen sich bestimmte klinische Subgruppen von Patienten auf der Grundlage der Ergebnisse nicht differenzieren, die nach psychoanalytischem Verständnis deutliche Unterschiede in ihrem psychostrukturellen Integrationsniveau aufweisen. In besonderer Weise gilt dies im Hinblick auf die Gruppen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und neurotischer Depression. Fast ohne Aussagekraft sind die von Deneke (1994) vorgelegten Resultate mit Blick auf die Konstruktvalidität der einzelnen Skalen des NI. Wenig valide Skalen könnten methodenbedingt durch validere Skalen gewissermaßen kompensiert worden sein. Einen besonders wichtigen Hinweis liefert Denekes Studie aber im Hinblick auf die Verfälschbarkeit der Selbsteinschätzungen auf den NI-Skalen durch Abwehrprozesse. Entweder die selbstreflexive Zugänglichkeit der narzißtischen Regulationsmechanismen oder die Bereitschaft, offen über diese zu berichten, ist bei bestimmten klinischen Gruppen stark eingeschränkt. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, was Deneke und Hilgenstock (1989) bereits im Manual zum NI hervorheben: Neben der Vorgabe des Fragebogens „sollten möglichst zusätzlich Informationsquellen – die beste ist u.E. das klinische Interview – genutzt werden, um abzuschätzen, ob das Selbstbild, das ein Proband von sich entwirft, als Ergebnis des Bemühens um aufrichtige Selbstdarstellung zu werten ist oder unter dem Einfluß bewußter oder unbewußter (der Abwehr dienender) Motive verzerrt wurde“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 6). Hiermit ergibt sich in gewisser Hinsicht eine Paradoxon: Die Validität eines Fragebogens zur Erfassung narzißtischer Regulationsmechanismen kann durch ganz ähnliche psychische Funktionen beeinträchtigt werden. Im Hinblick auf weitere Validierungsstudien ist vor diesem Hintergrund in Betracht zu ziehen, daß das NI stichprobenbezogen eine „differentielle Konstruktvalidität“ aufweisen könnte. In besonderer Weise wird zu berücksichtigen sein, ob sich Selbsteinschätzungen im NI eher durch das Vorliegen narzißtischer Regulationsmechanismen oder selbstbildbezogener Merkmale interpretieren lassen.

In einer vor dem Hintergrund der letztgenannten Fragestellung relevanten Studie wurden 222 Mitglieder einer religiösen Gruppierung mit dem NI untersucht (Kraus und Eckert 1997a). Es

handelte sich bei dieser Gemeinschaft um die sog. Hare-Krischna-Bewegung, eine in der öffentlichen Diskussion um die sog. Sekten bis vor kurzem immer wieder als besonders gefährlich dargestellte Gruppe (vgl. Kraus 1994). Als Vergleichsgruppen dienten die „Kranken“ (Deneke und Hilgenstock 1989) sowie die von Deneke et al. (1987) untersuchte Stichprobe „Gesunder“. Ausgangspunkt der Untersuchung waren die Hypothesen, daß die Hare Krischnas ihr Selbsterleben überzufällig häufig durch „klassisch“ narzißtische und idealistische narzißtische Regulationsmechanismen zu steuern versuchen und daß ihnen dieser Versuch gelingt. In Übereinstimmung mit der 1. Hypothese ließen sich die Hare Krischnas auf allen Skalen der 1. Dimension des NI signifikant von den „Kranken“ unterscheiden. Auf immerhin 6 der 8 zur 1. Dimension gehörigen Skalen wiesen sie – ebenfalls erwartungsgemäß – keine signifikanten Unterschiede zu den „Gesunden“ auf; nur auf den Skalen „Derealisation/Depersonalisation“ und „Kleinheitsselbst“ scorten sie signifikant höher. Auf den Skalen „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ und „Werte-Ideal“ erreichten die Hare Krischnas in Übereinstimmung mit der 2. Hypothese signifikant höhere Werte als beide Vergleichsgruppen. Auf allen weiteren Skalen der 2. und 3. Dimension des NI stellten sich die erwarteten Unterschiede nicht ein. Zum Teil zeigten sich gegenläufige Tendenzen. In einem gewissen Widerspruch stehen diese letztgenannten Ergebnisse zu mehreren theoretischen Beiträgen, in denen die Aktivierung von Größenphantasien und die Objektabwertung als wesentliche Kennzeichen der Bindung an Religionsgemeinschaften beschrieben werden, die ihre Glaubensüberzeugungen vergleichsweise dogmatisch vertreten und eine besonders geschlossene Gruppenstruktur aufweisen (Fauteux 1981, Gascard 1984, Battegay 1997). In ähnlicher Weise gilt dies auch für „Gier nach Lob und Bestätigung“ und narzißtische Wut, die Fauteux (1981) bei Mitgliedern sog. Sekten beobachtet hat. Im Hinblick auf die Konstruktvalidität des NI fällt auf, daß es wieder Ergebnisse auf Skalen der 2. und 3. Dimension sind, die besonders schwer zu interpretieren sind. Möglich ist, daß ein Teil der durch diese Skalen operationalisierten narzißtischen Regulationsmechanismen von den Hare Krischnas nicht angewendet werden. Ebenso kann es aber sein, daß sie für die Hare Krischnas kennzeichnend sind, deren Antwortverhalten aber „unter dem Einfluß bewußter oder unbewußter (der Abwehr dienender) Motive verzerrt wurde“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 6). Viele Hare Krischnas dürften die Bearbeitung des NI mit dem Wunsch verbunden haben, ihre in der Öffentlichkeit zum Teil vehement kritisierte Religionsgemeinschaft wie auch sich selbst als Mitglieder dieser Gruppierung sozial erwünscht darzustellen. Als ein weiterer Einflußfaktor in Bezug auf das Antwortverhalten der Hare Krischnas könnten bestimmte Glaubensüberzeugungen eine wichtige Rolle gespielt haben. Zwar ist anzunehmen, daß diese in vielen Fällen narzißtische Regulationsmechanismen widerspiegeln, die möglicherweise durch die Identifikation mit bestimmten Glaubenssätzen erst möglich bzw. aktiviert wurden; andererseits läßt sich ebenso vermuten, daß bestimmte religiöse Menschen bei der Beantwortung eines psychologischen Fragebogens ihre

Glaubensüberzeugungen einfließen lassen, diese aber nicht so weit verinnerlicht haben, daß sie als Spiegelbild psychodynamischer Prozesse interpretiert werden können. In besonderer Weise zeigt sich hier, daß eine extern valide Interpretation von NI-Skalenwerten in der Regel zur Voraussetzung hat, daß sich das Antwortverhalten bei der Bearbeitung des NI als Abkömmling narzißtischer Regulationsmechanismen auffassen läßt.

In einer weiteren religionspsychologischen Studie setzte Murken (1997) ausgewählte NI-Skalen neben anderen Fragebögen zu dem Zweck ein, „die Bedeutung von Religiosität, insbesondere der Gottesbeziehung, für die Vorhersage psychischer Gesundheit zu verstehen“ (Murken 1997, S. 85). Unter den NI-Skalen wählte Murken jene aus, die seiner Auffassung nach solche „Konzepte der Selbstwertregulation abbilden, die sich in Beziehungsverhalten und -wünschen ausdrücken“ (Murken 1997, S. 91): „Kleinheitsselbst“, „Soziale Isolierung“, „Archaischer Rückzug“, „Größenselbst“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Autarkie-Ideal“, „Objektbewertung“ und „Symbiotischer Selbstschutz“. Die im Rahmen der Studie untersuchte Stichprobe setzte sich aus 465 Patienten einer psychosomatischen Klinik zusammen. Um seine Hypothesen überprüfen zu können, unterschied Murken (1997) eine Gruppe religiöser (N=321) von einer Gruppe nicht-religiöser (N=144) Patienten, die in einem Fragebogen angegeben hatten, an Gott zu glauben bzw. nicht zu glauben. Entsprechend der Vermutung, „daß sich in einer pluralistischen Gesellschaft mit vielfältigen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung Religiosität und Gottesbeziehung nur eine unter mehreren Möglichkeiten der Sinnfindung darstellen“ (Murken 1997, S. 124), zeigten sich auf den NI-Skalen mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Nur auf der Skala „Soziale Isolierung“ erreichten die religiösen Patienten signifikant niedrigere Werte. Der Unterschied machte allerdings nur 0,13 von 5 Antwortkategorien aus und ist somit kaum von praktischer Relevanz. Weiterhin konnte die Annahme weitgehend bestätigt werden, daß der Einsatz narzißtischer Regulationsmechanismen von der Wahrnehmung sozialer Unterstützung und Belastung abhängt (diese Merkmale wurden in erster Linie zur Überprüfung der Frage erhoben, ob die „Gottesbeziehung“ in ihrer Struktur den Beziehungen zu Menschen ähnelt). Mit zwei Fragebogenskalen zur Erfassung der sozialen Unterstützung bzw. Belastung korrelierten 5 NI-Skalen mit statistischer Bedeutsamkeit in der erwarteten Richtung. Die Skalen „Größenselbst“, „Symbiotischer Selbstschutz“ und „Autarkie-Ideal“ gingen entgegen der Erwartung entweder keine oder nur sehr geringe Korrelationen zu den beiden NI-fremden Variablen ein. Nach einer weiteren Hypothese von Murken (1997) hängen „positive Ausprägungen des Selbstkonzeptes mit positiven Aspekten der Gottesbeziehung . . . und umgekehrt“ (Murken 1997, S. 131) zusammen. Zur Überprüfung dieser Vermutung korrelierte der Autor die von ihm ausgewählten NI-Skalen nach Geschlecht getrennt mit 5 selbstkonstruierten Skalen zum Gottesbild. Die Resultate sind insgesamt uneinheitlich. Bei den Männern fanden

sich deutlich mehr statistisch bedeutsame Ergebnisse als bei den Frauen (17:6). Die meisten signifikanten Zusammenhänge traten zwischen den NI-Skalen und der Skala „Negative Gefühle zu Gott“ auf. Die wenigsten signifikanten Ergebnisse ließen sich für die NI-Skala „Soziale Isolierung“ und (wieder) für die Skalen „Größenselbst“, „Autarkie-Ideal“ und „Symbiotischer Selbstschutz“ finden. Bei multivariaten Datenanalysen zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Die Skalen „Objektbewertung“ und „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ trugen am meisten zur Aufklärung der Varianz der gottesbildbezogenen Selbsteinschätzungen bei. In einem weiteren Auswertungsschritt ging Murken (1997) der Frage nach, ob religiöse Menschen mit einer Selbstwertproblematik ihre Insuffizienzgefühle durch ein besonders positives Gottesbild zu kompensieren versuchen. Zu diesem Zweck bildete er auf der Grundlage der NI-Skala „Kleinheitsselbst“ vier Gruppen von Patienten, die er mittels Varianzanalyse hinsichtlich der gottesbildbezogenen Merkmale verglich. Die Hypothese bestätigte sich nicht.

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Zusammenhänge zwischen den NI-Skalen und Indikatoren seelischer Gesundheit. Als diese definierte der Autor 5 Skalen aus 4 verschiedenen Fragebögen („Depressivität“, „Lebenszufriedenheit“, „Emotionalität“, „Trait-Angst“ und „Seelische Gesundheit“). Mit drei Ausnahmen („Größenselbst“, „Autarkie-Ideal“, „Symbiotischer Selbstschutz“) korrelierten die NI-Skalen mit allen Indikatoren seelischer Gesundheit mindestens mittelhoch und signifikant in der erwarteten Richtung. Durch eine Regressionsanalyse mit der selbsteingeschätzten Trait-Angst als Kriterium konnte Murken (1997) im Zusammenhang mit derselben Fragestellung zeigen, daß sich durch die NI-Skala „Kleinheitsselbst“ mit 40% mehr Varianz als durch alle anderen NI-Skalen aufklären ließ. Mit einer letzten NI-bezogenen Auswertung untersuchte der Autor die Annahme, daß „Religiositätsvariablen einen moderierenden Einfluß auf den Zusammenhang zwischen personalen bzw. sozialen Ressourcen und Maßen psychischer Gesundheit haben“ (Murken 1997, S. 143). Bei insgesamt etwa 300 varianzanalytischen Prüfungen erreichte nur ein Interaktionseffekt Signifikanz, so daß die Hypothese nicht angenommen werden konnte.

Die Ergebnisinterpretationen von Murken (1997) stehen unter dem Vorbehalt, daß der Autor die NI-Skalen konträr zu deren theoretischer Grundlage als Hinweis auf das Selbstbild und nicht auf narzißtische Regulationsmechanismen interpretiert. Im Hinblick auf die Konstruktvalidität der von Murken (1997) ausgewählten Skalen des Fragebogens liefern die Ergebnisse dennoch einige Hinweise. Während in einigen Fällen möglicherweise die von dem Autor aufgestellten Hypothesen falsch waren, fällt auf, daß die auf die NI-Skalen „Größenselbst“, „Symbiotischer Selbstschutz“ und „Autarkie-Ideal“ bezogenen Ergebnisse in Gesamtsicht kaum interpretierbar sind. In besonderer Weise gilt dies mit Blick auf ihre Zusammenhänge mit den Skalen „Soziale Unterstützung“, „Soziale Belastung“ und den Indikatoren seelischer



Gesundheit. Die Ergebnisse auf den Skalen „Kleinheits selbst“, „Soziale Isolierung“, „Archaischer Rückzug“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ und „Objektbewertung“ ließen sich dagegen überwiegend plausibel deuten und sprechen somit eher für die Konstruktvalidität dieser Skalen.

In einer schweizer Studie gingen Horlacher et al. (1991) der Fragestellung nach, ob sich das NI zur Absicherung der Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung bzw. narzißtischen Neurose eignet. Zu diesem Zweck ließen sie 17 Männer und 15 Frauen, die diese Diagnose nach einem ersten Interview erhalten hatten, den Fragebogen ausfüllen. Als Vergleichsgruppen zogen sie die von Deneke und Hilgenstock (1989) untersuchten Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (N=39) und narzißtischen Persönlichkeitsstörung (N=59) sowie die „Gesunden“ (Deneke et al. 1987) heran. Die Unterschiede zwischen ihrer Stichprobe und den Vergleichsgruppen prüften Horlacher et al. (1991) nach Geschlecht getrennt auf allen NI-Skalen auf Signifikanz. Beim Vergleich der beiden Gruppen von Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen ergaben sich auf 5 (Männer) bzw. 2 (Frauen) NI-Skalen signifikante Unterschiede. Die Autoren folgern aus diesem Ergebnis, „dass unsere Patienten im wesentlichen den von *Deneke* untersuchten Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen entsprechen. Wenn unsere männlichen Kranken in den Bereichen . . . signifikant höhere Werte aufwiesen, so kann indes daraus nicht bindend geschlossen werden, dass die durch uns und durch Deneke Untersuchten wirklich erheblich voneinander abweichen“ (Horlacher et al. 1991, S. 50). Völlig unkommentiert lassen die Autoren, daß sich die Borderline-Patienten ebenfalls nur auf 5 (Frauen und Männer) und auch die „Gesunden“ nur auf 6 (Männer) bzw. 7 (Frauen) Skalen von ihren Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden lassen (!). Die Ergebnisinterpretationen von Horlacher et al. (1991) scheinen vor diesem Hintergrund nicht nur überzogen sondern falsch. In besonderer Weise gilt dies für den Satz, mit dem die Autoren schließen: „Es kann demnach angenommen, wenn auch nicht sicher geschlossen werden, dass dieser Test . . . zur Bestätigung der Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung bzw. Neurose im grossen und ganzen geeignet ist“ (Horlacher et al. 1991, S. 30). Einen Kunstfehler muß man es schon nennen, wenn Horlacher et al. (1991) – offensichtlich wunschgeleitet – die Bedeutung ihrer hypothesenkonträren Ergebnisse abzuschwächen versuchen, indem sie auf die fehlende Überprüfung der Interrater-Reliabilität ihrer Diagnosen hinweisen: „Auch sollten für solche vergleichenden Untersuchungen die verschiedenen Rater gemeinsam eine Schulung durchmachen, um eine gute Interrater-Reliabilität zu erzielen. In unserem Falle war diese Voraussetzung nicht erfüllt, so dass die erwähnten Abweichungen auch aus diesem Grund wenig ins Gewicht fallen dürften“ (S. 50). In Gesamtsicht lassen die Ergebnisse von Horlacher et al. (1991) keinesfalls den Schluß zu, daß die Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung durch das NI abgesichert

werden könnte. Auf der Grundlage der von Deneke und Hilgenstock (1989) mitgeteilten Werte ist zu vermuten, daß dies – geht man von den Skalen und nicht wie Deneke (1994) von den Dimensionen des NI aus – auch auf die allermeisten anderen Diagnosen psychischer Störungen zutrifft. Zu eng liegen die Skalenwerte unterschiedlicher klinischer Stichproben beieinander. Keineswegs aber lassen sich die Ergebnisse von Horlacher et al. (1991) als gegen die Konstruktvalidität des NI sprechend werten. Zwar sollen einige NI-Skalen Phänomene messen, die für Personen mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen als besonders typisch gelten. Andererseits aber haben Deneke und Hilgenstock (1989) den Fragebogen zu einem ganz anderen Zweck konzipiert, als diese Form der Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (vgl. Kap. II.2). Die Ergebnisse von Horlacher et al. (1991) können zu allerdings zu der Kritik anregen, daß bestimmte narzißtische Phänomene bei ihrer Operationalisierung durch das NI möglicherweise zu wenig differenziert wurden. Beispielsweise können Größenphantasien bei völlig unterschiedlichen psychischen Strukturniveaus vorkommen. Bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen sind sie nach Kernberg (1993) Ausdruck eines pathologischen „Größen-selbst“, dem eine „Borderline-Struktur“, gekennzeichnet durch die Spaltung „guter“ und „böser“ Selbst- und Objektrepräsentanzen, zugrunde liegt. Im Rahmen neurotischer Entwicklungen können Größenphantasien der Abwehr von Trennungsangst dienen (Hoffmann und Hochapfel 1995).

Der Einsatz des Narzißmusinventars in der Psychotherapie-Forschung ist bisher auf wenige Studien begrenzt geblieben. Rogner (1994a) setzte das NI bei einem Vergleich einer Stichprobe von 45 Patienten ein Jahr nach Abschluß einer analytischen adlerianischen Psychotherapie mit einer Stichprobe von Patienten ein, die eine solche Behandlung beginnen wollten oder gerade begonnen hatten (N=38). Die Patienten der Untersuchungsgruppe waren im Mittel 237 Stunden behandelt worden, die der Vergleichsgruppe dagegen 9. Weiterhin überprüfte Rogner (1994b) an der Katamnese-Stichprobe (N=44) die Zusammenhänge zwischen der von den Patienten im katamnestischen Interview vorgenommenen (auf verschiedene Problembereiche bezogenen) Einschätzung ihrer symptomatischen Verbesserung und ihrer zum gleichen Zeitpunkt erhobenen Selbsteinschätzung im NI. Unklar bleibt, wie die Patienteneinschätzungen der symptomatischen Verbesserung genau erhoben wurden. Rogner et al. (1995) berichten ferner noch über die Zusammenhänge der Selbstdarstellungen der Patienten im NI mit Selbst- und Objektrepräsentanzen, die von unabhängigen Ratern retrospektiv in Bezug auf die Anfangs- und Abschlußphase der Psychotherapie sowie in Bezug auf den Zeitpunkt der Katamnese mit der „Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens“ (Tress 1993) bei 38 Patienten der genannten Stichprobe eingeschätzt wurden. Als Grundlage für die Beurteilungen dienten nicht genauer beschriebene „kodierbare Informationen“ (Rogner et al. 1995, S. 52). Neben dem NI wurde eine Reihe weiterer Fragebögen eingesetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse zur Konstruktvalidität des NI lassen sich dem Vergleich von Patienten ein Jahr nach Abschluß einer Psychotherapie mit solchen Patienten entnehmen, die am Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung standen. In Gesamtsicht entsprechen die NI-bezogenen Ergebnisse dieser Untersuchung den Erwartungen. Auf allen Skalen der 1. und 4. Dimensionen erzielten die Patienten mit abgeschlossener Psychotherapie im Vergleich mit den „Anfängern“ signifikant niedrigere Werte. In ähnlicher Weise bildeten sich die Psychotherapieerfolge auf NI-fremden Skalen zum Ausmaß körperlicher Beschwerden, zum emotionalen Befinden und zu psychosozialen Tendenzen ab. Nur auf drei NI-Skalen ließen sich die beiden Stichproben nicht differenzieren, und zwar auf genau den Skalen, auf denen die von Deneke et al. (1987) untersuchten „Gesunden“ (siehe oben) leicht höhere Werte als die von Deneke und Hilgenstock (1989) untersuchten „Kranken“ aufweisen: „Größenselbst“, „Autarkie-Ideal“ und „Werte-Ideal“. Die von Deneke et al. (1987) vorgetragene Interpretation, der erfolgreiche Einsatz des „Autarkie-Ideals“ sei kennzeichnend für Menschen, die trotz schwieriger Sozialisationsbedingungen keine psychopathologischen Symptome entwickeln, wird hierdurch relativiert. Ausgehend von Denekes Modell eines narzißtischen Persönlichkeitssystems (Deneke 1989) sind die Ergebnisse der „Gesunden“ und „Kranken“ (Deneke und Hilgenstock 1989) und den von Rogner (1994a) untersuchten Psychotherapie-Patienten auf den drei in Frage stehenden Skalen des NI in Gesamtsicht theoriekonträr.

Weitere Ergebnisse, die Hinweise auf die Konstruktvalidität des NI liefern, lassen sich den Beiträgen von Rogner (1994b) und Rogner et al. (1995) entnehmen. Die erwarteten Zusammenhänge zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und den auf die allgemeine symptomatische Besserung bezogenen Einschätzungen der Patienten bestätigten sich auf allen Skalen der 1. und 4. Dimension des NI der Tendenz nach (4 Skalen) oder durch signifikante Ergebnisse. Die Skalen der 2. und 3. Dimension korrelierten – eher erwartungskonträr – nicht signifikant mit der allgemeinen symptomatischen Verbesserung. Bei der Berechnung der Korrelationen zwischen den NI-Skalen und den auf die symptomatische Verbesserung in spezifischen Problembereichen bezogenen Patienteneinschätzungen ergaben sich mehrere plausibel interpretierbare Zusammenhänge. So korrelierte ein Rückgang depressiver Verstimmungen mit vergleichsweise geringen Werten auf der NI-Skala „Kleinheitsselbst“ ( $r = -.66$ ,  $p < 0,05$ ). Ein Rückgang sexueller Probleme ging mit eher niedrigen Werten auf der Skala „Körper selbst“ ( $r = -.62$ ,  $p < 0,05$ ) einher. Patienten, die über eine Abnahme von Kontaktstörungen berichteten, erzielten vergleichsweise niedrige Werte auf den Skalen „Soziale Isolierung“ ( $r = .66$ , n.s.) und „Objektbewertung“ ( $r = -.85$ ,  $p < 0,05$ ). Eine verminderte Angstsymptomatik ging mit eher niedrigen Werten auf der Skala „Ohnmächtiges Selbst“ einher ( $r = -.53$ ,  $p < 0,05$ ).

Rogner et al. (1995) berichten, daß sich nur für die zu Beginn der Psychotherapie vorherrschenden Objektrepräsentanzen, nicht aber für die initialen Selbstrepräsentanzen signifikante Zusammenhänge mit katamnestischen Merkmalen nachweisen ließen. Patienten mit initial „herabsetzenden, beschuldigenden und bestrafenden“ Objektrepräsentanzen erreichten – im Vergleich mit Patienten, für die „angreifende und zurückweisende“ oder „vernachlässigende und ignorierende“ innere Objekte kennzeichnend waren – zum Zeitpunkt der Katamnese signifikant erhöhte Werte auf folgenden NI-Skalen: „Ohnmächtiges Selbst“, „Kleinheitsselbst“, „Soziale Isolierung“, „Objektbewertung“ und „Symbiotischer Selbstschutz“. Neben diesen Ergebnissen teilen Rogner et al. (1995) Zusammenhänge zwischen NI-Skalen und der genauen Art der psychotherapeutisch bewirkten Änderung der Selbst- und Objektrepräsentanzen mit. Unklar bleibt dabei allerdings zum Teil, auf welche Skalen die Autoren sich beziehen (z.B. „positiv narzißtische Besetzung des Selbst“, S. 57). Die Ergebnisse werden aus diesem Grund hier nicht zusammengefaßt.

Eine weitere Psychotherapie-Studie, in der das NI zum Einsatz kam, ist als „Kieler Gruppentherapiestudie“ bekannt geworden (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994a, vgl. auch Strauß und Burgmeier-Lohse 1994b,c, 1995). Es handelte sich bei dieser Untersuchung um eine außerordentlich aufwendige Längsschnittstudie zu den Effekten mehrmonatiger stationärer Gruppenpsychotherapie. Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Tauglichkeit unterschiedlicher psychodiagnostischer Instrumente, unter ihnen das NI, zur Erfassung von Psychotherapieeffekten. Das NI wurde in der Kieler Studie 31 Patienten bei der Aufnahme und zum Zeitpunkt der Entlassung nach 3 bis 4monatiger Behandlung vorgegeben. In 23 Fällen waren die bei Aufnahme und Entlassung untersuchten Patienten identisch. 15 Patienten füllten den Fragebogen zudem im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung ein Jahr nach Abschluß der Behandlung aus. Die Auswertung der Daten zum Narzißmusinventar erfolgte durch die Bestimmung der Mittelwerte und Standardabweichungen der zu den drei genannten Zeitpunkten untersuchten Stichproben auf allen NI-Skalen. Die Unterschiede zwischen den Prä- und Postwerten prüften Strauß und Burgmeier-Lohse (1994) auf Signifikanz. Weiterhin teilen sie Effektstärken (standardisierte Mittelwertsunterschiede) mit. Zusätzlich definierten sie vorab Kriterien für psychotherapeutische Effekte. Auf den Skalen der 1. NI-Dimension mußten die Patienten sich im Prä-Post-Vergleich um – je nach Skala – 0,7 bis 1,3 (von 5) Antwortkategorien „verbessert“ haben, um im Hinblick auf das jeweilige Merkmal als erfolgreich behandelt eingestuft zu werden. Die Skalen der 2., 3. und 4. NI-Dimension wurden bei der Bestimmung von Effektstärken nicht berücksichtigt. Sie „waren u.E. nicht eindeutig zu bewerten im Sinne einer Besserung oder Verschlechterung, da hier individuelle Gegebenheiten ausschlaggebend erscheinen“ (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994, S. 66). Für eine positive Gesamtbewertung

der Psychotherapieeffekte wurden „positive Veränderungen in mindestens drei Skalen“ (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994, S. 66) der 1. Dimension als Kriterium definiert.

Ähnlich wie bei Rogner (1994a) bildeten sich auf allen Skalen der 1. und 4. NI-Dimension im Prä-Post-Vergleich die erwarteten Behandlungseffekte der stationären Gruppenpsychotherapie ab. Die auf den Katamnesezeitpunkt bezogenen Werte spiegeln auf den meisten dieser Skalen eine noch weitergehende (leichte) Besserung wider. Die Prä-Post-Unterschiede erreichten auf den Skalen der 1. und 4. NI-Dimension mit einer Ausnahme („Narzißtischer Krankheitsgewinn“) Signifikanz. Auf den Skalen der 1. Dimension erreichten im Durchschnitt 37% der Patienten die vorab definierten Kriterien für einen Behandlungserfolg. Mit 77% erreichten besonders viele Patienten das für die Skala „Ohnmächtiges Selbst“ definierte Kriterium. Eine positive Gesamtbeurteilung auf der Grundlage des NI erreichten 55% der Patienten. Auf den Skalen der 2. und 3. NI-Dimension fielen die Ergebnisse nicht durchweg wie erwartet aus. Nur auf der Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ ließ sich im Prä-Post-Vergleich ein signifikanter Unterschied in der erwarteten Richtung finden (niedrigere Werte bei Entlassung). Auf der Skala „Größenselbst“ ließ sich ein signifikanter, erwartungskonträrer Effekt finden (höhere Werte bei Entlassung). Auf allen weiteren Skalen der 2. und 3. NI-Dimension ergaben die Prä-Post-Vergleiche keine signifikanten Unterschiede. Ähnlich wie bei Rogner (1994a) sprechen die Ergebnisse von Strauß und Burgmeier-Lohse (1994a) in Gesamtsicht für die Konstruktvalidität der NI-Skalen der 1. und 4. Dimension. Mit einer Ausnahme („Symbiotischer Selbstschutz“) sprechen ihre erwartungskonträren Resultate dagegen eher gegen die Konstruktvalidität der zur 2. und 3. NI-Dimension gehörenden Skalen.

In einer weiteren Psychotherapie-Studie (Strauß und Hess 1993) gingen Ergebnisse, die mit dem NI erzielt wurden, in ein allgemeines Maß zur Beurteilung des Behandlungserfolgs ein. NI-spezifische Ergebnisse werden nicht berichtet.

In einer klinischen Studie zur Magersucht gingen Engel et al. (1988) der Frage nach, wie sich Patientinnen mit dieser Erkrankung in der Regulation ihres Selbsterlebens von gesunden Gleichaltrigen unterscheiden und wie narzißtische Dysfunktionen mit den unterschiedlichen Symptomen der Eßstörung zusammenhängen. Zur Untersuchung dieser Fragestellung gaben die Autoren das NI 30 magersüchtigen Patienten vor und schätzten diese im Hinblick auf 46 somatische, psychische und soziale Symptome ihrer Erkrankung ein. Als Grundlage hierfür diente ein strukturiertes Interview. Eine Vergleichsgruppe bestand aus 64 ausschließlich weiblichen Medizinstudenten im vorklinischen Studienabschnitt. Im Sinne der in der wissenschaftlichen Literatur vertretenen Auffassung der Magersucht als narzißtische Störung (vgl. Engel et al. 1988) differenzierten mit einer Ausnahme („Archaischer Rückzug“) alle Skalen

der 1. und 4. Dimension des NI signifikant zwischen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe. Weiterhin erreichten die Magersüchtigen im Vergleich mit den Medizinstudentinnen signifikant höhere Werte auf der Skala „Autarkie-Ideal“. Auf allen anderen (7) Skalen der 2. und 3. Dimension des NI erreichten die Unterschiedsprüfungen keine Signifikanz. Mit einer Ausnahme („Narzißtische Wut“) erreichten die Medizinstudentinnen auf ihnen im Vergleich sogar leicht höhere Werte. Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen jenen NI-Skalen, auf denen sich signifikante Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe abbilden ließen, und den Symptomen der Magersucht erbrachten mehrere signifikante Resultate. Besonders viele (je 5) Zusammenhänge ließen sich für die NI-Skalen „Ohnmächtiges Selbst“ und „Kleinheitsselbst“ identifizieren. Auf der Symptomseite waren es in erster Linie die psychischen und sozialen Merkmale der Magersucht, weniger dagegen deren somatische Symptome, die statistisch bedeutsam mit den NI-Skalen korrelierten.

In einer weiteren Untersuchung, in der das NI Patientinnen mit Eßstörungen vorgegeben wurde, stand die Frage nach der psychodynamischen Funktion von Zwangssymptomen im Mittelpunkt (Thiel und Schüßler 1995). Die Autoren gingen der Fragestellung nach, ob Zwangssymptome „bei narzißtischen Störungen als Reaktion auf eine drohende Selbst-Fraktionierung im Sinne eines unbewußten Versuches zur Selbststabilisierung auftreten können“ (S. 61). Entwickelt wurde diese Fragestellung auf der Grundlage der Erkenntnis, daß Zwangsstörungen sehr heterogene Ätiologien zugrunde liegen können. Ausgehend von der vergleichsweise großen Komorbidität von Eß- und Zwangsstörungen (vgl. Thiel und Schüßler 1995) erhoben die Autoren das Narzißmusinventar an 91 Patientinnen mit Magersucht oder Bulimie. Zusätzlich ließen sie die Patientinnen ihre zwangs- und eßstörungsspezifischen Symptome auf standardisierten, mehrdimensionalen Fragebögen einschätzen (vgl. Thiel und Schüßler 1995). Den Schweregrad der Zwänge bestimmten die Autoren auf der Grundlage halbstrukturierter Interviews. Nach der Datenerhebung differenzierten Thiel und Schüßler (1995) auf der Grundlage des NI mittels clusteranalytischen Verfahren zunächst eine Gruppe von Patientinnen mit „strukturellen Selbst-Defekten“ (S. 60) und eine Gruppe von Patientinnen, die keine übermäßigen narzißtischen Dysfunktionen aufwiesen. Aufgrund der zum Teil hohen Interkorrelationen der NI-Skalen wurden bei der Clusteranalyse nicht die Skalenwerte, sondern ähnlich wie bei Deneke (1994) die Werte auf den 4 Dimensionen des NI zugrunde gelegt. Bei einer z-Transformation der NI-Skalenwerte in Bezug auf die von Engel et al. (1988, siehe oben) erhobene Stichprobe von Medizinstudentinnen (N=64) zeigte sich folgendes: Die strukturell weniger gestörten Patientinnen lagen mit einer Ausnahme („Objektbewertung“) im Normalbereich, d. h. sie wichen auf den Skalen des NI nicht mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert der Medizinstudentinnen ab. Die strukturell gestörten Patientinnen lagen dagegen auf den meisten Skalen nicht im so definierten Normalbereich.

Auf einzelnen Skalen erreichten sie Werte, die bis zu 3 Standardabweichungen über dem Mittelwert der Vergleichsgruppe lagen. Die stärksten Abweichungen fanden sich ausnahmslos auf den Skalen der 1. Dimension des NI. Prüfungen der Unterschiede zwischen den in der Stabilität ihres Selbst unterscheidbaren Gruppen von Patientinnen mit Eßstörungen erreichten hier mit einer Ausnahme („Basales Hoffnungspotential“,  $p < 0,05$ ) bei zweiseitiger Testung auf dem 0,1%-Niveau Signifikanz. Die Unterschiede auf den Skalen der anderen Dimensionen fielen geringer aus. Auf 6 Skalen erreichten sie keine Signifikanz. 5 dieser 6 Skalen gehören zu denen, die mit Blick auf ihre Konstruktvalidität bereits problematisiert wurden: „Größen-selbst“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“, „Werte-Ideal“ und „Symbiotischer Selbstschutz“. Weiterhin ließen sich die beiden Gruppen nicht signifikant auf der Skala „Hypochondrische Angstbindung“ unterscheiden. Die weiteren Analysen ergaben in Übereinstimmung mit den Erwartungen der Autoren, daß die Gruppe der Patientinnen mit „strukturellen Selbst-Defekten“ in der Selbst- wie in der Fremdeinschätzung eine vergleichsweise stärkere Zwangssymptomatik und eine größere Anzahl von Zwangssymptomen aufwies. Auch die verschiedenen selbsteingeschätzten Merkmale der Eßstörungen waren bei ihr signifikant stärker ausgeprägt. Ferner berichten Thiel und Schüßler (1995) eher moderate Zusammenhänge zwischen der Zwangssymptomatik und dem Ausprägungsgrad der Eßstörungen, die sie dahingehend interpretieren, daß sich die beiden Symptombereiche nicht einfach als parallele Dimensionen auffassen lassen, sondern bis zu einem gewissen Ausmaß unabhängig voneinander in einem Zusammenhang mit narzißtischen Dysfunktionen stehen. In Gesamtsicht bestätigen die Ergebnisse von Engel et al. (1988) und Thiel und Schüßler (1995) die bisherigen Vermutungen, nach denen die Skalen der 1. und 4. Dimension des NI konstruktvalid sind, bestimmte Skalen der 2. und 3. Dimension aber einer genaueren Überprüfung bedürfen. Mehr als alle anderen Studien, in denen das NI bisher zum Einsatz kam, lassen sich die Befunde von Thiel und Schüßler (1995) zudem als ein Hinweis darauf werten, daß die Skalen der 1. Dimension des NI geeignet sind, Patienten hinsichtlich ihres psychostrukturellen Integrationsniveaus zu differenzieren.

Über umfangreiche Ergebnisse einer Erhebung des NI an einer ganz anderen klinischen Stichprobe berichtet Meyer (1994) im Rahmen einer unveröffentlichten psychologischen Diplomarbeit. Die Autorin legte das NI zusammen mit einigen weiteren psychologischen Fragebögen 72 an Multipler Sklerose (MS) erkrankten Patienten vor. Zur Untersuchung der Frage, ob Menschen mit dieser Erkrankung spezifische narzißtische Dysfunktionen aufweisen, verglich Meyer (1994) die Werte ihrer Stichprobe auf den NI-Skalen mit denen der von Deneke et al. (1987) untersuchten „Gesunden“ und den von Deneke und Hilgenstock (1989) mitgeteilten Referenzwerten von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ( $N=39$ ) und neurotischer Depression ( $N=173$ ). Innerhalb der MS-Stichprobe verglich sie – ebenfalls auf

allen Skalen des Fragebogens – unterschiedliche Subgruppen. Hinweise auf die Konstruktvalidität des NI können der Untersuchung von Meyer (1994) nur bedingt entnommen werden, weil der Wissensstand zu den psychologischen Dimensionen der MS noch äußerst dürftig ist und a priori zumindest keine spezifischen Hypothesen aufgestellt wurden. Allerdings äußert die Autorin – ausgehend von vereinzelt Beiträgen in der Literatur –, daß MS-Kranke im Vergleich mit „Gesunden“ stärkere narzißtische Dysfunktionen aufweisen. Auf der Grundlage ihrer Berechnungen teilt Meyer (1994) mit, daß die MS-Patienten mit einer Ausnahme („Soziale Isolierung“) auf allen Skalen der 1. Dimension des NI im Vergleich mit den „Gesunden“ signifikant höhere Werte (bzw. auf der umgekehrt gepolten Skala „Basales Hoffnungspotential“ signifikant niedrigere Werte) erreichten. Als signifikant weniger destabilisiert stellten sie sich dagegen auf den selben Skalen im Vergleich mit den Patienten der klinischen Gruppen dar. Auf den Skalen der 4. NI-Dimension erreichten sie höhere Werte als alle Vergleichsgruppen. Nicht signifikant wurden diese Ergebnisse nur bei der Prüfung der Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe und den klinischen Stichproben auf der Skala „Hypochondrische Angstbindung“. Die Ergebnisse der MS-Patienten auf den Skalen der 2. und 3. Dimension des NI waren uneinheitlich. Ins Auge fällt, daß die Untersuchungsgruppe auf der Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ Werte erreichte, die gegenüber denen aller Vergleichsgruppen hochsignifikant erhöht waren. Ebenfalls vergleichsweise hohe Werte erreichten die MS-Patienten zudem auf der Skala „Objektbewertung“ – von den „Gesunden“ und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ließen sie sich signifikant unterscheiden. Die weiteren statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und den Vergleichsgruppen auf den Skalen der 2. und 3. NI-Dimension lassen keine Rückschlüsse auf die Konstruktvalidität des NI zu. Allenfalls läßt sich anmerken, daß diese Skalen in Gesamtsicht keine systematischen Unterschiede zwischen den MS-Kranken und den Vergleichsgruppen erkennen lassen. Wie oben beschrieben gilt dies allerdings auch im Hinblick auf die „Kranken“ und „Gesunden“.

Hinsichtlich der Prüfung von Unterschieden zwischen 4 Gruppen MS-Kranker mit unterschiedlicher Erkrankungsdauer (kurz nach der Erstdiagnose: N=10; 0-5 Jahre: N=17, 6-10 Jahre: N=18, 11 Jahre und länger: N=27) mittels Varianzanalyse berichtet Meyer (1994) signifikante Ergebnisse auf drei Skalen der 1. NI-Dimension („Affekt-/Impulskontrollverluste“, „Derealisation/Depersonalisation“ und „Negatives Körper selbst“). Patienten mit geringer Krankheitsdauer erreichten hier vergleichsweise hohe Werte. Vergleiche frühberenteter (N=40) und nicht frühberenteter (N=32) MS-Patienten wurden auf 2 NI-Skalen signifikant. Die nicht Frühberenteten erreichten höhere Werte auf der Skala „Gier nach Lob und Bestätigung“, die Frühberenteten auf der Skala „Narzißtischer Krankheitsgewinn“. Die MS-kranken Frauen, die in einem standardisierten Fragebogen über „frühe psychische Trau-



men/Viktimierungserlebnisse“ (Meyer 1994, S. 66, N=10) berichtet hatten, erreichten im Vergleich mit denen ohne dieses Merkmal (N=13) signifikant höhere Werte auf den NI-Skalen „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Derealisation/Depersonalisation“ und „Archaischer Rückzug“. Auf den weiteren Skalen der ersten Dimension zeigten sich ähnliche Tendenzen, die aber (aufgrund der kleinen Stichproben) keine Signifikanz erreichten. Auffällig ist – trotz fehlender statistischer Bedeutsamkeit – zudem, daß die traumatisierten Frauen vergleichsweise hohe Werte auf den Skalen „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“, „Werte-Ideal“ und „Hypochondrische Angstbindung“ erreichten. Neben den Ergebnissen von Unterschiedsprüfungen teilt Meyer (1994) Korrelationen zwischen den NI-Skalen und 5 teils selbsteingeschätzten und teils objektiv einschätzbaren Krankheitsmerkmalen mit. Bei den Ergebnissen fällt auf, daß die NI-Skala „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ mit Abstand am deutlichsten mit Krankheitsmerkmalen zusammenhängt. Sie wies signifikante Korrelationen zwischen .32 und .41 mit Maßen für die MS-bedingte körperliche Beeinträchtigung, die Einschränkung der Mobilität und die Erkrankungsdauer auf. Weiterhin korrelierte die Skala „Affekt-/Impulskontrollverlust“ statistisch bedeutsam mit der Erkrankungsdauer ( $r=.37$ ). Die Skala „Größenselbst“ korrelierte zu .31 signifikant mit der Anzahl der Krankheitsschübe. Zwar erreichte eine Reihe weiterer Zusammenhangsmaße Signifikanz, die Korrelationen lagen jedoch durchweg unter .30.

Meyer (1994) interpretiert ihre Ergebnisse dahingehend, daß sich Patienten mit MS durch ihre Erkrankung hinsichtlich der Stabilität ihres Selbst-Systems bedroht fühlen. Zu Beginn der Erkrankung bzw. nach der ersten Diagnosenstellung werde die Bedrohung am intensivsten erlebt. Die narzißtischen Regulationsversuche MS-Kranker seien vergleichsweise spezifisch. Insgesamt leuchten diese Interpretationen ein und sprechen somit eher für die Konstruktvalidität des NI. Deutlichere Hinweise lassen sich aus den Vergleichen von Untergruppen MS-Kranker ableiten, insbesondere die zwischen Frauen mit und ohne frühe Traumatisierungen. Geht man von der Annahme aus, daß durch frühe Traumatisierungen bedingte narzißtische Regulationsmechanismen vergleichsweise häufig bzw. stark zur Anwendung gelangen, lassen sich die Ergebnisse dieser Vergleiche als für die Konstruktvalidität mehrerer Skalen auch der 2. und 3. NI-Dimension sprechend interpretieren (Tab. 3).

In den bisher dargestellten Studien wurde das NI eingesetzt, um interindividuelle Unterschiede zu untersuchen und „narzißmusspezifische“ Korrelate bestimmter Krankheitssymptome und psychotherapeutischer Effekte zu identifizieren. Neben dieser Kategorie psychologischer Untersuchungen wurden drei Studien durchgeführt, bei denen die Zusammenhänge des NI mit anderen Fragebögen im Mittelpunkt standen (Davies-Osterkamp und Kriebel 1993, Deneke und Hilgenstock 1989, Rauchfleisch et al. 1995). Deneke und Hilgenstock

(1989) gaben einem Teil ihrer Analysenstichprobe, nämlich ihren ambulanten Patienten (N=312), neben dem NI die revidierte Fassung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R, Fahrenberg et al. 1984) vor. Im Anschluß berechneten sie die Korrelationen zwischen den Skalen der beiden Fragebögen. Ausgehend von der Prämisse, daß nur Koeffizienten ab einer Größe von .40 inhaltlich bedeutsam sind (statistische Bedeutsamkeit wurde bereits bei niedrigeren Korrelationen erreicht), betonen die Autoren „als Überblicksbewertung . . . daß es auf Skalenebene zwischen beiden Inventaren zwar vereinzelt inhaltliche bedeutsame Zusammenhänge gibt, beide Inventare aber überwiegend spezifische Persönlichkeitsaspekte erfassen“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 80). Insgesamt hatten 9,4% der insgesamt 180 Korrelationen zwischen den NI-Skalen und FPI-R-Standardskalen eine Höhe von mindestens .40 erreicht. 3.3% der Korrelationskoeffizienten lagen über .50. Die deutlichsten Zusammenhänge ließen sich psychologisch plausibel interpretieren: „Lebenszufriedenheit“ mit „Ohnmächtiges Selbst“ ( $r=-.62$ ), „Leistungsorientierung“ mit „Autarkie-Ideal“ ( $r=.64$ ), „Gehemmtheit“ mit „Kleinheitsselbst“ ( $r=.62$ ), „Gehemmtheit“ mit „Soziale Isolierung“ ( $r=.64$ ), „Aggressivität“ mit „Narzißtische Wut“ ( $r=.57$ ), „Körperliche Beschwerden“ mit „Ohnmächtiges Selbst“ ( $r=.52$ ) u.s.w. (vgl. Deneke und Hilgenstock 1989). Die beiden Zusatzskalen des FPI-R hingen unterschiedlich eng mit den NI-Skalen zusammen. Für die Skala „Extraversion“ ließ sich nur ein (inhaltlich) bedeutsamer Zusammenhang mit der NI-Skala „Soziale Isolierung“ finden ( $r=-.57$ ). Die Skala „Emotionalität“ wies dagegen Zusammenhänge mit 5 NI-Skalen auf, die eine Höhe von mindestens .40 erreichten. 4 dieser Skalen gehören zur 1. Dimension des NI. Deneke und Hilgenstock (1989) gehen davon aus, daß die FPI-R-Skala „Emotionalität“ „wesentliche Aspekte der Neurotizismus-Dimension sensu Eysenck erfaßt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 80) und so „verschiedene Persönlichkeitsaspekte komplex vereinigt“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 80). Sie vermuten in diesem Zusammenhang weiterhin, daß einzelne NI-Skalen unterscheidbare Merkmale des Neurotizismus erfassen. Die Autoren betonen aber, daß sie diese „nicht als (mehr oder weniger invariante) Eigenschaften“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 80) verstehen, „sondern im Rahmen des Regulationsmodells als dynamische Konfigurationen, die das Selbstsystem auf der Suche nach optimaler narzißtischer Balance ausgebildet hat und phasenweise wiederkehrend durchläuft“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 80). In Gesamtsicht lassen die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den NI- und FPI-R-Skalen mehrere Schlüsse zu. Keinesfalls lassen sich narzißtische Regulationsmechanismen vollständig von Persönlichkeitsmerkmalen abgrenzen, wie sie eigenschaftstheoretisch konzeptualisiert werden. Dies ist auch nicht verwunderlich, versuchen doch Deneke und Hilgenstock (1989) und andere Psychoanalytiker wie auch Psychologen anderer Schulrichtungen, dieselben Phänomene aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen und zu verstehen. Insofern sprechen die zum Teil mittelhohen Korrelationen zwischen den Skalen des NI und des FPI-R keinesfalls gegen die Konstruktvalidität des NI. Ferner weisen die Er-

gebnisse darauf hin, daß es möglicherweise Persönlichkeitsmerkmale gibt, die nur dann erkennbar werden, wenn man einen psychodynamischen Blickwinkel zugrunde legt. Im Hinblick auf die Abgrenzbarkeit psychoanalytisch fundierter Fragebögen von eigenschaftstheoretisch fundierten Tests wird deutlich, daß diese zweischichtig sein kann. Während die Besonderheit bestimmter psychodynamisch fundierter Fragebogenskalen möglicherweise nur in den auf sie bezogenen Interpretationsvorschriften besteht, weisen andere vielleicht bereits mit den Formulierungen ihrer Items unverwechselbare Kennzeichen auf.

In einer weiteren Studie zu den Zusammenhängen des NI mit anderen psychodiagnostischen Instrumenten untersuchten Rauchfleisch et al. (1995) 27 psychisch und körperlich gesunde Männer. Neben der Validierung des NI diente die Studie einem Forschungsprojekt zum Thema „Streß und Prävention koronarer Herzkrankheiten“ (Rauchfleisch et al. 1995, S. 270). Zusätzlich zum NI legten die Autoren ihren Probanden den Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF, Hampel und Selg 1975), das State-Trait Angstinventar (STAI, Laux et al. 1981) und den Fragebogen zur Messung der Kontrollambitionen (Matschinger et al. 1986) vor. Der zuletzt genannte Fragebogen „dient der Identifizierung von Personen, die ein bestimmtes koronargefährdetes Verhaltensmuster“ (S. 271) aufweisen. Weil dieser Fragebogen offenbar in erster Linie zu einem anderen Zweck als der Validierung des NI eingesetzt wurde und die auf ihn bezogenen Ergebnisse zudem nur am Rand mitgeteilt und nicht interpretiert werden, wird er hier nicht weiter berücksichtigt. Zusätzlich zu der Erhebung psychologischer Fragebögen führten Rauchfleisch et al. (1995) mit allen Probanden ein strukturiertes Interview zur Erfassung des Typ A-Verhaltens durch. Die Auswertung des Gesprächs erfolgte mittels verschiedener Methoden zur Quantifizierung des Sprechverhaltens. Die statistische Datenauswertung erfolgte durch die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den NI-Skalen mit allen anderen Fragebogenskalen und den Merkmalen des Sprechverhaltens. Weiterhin berichten Rauchfleisch et al. (1995) die signifikanten Ergebnisse (Faktorenladungen mit Signifikanz auf dem 5%-Niveau) von „Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation; Abbruchkriterium Eigenwert = 1,00), in die je verschiedene Variablensätze eingehen“ (Rauchfleisch et al. 1995, S. 271). Bei den Ergebnissen fällt in erster Linie auf, daß die NI-Skalen sich stark in den Häufigkeiten unterscheiden, mit denen sie signifikante Korrelationen mit den aggressivitäts- und angstbezogenen Fragebogenskalen aufweisen. In ähnlicher Weise gilt dies für die Höhe der Zusammenhangsmaße. Die meisten und im Regelfall auch engsten Zusammenhänge ( $r=.36$  bis  $.71$ ) weisen sechs Skalen der 1. Dimension des NI mit den NI-fremden Fragebogenskalen auf: „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Derealisation/Depersonalisation“, „Basales Hoffnungspotential“, „Kleinheitsselbst“ und „Negatives Körper selbst“. Mit dem FAF-Gesamtscore wie auch mit einzelnen auf spezifische Aggressivitätsfaktoren bezogenen Skalen weisen außerdem 3 Ska-

len der 2. NI-Dimension signifikante Zusammenhänge auf: „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Narzißtische Wut“. Im Hinblick auf die Skalen der 3. und 4. NI-Dimension betonen Rauchfleisch et al. (1995), daß diese keine oder nur wenige Bezüge zu allen anderen erhobenen Variablen aufweisen. Einige im Hinblick auf die Konstruktvalidität des NI relevante Ergebnisse berichten die Autoren mit Blick auf das Sprechverhalten der Probanden. Hohe Werte auf den NI-Skalen „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Kleinheitsselbst“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Narzißtische Wut“ gingen mit einem häufigen Gebrauch von „explosiven“ (Rauchfleisch et al. 1995, S. 272) Wörtern einher. Hohe Werte auf den Skalen „Derealisation/Depersonalisation“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ fanden sich bei Probanden mit vergleichsweise großer „Sprachlatenz“, d.h. Neigung zu längerem Zögern, bevor der Proband zu sprechen beginnt“ (Rauchfleisch et al. 1995, S. 272). Die NI-Skala „Soziale Isolierung“ korrelierte signifikant „mit den Variablen ‘Anzahl Worte’ und ‘Sprechzeit’, was als Ausdruck großer Zurückhaltung in den sprachlichen Äußerungen gedeutet werden kann“ (Rauchfleisch et al. 1995, S. 273). Die Ergebnisse der Faktorenanalysen lassen in Gesamtsicht erkennen, daß die NI-Skalen zusammen mit den NI-fremden Skalen relativ unabhängig von ihrer dimensional Zugehörigkeit nach Deneke und Hilgenstock (1989) auf unterschiedlichen Faktoren luden. Nur die Skalen „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Derealisation/Depersonalisation“, „Kleinheitsselbst“ und „Negatives Körper selbst“ wiesen in Übereinstimmung mit der dimensional Struktur des NI einen besonders engen Zusammenhang auf.

Rauchfleisch et al. (1995) interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, daß das NI konstruktvalid sei. In Übereinstimmung mit der theoretischen Grundlage des Fragebogens wiesen die Ergebnisse darauf hin, daß ein destabilisiertes Selbst durch Angst und Insuffizienzgefühle geprägt ist. Die vergleichsweise seltenen Korrelationen der nicht zur 1. NI-Dimension gehörenden Skalen mit angstbezogenen Skalen sprächen dafür, „daß diese Dimensionen etwas für das Narzißmusinventar Spezifisches sind, d. h. Phänomene (nämlich die narzißtische Störung) erfassen, welche die anderen Untersuchungsinstrumente nicht in dieser Weise abzubilden vermögen“ (Rauchfleisch et al. 1995, S.272). Gleichzeitig betonen die Autoren, daß die einzelnen signifikanten Zusammenhänge zwischen den Skalen der 2., 3. und 4. NI-Dimension mit den angstbezogenen Variablen ebenfalls für die Validität des NI sprächen. Diese Interpretationen der Autoren sind allerdings aus gleich mehreren Gründen angreifbar. Zuerst ist es ohne a priori aufgestellte Hypothesen zumindest fragwürdig, nicht signifikante und signifikante Zusammenhänge von NI-Skalen mit aggressivitäts- und angstbezogenen Skalen als gleichermaßen für die Konstruktvalidität des NI sprechend zu interpretieren. Zweitens geht Rauchfleisch mit seinen Co-Autoren – wie schon 1991 zusammen mit Horlacher und Bat-

tegay – bei seinen Interpretationen von dem Mißverständnis aus, das NI ziele auf die Erfassung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Im Zusammenhang hiermit liegt wohl auch der gravierendste Interpretationsfehler. Der Schluß, daß das NI mit den Skalen der 2., 3. und 4. Dimension „etwas für das Narzißmusinventar Spezifisches . . . (nämlich die narzißtische Störung)“ (S. 275) messe, läßt sich keineswegs zwangsläufig aus den von Rauchfleisch et al. (1995) vorgelegten Ergebnissen ableiten. Ebenso ließen sich die Daten beispielsweise dahingehend bewerten, daß die in Frage stehenden Skalen Merkmale erfassen, die keine oder nur eine geringe klinische Relevanz haben. Vor dem Hintergrund aller anderen vorliegenden Ergebnisse zum NI ist diese Interpretation durchaus nicht unbedingt auszuschließen. Die faktoranalytischen Ergebnisse zeigen – wie schon weiter oben erwähnt – daß sich die 4 Dimensionen des NI auf rein statistischem Weg kaum replizieren lassen dürften. Zusätzlich zu den von Rauchfleisch et al. (1995) fokussierten Fragestellungen ergeben die Ergebnisse zur „Trait“- und „State“-Angst Hinweise auf das Ausmaß, in dem durch das NI zeitstabile bzw. situationsspezifische Merkmale erfaßt werden. Wenngleich diese Ergebnisse sicherlich keine verlässlichen Aussagen zur Stabilität der NI-Skalen zulassen, so läßt sich aus ihnen doch eine Vermutung ableiten: Soweit die NI-Skalen angstsensitiv sind, messen sie eher „Trait“- als „State“-Angst. Bei einigen aber fließt „State“-Angst in einem nicht unerheblichen Ausmaß ein (vier NI-Skalen weisen Korrelationen um .50 mit der Skala „State“-Angst auf). Wie bei der Untersuchung der Zusammenhänge des NI mit dem FPI-R (Deneke und Hilgenstock 1989) zeigt die Studie von Rauchfleisch et al. (1995), daß sich das Konzept narzißtischer Regulationsmechanismen nicht scharf von Merkmalen wie Aggressivitätsfaktoren, „State“- und „Trait“-Angst abgrenzen lassen, die nicht in einem psychoanalytischen Kontext konzeptualisiert werden müssen. Grundsätzlich ist dies allerdings mit Blick auf die Konstruktvalidität des NI noch weniger als bei Deneke und Hilgenstock (1989) problematisch. Nach der Theorie des narzißtischen Persönlichkeitssystems (Deneke 1989) ist die existentielle Angst vor einer Desintegration des Selbst, dem Gefühl, daß in der Welt „nichts mehr hält oder trägt“ (Deneke 1994, S. 260), möglicherweise die grundlegende Triebkraft zur Regulation des Selbsterlebens. Durchläuft das narzißtische Persönlichkeitssystem instabile Zustände, wie sie die Skalen der 1. NI-Dimension erfassen sollen, wird diese Angst nach Denekes Überlegungen zwangsläufig zunehmend bewußt erlebt. Mit Blick auf die NI-Skalen „Ohnmächtiges Selbst“, „Negatives Körperselbst“ und „Affekt-/Impulskontrollverlust“, die in der Studie von Rauchfleisch et al. (1995) mit .60 bis .71 mit der selbsteingeschätzten „Trait“-Angst korrelieren, läßt sich allerdings kritisch anmerken, daß der explizit psychodynamische Gehalt der Skalen (die Angstreulation) vergleichsweise gering zu sein scheint.

In einer Studie zur Validierung mehrerer psychologischer Fragebögen durch die Bestimmung ihrer Zusammenhänge mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP, Horo-

witz et al. 1994) evaluierten Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) unter anderem auch das NI. Das IIP und NI wurden an einer Stichprobe von 100 Patienten erhoben. Der besondere Wert des IIP zur Validierung anderer Fragebögen ergibt sich nach Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) durch seine spezifische theoretische Grundlage, das sog. interpersonale Modell. Nach diesem Modell kann das interpersonale Verhalten auf einer Kreisfläche abgebildet werden. „Die vertikale Achse des Kreises repräsentiert die bipolare Dimension von Kontrolle (dominant/kontrollierend versus submissiv/unterwürfig). Im Hinblick auf das interpersonale Verhalten gilt für diese Dimension das Prinzip der Reziprozität: Dominanz löst Unterwerfung aus, Unterwerfung löst Dominanz aus. Die horizontale Achse des Kreises repräsentiert die bipolare Dimension von Affiliation (liebepoll/zugewandt versus feindselig/distanziert). Für das interpersonale Verhalten auf dieser Dimension gilt das Prinzip der Komplementarität: Feindseligkeit löst Feindseligkeit aus, Freundlichkeit löst Freundlichkeit aus“ (Kraus und Eckert 1997b, S. 282). Das IIP umfaßt acht Skalen, von denen je eine ein Segment der „interpersonalen Kreisfläche“ repräsentiert. Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) erläutern, daß die Korrelationen von IIP-Skalen mit solchen Variablen, die einen spezifischen interpersonalem Gehalt aufweisen, ihrem Muster nach einer Sinuskurve folgen. „Bei einer solchen sinusförmigen Verlaufsgestalt hat die Korrelation bei einer der acht Skalen ihr Maximum, nimmt dann *kontinuierlich* ab bis zu einem Minimum – bei jener Skala, die der mit der maximalen Korrelation um 180 Grad gegenüberliegt – und nimmt dann wieder *kontinuierlich* zu“ (Davies-Osterkamp und Kriebel 1993, S. 296, Hervorhebungen im Original). Als Maß für die Spezifität des interpersonalem Gehalts der NI-Skalen berechneten Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) die „Amplituden“ der genannten Sinuskurven (Differenz zwischen der maximalen und der durchschnittlichen Korrelation einer Variablen mit den IIP-Skalen). Im Hinblick auf die Ergebnisse zu den Zusammenhängen der NI-Skalen mit denen des IIP berichten Davies-Osterkamp und Kriebel (1993): „Genau jene Skalen, denen die Testautoren eine interpersonelle Komponente zuschreiben, zeigen unspezifische und/oder spezifische Zusammenhänge zum IIP“ (S. 300). Die Skalen der 1. NI-Dimension wiesen niedrige bis mittelhohe Korrelationen mit denen des IIP auf. Die mittleren Korrelationen lagen zwischen .21 und .48. Die „Amplituden“ erreichten vergleichsweise niedrige Werte zwischen .10 und .24. Die Skalen weisen demnach einen gewissen interpersonalem Gehalt auf, der aber eher unspezifisch ist. Eine Ausnahme bildet die Skala „Soziale Isolierung“. Sie wies eine durchschnittliche Korrelation von .35 mit den IIP-Skalen, ein deutlich sinusförmiges Korrelationsmuster und eine „Amplitude“ von .37 auf. Ihre maximale Korrelation betrug .72 (mit der IIP-Skala „zu abweisend/kalt“). Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, daß die NI-Skala „Soziale Isolierung“ und die IIP-Skala „zu abweisend/kalt“ „weitgehend dasselbe . . . messen: Sozialen Beziehungen wird mit Mißtrauen begegnet, i.S. des Narzißmus-Inventars zum Schutz vor narzißtischen Kränkungen“ (S. 300). Die Skalen der 2. Di-

mension des NI wiesen im Schnitt höhere „Amplituden“ als die der 1. Dimension auf. Zudem korrelierten sie bei sinusförmigen Korrelationsmustern ausnahmslos mit jenen IIP-Skalen am höchsten, die zu dominantes Verhalten abbilden: „zu autokratisch/dominant“ und „zu expressiv/aufdringlich“. Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) sehen diese Ergebnisse als Beleg dafür, daß die in Frage stehenden Skalen derselben Dimension zugerechnet werden. Weiterhin stimme die vergleichsweise hohe Spezifität ihres interpersonalen Gehalts mit der Überlegung von Deneke und Hilgenstock (1989) überein, nach der den „klassisch“-narzißtischen Regulationsmechanismen die „Funktionalisierung der Objekte für eigene Zwecke und Bedürfnisse“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 32, zit. bei Davies-Osterkamp und Kriebel 1993, S. 301f.) gemein sei. Von den Skalen der 3. NI-Dimension korrelierte nur die Skala „Objektbewertung“ in geringer Höhe mit den IIP-Skalen. Ihre durchschnittliche Korrelation betrug .26, ihre „Amplitude“ .23. Das Korrelationsmuster der Skala ließ sich allerdings nicht als sinusförmig beschreiben. Für die Skalen der 4. NI-Dimension ließ sich ebenfalls kein nennenswerter interpersonaler Gehalt aus den Ergebnissen herleiten. Neben den Korrelationen der NI-Skalen mit den IIP-Skalen berechneten Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) die Zusammenhänge der NI-Skalen mit den beiden IIP-Achsenwerten, die sich als Maße für die beiden Dimensionen des interpersonalen Modells auffassen lassen (Dominanz und Affiliation). Mit einer Ausnahme („Soziale Isolierung“) ergaben sich statistisch bedeutsame Korrelationen (zwischen .37 und .53 ) nur bei den Frauen (N=40, Männer: N=32). Mit dem Maß für Affiliation hingen bei ihnen die NI-Skalen „Größenselbst“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Symbiotischer Selbstschutz“ positiv und die Skalen „Negatives Körperselbst“ und „Soziale Isolierung“ negativ zusammen. Mit dem Maß für Dominanz hingen die Skalen „Größenselbst“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Narzißtische Wut“ positiv und die Skalen „Kleinheitsselbst“ und „Soziale Isolierung“ negativ zusammen. Nach Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) lassen sich diese Ergebnisse „so interpretieren: Der feindselige Rückzug steht möglicherweise im Dienste der Stabilisierung des (instabilen) Selbstsystems; das Problem expressiver Aufdringlichkeit entsteht, wenn die ‘Objekte’ für eigene Zwecke und Bedürfnisse funktionalisiert werden“ (S. 305). Die Aussagen, die Davies-Osterkamp und Kriebel (1993) auf der Grundlage ihrer Ergebnisse zur Konstruktvalidität des NI machen, stehen genau genommen unter dem Vorbehalt, daß a priori keine Hypothesen formuliert worden waren. Die Autorinnen gehen außerdem nicht auf problematische Einzelergebnisse ein, beispielsweise einen positiven und statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen der NI-Skala „Größenselbst“ und dem IIP-Achsenwert für (die problematische Form der) „Affiliation“. Zumindest im Hinblick auf jene Form des „Größenselbst“, die für Menschen mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung charakteristisch ist, ist dieser Zusammenhang nicht plausibel interpretierbar. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben generell eher wenig Probleme damit, zu freundlich zu sein. Sie erleben sich

eher als gleichzeitig zu dominant und abweisend (Wuchner et al. 1993). Wie allerdings schon im Zusammenhang mit der Studie von Horlacher et al. (1991) angedeutet, wurde die Skala „Größenselbst“ wie auch alle anderen NI-Skalen nicht zur Differenzierung von Personen mit und ohne narzißtische Persönlichkeitsstörung konstruiert, und Größenphantasien kommen in durchaus unterscheidbarer Form auch bei anderen Störungen vor, z.B. bei neurotischen Depressionen (Hoffmann und Hochapfel 1995). Insgesamt jedoch lassen sich die Ergebnisse von Davies-Osterkamp plausibel interpretieren und so zumindest als Hinweis auf die Konstruktvalidität des NI auffassen.

Im folgenden werden die bisher vorliegenden Ergebnisse der Studien, die sich gut im Hinblick auf die Konstruktvalidität der einzelnen Skalen des NI interpretieren lassen, in tabellarischer Form zusammenzufassen versucht (Tab. 3). Für jede Skala des Fragebogens wird angegeben, ob die Ergebnisse der einzelnen Studien eher für oder gegen ihre Konstruktvalidität sprechen. Die Bewertung derjenigen Studien, in denen interindividuelle Vergleiche angestellt wurden, basieren auf der Grundlage der folgenden, undifferenzierten, aber für den genannten Zweck nützlichen Überlegung: Ausgehend von Denekes Theorie des narzißtischen Persönlichkeitssystems (Deneke 1989, Kap. II.2.1) sollte man annehmen, daß Stichproben mit vergleichsweise niedrigem psychostrukturellen Integrationsniveau oder hoher Symptombelastung vergleichsweise starke narzißtische Dysfunktionen aufweisen und daß diese sich wiederum durch relativ hohe Werte auf den NI-Skalen (bzw. niedrige Werte auf der umgekehrt gepolten Skala „Basales Hoffnungspotential“) abbilden. Bei der Bewertung der Ergebnisse von Rauchfleisch et al. (1995) wird deren Plausibilität zugrunde gelegt. Unter den von Rauchfleisch et al. (1995) berichteten Ergebnissen werden aufgrund ihrer vergleichsweise großen Objektivität jene in besonderer Weise berücksichtigt, die sich auf das Sprechverhalten beziehen.

Zu den eher allgemeinen Eigenschaften des NI läßt sich folgendes festhalten: Valide Ergebnisse im NI setzen eine ausreichende Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus, die bei bestimmten klinischen Stichproben als nicht gegeben angesehen wird, z.B. bei Psychosomatikern und Alkoholabhängigen. Weiterhin kann das Antwortverhalten beim NI durch bestimmte Motive bzw. Abwehrprozesse, die auf diesen Motiven beruhen, verfälscht werden. Wie bei anderen psychologischen Fragebögen lassen sich die mit dem NI erhobenen Daten in solchen Fällen nur in Verbindung mit diagnostischen Fremdeinschätzungen interpretieren. Generell eher ungeeignet ist das NI zur Diagnose spezifischer psychischer und Persönlichkeitsstörungen. Geeignet sind dagegen vermutlich zumindest die Skalen der 1. Dimension des Fragebogens, um Patienten mit einem eher hohen und einem eher niedrigen psychostrukturellen Integrationsniveau zu differenzieren. Im Hinblick auf die Psychotherapie-Forschung besteht die Hoff-



**Tab. 3: Ergebnisse zur Konstruktvalidität der NI-Skalen**

<u>Dimension</u>	<u>Skala</u>	<u>Studie</u>								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Bedrohtes Selbst	Ohnmächtiges Selbst	+	(+)		+	+	+	+	+	(+)
	Affekt-/Impulskontrollverlust	+	(+)		+	+	+	+	+	+
	Derealisation/Depersonalisation	+	(+)		+	+	+	+	+	(+)
	Basales Hoffnungspotential	+	(+)		+	+	+	+	+	(+)
	Kleinheitsselbst	+	(+)	+	+	+	+	+	+	(+)
	Negatives Körper selbst	+	(+)		+	+	+	+	+	(+)
	Soziale Isolierung	+	(+)	+	+	+	+	+	+	+
	Archaischer Rückzug	+	(+)	+	+	+	-	+	+	
„Klassisch“-narzißtisches Selbst	Größenselbst	-		-	-	-	-	-		
	Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	-		+	+	-	-	-	+	
	Gier nach Lob und Bestätig.	-			+	-	-	-	+	(+)
	Narzißtische Wut	+			+	-	-	+		+
Idealistisches Selbst	Autarkie-Ideal	-		-	-	-	+	+		
	Objektbewertung	+		+	+	-	-	+		(+)
	Werte-Ideal	-			-	-	-	-		+
	Symbiotischer Selbstschutz	-		+	+	+	-	-		
Hypochondrisches Selbst	Hypoch. Angstbindung	+	(+)		+	+	+	-	+	
	Narzißt. Krankheitsgewinn	+	(+)		+	(+)	+	+		(+)

1 = Deneke et al. (1987), vgl. auch Deneke und Hilgenstock (1989), 2 = Deneke (1994), 3 = Murken (1997), 4 = Rogner (1994a, b) und Rogner et al. (1995), 5 = Strauß und Burgmeier-Lohse (1994a), 6 = Engel et al. (1988), 7 = Thiel und Schüßler (1995), 8 = Meyer (1994), 9 = Rauchfleisch et al. (1995), 9 = Davies-Osterkamp und Kriebel (1993). + = für die Konstruktvalidität sprechend, - = gegen die Konstruktvalidität sprechend, Ergebnisse in Klammern stehen unter bestimmten Vorbehalten (siehe Text)

nung, daß sich das NI besonders gut zur Erfassung psychotherapeutischer Effekte tiefenpsychologisch orientierter Verfahren eignet. Weitgehend offen ist die Frage, wie valide die Skalen der 2. und 3. Dimension des NI sind. Es liegen Hinweise vor, nach denen einige dieser Skalen nicht konstruktvalide sind oder narzißtische Regulationsformen erfassen, die nicht als dysfunktional beschrieben werden können.

### II.3. Das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche

#### II.3.1. Theoretische Grundlage

Das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW, Leichsenring et al. 1996) wurde in enger Anlehnung an das psychoanalytische Motivationsmodell von König (1988) entwickelt. Nach König sind in dem Modell „Zusammenhänge zwischen dem intrapsychischen Erleben und dem interpersonellen Verhalten“ (König 1988, S. 177) berücksichtigt und „Konzepte der Objektbeziehungstheorie, der Ich-Psychologie und der psychoanalytischen Triebtheorie“ (König 1988, S. 177) integriert. Weiterhin berücksichtigt König eigene Vor-

überlegungen zum Phänomen der Übertragung. Als wesentliches Motiv des Menschen nimmt König objektbezogene Wünsche an, wobei sein Objektbegriff auch unbelebte Objekte einschließt. Hinsichtlich der Struktur dieses Motivs lassen sich zwei Dimensionen unterscheiden: basale und zentrale Beziehungswünsche. Welche basalen und zentralen Beziehungswünsche im Erleben und Verhalten zum Tragen kommen, hängt von der Ich- und Triebstruktur sowie der Qualität der mentalen Objektbeziehungsrepräsentanzen ab. Mit der Befriedigung der Wünsche wird letztlich das Ziel angestrebt, ein psychisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten, das von König nicht genauer konzeptualisiert wird.

Als basale Beziehungswünsche nennt König die dichotomen Wünsche nach einem Gefühl des Vertrautseins (Familiarität) einerseits und Neuem und Unvertrautem in Beziehungen andererseits. Der Wunsch nach Vertrautheit in Beziehungen kommt nach König in der Übertragung zum Ausdruck. Zum einen können die realen Objekte in der Phantasie den mentalen Objektrepräsentanzen angeglichen werden. Zum anderen können die Objekte in interpersonalen Prozessen, die Melanie Klein (1946/1994) erstmals beschrieben und als projektive Identifizierungen benannt hat, so manipuliert werden, daß Gefühle der Vertrautheit entstehen. König (1997) unterscheidet im wesentlichen drei Formen der projektiven Identifizierung, von denen zwei diese Funktion erfüllen. Beim „Übertragungstyp“ wird ein Objekt so manipuliert, daß es real mentalen Objektrepräsentanzen ähnlich wird. Beim „kommunikativen Typ“ wird das Objekt der eigenen Person in der Phantasie ähnlich „gemacht“.

Als eine weitere Form der projektiven Identifizierung, die eine andere Funktion erfüllt und am ehesten mit der von Melanie Klein so bezeichneten interpersonalen Dynamik übereinstimmt, nennt König den „Konfliktentlastungstyp“. Bei diesem Mechanismus wird eine konflikthafte Selbstrepräsentanz auf das Objekt projiziert und im Objekt bekämpft. Aus einem intrapsychischen Konflikt wird so ein interpersonaler.

Die zentralen Beziehungswünsche sind in erster Linie durch den Wunsch nach einem bestimmten Beziehungsmodus und einer bestimmten Qualität des Objekts gekennzeichnet, zu dem eine Beziehung gewünscht wird. Weiterhin stehen die zentralen Beziehungswünsche in einem engen Zusammenhang mit spezifischen Ängsten und intrapsychischen Konflikten. Sie entsprechen ferner einer bestimmten Struktur der mentalen Objektbeziehungsrepräsentanzen

und korrespondieren mit einer bestimmten Ich- und Triebstruktur. All diese Aspekte bedingen nach König zusammen den Charakter und dieser wiederum ist durch typische Verhaltensweisen und repetitiv auftretende interpersonale Konflikte gekennzeichnet (vgl. König 1997). Den zentralen Beziehungswünschen kommt demnach eine Schlüsselfunktion im Hinblick auf die Charakterdiagnose sowie generell das Verständnis menschlichen Erlebens und Verhaltens zu.

Ein besonderes Kennzeichen von Königs Motivationsmodell ist dessen enge Anlehnung an die objektbeziehungspsychologische Entwicklungstheorie. In sprachlicher und teilweise auch theoretischer Hinsicht hält König an den Begriffen der psychosexuellen Entwicklungslehre Freuds fest. Weiterhin kommt dem Konzept der Fixierung (Freud 1916-1917) bei Königs Überlegungen eine wichtige Bedeutung zu: Jede Entwicklungsphase läßt sich nach dem Autor durch einen ihr adäquaten Modus der Beziehung zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen kennzeichnen. Kommt es in einer bestimmten Entwicklungsphase zu einer Störung dieser Beziehung, behält der entsprechende Beziehungsmodus eine übermäßig große Bedeutung für das Kind und wird für dieses als zentraler Beziehungswunsch erfahrbar. Kritisch muß in diesem Zusammenhang angemerkt werden, daß König nicht zwischen Bedürfnissen und Wünschen differenziert. Unklar bleibt so, wie und wann genau zentrale Beziehungswünsche entstehen und inwieweit sie von den Betroffenen als solche identifiziert werden können (vgl. hierzu ausführlicher Kap. IX).

Auf der Grundlage der psychoanalytischen Entwicklungslehre lassen sich die zentralen Beziehungswünsche nach ihrem „Reifegrad“ unterscheiden. Als die „frühesten“ zentralen Beziehungswünsche nennt König den Wunsch nach Verschmelzung (1), den Wunsch nach Zwillingsbeziehung (2) und den Wunsch nach narzißtischer Anerkennung (3). Weitere Differenzierungen hinsichtlich des Entstehungszeitpunktes dieser Wünsche in der psychischen Entwicklung nimmt König (im Gegensatz zu anderen Autoren, z.B. Rohde-Dachser 1986) nicht vor und begründet dies mit inhaltlichen Überlegungen (König 1997, S. 23) sowie dem mangelnden Kenntnisstand (König 1997, S. 23f.). Auch hinsichtlich der Entstehungsbedingungen dieser Beziehungswünsche weist König darauf hin, daß der Forschungsstand unzureichend sei. In jedem Fall aber kommt quantitativen und qualitativen Störungen der Mutter-Kind-Interaktion im ersten Lebensjahr nach König eine wichtige ursächliche Bedeutung zu. Solche Störungen können durch die reale Abwesenheit, psychische Probleme oder eine Unfähigkeit der Mutter bedingt sein, hinreichend empathisch auf ihr Kind einzugehen. Starke Fixierungen auf die verschiedenen „frühen“ Beziehungswünsche und die mit ihnen verbunde-

nen Charakterstrukturen ist gemein, daß sie keine sog. Ganzobjektbeziehungen zulassen. Mit diesem Begriff ist die Unfähigkeit angesprochen, Objekte mit ihren Stärken und Schwächen als eine Einheit wahrzunehmen. Die Objekte bleiben aus der Sicht des Selbst auf ihre wunscherfüllende Funktion reduziert und werden entweder als vornehmlich wunscherfüllend oder frustrierend wahrgenommen.

Der Wunsch nach Verschmelzung bezieht sich auf ein Objekt, das als grenzenlos phantasiert wird. „In der Realität kann ein solches Objekt durch Landschaft, einen Wald oder durch ein Meer repräsentiert sein“ (König 1988, S. 179). Menschliche Objekte des Wunsches nach Verschmelzung sind in der Phantasie des Wünschenden nicht von ihrer Umgebung getrennt. „Das Zimmer, in dem ein Therapeut arbeitet; das Haus, in dem er wohnt, der Garten, der es umgibt; die Straße, in der Haus und Garten stehen: alles steht mehr oder weniger eng mit seiner Person in Verbindung. Das Zimmer des Analytikers symbolisiert nicht den Analytiker. Vielmehr stellt das Zimmer des Analytikers, das Haus oder sein Garten mit ihm zusammen ein Globalobjekt dar, dessen Grenzen unscharf sind“ (König 1988, S. 179). Mit dem Wunsch nach Zwillingsbeziehung ist der Wunsch gemeint, daß das Objekt dem Selbst im Denken und Fühlen gleicht. Es besteht offensichtlich eine deutliche Überschneidung mit dem Wunsch nach Verschmelzung. Inwiefern sich die Wünsche nach Verschmelzung und Zwillingsbeziehung unterscheiden, wird von König nicht erläutert. Beide Wünsche lassen sich nach dem Autor der schizoiden Persönlichkeitsstruktur zurechnen. Konfliktpsychologisch stehen sie in einem Zusammenhang mit „dem Wunsch, Individualität aufzugeben, und dem Wunsch, als Individuum erhalten zu bleiben“ (König 1997, S. 11). Im Wunsch nach Verschmelzung kommt in besonderer Weise der erstgenannte Konfliktpol zum Ausdruck. Eine Realisierung der Zwillingsbeziehung käme in gewisser Hinsicht einer optimalen Lösung des schizoiden Konflikts gleich, weil die Individualität nicht mehr gegenüber einem andersartigen Objekt verteidigt werden müßte und zugleich dennoch die eigenen Gefühle und Gedanken erhalten blieben. Der Wunsch nach Anerkennung ist für narzißtische Persönlichkeiten kennzeichnend. Er richtet sich hauptsächlich auf Objekte, die idealisiert werden, weil die Anerkennung eines als ideal phantasierten Objekts als besonders wertvoll erlebt wird. Der zugrundeliegende Konflikt besteht „zwischen dem Wunsch, anderen Menschen wichtig, und dem Wunsch, von ihnen unabhängig zu sein“ (König 1997, S. 11). Die Anerkennung scheint von der Wichtigkeit des Selbst für das Objekt zu zeugen und stützt gleichzeitig Größenphantasien. Durch diese wird wiederum eine gewisse Form der Unabhängigkeit erreicht.

Kommt es in der sog. oralen Entwicklungsphase im ersten Lebensjahr zu einer Fixierung, entsteht der Wunsch, versorgt zu werden. In der Folge kommt es in solchen Fällen zur Entwicklung einer depressiven Persönlichkeitsstruktur. Der Wunsch nach Versorgung richtet sich

auf Objekte, die klar vom Selbst getrennt sind und bezüglich ihrer „Ausdehnungen . . . scharfe Grenzen haben“ (König 1988, S. 179). Sie sollten aber „unbegrenzt gebefreudig sein und auch über die Voraussetzungen verfügen, unbegrenzt geben zu können“ (König 1988, S. 179). Der zugrundeliegende Konflikt besteht „zwischen dem Wunsch, von anderen versorgt zu werden, und dem Wunsch, sich selbst und andere zu versorgen“ (König 1997, S. 11). Die mit diesem Konflikt assoziierte Angst richtet sich auf (frustrierende und enttäuschende) Reaktionen der Objekte, an die Versorgungswünsche herangetragen werden. Zudem kommt es sekundär zu der Angst, die Objekte durch die ihnen geltende (Frustrations-)Aggression zu verlieren. Um dies zu verhindern, richten Menschen mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur ihre aggressiven Regungen häufig gegen das eigene Selbst. Erlebensmäßig kommt diese Abwehrform im depressiven Affekt zum Ausdruck. Versorgungswünsche entstehen nach König vermutlich etwas später als die Wünsche nach Verschmelzung, Zwillingsbeziehung und Anerkennung, aber noch in der Zeit, in die die Erinnerung des Erwachsenen in der Regel nicht zurückreicht. Ursächliche Bedeutung kommt einer vergleichsweise engeren Bindung an die Mutter zu: „Die Mutter ist präsent, nur eben wenig empathisch, was die Bedürfnisse des Säuglings angeht“ (König 1997, S. 25). In besonderer Weise zeigt sich diese Beziehungsstörung bei der „Nahrungsaufnahme in ihren materiellen und emotionalen Komponenten . . . Ein Kind kann zu selten und zu wenig gefüttert, Nahrung kann ihm aufgedrängt werden. Es kann Nahrung erhalten, wenn es schreit, weil es naß ist, friert oder wenn ihm zu heiß ist“ (König 1997, S. 25). Später kann die Mutter „das Kind in der ihm möglichen Selbständigkeit über- oder unterfordern, was das Selber-Essen angeht“ (König 1997, S. 25).

In der sog. analen Entwicklungsphase, etwa im zweiten und dritten Lebensjahr also, entsteht der Wunsch zu kontrollieren und mit ihm eine vornehmlich zwanghafte Persönlichkeit. „Die anale Objektbeziehung ist durch den Modus des Kontrollierens bestimmt. Man kontrolliert entweder ein Objekt oder man läßt sich durch das Objekt kontrollieren. Das Wort kontrollieren wird hier im angelsächsischen Sinne verwendet. Es meint: beherrschen, in Schach halten, in den Aktionen begrenzen. In der Beziehung zum kontrollierenden Objekt muß es ein klares Oben und Unten geben. Der eine unterwirft sich dem anderen“ (König 1988, S. 179). Der dem Wunsch zu kontrollieren zugrundeliegende Konflikt entfaltet sich „zwischen dem Wunsch, eigene Triebwünsche unregelt und durch niemanden beeinflußt durchzusetzen, und dem Wunsch, jeden eigenen Triebwunsch so zu kontrollieren und zu beherrschen, daß nichts passiert, was andere und der Zwanghafte selbst aus moralischen Gründen ablehnen“ (König 1988, S. 11). Bei den Triebwünschen handelt es sich hauptsächlich um aggressive und sexuelle Regungen. Der Wunsch nach Kontrolle des Selbst durch das Objekt läßt sich in diesem Zusammenhang auch als Versuch beschreiben, das Objekt – durch Unterwerfung – zu einer (aus moralischer Sicht) positiven Bewertung des Selbst zu zwingen. Zeigt sich der

Wunsch nach Kontrolle in seiner aktiven Form – in dem Versuch also, das Objekt zu kontrollieren – zeigt dies eine projektive Identifizierung vom „Konfliktentlastungstyp“ an: Die zum Selbst gehörigen angstbesetzten Impulse werden auf das Objekt projiziert und bei ihm bekämpft. Der Entstehungszeitpunkt der Fixierung auf den Wunsch nach Kontrolle liegt in der Entwicklungsphase, in der „das Kind beginnt, sich im Raum zu bewegen“ (König 1997, S. 29). Die (in der Regel zwanghaft strukturierten) Eltern reagieren emotional auf den Entwicklungsfortschritt ihres Kindes mit der Befürchtung, daß dieses Unordnung schaffen könnte und schränken es deshalb in seinem Aktionsradius durch ärgerliche Reaktionen und Bestrafungen ein. Das Kind wird so daran gehindert, „durch Versuch und Irrtum zu lernen“ (König 1997, S. 30) und verliert die Fähigkeit „des unbekümmerten Umgangs mit den Dingen der Welt, und es entwickelt sich eine zwanghafte Struktur“ (König 1997, S. 30). In besonderer Weise kommt die „anale“ Beziehungsstörung bei der Sauberkeitserziehung zum Ausdruck; aufgrund ihrer Befürchtung zu großer Unordnung bzw. ihrer Aversion gegen Schmutz drängen zwanghaft strukturierte Eltern nach König in der Regel zu sehr auf ein „frühes Sauberwerden“ (König 1997, S. 30) ihres Kindes und unterbinden hiermit in einem zu großen Ausmaß den mit den Exkretionsvorgängen verbundenen Lust- und Lerngewinn.

Ebenfalls auf Fixierungen in der „anal-analen“ Entwicklungsphase geht der Wunsch nach Steuerung und mit ihm die phobische Persönlichkeitsstruktur zurück. Es wird eine Beziehung gewünscht, in der das Objekt „Verhaltensweisen, die manifest werden könnten, steuern würde“ (König 1988, S. 179). Der zugrundeliegende Konflikt gleicht weitgehend dem der zwanghaften Persönlichkeit, nur daß dem „Wunsch, die eigenen Triebwünsche auszuleben“ (König 1997, S. 11) nicht primär der Wunsch, moralisch akzeptiert zu werden, entgegensteht, sondern der Wunsch, sozial akzeptiert zu werden. Als Ursache für die Fixierung auf den Wunsch nach Steuerung beschreibt König, daß die Eltern in der „anal-analen“ Entwicklungsphase ihres Kindes eine übermäßige Angst vor Unfällen haben. Der sich erweiternde Aktionsradius des Kindes wird dann weniger wie bei der Fixierung auf den Wunsch nach Kontrolle durch Bestrafungen als durch „ängstliches Beschränken“ (König 1997, S. 29) vermindert.

Fixierungen in der sog. phallischen Entwicklungsphase führen zu dem Wunsch nach Anerkennung der eigenen Geschlechtseigenschaften und damit zur Ausbildung einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur. „Der Mann erwartet von der Frau, daß sie seine Männlichkeit genießt und bestätigt, die Frau erwartet das Gleiche für ihre Weiblichkeit“ (König 1997, S. 53). Ein spezifischer Konflikt liegt dieser Fixierung nach König nur in Ausnahmefällen zugrunde. Vielmehr ist die Entwicklung hysterischer Züge in der Regel eine Verarbeitung des oralen Konflikts; „die meisten hysterischen Strukturen haben . . . einen oralen Kern“ (König 1997, S. 42). Frauen wenden sich bei einer hysterischen Entwicklung typischerweise von ihrer oral

frustrierenden Mutter ab und tragen ihre Versorgungswünsche in der Folge an den häufig selbst übermäßig oral fixierten oder von der Mutter oral frustrierten Vater heran. Es kann dann dazu kommen, daß das Mädchen sich stark mit dem Vater identifiziert und so übermäßig starke männliche Züge entwickelt und alles ablehnt, was als typisch weiblich gilt. „Sind hysterisch strukturierte Frauen mit ihrer Rolle als Partnerin des Vaters identifiziert und haben sie die Mutter beim Vater ausgestochen, so betonen sie die weiblichen Geschlechtseigenschaften durch Kleidung und Verhalten“ (König 1997, S. 36) in besonderer Weise. In Wirklichkeit aber sind auch sie sich ihrer Geschlechtseigenschaften unsicher, und zwar weil sie der Mutter als Partnerin des Vaters hinsichtlich der erwachsenen Sexualität unterlegen waren. „Der Vater hatte ja kein manifestes Interesse, er hat eher weggeguckt, er hat es verschmäht“ (König 1997, S. 37). Hysterische Entwicklungen bei Männern haben nach König ihren Ursprung häufig in einer übermäßig engen Mutterbindung bei Jungen, die als „Liebling der Mutter . . . den Vater durch Liebsein und Charme und durch das, was sie zu werden versprochen, aber noch nicht sein konnten, bei der Mutter austachen“ (König 1997, S. 37f.). Solche Männer sind sich ihrer Männlichkeit (besonders hinsichtlich ihrer sexuellen Potenz) unsicher, weil sie diese aufgrund der engen Bindung an die Mutter zu wenig in der Beziehung zu gleichaltrigen Mädchen bzw. Frauen erfahren und entwickeln konnten. Hysterische Entwicklungen bei Männern können sich nach König aber auch im Rahmen des negativen Ödipuskomplexes entfalten, wenn also der Junge sich – von der Mutter oral frustriert – dem Vater zuwendet und dieser zum Liebesobjekt wird.

In der ödipalen Entwicklungsphase, die sich nach Freud beim Jungen mit der phallischen Phase überschneidet und beim Mädchen der phallischen Phase folgt (vgl. Köhler 1995, König geht hierauf nicht weiter ein), „werden die Objektbeziehungswünsche komplexer. Im positiven und im negativen Ödipuskomplex kommt es zu einem Konflikt von Beziehungswünschen zu verschiedenen Objekten, nämlich zum Vater und zur Mutter. So besteht bei der Tochter dem Vater gegenüber der Wunsch, wie eine Erwachsene als Partnerin anerkannt zu werden oder deshalb anerkannt zu werden, weil sie Merkmale besitzt, die der Vater sich von einer Partnerin wünscht, z.B. Charme oder Liebsein oder Spontaneität und Lebhaftigkeit; die Eigenschaften, die Kinder schon und oft in hohem Maße haben können. Die Mutter als rivalisierendes Objekt soll ausgestochen werden. Entsprechendes gilt umgekehrt für die Beziehung des Sohnes zur Mutter und zum rivalisierenden Vater. Beim negativen Ödipuskomplex liegen die Dinge dann spiegelbildlich“ (König 1988, S. 189).

Leichsenring et al. (1996) versuchen mit dem Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) alle von König beschriebenen Beziehungswünsche einer metrischen Erfassung zugänglich zu machen. Als einzige Ausnahme lassen sich die aus der ödipalen Ent-

wicklungsphase herrührenden Beziehungswünsche nennen, auf die keine der IZBW-Skalen zielt. Von König werden diese Wünsche allerdings auch nicht deutlich von dem Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften abgegrenzt. Neben den von König als zentrale Beziehungswünsche beschriebenen Motiven berücksichtigen Leichsenring et al. (1996) im IZBW zusätzlich noch den Wunsch nach „Selbstobjektbeziehung“ und „dyadischer Beziehung“. Der Wunsch nach Selbstobjektbeziehung wird von ihnen in Anlehnung an Kohut als Wunsch verstanden, „andere als Teil des eigenen Selbst zu behandeln, über sie zu verfügen wie z.B. über die eigene Hand oder den eigenen Fuß“ (Leichsenring et al. 1996, S. 327). Der Wunsch nach dyadischer Beziehung wird wieder in enger Anlehnung an König verstanden: „Ein Mensch, der auf eine dyadische Beziehungsform fixiert ist, wird nicht in der Lage sein, gleichzeitig Beziehungen zu mehreren wichtigen Objekten angstfrei zu unterhalten. Er wird es auch nicht ertragen können, wenn ein Mensch, der ihm wichtig ist, Beziehungen zu anderen Menschen aufnimmt“ (König 1988, S. 181, zit. von Leichsenring et al. 1996, S. 325). König (1988) allerdings rechnet die Fixierung auf dyadische Beziehungsstrukturen im Gegensatz zu Leichsenring et al. (1996) nicht den zentralen Beziehungswünschen zu, sondern versteht sie als eine von den zentralen Beziehungswünschen mit Einschränkung unabhängige Charaktereigenschaft. Die Einschränkung bezieht sich auf den Wunsch nach Verschmelzung, der aus der „narzißtisch-symbiontischen Entwicklungsphase“ (König 1988, S. 181) stammt, in der die dyadische Beziehungsform „die normale“ (König 1988, S. 181) ist. Verschmelzungswünsche gehen demnach zwangsläufig mit einer dyadischen Fixierung einher. Bei dem Wunsch nach Anerkennung ist dies anders. Zum Zeitpunkt seines Entstehens kann die dyadische Beziehungsform bereits überwunden sein; Anerkennung kann beim „dritten Objekt“ gesucht werden (an dieser Stelle besteht ein Widerspruch zu der ebenfalls von König vertretenen Auffassung, die Beziehungswünsche nach Verschmelzung und Anerkennung ließen sich hinsichtlich des Zeitpunkts ihrer Entstehung nicht differenzieren, siehe oben). König relativiert die Bedeutung der dyadischen Fixierung als Hinweis auf eine tiefgreifende psychostrukturelle Störung noch weiter, indem er ihr die „Fixierung auf die Mehrpersonen-Beziehung“ (König 1988, S. 181) gegenüberstellt. Diese könne sich bei Menschen einstellen, die in größeren Kommunen mit wenig Privatsphäre aufwachsen. Solche Personen reagieren in dyadischen Beziehungssituationen mit Angst, ähnlich, „wie Menschen unruhig und unsicher werden, die auf die dyadische Beziehungsform fixiert sind und in eine Mehrpersonen-Situation geraten“ (König 1988, S. 181).

Trotz der von König angenommenen weitgehenden Unabhängigkeit der Entstehungsbedingungen zentraler Beziehungswünsche und dyadischer Fixierungen geben letztere den zentralen Beziehungswünschen eine bestimmte Färbung. Durch dyadische Fixierungen werden die durch zentrale Beziehungswünsche bedingten intrapsychischen und interpersonalen Probleme



zusätzlich erschwert. Die Abhängigkeit vom (wunscherfüllenden) Objekt gewinnt bei der dyadischen Fixierung an Bedeutung. Entsprechend nimmt die mit den zentralen Beziehungswünschen verbundene Angst noch zu. In besonderer Weise sind die Lösungsmöglichkeiten ödipaler Konflikte bei dyadischer Fixierung beeinträchtigt. Es kann nicht zu einer „Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil in seiner Beziehung zum gleichgeschlechtlichen“ (König 1988, S. 182) kommen. Es kommt nur zu einer Identifikation mit einem Elternteil, das in der Folge in den sekundären Bezugspersonen gesucht und dessen Rolle zugleich vom Selbst einzunehmen versucht wird. Beispielsweise sucht „eine Frau, die an den Vater fixiert ist . . . einen starken Mann, der eine Vaterposition einnimmt. Da sie aber gleichzeitig aus der Identifikation mit dem Vater heraus in heterosexuellen Beziehungen dominieren will, ist der gewählte Ehepartner meist ein schwacher Mann. Heiratet diese Frau einen starken Partner, so wird er schwach gemacht. Die Suche nach einer Vaterfigur geht weiter“ (König 1988, S. 182).

Hinsichtlich der Zusammenhänge von basalen und zentralen Beziehungswünschen unterscheiden sich die Auffassungen von König (1988) und Leichsenring et al. (1996). König (1988) faßt die beiden Dimensionen als voneinander unabhängig auf: „Basale und zentrale Beziehungswünsche verbinden sich. So kann man den Wunsch haben, zentrale Beziehungswünsche in der Beziehung zu neuen, unvertrauten oder aber familiären, vertrauten Menschen zu befriedigen“ (S. 178). Leichsenring et al. (1996) vertreten dagegen die Auffassung, daß zumindest bestimmte zentrale Beziehungswünsche die basalen Beziehungswünsche bedingen. Als Beispiel hierfür nennen sie den Wunsch nach Kontrolle bei zwanghaft strukturierten Persönlichkeiten, der fast zwangsläufig mit dem Wunsch nach Vertrautem einhergehen müsse: „Neues kann schlechter kontrolliert werden als Vertrautes“ (S. 326).

### **II.3.2. Konstruktion und Evaluation**

Mit dem IZBW werden die 7 von König genannten zentralen Beziehungswünsche, die von Leichsenring et al. (1996) als zentraler Beziehungswunsch aufgefaßte „dyadische Fixierung“ und der Wunsch nach einer „Selbstobjektbeziehung“ operationalisiert (Tab. 4). Mit diesen Merkmalen zielt der Fragebogen – wie im vorangehenden Abschnitt dargestellt – auf wesentliche menschliche Motive, die eng mit der Persönlichkeitsstruktur und so auch psychischen

und Persönlichkeitsstörungen zusammenhängen. Leichsenring et al. (1996) betonen ferner den besonderen Stellenwert zentraler Beziehungswünsche im Hinblick auf das Verständnis von Übertragungsprozessen in der psychoanalytischen Psychotherapie. Sie geben ferner ihrer Hoffnung Ausdruck, mit dem IZBW ein Instrument konstruiert zu haben, durch das sich diese Merkmale nicht nur ökonomischer, sondern auch reliabler und valider als im klinischen Interview erfassen lassen. Über die Konstruktion und Evaluation des IZBW liegt nur eine Veröffentlichung vor (Leichsenring et al. 1996). Der Fragebogen ist noch unveröffentlicht.

**Tab. 4: Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche**

---



---

Wunsch nach Verschmelzung
Wunsch nach Zwillingsbeziehung
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung
Wunsch nach Anerkennung
Wunsch nach dyadischer Beziehung
Wunsch nach Versorgung
Wunsch nach Kontrolle
Wunsch nach Steuerung
Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften

Die Konstruktion des IZBW begann mit der Operationalisierung der genannten Beziehungswünsche und der mit ihnen in spezifischer Weise korrespondierenden Ängste und Konflikte in Form von Aussagesätzen. Entsprechend ihrer inhaltlichen Zuordnung wurden diese Aussagesätze sodann als Items zu Skalen zusammengefaßt. Statistische Analysen hatten noch keinen Einfluß auf die vorliegende Version des IZBW, wurden aber von den Autoren vorgenommen und mitgeteilt (Leichsenring et al. 1996). Insgesamt beinhaltet das IZBW 9 Skalen, von denen je eine 11, 10, 9, 7,6 und 3 Items beinhaltet. 3 Skalen werden durch 8 Items repräsentiert. Insgesamt enthält der Fragebogen 70 Items und kann in relativ kurzer Zeit beantwortet werden.

Die Ergebnisse zur Güte des IZBW, die Leichsenring et al. (1996) mitteilen, stammen aus vier unterschiedlichen Studien (Schatz, in Vorbereitung, zit. nach Leichsenring et al. 1996; Spindel, in Vorbereitung, zit. nach Leichsenring et al. 1996; Tabicca, in Vorbereitung, zit. nach Leichsenring et al. 1996; Leichsenring et al. 1996). In allen Studien wurde der Fragebogen an nicht-klinischen Stichproben erhoben, die sich leicht im Hinblick auf soziodemographische Merkmale unterschieden. Eine Stichprobe bestand ausschließlich aus Medizinstudentinnen. Zusätzlich zum IZBW wurde in den 4 Studien je ein weiterer psychologischer Fragebogen erhoben: der Gießen-Test (Beckmann et al. 1983, N=43), die Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 1995, N=40), das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP,

Horowitz et al. 1994, N= 43) und das Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI, Leichsenring 1997, N=34). Zur Bestimmung der Retest-Reliabilität der IZBW-Skalen wurde der Fragebogen bei 3 Studien 4 Wochen nach der ersten Vorgabe erneut erhoben.

Die Ergebnisse zur inneren Konsistenz (N=160) fielen unterschiedlich aus. 6 Skalen erreichten Werte zwischen .75 und .83. Ihre innere Konsistenz läßt sich somit als ausreichend bis befriedigend bezeichnen. Die inneren Konsistenzen der Skalen „Wunsch nach Selbstobjekt“, „Wunsch nach Versorgung“ und „Wunsch nach Kontrolle“ lagen dagegen unter .70 und sind nach Leichsenring et al. (1996) somit zu niedrig. Die Retest-Reliabilitäten lagen mit zwei Ausnahmen zwischen .73 und .88. Die Skalen „Wunsch nach Selbstobjekt“ und „Wunsch nach Kontrolle“ wiesen mit .68 bzw. .65 unbefriedigende Werte auf.

Ein im Hinblick auf die Konstruktvalidität des IZBW relevantes Ergebnis teilen Leichsenring et al. (1996) im Zusammenhang mit den inneren Konsistenzen der Fragebogenskalen am Rand mit. Durch eine Mischung inhaltlich korrespondierender beziehungswunsch-, angst- und konfliktbezogener Items habe sich die innere Konsistenz der IZBW-Skalen nicht beeinträchtigen lassen. Leichsenring et al. (1996) folgern: „Wünsche, Konflikte und Ängste scheinen eine homogene Dimension zu bilden“ (S. 330), und zwar im Sinne des psychoanalytischen Motivationsmodells von König (1988). Weiterhin teilen die Autoren des Fragebogens mit Blick auf die Validität der IZBW-Skalenstruktur Ergebnisse einer Faktorenanalyse auf Skalenebene mit. Hinsichtlich der Konstruktvalidität der IZBW-Skalen berichten sie ferner über deren Zusammenhänge mit denen der oben genannten Fragebögen und soziodemographischen Variablen. Bei allen Berechnungen legten sie ipsatierte IZBW-Skalenwerte zugrunde, d. h. solche, die in bezug auf den jeweiligen IZBW-Gesamtwert (Summe aller Skalenwerte) relativiert wurden ( $\text{ipsativer Skalenwert} = \text{Skalenwert} - \text{Gesamtwert}$ ). Gründe für dieses Vorgehen nennen Leichsenring et al. (1996) nicht. Ebenso lassen sie die mit dieser Methode verknüpften Probleme unkommentiert (die von den Autoren vorgenommene Ipsatierung bedingt eine stochastische Abhängigkeit der IZBW-Skalenwerte untereinander; inhaltlich entspricht dies der mit der Ipsatierung implizit verbundenen, aber nicht ohne weiteres begründbaren Annahme, daß die Varianz der IZBW-Gesamtwerte psychologisch bedeutungslos ist bzw. nicht auf tatsächliche Unterschiede im Ausmaß der erlebten Beziehungswünsche zurückgeht, vgl. Kraus und Eckert 1997b).

Durch eine Faktorenanalyse (N=160, Hauptkomponenten-Methode mit Varimaxrotation) ließen sich 4 Faktoren identifizieren, die insgesamt 66% der Varianz aufklären konnten. Alle Faktoren werden als bipolare Dimensionen interpretiert, weil auf ihnen jeweils mindestens eine Skala hoch positiv und mindestens eine weitere mittelhoch bis hoch negativ lud. Faktor 1

wurde positiv durch die Skalen „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ und „Wunsch nach Kontrolle“ und negativ durch die Skala „Wunsch nach Steuerung“ bestimmt: „Je stärker der Wunsch ist, über andere zu bestimmen oder zu verfügen, desto geringer ist der Wunsch, von anderen gesteuert zu werden und umgekehrt“ (Leichsenring et al. 1996, S. 333). Als problematisch diskutieren Leichsenring et al. (1996), daß die Skalen „Selbst-Objekt“ und „Kontrolle“ auf demselben Faktor luden. Als Erklärung hierfür führen die Autoren an, daß die Wünsche nach Kontrolle und Selbstobjektbeziehung bis zu einem gewissen Ausmaß zusammenhängen. Eine Differenzierung der beiden Konstrukte bleibe aber dennoch notwendig. Begründen ließen sich diese Überlegungen zum einen mit einer signifikanten, aber eher niedrigen Korrelation der beiden Skalen ( $r=.27$ ). Zum anderen korrelierten 2 von 8 Items der Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ höher mit der Skala „Wunsch nach Kontrolle“ als mit der eigenen Skala; gleichzeitig aber habe sich bei Eliminierung dieser Items dieselbe Faktorenstruktur ergeben. Faktor 2 wird positiv durch die Skala „Wunsch nach Dyadische Beziehung“ und negativ durch die Skalen „Wunsch nach Anerkennung“ und (in geringerem Umfang) „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ bestimmt: „Wer Anerkennung wünscht, braucht ein möglichst großes Publikum, nicht eine einzelne Person“ (Leichsenring et al. 1996, S. 334). Faktor 3 vereint (positiv) die Skala „Versorgung“ und (negativ) die Skala „Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“: „Je wichtiger es jemandem ist, eine ‘richtige’ Frau oder ein ‘richtiger’ Mann zu sein, desto weniger wünscht sie oder er sich, versorgt zu werden. – Eine ‘richtige’ Frau oder ein ‘richtiger’ Mann läßt sich nicht (passiv) versorgen!“ (Leichsenring et al. 1996, S. 334). Faktor 4 wird (positiv) durch die Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ und in geringerem Ausmaß (negativ) durch die Skala „Wunsch nach Steuerung“ konstituiert. Seine Bipolarität ist weniger deutlich als bei den anderen Faktoren ausgeprägt.

Leichsenring et al. (1996) problematisieren den fehlenden Zusammenhang zwischen den Skalen „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“, „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ und „Wunsch nach Anerkennung“. In der Kohutschen Selbstpsychologie werden den Wünschen, auf die diese Skalen zielen, zwar unterschiedliche „Reifegrade“ zugeschrieben; weil sie aber alle als Kennzeichen narzißtischer Persönlichkeiten gelten, sei ein engerer Zusammenhang zwischen den entsprechenden Skalen in gewisser Hinsicht zu erwarten gewesen. Die Autoren folgern: „Nach diesen Ergebnissen scheinen die drei Skalen sehr unterschiedliche Aspekte narzißtischer Persönlichkeiten zu erfassen“ (Leichsenring et al. 1996, S. 334). Diese Interpretation ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Geht man zudem bei der Interpretation der Ergebnisse zur Faktorenstruktur des IZBW nicht von der Kohutschen Selbstpsychologie, sondern – was naheliegender ist – von der theoretischen Grundlage des Fragebogens, dem psy-

choanalytischen Motivationsmodell von König (1988, Kap. II.3.1), aus, so lassen sich weitere theoriekonträre Ergebnisse ausmachen. Der als vergleichsweise „reif“ konzeptualisierte Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften hängt nach den Ergebnissen eng mit dem eher „frühen“ Wunsch nach Anerkennung zusammen. Der „früheste“ Wunsch nach Verschmelzung läßt sich auf der Grundlage der Resultate nicht als mit den anderen „frühen“ Wünschen zusammenhängend beschreiben.

Von den (punkt-biserialen) Korrelationen der IZBW-Skalen mit dem Geschlecht und dem auf der Grundlage der beruflichen Tätigkeit operationalisierten Sozialstatus (N=160) erreichte nur eine Signifikanz. Männer erreichten im Vergleich mit den Frauen höhere Werte auf der Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ ( $r=.28$ ). Im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen den IZBW-Skalen mit denen der oben genannten Fragebögen stellten Leichsenring et al. (1996) a priori theoretisch fundierte Hypothesen auf. Die Zusammenhänge zwischen den IZBW- und den Gießen-Test-Skalen fielen insgesamt eher gering aus. Nur eine von insgesamt 54 Korrelationen erreichte mit  $-.46$  einen Wert über  $.40$ . Signifikanz erreichten bei einseitiger Prüfung immerhin 10 Korrelationen; die Hälfte dieser signifikanten Ergebnisse war erwartet worden. Bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den IZBW-Skalen und denen des IIP erreichten mehr Korrelationen Signifikanz (26 von 72). 6 erreichten zudem eine Höhe von über  $.40$ . Von den a priori aufgestellten 19 Hypothesen ließen sich 14 bestätigen. Die Korrelationen zwischen den Skalen des IZBW und der SCL-90-R fielen in Gesamtsicht eher niedrig aus. Vergleichsweise wenige erreichten bei einseitiger Testung Signifikanz (11 von 81); die höchsten Korrelationen erreichten einen Wert von  $.38$ . Die meisten Hypothesen ließen sich hier nicht bestätigen. Mit dem SCL-90-R-Gesamtscore korrelierte nur eine IZBW-Skala signifikant („Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“,  $r=.35$ ). Mit den Skalen des BPI wiesen wieder deutlich mehr IZBW-Skalen signifikante Zusammenhänge auf. Allein mit der BPI-Skala „Angst vor Nähe“ korrelierten 7 der 9 IZBW-Skalen signifikant. Insgesamt erreichten 13 von 36 Korrelationen Signifikanz und 5 von ihnen Werte über  $.40$ . Im Gegensatz zu den Erwartungen von Leichsenring et al. (1996) beschränkten sich die signifikanten Ergebnisse nicht auf die Zusammenhänge zwischen den auf „frühe“ Beziehungswünsche zielenden IZBW-Skalen und denen des BPI. Fast ebenso häufig korrelierten die IZBW-Skalen „Wunsch nach Kontrolle“, „Wunsch nach Steuerung“ und „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ signifikant mit den BPI-Skalen. Insgesamt bewerteten Leichsenring

et al. (1996) ihre korrelationsstatistischen Ergebnisse dahingehend, daß diese „Hinweise auf die Validität des neuentwickelten“ (S. 345) Fragebogens liefern. Im Hinblick auf die Konstruktvalidität der einzelnen IZBW-Skalen fassen die Autoren die Ergebnisse wie folgt zusammen:

„Für die Skala ‘*Verschmelzung*’ ergaben sich signifikante und plausible Zusammenhänge zu Skalen des IIP (‘zu abweisend/kalt’), des SCL-90 (‘Unsicherheit im Sozialkontakt’) sowie des BPI (‘Identitäts-Diffusion’ und ‘Angst vor Nähe’). Zu Skalen des Gießen-Tests bestehen dagegen keine Zusammenhänge. Der Wunsch nach Verschmelzung scheint im Gießen-Test nicht repräsentativ zu sein. Entgegen der Erwartung besteht kein Zusammenhang zur Skala FG des IIP (‘zu introvertiert/sozial vermeidend’). Die Skala ‘*Zwillingsbeziehung*’ weist einen plausiblen Zusammenhang zum Gießen-Test (‘Durchlässigkeit’) und zum IIP auf (negative Korrelation mit ‘zu autokratisch/dominant’). Es bestehen jedoch keine Zusammenhänge zum SCL-90-R oder zum BPI. Der Zusammenhang mit der Skala ‘Durchlässigkeit’ des Gießen-Tests bedeutet: Je stärker der Wunsch nach einer Zwillingsbeziehung ist, desto durchlässiger beschreiben sich die Personen. Wie die faktorenanalytischen Ergebnisse zeigen, hängt der Wunsch nach einer Zwillingsbeziehung jedoch nicht mit dem Wunsch nach Verschmelzung zusammen. Er korreliert eher noch mit dem Wunsch nach einer dyadischen Beziehung. Da keine Zusammenhänge zum SCL-90-R oder zum BPI bestehen, scheint der Wunsch nach einer ‘Zwillingsbeziehung’ jedoch nicht mit Symptomen oder ich-strukturellen Beeinträchtigungen einherzugehen.

Die Skala ‘*dyadische Beziehung*’ weist keine Zusammenhänge zum Gießen-Test oder zum SCL-90-R auf. ‘Dyadische Beziehung’ ist offenbar im Gießen-Test und im SCL-90-R nicht repräsentiert. Dagegen bestehen Zusammenhänge zum IIP (‘zu selbstunsicher, unterwürfig’) sowie zu Skalen des BPI (‘Identitäts-Diffusion’, ‘Angst vor Nähe’, ‘primitive Abwehrmechanismen’). Vor allem die Zusammenhänge zum BPI weisen auf Frühstörungsanteile bei dyadischer Fixierung hin. Diese drücken sich jedoch nicht in Symptomen aus (SCL-90-R). Hier sind jedoch weitere Untersuchungen an klinischen Stichproben erforderlich.

Die Skala ‘*narzißtisches Selbstobjekt*’ weist plausible Zusammenhänge zu Skalen des Gießen-Tests (‘Soziale Resonanz’ und ‘Dominanz’), des IIP (‘zu autokra-

tisch/dominant' und 'zu streitsüchtig/konkurrierend') und des BPI ('Angst vor Nähe') auf. Erwartungsgemäß sind auch die signifikanten negativen Korrelationen zu Skalen des IIP ('zu selbstunsicher/unterwürfig' und 'zu ausnutzbar, nachgiebig') sowie zu bestimmten Symptomen im SCL-90-R ('Unsicherheit im Sozialkontakt', 'Depressivität/Depression'). Es bestehen aber auch (negative) Zusammenhänge zu Symptomen im SCL-90-R, die nicht unmittelbar einleuchten, nämlich zu den Skalen 'Feindseligkeit', 'Psychotizismus' sowie zum Gesamt-Symptom-Belastungs-Index GSI.

Die Skala 'Anerkennung', die sich auf Aspekte der narzißtischen Persönlichkeitsstruktur bezieht, weist keine Zusammenhänge zum Gießen-Test und zu Symptomen im SCL-90-R auf. Sie weist aber einleuchtende positive Zusammenhänge zu Skalen des IIP auf ('zu abweisend/kalt'). Zu Skalen des BPI bestehen ebenfalls einleuchtende Korrelationen ('Angst vor Nähe' und 'primitive Abwehrmechanismen').

Die Skala '*Versorgung*' weist Zusammenhänge zu entsprechenden Skalen des Gießen-Tests ('Depressivität') und des IIPs auf ('zu fürsorglich, freundlich'). Sie korreliert erwartungsgemäß negativ mit der Skala 'zu streitsüchtig, konkurrierend' des IIP. Die Skala '*Versorgung*' korreliert außerdem signifikant mit der Skala 'Dominanz' des Gießen-Tests. Möglicherweise zeigt sich hier der oft beschriebene Zusammenhang zwischen depressiver Struktur und zwanghafter Struktur (z.B. Hoffmann 1984). Einige Zusammenhänge zum SCL-90-R sind einleuchtend ('Somatisierung'), andere dagegen nicht ('Paranoides Denken'). Auch ein Zusammenhang zu 'Depressivität' im SCL-90-R besteht entgegen der Erwartung nicht. Zum BPI besteht kein Zusammenhang, dies ist jedoch erwartungsgemäß: Das Erreichen der depressiven Position im Sinne Melanie Kleins (1946) schließt eine Borderline-Struktur aus (Kernberg 1988).

Die Skala '*Kontrolle*' weist einleuchtende Zusammenhänge zu Skalen des Gießen-Tests ('Dominanz'), des BPI ('Angst vor Nähe') und des IIP ('zu autokratisch, dominant', 'zu streitsüchtig, konkurrierend', 'zu abweisend, kalt') auf. Auch die negativen Korrelationen mit den IIP-Skalen 'zu introvertiert, vermeidend', 'zu selbstunsicher, unterwürfig', 'zu ausnutzbar, nachgiebig' und 'zu fürsorglich, freundlich' sind hypothesenkonform. Dagegen bestehen (in der untersuchten nicht-klinischen Stichprobe) keine Zusammenhänge zu Symptomen im SCL-90-R, d.h. auch nicht zur Skala 'Zwanghaftigkeit'. Der Zusammenhang zwischen der Skala 'Kontrolle' und der Skala 'Angst vor Nähe' des BPI kann so verstanden werden: Je stärker Kontrolle als Wunsch oder Angst im Vor-

dergrund steht, desto stärker wird Nähe gefürchtet. Möglicherweise wird befürchtet, daß in der Nähe keine Kontrolle mehr möglich ist. Umgekehrt gilt: Je stärker die Angst vor Nähe ist, desto stärker ist Wunsch, die Kontrolle in Beziehungen zu haben bzw. die Angst, sie zu verlieren.

Die Skala '*Steuerung*' korreliert erwartungsgemäß signifikant mit Skalen des Gießen-Tests ('Gefügigkeit', 'negative soziale Resonanz', 'sozial impotent') und des IIP ('zu introvertiert, vermeidend', 'zu selbstunsicher, unterwürfig', 'zu ausnutzbar, nachgiebig', 'zu fürsorglich, freundlich' sowie negativ mit 'zu autokratisch, dominant' und 'zu streitsüchtig, konkurrierend'). Auch zur Skala 'Angst' des SCL-90-R besteht ein erwartungskonformer Zusammenhang, nicht dagegen zur Skala 'Phobie' des SCL-90-R. Entgegen der Erwartung bestehen auch Zusammenhänge zum BPI ('Angst vor Nähe', 'primitive Abwehrmechanismen'). Die signifikante Korrelation mit 'Angst vor Nähe' läßt sich möglicherweise aus der Ambivalenz gegenüber dem steuernden Objekt erklären: Nähe wird einerseits gewünscht, andererseits aber auch gefürchtet, weil das steuernde Objekt eben auch entmündigen kann. Der Zusammenhang zur Skala 'primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen' des BPI dagegen ist nicht so leicht zu verstehen.

Die Skala, die sich auf die Anerkennung der *Geschlechtseigenschaften* bezieht, korreliert mit keiner Skala des Gießen-Tests oder des SCL-90-R. Es findet sich eine negative Korrelation zu einer Skala des IIP ('zu selbstunsicher, unterwürfig'). Diese läßt sich so interpretieren: Je stärker der Wunsch ist, eine 'richtige' Frau oder ein 'richtiger' Mann zu sein bzw. je stärker die entsprechende Angst ist, desto weniger 'selbstunsicher, unterwürfig' beschreiben sich die Probanden. Weiterhin bestehen signifikante positive Korrelationen zu Skalen des BPI ('Angst vor Nähe', 'primitive Abwehrmechanismen'). Diese Korrelationen können auf Frühstörungsanteile bei hysterischen Persönlichkeiten hinweisen: Bei der hysterischen Struktur werden ja reifere und weniger reife Formen unterschieden, je nachdem in welchem Ausmaß ödipale oder aber orale und narzißtische Konflikte im Vordergrund stehen (Mentzos1980; Hoffmann 1984)“ (Leichsenring et al. 1996, S. 341ff., Hervorhebungen im Original).

Die korrelationsstatistischen Ergebnisse von Leichsenring et al. (1996) stehen unter mehreren Vorbehalten. Zum einen ist es fraglich, ob die Ergebnisse auf klinische Stichproben, für die



der Fragebogen in erster Linie konstruiert wurde, übertragen werden können. Ferner ist die vergleichsweise große Verfälschbarkeit von Korrelationskoeffizienten bei kleinen Stichproben zu berücksichtigen. Weiterhin dürften die Voraussetzungen für eine Interpretation ipsatierter IZBW-Skalenwerte bei den von Leichsenring et al. (1996) untersuchten Stichproben nur bedingt gegeben sein. Es kann ausgeschlossen werden, daß sich Personen der Allgemeinbevölkerung im Ausmaß ihrer zentralen Beziehungswünsche gleichen. Im Hinblick auf die Ergebnisse zum IIP kommt noch hinzu, daß Leichsenring et al. (1996) nicht mitteilen, ob dessen Skalenwerte – wie bei diesem Instrument nicht unüblich – ebenfalls ipsatiert worden waren. Fragwürdig ist die Interpretation des Zusammenhangs zwischen der IZBW-Skala „Zwillingsbeziehung“ und der Gießen-Test-Skala „Durchlässigkeit“. Zwar beinhalten beide Konstrukte die Erfahrung intensiver psychischer Nähe. Während diese bei der „Zwillingsbeziehung“ jedoch dadurch entsteht, daß „das Zwillingsobjekt so phantasiert wird, daß es mit dem Selbstkonzept des Wünschenden übereinstimmt“ (König 1988, S. 179) und theoretisch mit einem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau korrespondieren müßte, verhalten sich diese Zusammenhänge bei der „Durchlässigkeit“ umgekehrt. „Durchlässigkeit“ beruht nach den Autoren des Gießen-Tests (Beckmann und Richter 1981) auf einem starken „Urvertrauen“ (S. 50), das flexible Ganzobjektbeziehungen ermöglicht. Berücksichtigt man zudem die fehlenden Zusammenhänge der Skalen „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ mit den SCL-90-R- und BPI-Skalen, so muß die Konstruktvalidität der IZBW-Skala in Frage gestellt werden. Die meisten korrelationsstatistischen Ergebnisse interpretieren Leichsenring et al. (1996) jedoch zurecht als eher für die Konstruktvalidität des IZBW sprechend. Vor dem Hintergrund der genannten Vorbehalte und den hypothesenkonträren Ergebnissen läßt sich die Validität der Skalenstruktur des Fragebogens aber noch keinesfalls als gesichert annehmen. In Zweifel gezogen werden muß auf der Grundlage der von Leichsenring et al. (1996) mitgeteilten Ergebnisse, daß die IZBW-Skalenwerte generelle Rückschlüsse auf das Integrationsniveau der Objektbeziehungen und die Ich-Struktur zulassen – aber auch in dieser Hinsicht lassen sich noch keine sicheren Schlußfolgerungen ziehen.

### III. Ziele und Fragestellungen

Im Mittelpunkt dieser Studie steht die Frage nach der Konstruktvalidität zweier psychodynamisch fundierter Fragebögen – das NI und das IZBW. Beide Instrumente basieren auf spezifischen theoretischen Modellen, die in Kap. II ausführlich beschrieben wurden. Das NI wurde wie auch das IZBW rational entwickelt (vgl. Lösel 1988): Vorbestehende theoretische Konstrukte wurden operationalisiert und mittels statistischer Auswertungen zu validieren versucht. Die theoretische Grundlage für die Konstruktion des IZBW bildete ein psychoanalytisches Motivationsmodell, das im Rahmen seiner Operationalisierung nur geringfügig abgeändert bzw. erweitert wurde (Kap. II.3.1). Die Entwicklung des NI nahm ihren Ausgangspunkt in unterschiedlichen Theorien zum „Narzißmus“, die parallel zur Konstruktion des Fragebogens in einer umfassenden Theorie des „narzißtischen Persönlichkeitssystems“ integriert wurden (Kap. II.2.1).

Einen wichtigen Unterschied weisen die NI- und IZBW-Skalen hinsichtlich des Abstraktionsgrades der Konstrukte auf, die sie erfassen sollen. Das Narzißmusinventar zielt mit „narzißtischen Regulationsmechanismen“ auf psychische Funktionen, die (zumindest teilweise) per Definitionem unbewußt sind. Es handelt sich bei ihnen um Konstrukte, die zur Erklärung einer großen Bandbreite klinischer Phänomene herangezogen werden können. Zweck des IZBW ist es, mit den „zentralen Beziehungswünschen“ psychische Inhalte zu erfassen, die im Gegensatz zu den „narzißtischen Regulationsmechanismen“ prinzipiell bewußtseinsfähig sind, wenngleich ihnen – durch den Einsatz von Abwehrmaßnahmen bedingt – häufig der Zugang zum Bewußtsein verwehrt bleibt oder nur in entstellter Form ermöglicht wird.

Die „narzißtischen Regulationsmechanismen“ bzw. die „zentralen Beziehungswünsche“, die durch die NI- und IZBW-Skalen operationalisiert werden sollten, stehen in einem engen theoretischen Zusammenhang mit jeweils noch abstrakteren Konstrukten. Beim NI sind dies 4 übergeordnete Formen der Selbstorganisation, die durch 4 Faktoren höherer Ordnung repräsentiert werden. Durch die Vorgabe des NI sollen in diesem Zusammenhang nicht nur Erkenntnisse zur Vorkommenshäufigkeit einzelner psychischer Prozesse gewonnen werden. Darüber hinaus ist ein Ziel der Anwendung des Fragebogens, mit der Erfassung narzißtischer Regulationsmechanismen zugleich zu Erkenntnissen über die Struktur der mentalen Repräsentationen des Selbst in seiner Beziehung zur Umwelt zu gelangen. In ähnlicher Weise soll

die Erfassung zentraler Beziehungswünsche durch das IZBW theoriegeleitet Rückschlüsse auf die Struktur der internalisierten Objektbeziehungen zulassen.

Mit der Untersuchung der Konstruktvalidität zweier Fragebögen, die eine Erfassung vorwiegend unbewußter Inhalte zum Ziel haben, verbindet sich eine Fragestellung viel grundsätzlicherer Art: Ist es möglich, unbewußte psychische Inhalte – seien es Ich-Funktionen wie die narzißtischen Regulationsmechanismen oder die der Zensur des Ich unterliegenden Beziehungswünsche – durch Fragebögen zu erfassen? Offenkundig ist, daß dies zumindest auf direktem Weg nicht möglich ist. Die Beantwortung von Fragebögen beinhaltet komplexe kognitive Prozesse wie die Reflexion der eigenen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen. Durch solche Vorgänge kann eine große Distanz zum Unbewußten entstehen. Häufig wird die Selbstreflexion durch Abwehrmaßnahmen beeinflusst und so in der Objektivität ihrer Ergebnisse beeinträchtigt. In Anlehnung an Olf et al. (1990) ließe sich vermuten, daß unbewußt ablaufende psychische Prozesse wie die Ich-Funktionen eine von solchen „elaborated reflections on self-observed behaviour“ (S. 96) gänzlich unabhängige psychische Dimension darstellen. Die Autoren psychodynamischer Fragebögen vertreten – wie im vorangehenden Kapitel dargestellt – eine andere Auffassung. Sie gehen davon aus, daß sich mit den durch psychodynamische Fragebögen erfaßten Merkmalen Derivate unbewußter psychischer Inhalte abbilden lassen, und zwar so, daß hinreichend valide Rückschlüsse von den Derivaten auf die in Frage stehenden Konstrukte gezogen werden können. Noch kann die generelle Frage nach der Erfäßbarkeit unbewußter psychischer Inhalte durch Fragebögen nicht abschließend beantwortet werden. Die sich gegenseitig ausschließenden Positionen zu dieser Frage werden mit empirischen Ergebnissen belegt (vgl. Olf et al. 1990), deren externe Validität offenbar in Zweifel gezogen werden muß.

Ein wichtiger Aspekt der Konstruktvalidität ist die diskriminante Validität. Bei der Konstruktvalidierung psychodynamischer Fragebögen ist dies insbesondere mit Blick auf die Diagnostik psychopathologischer Symptome, Persönlichkeitsstörungen und sog. traits zu beachten. Zweifellos hängen diese 3 Merkmalsbereiche eng mit allen wichtigen Konstrukten der psychoanalytischen Theorie zusammen. Nach psychoanalytischer Auffassung kann der Symptom- wie der Charakterbildung die (unbewußte) Funktion zukommen, intrapsychische Konflikte kompromißhaft zu lösen (Mentzos 1993). Rudolf (1996) vertritt die Auffassung, daß sich die Persönlichkeitsstruktur als ein Versuch der Bewältigung des sog. depressiven Grundkonflikts entwickelt, dem Konflikt zwischen Bindungswünschen auf der einen Seite und dem Streben nach Autonomie auf der anderen. Die Abgrenzung psychodynamisch relevanter Merkmale wie Ich-Funktionen und Beziehungswünsche von traits ist besonders schwer. Versteht man mit Dorsch (1987) unter traits relativ konstante Charakterzüge, so läßt

sich kaum ein Unterschied ausmachen. Wichtig ist vor diesem Hintergrund der Nachweis, daß psychodynamische Fragebögen durch spezifische Itemformulierungen Merkmale erfassen, die von psychodiagnostischen Instrumenten mit anderer theoretischer Grundlage nicht abgebildet werden. Andernfalls wären es nur die Vorschriften zur Ergebnisinterpretation, hinsichtlich derer sich psychoanalytisch fundierte von anderen psychologischen Fragebögen unterscheiden lassen.

Die Bestimmung der Konstruktvalidität eines psychodiagnostischen Instruments ist „wegen der fehlenden operationalen Faßbarkeit . . . ein Vorgang von erheblicher Schwierigkeit und mit großem technisch-ökonomischem Aufwand verbunden“ (Lienert und Raatz 1994, S. 226). So wenig wie man für die Konstruktvalidierung eines psychodiagnostischen Instruments ein bestimmtes methodisches Vorgehen festschreiben kann, so vielgestaltig sind die unterschiedlichen Vorgehensweisen, die in diesem Forschungsprozeß zur Anwendung gelangen können. Lienert und Raatz (1994) unterscheiden in dieser Hinsicht grob die „Logische Analyse, empirisch-korrelationsstatistische und experimentelle Ansätze“ (S. 226). Die bis dato vorliegenden Hinweise zur Konstruktvalidität des NI stammen – wie in Kap. II.2.2 ersichtlich wurde – fast ausschließlich aus quasi-experimentellen Ansätzen und Untersuchungen der Zusammenhänge der NI-Skalen mit denen anderer psychologischer Fragebögen. Die Untersuchungen zur Validität des IBZW beschränken sich auf die letztgenannte Kategorie. Die bisher vorliegenden Ergebnisse von Validierungsstudien zum NI und IBZW sind – wie ebenfalls im vorangehenden Kapitel gezeigt – bezogen auf einzelne Skalen dieser Fragebögen problematisch. Gleichwohl wurde deren inhaltlich-logische Validität nicht weiter untersucht, im Gegenteil: Eine Problematisierung der Ergebnisse wurde unterlassen. Der Zweck dieser Studie ist es, die genannten Forschungsdefizite zu beheben, und zwar dadurch, daß 1) bei der Konstruktvalidierung Experteneinschätzungen herangezogen werden und 2) auf der Grundlage erwartungskonträrer Ergebnisse gegebenenfalls Skalen und Items inhaltsanalytisch untersucht werden. Aufgrund ihrer besonderen Relevanz im Hinblick auf die Konstruktvalidierung psychodynamischer Fragebögen wird darüber hinaus 3) die diskriminante Validität des NI und des IBZW erneut untersucht. Zur Erkundung der konzeptuellen Bezüge, die zwischen den theoretischen Grundlagen der beiden Fragebögen bestehen, interessieren 4) die Zusammenhänge zwischen den NI- und IBZW-Skalen. Als Expertenurteile wurden Einschätzungen intrapsychischer Konflikte und psychostruktureller Merkmale ausgewählt, weil diese im Hinblick auf die psychoanalytische Theorie psychischer Störungen und deren Klassifikation – z.B. in sog. frühe

und neurotische Störungen – einen zentralen Stellenwert haben. Zur Bestimmung der diskriminanten Validität des NI und IZBW wurde je ein bewährter Fragebogen zur Erfassung psychopathologischer Symptome und traits ausgewählt. Die diskriminante Validität der beiden psychodynamischen Fragebögen gegenüber Instrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, wie sie im Rahmen operational-deskriptiver Diagnosesysteme definiert werden, wird in dieser Studie nicht untersucht. Die Gründe hierfür werden im nachfolgenden Kapitel erörtert.

Ausgehend von der (übergeordneten) Frage, ob das NI und IZBW konstruktvalide sind, werden in dieser Studie folgende Teilfragestellungen untersucht:

- 1) Wie hängen die NI- und IZBW-Skalen mit Fremdeinschätzungen verschiedener Formen intrapsychischer Konflikte zusammen?
- 2) Wie hängen die NI- und IZBW-Skalen mit Fremdeinschätzungen des Integrationsniveaus verschiedener psychostruktureller Merkmale zusammen?
- 3) Wie hängen die NI- und IZBW-Skalen mit Selbsteinschätzungen verschiedener Persönlichkeitseigenschaften (traits) zusammen?
- 4) Wie hängen die NI- und IZBW-Skalen mit Selbsteinschätzungen verschiedener psychopathologischer Merkmalsbereiche zusammen?
- 5) Wie hängen die Skalen des NI mit denen des IZBW zusammen?

Die Hypothesen, die im Zusammenhang mit diesen Fragestellungen generiert und im Rahmen der vorliegenden Studie überprüft wurden, werden nicht in diesem Abschnitt beschrieben. Zuerst folgt in Kap. IV die Darstellung der untersuchten Stichprobe und der zur Validierung des NI und IZBW herangezogenen Instrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung relevanter Persönlichkeitsmerkmale. In Kap. V werden sodann die Ergebnisse einer Überprüfung der Frage mitgeteilt, welche Fremdeinschätzungen sich im Hinblick auf die Validierung des NI und IZBW eignen (Varianz, Reliabilität, Validität). Ausgehend von einer Auswahl geeigneter Items (Kap. V) werden anschließend (Kap. VI) die Hypothesen beschrieben.

## **IV. Methodik**

### **IV.1. Stichprobe**

#### **IV.1.1. Herkunft der Stichprobe: Forschungsprojekt „Ecstasy-Konsumenten“**

Zur Untersuchung der in Kap. III genannten Fragestellungen wurden fast ausschließlich Daten genutzt, die im Rahmen des sog. Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (UKE) erhoben worden waren (159 von 161 Datensätzen, siehe unten). In der wissenschaftlichen Literatur findet sich eine Vielzahl von Beiträgen, in denen der Konsum von Ecstasy (Sammelbezeichnung für die Methylenedioxyamphetamine, vgl. Thomasius und Kraus 1999a) für eine ganze Reihe gesundheitlicher Komplikationen und Folgewirkungen verantwortlich gemacht wird (vgl. Thomasius et al. 1997, 1998). In der Regel handelt es sich um Vermutungen, die mit einzelnen Fallbeispielen zu belegen versucht und auf tierexperimentelle Befunde zurückgeführt werden. Im Rahmen der Studie am UKE, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, konnten die in der Literatur beschriebenen Folgen des Ecstasy-Konsums erstmals an einer größeren und zumindest annähernd repräsentativen Stichprobe untersucht werden. Die einzelnen Untersuchungsmethoden, die im Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ zur Anwendung gelangten, lassen sich einer psychiatrisch-psychologischen, neurologischen und internistischen Analyseebene zuordnen. In psychiatrischer Hinsicht wurde eine ausführliche Anamnese erhoben, die eine umfassende Suchtdiagnostik beinhaltet. Ein zentraler Aspekt der psychologischen Diagnostik bestand in der Erhebung psychoanalytisch fundierter Ratingskalen auf der Grundlage psychodynamischer Interviews. Zu diesen Instrumenten gehörte das multiaxiale Diagnosesystem „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD 1996, Kap. IV.2.1), das in der vorliegenden Studie zur Validierung des Narzißmusinventars und des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche herangezogen wurde. Zudem wurden im Forschungsprojekt „Ecstasy-Konsumenten“ mehrere psychologische Fragebögen erhoben. Von ihnen wurden neben den in Frage stehenden psychoanalytisch fundierten Inventaren zwei weitere Instrumente in die vorliegende Studie einbezogen. Es handelt sich um Fragebögen, die auf die Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften (Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A1, vgl. Kap. IV.2.3) bzw. verschiedene psychische Symptombereiche (Symptom-

Checkliste, SCL-90-R, vgl. Kap. IV.2.4) zielen. Ein ausführlicher Überblick über die im Forschungsprojekt „Ecstasy-Konsumenten“ eingesetzten psychiatrischen, neurologischen und internistischen Untersuchungsmethoden findet sich bei Thomasius (1998).

Eine wichtige Zielsetzung des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ bestand in der Identifikation von Risikofaktoren, die für Suchtentwicklungen oder drogeninduzierte psychische und organische Störungen prädisponieren. Die Daten, die im Rahmen der vorliegenden Studie ausgewertet wurden, waren von Mai 1997 bis Oktober 1998 erhoben worden. In diesem Zeitraum wurden eine Untersuchungsgruppe (n=107) und zwei Vergleichsgruppen (n<sub>1</sub>=37, n<sub>2</sub>=15) untersucht. Zur Untersuchungsgruppe gehörten ausschließlich Probanden, die Erfahrungen mit Ecstasy hatten. In Abhängigkeit von ihren (Ecstasy-)Konsummustern ließen sie sich drei Untergruppen zuordnen: Probierkonsumenten (n=10), Gelegenheitskonsumenten (n=60) und Dauerkonsumenten (n=37). Als Dauerkonsumenten wurden solche Probanden eingestuft, die hinsichtlich Ecstasy die Kriterien der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10, Dilling et al. 1993) für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllen. Als Gelegenheitskonsumenten wurden jene Studienteilnehmer eingruppiert, die kumulativ mehr als 10 Konsumeinheiten Ecstasy eingenommen hatten, aber nicht durch ein Abhängigkeitsyndrom imponierten. Fast ausnahmslos handelte es sich bei ihnen um junge Erwachsene, deren Drogenkonsum eng mit bestimmten sozialen Anlässen („Techno-Partys“) verknüpft war und daher zyklische Muster aufwies (vgl. Thomasius und Kraus 1999b,c). Die Probierkonsumenten hatten definitionsgemäß nicht häufiger als 10 mal eine Ecstasy-Tablette eingenommen. Zur ersten Vergleichsgruppe gehörten Probanden, die zwar Erfahrungen mit sogenannten illegalen Drogen (alle dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden psychotropen Substanzen außer Cannabis), aber noch nie Ecstasy eingenommen hatten. In der Regel handelte es sich bei ihnen um Jungerwachsene, die Cannabisprodukte und stimulierende Substanzen wie Amphetamine und Kokain sowie Halluzinogene konsumierten. Die zweite Vergleichsgruppe setzte sich aus Gleichaltrigen zusammen, die außer Cannabisprodukten noch nie illegale Substanzen eingenommen hatten. Sie wiesen aus suchtdiagnostischer Sicht eher unproblematische Konsumgewohnheiten auf. Um zu möglichst detaillierten Erkenntnissen über die Zusammenhänge zwischen Konsumverläufen, persönlichkeitsbezogenen und körperlichen Folgewirkungen zu gelangen, wird eine Weiterführung der Studie als Längsschnittuntersuchung angestrebt.

Für die vorliegende Studie ist das Untersuchungsdesign des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ von untergeordneter Relevanz. Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Validität der in Frage stehenden Inventare sind jedoch die spezifischen Merkmale der Stichprobe zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wird das Phänomen der zunehmenden Verbreitung des Ecstasy-Konsums im nachfolgenden Abschnitt beschrieben. Danach wird auf die Rekrutierung der Stichprobe (Kap. IV.1.3), ihr soziodemographisches Profil (Kap. IV.1.4.1) und drogenkonsumbezogene Stichprobenmerkmale (Kap. IV.1.4.2) eingegangen.

Zusätzlich zu den im Rahmen des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ untersuchten Probanden wurden 2 Patienten in die Stichprobe aufgenommen, die 1998 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf stationär behandelt wurden, und zwar um die Varianz der Fremdeinschätzungen (OPD-Ratings) nach Möglichkeit etwas zu vergrößern.

#### **IV.1.2. Exkurs: Ecstasy-Konsumenten**

Der Anteil der in Deutschland lebenden Personen, der Erfahrungen mit dem Konsum von Ecstasy hat, hat sich von 1990 bis 1995 verdoppelt (Frauen) bzw. verdreifacht (Männer). Insgesamt hatten 1995 2,3 % der weiblichen und 4,0% der männlichen in Deutschland lebenden 14-24jährigen die Substanz mindestens einmal eingenommen. Besonders häufig konsumieren im Westteil Deutschlands lebende männliche Jungerwachsene Ecstasy, bei den 18-20jährigen dieser Population beträgt die Lebenszeitprävalenz etwa 7% (Schuster und Wittchen 1996). Eine Befragung Jugendlicher im Westteil Berlins ergab erstmals, daß die Beliebtheit von Ecstasy jene von Cannabisprodukten bei den besonders jungen Konsumenten übertrifft: 12,9% der befragten 15-17jährigen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy eingenommen zu haben; nur 9,2% berichteten dagegen über Erfahrungen mit Cannabis (Berliner Senat 1998). In aller Regel ist der Ecstasy-Konsum in zyklisch-polytoxikomane Gebrauchsmuster eingebettet. Die meisten Konsumenten nehmen die Substanz an Wochenenden und Feiertagen im Rahmen sog. Raves ein – Tanzveranstaltungen, auf denen Jugendliche und Jungerwachsene zu den Rhythmen der sog. Techno-Musik tanzen. Kombiniert wird Ecstasy in etwa 90% der Fälle mit Cannabisprodukten; etwa 75% der Konsumenten nehmen zusätz-



lich Amphetamine und ca. 50% Kokain ein. Heroin wird von Ecstasy-Konsumenten in aller Regel gemieden (vgl. Thomasius und Kraus 1999b).

Für einen Teil der Ecstasy-Konsumenten macht das spezifische Wirkungsprofil der Substanzgruppe vermutlich einen besonderen Reiz aus. Anders als bei allen anderen bekannten Rauschmitteln entfaltet sich die Wirkung der Methylenedioxyamphetamine primär im zwischenmenschlichen Erleben. Der Rausch ist nach dem subjektiven Eindruck der Konsumenten durch eine Steigerung der Empathie- und Introspektionsfähigkeit gekennzeichnet. Daneben kommt es zu einer allgemeinen Stimulierung und Stimmungsaufhellung. Halluzinogene und betäubende Wirkungskomponenten fehlen weitgehend (Thomasius et al. 1997, 1998). Von hoher gesundheitspolitischer Brisanz ist die weite Verbreitung des Ecstasy-Konsums aufgrund der gesundheitlichen Folgewirkungen, die auf die Substanzgruppe zurückgeführt werden (Thomasius et al. 1997, 1998). Ebenso bedeutsam ist die Frage, ob Ecstasy-Konsumenten regelhaft Abhängigkeitserkrankungen entwickeln. Der Kenntnisstand war bis zur Durchführung des Projekts „Ecstasy-Konsumenten“ am UKE im Hinblick auf beide Fragestellungen defizitär. Zur zweiten Frage lagen einige Fragebogenuntersuchungen vor, die jedoch keine gesicherten Erkenntnisse über Suchtentwicklungen lieferten. Allerdings belegten diese Studien, daß eine Untergruppe der Konsumenten Ecstasy fast täglich oder täglich und zum Teil abgekoppelt von sozialen Anlässen einnimmt. Aus diesem Ergebnis ließen sich die Annahmen ableiten, daß 1) Ecstasy-Abhängigkeiten vorkommen und 2) Ecstasy-Konsumenten in ganz unterschiedlichem Ausmaß im Hinblick auf Suchtentwicklungen gefährdet sind (vgl. Kraus 1999b).

Die Veröffentlichung der (Ecstasy-bezogenen) Ergebnisse des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ behält sich der Auftraggeber der Studie, das Bundesministerium für Gesundheit, vor. Aus diesem Grund können die in Hamburg gewonnenen Erkenntnisse zum Ecstasy-Konsum hier nicht zusammengefaßt werden.

#### **IV.1.3. Rekrutierung der Stichprobe und Untersuchungsdurchführung**

Die im Rahmen des Projekts „Ecstasy-Konsumenten“ untersuchten Probanden wurden auf unterschiedliche Weise rekrutiert. Bei 13 Probanden (8,2%) handelte es sich um Patienten.

Ihnen war eine Teilnahme an der Studie von ihren behandelnden (niedergelassenen) Ärzten oder Mitarbeitern der sog. Drogensprechstunde des UKE nahegelegt worden. 37 Probanden (23,3%) waren durch Berichte in den Medien auf die Möglichkeit aufmerksam geworden, sich im Hinblick auf mögliche Folgewirkungen des Ecstasy-Konsums untersuchen zu lassen und stellten eigeninitiativ einen Kontakt her. Gleiches gilt für 8 Probanden (5,0%), die durch Freunde oder Bekannte vom Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ gehört hatten. Der weitaus größte Teil der Probanden (n=101, 63,5%) wurde durch studentische Mitarbeiter der Studie in Diskotheken oder auf privat organisierten „Techno-Parties“ nach einem Zufallsprinzip angesprochen und rekrutiert. Im Regelfall wurde für dieses Vorgehen bereits im Vorwege das Einverständnis der Diskothekenbetreiber bzw. Veranstalter eingeholt. In einigen Fällen war dies erst vor Ort möglich. Die Ausschöpfungsquote betrug bei diesem Rekrutierungsmodus in etwa 30%. Die in Diskotheken angesprochenen Personen wurden beim Erstkontakt über das Forschungsanliegen und den Untersuchungsablauf informiert. Ihnen wurde ferner ein Incentive von 75,- DM und eine individuelle Ergebnisrückmeldung in Aussicht gestellt. Jene „Raver“ (vgl. Kap. IV.1.2), die sich für eine Teilnahme entschlossen, wurden danach telefonisch kontaktiert, so daß ein Termin und organisatorische Details abgesprochen werden konnten.

Die ambulant durchgeführten psychiatrischen, neurologischen und internistischen Untersuchungen erstreckten sich bei Probanden, die zur Untersuchungsgruppe gehören, auf 3 Tage. Bei Studienteilnehmern, die zu den Vergleichsgruppen gehören, reichten 2 Tage aus. Sie wurden aus ethischen Gründen einer besonders zeitintensiven neurologisch-nuklearmedizinischen Untersuchung, die mit einer vergleichsweise starken radioaktiven Belastung einhergeht (Positronen-Emissions-Tomographie), nicht unterzogen. Insgesamt ergab sich für die Probanden ein Zeitaufwand zwischen 13 und 18 Stunden. Die Reihenfolge der Untersuchungen mußte aus organisatorischen Gründen variiert werden. Die für die vorliegende Studie relevanten psychodynamischen Interviews (vgl. Kap. IV.2.1) wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Untersuchungsabläufe integriert. Die Probanden wurden gebeten, zwischen den Untersuchungen entstehende Pausen zur Bearbeitung der erwähnten Fragebögen zu nutzen. Um bei Ende der Untersuchungen unausgefüllt gebliebene Fragebögen nachreichen zu können, bekamen die Probanden – gegebenenfalls – einen frankierten Rückumschlag.

#### IV.1.4. Zusammensetzung der Stichprobe

##### IV.1.4.1. Soziodemographisches Profil

Wie bereits erwähnt, setzt sich die untersuchte Stichprobe aus insgesamt 159 im Rahmen des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ untersuchten Probanden und 2 stationär behandelten psychiatrischen Patienten zusammen (Kap. IV.1.1). Die folgenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf die im Rahmen des Forschungsprojekts untersuchten Personen. Insgesamt wurden 91 jungerwachsene Männer mit einem Durchschnittsalter von 22,8 Jahren ( $s=3,6$ ) untersucht. Die Frauen ( $n=68$ ) waren im Mittel 20,9 Jahre alt ( $s=3,5$ ). 154 Probanden waren ledig, 2 verheiratet und 2 geschieden. Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer (70, 49,1%) berichtete (in einem Fragebogen) über „feste Partnerschaften“, 30 von ihnen gaben an, mit dem Freund bzw. der Freundin zusammen zu leben. Ein Teil der Probanden lebte zum Zeitpunkt der Untersuchungen in „zeitweiligen“ Beziehungen (27, 17%); 61 (38,4%) gaben an, „alleinstehend“ zu sein. In einem Fall lagen keine Angaben zum Familienstand vor.

Weitere Informationen zum soziodemographischen Profil der Stichprobe liefert Tab. 5.

**Tab. 5: Soziodemographische Stichprobenmerkmale<sup>1</sup> (vgl. Text):  
Wohnsituation, Berufstätigkeit, Schulbildung und Einkommen  
(N=Anzahlen und Prozentsätze)**

<i>Wohnsituation</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Schulbildung</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Eigene Wohnung	67	42,1	ohne Abschluß	9	5,7
Bei Angehörigen	65	40,9	Hauptschulabschluß	21	13,2
Zur Untermiete	4	2,5	Mittl. Reife/ abg. 10. Kl.	69	43,4
Wohngemeinschaft	18	11,3	Fachoberschulreife	2	1,3
Wohnheim	1	0,6	Abitur/Fachabitur	56	35,2
Sonstiges	4	2,5	Hochschulabschluß	2	1,3
<i>Berufliche Tätigkeit</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Einkommen</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Auszubildender	24	15,1	Erwerbstätigkeit	67	42,1
Angestellter/Beamter	20	12,6	Arbeitslosengeld/-hilfe	15	9,4
Arbeiter	7	4,4	Sozialhilfe	5	3,1
Facharbeiter	4	2,5	Unterst. durch Angehörige	47	29,6
Selbständiger	8	5,0	Illegale Einkünfte	5	3,1
Erwerbsloser	18	11,3	Sonstige Einkünfte	8	5,0
Schüler/Student	61	38,4	Mischfinanzierung	7	4,4
Sonstiges	15	9,4	Ohne Angaben	5	3,1

<sup>1</sup>Die Angaben beziehen sich auf die der Befragung vorangegangenen 6 Monate

Die Angaben zur Schulbildung, beruflichen Tätigkeit, Finanzierung des Lebensunterhalts und Wohnsituation beziehen sich auf die den Untersuchungen vorangegangenen 6 Monate. Ge-

messen am Altersdurchschnitt ist das soziodemographische Profil der Stichprobe insgesamt unauffällig. Die vergleichsweise hohe Quote Erwerbs- und Schulabschlußloser sollte vor dem Hintergrund des geringen Alters der Probanden nicht überbewertet werden. Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit der inzwischen vielfach belegten Erkenntnis, daß der Ecstasy-Konsum in aller Regel nicht mit schwerwiegenden sozialen Desintegrationsprozessen einhergeht (vgl. Thomasius und Kraus 1999b). Ein wesentlicher soziodemographischer Unterschied zwischen Ecstasy-Konsumenten mit unterschiedlichen Drogenverwendungsmustern fand sich hinsichtlich der Schulbildung. So verfügten 70% der Probierkonsumenten über die Hochschulreife, bei jenen mit anderen Konsumgewohnheiten waren es nur 27% (Gelegenheitskonsumenten) bzw. 19% (Dauerkonsumenten). Eine nach Konsummustern differenzierte Stichprobenbeschreibung wird in Kürze voraussichtlich vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

#### **IV.1.4.2. Drogenkonsumbezogenes Profil**

Wie aus der Beschreibung des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ (Kap. IV.1.1) bereits hervorging, setzt sich die untersuchte Stichprobe überwiegend aus Konsumenten illegaler Drogen zusammen. In diesem Abschnitt wird die Stichprobenbeschreibung im Hinblick auf Drogenverwendungsmuster und den Suchtstatus vervollständigt. Tab. 6 zeigt die Lebenszeitprävalenzen in Bezug auf den Konsum relevanter Rauschmittel. Fast alle Probanden haben Erfahrungen mit Alkohol und Cannabisprodukten sowie deutlich mehr als die Hälfte mit Amphetaminen, Kokain und Halluzinogenen. Heroin hat nur eine vergleichsweise kleine Teilstichprobe mindestens einmal eingenommen.

Im Hinblick auf den Suchtstatus ist zu berücksichtigen, daß neben Ecstasyabhängigkeiten auch auf andere Substanzen bezogene Abhängigkeitssyndrome vorkamen. Abgesehen von der Nikotinsucht und unter Berücksichtigung von Doppeldiagnosen imponierten immerhin 20 der 60 Ecstasy-Gelegenheitskonsumenten durch eine Abhängigkeit und 26 durch den schädlichen Gebrauch mindestens einer Substanz; bei den zur 1. Vergleichsgruppe gehörenden Polytoxikomanen ohne Ecstasy-Konsum (n=37) wurde in 8 Fällen eine Abhängigkeit und zweimal ein schädlicher Gebrauch diagnostiziert. In der Gruppe der Ecstasy- Probierkonsumenten (n=10)

**Tab. 6: Lebenszeitprävalenzen (N, %) der 159 im Rahmen des Projekts „Ecstasy-Konsumenten“ (vgl. Text) untersuchten Probanden**

<u>Substanz</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Alkohol	147	97,4
Cannabis	141	93,4
Ecstasy	101	66,9
Amphetamine	98	64,9
Halluzinogene	92	60,9
Kokain	100	66,2
Heroin	18	11,9
Opiate <sup>1</sup> u. Analgetika	10	6,6
Sedativa	18	11,9
Schnüffelstoffe	29	19,2
sonstige Substanzen	60	39,7

<sup>1</sup>außer Heroin

und der 2. Vergleichsgruppe (n=14) kamen keine Abhängigkeitssyndrome vor. Bei 2 Probanden der 2. Vergleichsgruppe wurde ein schädlicher Gebrauch festgestellt.

Die Häufigkeit anderer als Abhängigkeits- und Mißbrauchsdiagnosen kann aus juristischen Gründen an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden. Das Recht hierzu liegt allein beim Auftraggeber des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“, dem Bundesministerium für Gesundheit.

#### **IV.2. Zur Validierung herangezogene Instrumente**

Die diagnostischen Instrumente zur Validierung des NI und des IZBW wurden ausgehend von den in Kap. III genannten Fragestellungen ausgewählt. Eine gewisse Beschränkung der Wahlmöglichkeiten war allerdings durch die Zielsetzungen des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ gegeben. Mit der sog. Konfliktachse und der sog. Strukturachse des psychoanalytisch fundierten Diagnosesystems „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD 1996, Kap. IV.2.1) kamen zwei Instrumente zur Fremdbeurteilung von psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Patienten zur Anwendung. Mit dem „Freiburger Persönlichkeits-Inventar, Form A1 (Fahrenberg et al. 1984, Kap. IV.2.2) und der „Symptom-Check-Liste“ (SCL-90-R, Franke 1995, Kap. IV.2.3) wurden weiterhin zwei gängige Fragebögen eingesetzt, die sich in Praxis und Forschung vielfach bewährt haben.

#### **IV.2.1. Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)**

Bei der sog. „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD, Arbeitskreis OPD 1996) handelt es sich um ein psychoanalytisch fundiertes multiaxiales Diagnosesystem. Der motivationale Hintergrund für die Konstruktion der OPD war die Unzufriedenheit psychodynamisch orientierter Psychotherapeuten und Wissenschaftler mit der zunehmenden Verbreitung fast ausschließlich phänomenologisch fundierter Systeme zur Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. In besonderer Weise spiegeln die neueren Versionen des amerikanischen „Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen“ (DSM-III, American Psychiatric Association 1980, DSM-III-R, American Psychiatric Association 1987, DSM-IV, American Psychiatric Association 1994) und die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10, Dilling et al. 1993) den abnehmenden Einfluß der psychoanalytischen Theorie und ihrer Vertreter auf die klinisch-psychologische Diagnostik wider. Zwar ist heute allgemein unbestritten, daß sich deskriptiv-operationale im Vergleich mit herkömmlichen psychodynamisch fundierten Diagnosen (vgl. hierzu Rudolf 1995) reliabler erheben und – ein großer Vorteil für die Wissenschaft – besser kommunizieren lassen; gleichwohl ist die einseitige Anwendung deskriptiver Diagnostik insbesondere von Praktikern wiederholt kritisiert worden. Der vergleichsweise hohen Reliabilität deskriptiver Diagnostik stehe eine geringe Validität gegenüber; aus phänomenologisch fundierten Diagnosen lassen sich in der Regel weder Hinweise auf die Ätiologie psychischer Störungen noch auf selektive oder adaptive Indikationen ableiten (z.B. Schneider und Freyberger 1990, Schneider und Hoffmann 1992). Mit dem Ziel, ein breitgefächertes, valides und zugleich hinreichend reliables Diagnosesystem zu konstruieren, konstituierte sich etwa 1992 der Arbeitskreis OPD (vgl. Arbeitskreis OPD 1996), ein Zusammenschluß aus psychoanalytisch-psychodynamisch orientierten Wissenschaftlern. In der Folge entwickelte die Gruppe insgesamt 4 diagnostische „Achsen“, auf denen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Achse 1), repetitive dysfunktionale Beziehungsmuster (Achse 2), überdauernde intrapsychische Konflikte (Achse 3) und psychostrukturelle Merkmale (Achse 4) eingeschätzt werden. Zusätzlich werden auf einer 5. Achse deskriptiv-operationale definierte psychische Störungen abgebildet; die Achse ist weitgehend identisch mit der ICD-10 (Dilling et al. 1993) – Ergänzungen bzw. Ausdifferenzierungen der ICD-10-Katego-

rien ermöglichen die Diagnose einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung und eine differenzierte Abbildung psychosomatischer Störungen (vgl. Arbeitskreis OPD 1996, Schneider et al. 1995).

Für die vorliegende Studie wurden die Achsen 3 und 4 ausgewählt, und zwar weil sie inhaltlich eine vergleichsweise große Nähe zu den in Frage stehenden Inventaren aufweisen. In besonderer Weise gilt dies für die Achse 4, auf der die sog. psychische Struktur abgebildet wird. Diese wird „als eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 63) verstanden, auf die durch (geschilderte und sich in der Untersuchungssituation manifestierende) Interaktionsmuster geschlossen werden kann. Bei der Operationalisierung der im Rahmen der OPD erfaßten psychostrukturellen Merkmale sind laut Arbeitskreis OPD (1996) „in erster Linie objektbeziehungstheoretische, selbstpsychologische und ichpsychologische Ansätze zusammengeführt“ (S. 69) worden. Die theoretischen Grundlagen des allgemeinen sowie des psychologischen Strukturbegriffs sind ausführlich von Rudolf et al. (1995) beschrieben worden. Der Arbeitskreis OPD (1996) nimmt hinsichtlich der Strukturachse in besonderer Weise auf das Konzept des sog. Selbst Bezug. Er beschreibt das Selbst als Struktur der mentalen Repräsentation von Erfahrungen und zugleich als die durch sie bedingte Reflexions- und Symbolisierungsfähigkeit. Der Arbeitskreis hebt weiterhin hervor, daß er mit dem Begriff des Selbst neben intrapsychischen Funktionen in besonderer Weise solche Fähigkeiten bezeichnet, die bei der Regulation von Beziehungen zum Tragen kommen. In diesem Sinn wird „psychische Struktur“ als „die Struktur des Selbst in Beziehung zum anderen“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 69) verstanden bzw. als „Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche das Selbst im Umgang mit den Objekten benötigt, um sich und seine Beziehungen zu regulieren“ (Rudolf et al. 1998, S. 169). Die einzelnen Items der OPD-Strukturachse sind in Tab. 7 aufgelistet. Rudolf et al. (1998) fassen die 6 Items der OPD-Strukturachse als Dimensionen auf, die sich in 24 „strukturelle Themen“ (S. 169) differenzieren lassen (Tab. 7). Die Beurteilungsskalen der OPD-Strukturitems sind vierstufig (gut integriertes, mäßig integriertes, gering integriertes, desintegriertes Strukturniveau). Sie sind durch allgemeine Beschreibungen qualitativ unterschiedlicher psychischer Funktionsweisen und klinische Beispiele verankert. Insbesondere bei der strukturbezogenen Gesamteinschätzung kommt darüber hinaus der Gegenübertragung eine wichtige Bedeutung zu. Nach der Arbeitsgruppe OPD (1996) handelt es sich bei den von ihr konzeptualisierten psychostrukturu

**Tab. 7: Items der Konflikt- und Strukturachse der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), „Themen“ der Strukturachse (vgl. Text)**

<u>Achse</u>	<u>Item</u>	<u>„Thema“</u>
Konfliktachse	Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt	
	Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	
	Versorgungs-/Autarkiekonflikt	
	Selbstwertkonflikt (Selbst- vs. Objektwert)	
	Über-Ich-Konflikt	
	Ödipal-sexueller Konflikt	
	Identitätskonflikt	
	Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehm.	
	Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	
	Modus der Konfliktverarbeitung	
Strukturachse	Selbstwahrnehmung	Selbstreflexion, Selbstbild, Identität, Affektdifferenzierung
	Selbststeuerung	Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Impulssteuerung, Antizipation
	Abwehr	Gegenstand, Erfolg, Stabilität und Flexibilität der Abwehr, Abwehrmechanismen
	Objektwahrnehmung	Subjekt-Objekt-Differenzierung, Empathie, Ganzheitlichkeit der Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte
	Kommunikation	Kontakt, Verstehen fremder Affekte, Mitteilen eigener Affekte, Reziprozität
	Bindung	Internalisierung, Loslösung, Variabilität der Beziehung
	Gesamteinschätzung	

rellen Integrationsniveaus um ein „Kontinuum, das sich zwischen den Extrempolen der reifen Struktur (gutes Integrationsniveau) und psychotischen Struktur (desintegriertes Strukturniveau) bewegt“ (S. 71). Neben der vierstufigen Beurteilung steht die Antwortmöglichkeit „nicht beurteilbar“ zur Verfügung.

Auf der OPD-Konfliktachse wird das Vorhandensein und – gegebenenfalls – der Ausprägungsgrad bzw. die klinische Bedeutsamkeit zeitlich überdauernder, unbewußter intrapsychischer Konflikte eingeschätzt. Diese versteht der Arbeitskreis OPD (1996) als „unbewußte innerseelische Zusammenstöße entgegengerichteter Motivationsbündel“ (S. 55), die durch eine „Fixierung in einem rigiden und unauflösbaren Entweder-Oder“ gekennzeichnet sind (S. 55). Ähnlich wie die auf der Strukturachse erfaßten Merkmale äußern sich solche Konflikte neben dem Erleben und der Symptombildung insbesondere im zwischenmenschlichen Verhalten. Als Grundlage zur Konzeptualisierung intrapsychischer Konflikte diente der Arbeitsgruppe zwar die psychoanalytische Auffassung, daß „menschliches Verhalten fortlaufend durch unbewußte Gedanken, Wünsche und Vorstellungen beeinflusst wird“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 55); der für die „klassische“ Psychoanalyse typische Versuch einer Ableitung intra-



psychischer Konflikte aus unterschiedlichen psychosexuellen Entwicklungsphasen wurde dagegen als gescheitert verworfen. Aus diesem Grund verwendet der Arbeitskreis für die Bezeichnung der von ihm operationalisierten Merkmale nur in zwei Ausnahmefällen psychoanalytische Begriffe der 1. Generation („Über-Ich“ und „ödipal“, vgl. Tab. 7). Zusätzlich zu intrapsychischen Konflikten werden auf der Konfliktachse die Merkmale „Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ und „Konflikthafte äußere Lebensbelastungen“ eingeschätzt. In Tab. 7 sind alle Items der OPD-Konfliktachse aufgelistet. Jeder Konflikt wird im OPD-Manual einleitend beschrieben. Dabei wird in vielen Fällen insbesondere auf differentialdiagnostische Aspekte hingewiesen. Im Anschluß wird ein passiver und ein aktiver Verarbeitungsmodus durch je 6 Kriterien operationalisiert, die sich auf folgende Lebensbereiche beziehen: „Partnerwahl, Bindungsverhalten und Familienleben, den Bereich der Herkunftsfamilie, den gesamten Arbeits- und Berufsbereich, das Besitzverhalten, den umgebenden soziokulturellen Raum sowie das Krankheitserleben“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 123). Weiterhin werden für jeden Konflikt wie auch für die Merkmale „Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ und „Konflikthafte äußere Lebensbelastungen“ – getrennt nach Verarbeitungsmodus – typische Gegenübertragungsreaktionen beschrieben. Das Gegensatzpaar der „aktiven“ und „passiven“ Konfliktverarbeitung wird dabei als unabhängig von deren Funktionalität aufgefaßt. Mit dem passiven Modus wird das „Überwiegen regressiver Abwehrhaltungen“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 123) bezeichnet, mit dem aktiven Modus „kontraphobische Abwehr“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 123) mit einem Überwiegen von Reaktionsbildungen. Die Antwortskalen für die konfliktbezogenen Ratings sind 4-stufig („nicht vorhanden“, „vorhanden und wenig bedeutsam“, „vorhanden und bedeutsam“, „vorhanden und sehr bedeutsam“) und enthalten zudem eine Kategorie für fehlende Beurteilbarkeit. Nach der Einschätzung der genannten Merkmale wird auf einer ebenfalls 4-stufigen Skala der Modus der Konfliktverarbeitung eingeschätzt („vorwiegend aktiv“, „gemischt, eher aktiv“, „gemischt, eher passiv“, „vorwiegend passiv“, „nicht beurteilbar“). Zuletzt wird angegeben, welches der auf der Konfliktachse abgebildeten Merkmale als das „wichtigste“ und „zweitwichtigste“ eingestuft wird.

#### **IV.2.2. Exkurs: Forschungsstand zur Praktikabilität, Reliabilität und Validität der OPD-Konflikt- und Strukturachse**

In Validierungsstudien sollten nach Möglichkeit Instrumente eingesetzt werden, deren Praktikabilität, Reliabilität und Validität bereits nachgewiesen werden konnten. In der vorliegenden Studie wird mit der OPD ein Diagnosesystem zur Validierung psychoanalytisch fundierter Fragebögen herangezogen, das erst jüngst entwickelt worden ist und daher noch nicht sehr häufig in der Forschung zur Anwendung gelangen konnte. Allein aus diesem Grund muß es als eher wenig validiert gelten. In Ermangelung geeigneter Alternativen wurde die OPD dennoch ausgewählt, weil das theoretische Wissen und die klinische und wissenschaftliche Erfahrung renommierter Psychoanalytiker in die Entwicklung des Instruments eingegangen sind. Die bisher vorliegenden empirischen Ergebnisse zur Praktikabilität, Reliabilität und Validität der OPD-Konflikt- und Strukturachse werden in diesem Abschnitt zusammengefaßt.

Im Hinblick auf die Praktikabilität der OPD befragten Freyberger et al. (1996) Rater (N=106), die zuvor drei verschiedene Rates auf der Grundlage von videoaufgezeichneten psychoanalytischen Erstinterviews auf Vorformen der OPD-Achsen eingeschätzt hatten. Die Fragen zielten auf die Vollständigkeit der diagnoserelevanten Informationen, die Leichtigkeit und Sicherheit der Diagnosenstellung, die Paßgenauigkeit der operationalisierten Merkmale und Patientenbefunde, die Zeitdauer der Ratings sowie die Motivation für eine zukünftige Verwendung der OPD in der Praxis und Forschung. Die Beurteilungen der Vollständigkeit der diagnoserelevanten Informationen für die Ratings auf der Strukturachse wurden auf einer dreistufigen Skala von 1=vollständig bis 3=unvollständig im Mittel mit 1,68 ( $s=0,69$ ) eingeschätzt (Konfliktachse: 1,62,  $s=0,64$ ). Die Beurteilung der Schwierigkeit der Einschätzungen auf der Strukturachse lag bei einer vierstufigen Skala von 1=leicht bis 4=sehr schwierig im Mittel bei 1,93 ( $s=0,60$ ) und in Bezug auf die Konfliktachse bei 1,98 ( $s=0,98$ ). Die Autoren interpretieren diese Werte als Spiegelbild der „immer wieder geäußerten Kritik an dem Komplexitätsgrad der betreffenden Manuale“ (Freyberger et al. 1996, S. 361). Die Sicherheit der Diagnosenstellungen wurde auf einer dreistufigen Skala von 1=sicher bis 3=mittelgradig eingestuft. Die mittlere Einschätzung bzgl. der Strukturachse betrug 1,83 ( $s=0,55$ ). Bei der Konfliktachse ergab sich ein Wert von 1,81 ( $s=0,53$ ). Die Autoren bewerten diese Ergebnisse als „mittelgradig“ (Freyberger et al. 1996, S. 361) bzw. im Vergleich mit jenen, die sich auf die

Achsen 1 und 2 beziehen, als „vergleichsweise günstig“ (Freyberger et al. 1996, S. 361). Die Bewertung der Paßgenauigkeit der Befunde und einzuschätzenden Merkmale erfolgte auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht. Sie ergab bzgl. der Strukturachse einen durchschnittlichen Wert von 2,04 ( $s=0,67$ ). Hinsichtlich der Konfliktachse wurde ein mittlerer Wert von 2,10 ( $s=0,73$ ) ermittelt. Die Autoren bewerten dieses Ergebnis als akzeptabel bzw. – im Vergleich mit den auf die anderen Achsen der OPD bezogenen Werten – gut. Der Zeitaufwand zur Bearbeitung der Strukturachse betrug im Mittel 7,83 Minuten ( $s=5,92$ ). Zur Bearbeitung der Konfliktachse benötigten die Rater durchschnittlich 7,75 Minuten ( $s=6,04$ ). Die Motivation, das OPD-System zukünftig einzusetzen, wurde auf einer Skala von 1=hoch bis 3=niedrig eingeschätzt und ergab hinsichtlich der klinischen Praxis einen mittleren Wert von 2,06 ( $s=0,73$ ) und im Hinblick auf die Forschung einen Durchschnitt von 1,54 ( $s=0,62$ ).

Freyberger et al. (1996) berichten weiterhin Ergebnisse zur Bedeutung OPD-bezogener Rater-Trainings. Sie verglichen eine erfahrene Ratergruppe mit einer weniger erfahrenen Gruppe, die nach Alter, Geschlecht und Ausbildungsstandard parallelisiert wurde. Die Gruppe der erfahreneren Rater zeichnete sich durch eine höhere prozentuale Übereinstimmung ihrer Ratings auf allen Achsen aus. Die Autoren betonen in diesem Zusammenhang, daß ein systematisches Training in der OPD-Diagnostik Voraussetzung einer hinreichend reliablen Anwendung des Instruments sei. Allerdings wird diese Interpretation dadurch relativiert, daß die Autoren keine Angaben zu den Kriterien machen, nach denen die genannten Teilstichproben gebildet wurden. Strauß et al. (1997) betonen aufgrund eigener Ergebnisse, daß „auch Anfänger auf dem Gebiet der Psychotherapie mit den Manualen umgehen können und letztlich zu durchaus zuverlässigen Einschätzungen gelangen, die sich – so der Vergleich mit den Ergebnissen der OPD-Praktikabilitätsstudie von Freyberger et al. (1996) – kaum von denen erfahrener Kliniker unterscheiden“ (S. 62). Sie beziehen sich in dieser Aussage darauf, daß zwei Rater mit geringer psychotherapeutischer Vorerfahrung „nach mehreren Trainingssitzungen einerseits eine hohe Übereinstimmung untereinander, andererseits eine sehr hohe Übereinstimmung mit den Beurteilern der Praktikabilitätsstudie“ (Strauß et al. 1997, S. 59) von Freyberger et al. (1996) erreichen konnten. Detaillierte Ergebnisse teilen allerdings auch Strauß et al. (1997) nicht mit. Integriert man die Aussagen von Freyberger et al. (1996) und Strauß et al. (1997), ließe sich folgendes Resümee ziehen: Die Zuverlässigkeit von OPD-Ratings hängt nicht vom generellen Ausbildungs- und Erfahrungsstand ab, wohl aber von der Vertrautheit mit dem OPD-System. Neben einem umfassenden Training ist aber auch eine „psychodynamische Orientierung . . . und eine umfassende Kenntnis psychodynamischer Konzepte“

(Freyberger et al. 1996, S. 364) als Voraussetzung einer erfolgreichen Anwendung des Diagnosesystems anzusehen.

Im Hinblick auf die Reliabilität der OPD-Konfliktachse berichten Freyberger et al. (1996) Ergebnisse zur Übereinstimmung von insgesamt 311 Ratings des „wichtigsten“ und „zweitwichtigsten“ Konflikts (offenbar erforderte die von den Autoren untersuchte Vorform der OPD noch keine Einschätzung jedes einzelnen Konflikts). Sie berechneten Übereinstimmungsraten und Kappa-Koeffizienten. In Bezug auf die Konfliktachse teilen die Autoren Übereinstimmungsraten zwischen 31,3% und 78,3% mit und heben hervor, daß die „wichtigsten“ Konflikte mit höherer Übereinstimmung als die „zweitwichtigsten“ beurteilt wurden. Die entsprechenden Kappa-Koeffizienten lagen nach Freyberger et al. (1996) bei .56 („Selbstwertkonflikt“), .54 („Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“), .31 („Ödipal-sexueller Konflikt“) und .21 („Versorgungs-/Autarkiekonflikt“). Alle weiteren vom Arbeitskreis OPD (1996) operationalisierten Konflikte kamen nach den Einschätzungen der Rater offenbar nicht bei den beurteilten Probanden vor. Relativierend ist im Hinblick auf diese Ergebnisse von Freyberger et al. (1996) anzumerken, daß die Art der Berechnungen nur bedingt nachvollziehbar ist. So bleibt mit Blick auf die Kappa-Koeffizienten unklar, ob diese sich auf die „wichtigsten“ oder „zweitwichtigsten“ Konflikte beziehen. In Bezug auf die einzelnen Items der Strukturachse, die noch auf einer 5-stufigen Skala beurteilt worden waren, berichten Freyberger et al. (1996) von Übereinstimmungsraten zwischen 47,6% und 63,9%. Weiterhin berechneten sie als generelles Maß der Übereinstimmung den Intra-Class-Koeffizienten, der einen Wert von .72 erreichte. Kritisch ist in diesem Zusammenhang anzumerken, daß die OPD-Strukturachse sicherlich nicht als intervallskaliert gelten kann und somit nicht die Voraussetzungen für die Berechnung des Intra-Class-Koeffizienten erfüllt. Zudem ermöglicht die Berechnung des Übereinstimmungsmaßes keine differenzierte Beurteilung der Reliabilität der OPD-Strukturitems (vgl. Bortz und Döring 1995). Freyberger et al. (1996) weisen im Hinblick auf die Ergebnisinterpretationen zur Anwendbarkeit, Praktikabilität und Reliabilität der OPD noch auf eine weitere Einschränkung hin: In der Studie waren normale psychodynamische Erstinterviews verwendet worden, die nicht für diagnostische Einschätzungen auf der Grundlage des OPD-Systems konzipiert waren.

Eine weitere Studie, in deren Rahmen die Reliabilität der Achsen 2 bis 4 des OPD-Systems untersucht wurde, führten Rudolf et al. (1997) durch. 40 psychosomatische Patienten wurden zu Beginn einer stationären Psychotherapie interviewt. Anders als bei der Praktikabilitätsstudie (Freyberger et al. 1996) kamen halbstrukturierte Interviews zur Anwendung, die eine Erfassung aller OPD-relevanten Daten zum Ziel hatten. Zur Überprüfung der Reliabilität der Einschätzungen wurden 24 videoaufgezeichnete Interviews von jeweils zwei von insgesamt

vier Ratern eingeschätzt. Als Maß der Übereinstimmung berechneten Rudolf et al. (1997) den gewichteten Kappakoeffizienten („Kardinalskalenkappa“, vgl. Bortz et al. 1990). Der Koeffizient erreichte in Bezug auf die einzelnen Items der Strukturachse bis auf eine Ausnahme Werte zwischen .7 und .9; im Mittel lag er bei .75. Zur Gesamteinschätzung des Strukturniveaus machen die Autoren keine Angaben. Die Reliabilität der Einschätzungen des Items „Selbststeuerung“ lag bei .49. Ein Grund hierfür sei die Schwierigkeit, eine Übersteuerung mit gelegentlichen Impulsdurchbrüchen (mäßiges Integrationsniveau) von einer Untersteuerung (geringes Integrationsniveau) abzugrenzen. In dieser Hinsicht gebe es zu große Interpretationsspielräume. In bezug auf die Konfliktachse berichten die Autoren über gewichtete Kappawerte von .39 („Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“), .60 („Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt“), .49 („Versorgungs-/Autarkiekonflikt“), .61 („Selbstwertkonflikt“), .52 („Über-Ich- und Schuldkonflikt“), .62 („Ödipal-sexueller Konflikt“), .07 („Identitätskonflikt“), .36 („Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“) und .00 („Konflikthafte äußere Lebensbelastungen“). Die niedrigen Reliabilitätswerte der drei letztgenannten Items lassen sich durch statistische Besonderheiten erklären. Die Übereinstimmungsraten lagen bei diesen Items höher als bei allen anderen (zwischen 71% und 96%), wirkten sich aufgrund einer geringen Streuung aber nicht auf die Höhe der gewichteten Kappa-Koeffizienten aus (vgl. Kap. V.2.2). Auf der Grundlage der Ergebnisse zur Reliabilität der OPD-Konfliktachse problematisieren Rudolf et al. (1997), daß sich der „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ und der „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ in ihren Operationalisierungen stark ähneln. Weiterhin betonen sie, daß geringe Übereinstimmungen bei der Einschätzung des Über-Ich-Konflikts häufig bei Patienten mit ödipalen Konflikten zu finden waren. Sie „vermuten deshalb, daß die Schuldproblematik eines Patienten in manchen Fällen einerseits als Teil seiner ödipalen Konflikte gesehen werden kann, während sie andererseits auch als eigenständige Konfliktquelle beschreibbar ist“ (Rudolf et al. 1997, S. 350). Die Autoren teilen weiter ein Ergebnis von grundsätzlicher Bedeutung im Hinblick auf die Reliabilität des OPD-Systems mit. Eine Gruppe der Patienten, die sich zu Beginn der stationären Psychotherapie als schwer einschätzbar erwies, sei während der Behandlung in diagnostischer Hinsicht schwer beurteilbar geblieben. „Diese unsystematische Beobachtung macht die Annahme wahrscheinlich, daß die Urteilerübereinstimmung nicht nur von der Genauigkeit und Objektivität des OPD-Instrumentariums abhängt, sondern auch von der grundsätzlichen Zugänglichkeit des jeweils beurteilten Falles“ (Rudolf et al. 1997, S. 356).

Zur Untersuchung der Validität der OPD ordneten Strauß et al. (1997) die von ihnen untersuchten Patienten (N=30) auf der Grundlage differenzierter Therapie-Erfolgsmaße nach 6 bis 7monatiger stationärer Psychotherapie drei Untergruppen zu: Patienten mit „eher geringem“ (N=12), „mittlerem“ (N=10) und „ausgeprägtem“ (N=8) Behandlungserfolg. Im Anschluß

verglichen sie die drei Patientengruppen im Hinblick auf die vor Aufnahme der stationären Behandlung von unabhängigen Untersuchern erhobenen OPD-Befunde. Die Teilstichproben ließen sich nur auf der OPD-Strukturachse differenzieren. Hier zeigte sich „deutlich, daß die Patientengruppe mit ‚eher geringem‘ Behandlungserfolg in Gesprächen vor Beginn der Therapie im Hinblick auf strukturelle Merkmale als am schlechtesten integriert beurteilt wurde. Die Unterschiede sind konsistent für alle Ebenen, die auf der Achse beurteilt werden, ebenso für die Gesamteinschätzung und besonders ausgeprägt in den Bereichen ‚Abwehr‘, ‚Objektwahrnehmung‘ und ‚Bindung‘, wo sich die Beurteilungen der drei Gruppen auch statistisch bedeutsam unterscheiden“ (Strauß et al. 1997, S. 62).

Auch Rudolf et al. (1997) berichten Ergebnisse zur Validität der OPD, und zwar Zusammenhänge zwischen OPD-Befunden nach stationärer Aufnahme von psychosomatischen Patienten (N=40) mit ICD-10-Diagnosen (Lambdas), Krankheitsverhalten, Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (Produkt-Moment-Korrelationen) und Therapieerfolg (Rangkorrelationen). Die ICD-10-Diagnosen waren vier Gruppen zugeordnet worden: Eßstörungen (F50), depressive Störungen (F32 bis F39), neurotische und Belastungsstörungen (F40 bis F43) und somatoforme und somatopsychische Störungen (F44, F45 und F54). Persönlichkeitsstörungen wurden nicht berücksichtigt. Die Autoren fanden keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen OPD- und ICD-10-Diagnosen und interpretieren dies wie folgt: „Dieses Ergebnis entspricht sehr gut der Intention der Arbeitsgruppe OPD, die deskriptive Klassifikation der ICD durch eine dazu gewissermaßen ‚orthogonal‘ stehende psychodynamische Dimension zu ergänzen“ (Rudolf et al. 1997, S. 352).

Im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen den OPD-Ratings einerseits und dem Krankheitsverhalten sowie der Schwere der Beeinträchtigung (Beeinträchtigungsschwerescore, BSS, Schepank 1995) der untersuchten Patienten andererseits berichten Rudolf et al. (1997), daß Patienten mit einem geringen oder desintegrierten strukturellen Integrationsniveau (Gesamteinschätzung) im Mittel eine vergleichsweise lange Dauer psychogener Erkrankungen aufweisen (8,6 gegenüber 6,9 Jahren bei Patienten mit einem „gut“ oder „mäßig“ integrierten psychostrukturellen Integrationsniveau). Weiterhin teilen die Autoren mit, daß für Patienten mit einem „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ eine vergleichsweise geringe Krankenhausaufenthaltsdauer kennzeichnend ist ( $r = -.55, p = .00$ ). Zudem berichte diese Gruppe von Personen über vergleichsweise wenig Beeinträchtigungen ( $r = -.55, P = .00$ ). Die Autoren verstehen dieses Ergebnis wie folgt: „unsere Interpretation dieses in seiner Deutlichkeit eindrucksvollen Befundes ist, daß sich in der interaktionellen Darstellung und Aushandlung der Behandlungsbedürftigkeit die für diesen Konflikt charakteristische Problematik niederschlägt“ (Rudolf et al. 1997, S. 353). Einen positiven Zusammenhang fanden Rudolf et al. (1997) zwischen dem

OPD- Item „Fehlende Gefühls- und Konfliktwahrnehmung“ und der körperlichen Beeinträchtigung ( $r=.33$ ,  $p<.03$ ). „Dieser Befund ist mit Blick auf ‚typische‘ psychosomatische Patienten plausibel, die wenig reflexiven Zugang zu ihrem affektiven Erleben haben“ (Rudolf et al. 1997, S. 354).

Zur Bestimmung der prognostischen Validität der OPD berechneten Rudolf et al. (1997) ähnlich wie Strauß et al. (1997) Maße für den Therapieerfolg nach 12 Wochen und korrelierten diese mit den kurz nach stationärer Aufnahme von unabhängigen Interviewern erhobenen OPD-Befunden. Unterschieden wurden Erfolgsmaße, denen Patienten- und Therapeuteinschätzungen zugrunde lagen. In beiden Fällen handelte es sich um (kombinierte) Prä-Post-Differenzwerte. Wie bei Strauß et al. (1997) zeigten sich auch in der Studie von Rudolf et al. (1997) die deutlichsten Zusammenhänge zwischen den OPD-Strukturitems und dem Therapieerfolg. Der Therapieerfolg aus Patientensicht korrelierte signifikant mit den Merkmalen „Selbststeuerung“ ( $r=.33$ ,  $p < 0,05$ ) und Bindung ( $r=.42$ ,  $p < 0,01$ ). Der Therapieerfolg aus Therapeutesicht korrelierte signifikant mit den Strukturmerkmalen „Selbstwahrnehmung“ ( $r=.45$ ,  $p < 0,01$ ), „Abwehr“ ( $r= .39$ ,  $p < 0,05$ ), „Objektwahrnehmung“ ( $r=.39$ ,  $p < 0,05$ ), „Bindung“ ( $r=.46$ ,  $p < 0,01$ ) und der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus ( $r=.40$ ,  $p < 0,05$ ). Bei den Interpretationen dieser Ergebnisse heben die Autoren hervor, daß ein vergleichsweise hohes Strukturniveau generell und eine sichere Bindungsfähigkeit insbesondere die Prognose des Therapieerfolgs günstig beeinflusse. Signifikante Zusammenhänge zwischen dem Behandlungserfolg und der OPD-Konfliktachse ließen sich nicht nachweisen. Allerdings berichten die Autoren, daß in ihren Ergebnissen Tendenzen erkennbar seien, nach denen hohe Ausprägungen des „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikts“ prognostisch eher ungünstig sind, während hohe Ausprägungen von Unterwerfungs- und ödipalen Konflikten eher einen Therapieerfolg erwarten lassen. Kongruent seien diese Befunde mit Ergebnissen zum Zusammenhang zwischen der OPD-Konflikt- und Strukturachse. Der „Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt“ und der ödipal-sexuelle Konflikt sind im Vergleich zum „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ psychostrukturell höher angesiedelt. Dies wies die Arbeitsgruppe um Rudolf durch korrelationsstatistische Berechnungen auf der Grundlage einer Erhebung der OPD an einer inzwischen auf 81 Patienten angewachsenen Stichprobe nach (Grande et al. 1988). Zudem zeigen Grande et al. (1988), daß der „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ eher mit hohen und der „Selbstwertkonflikt“ eher mit niedrigen psychostrukturellen Integrationsniveaus einhergeht.

Zusammenfassend läßt sich auf der Grundlage des gegenwärtigen Forschungsstands folgern, daß sich die Konflikt- und Strukturachse – eine hinreichende Vertrautheit mit dem Diagnosesystem vorausgesetzt – an bestimmten klinischen Stichproben reliabel erheben lassen. Einzelne Items lassen sich hinsichtlich ihrer Operationalisierung noch verbessern. Während die Ergebnislage im Hinblick auf die Validität der OPD-Strukturachse als positiv zu bewerten ist, steht die empirische Validierung der OPD-Konfliktachse noch aus.

#### **IV.2.3. Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A1 (FPI-A1)**

Beim Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI, Fahrenberg et al. 1984) handelt es sich um einen faktorenanalytisch fundierten und inhaltlich an der Eigenschaftstheorie orientierten Fragebogen, der im deutschen Sprachraum so weit wie kein anderer verbreitet ist. Die 1. Auflage des FPI wurde 1970 publiziert. Sie enthielt (unter anderem) die Gesamtform G mit den beiden Parallelformen A und B, von denen sich langfristig die Form A durchsetzte. Um einen breiteren Gültigkeitsbereich, eine höhere testkonstruktive Prägnanz und eine Verkürzung des Fragebogens bei gleichbleibender Güte zu erreichen, legten die Autoren 1984 eine revidierte Fassung des Instruments mit veränderter Skalenstruktur (FPI-R) vor. Um weiterhin eine Vergleichbarkeit neuerer Studien mit bis dahin erzielten Ergebnissen zu gewährleisten, behielten die Autoren neben dem FPI-R die Form A des Fragebogens in einer sprachlich leicht veränderten Fassung (FPI-A1) bei und normierten diese neu. Im Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ bzw. in der vorliegenden Studie kam die letztgenannte Form des Instruments zum Einsatz, um das FPI-Profil der untersuchten Probanden mit dem von Opiat-Konsumenten (Thomasius 1996) vergleichen zu können. Das FPI-A1 (in den nachfolgenden Kapiteln FPI genannt) umfaßt insgesamt 212 Items, die 9 Standard- und 3 Zusatzskalen (Tab. 8) zugeordnet sind. Die inneren Konsistenzen der Skalen sind bis auf 2 Ausnahmen („Spontane Aggressivität“ und „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“) befriedigend. Trotz gewisser Mängel einiger Items hinsichtlich ihrer Kennwerte läßt sich die Struktur der weitgehend orthogonalen Faktoren des FPI-A1 vergleichsweise gut replizieren (Fahrenberg et al. 1984). Zur Validität des FPI-A1 liegt eine Vielzahl von Hinweisen vor, von denen die meisten in einem kommentierten Literaturverzeichnis zusammengefaßt worden sind (Potreck 1983). Vor dem Hintergrund des vielfachen Einsatzes und der guten Erfahrungen (auch) mit der A1-Form des



Fragebogens in einer Vielzahl klinischer und nicht-klinischer Studien dürfte an der Validität des Instruments kein Zweifel bestehen.

**Tab. 8: Standard- und Zusatzskalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars, Form A1 (FPI)**

- 
1. Nervosität
  2. Spontane Aggressivität
  3. Depressivität
  4. Erregbarkeit
  5. Geselligkeit
  6. Gelassenheit
  7. Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben
  8. Gehemmtheit
  9. Offenheit
  - E. Extraversion
  - N. Emotionale Labilität (Neurotizismus)
  - M. Männliche versus weibliche Selbstschilderung

#### **IV.2.4. Symptom-Check-Liste, Revised (SCL 90-R)**

Bei der deutschsprachigen Version der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R, Franke 1995) handelt es sich um einen Beschwerdefragebogen, der sich in besonderer Weise zu einer ökonomischen Erfassung einer großen Bandbreite psychischer Symptombereiche eignet. Der Fragebogen umfaßt insgesamt 90 Items. Seine Skalen sind in Tab. 9 aufgelistet. Sie umfassen je 6-12 Items. Ihre inneren Konsistenzen sind bis auf eine Ausnahme („Phobische Angst“) als befriedigend anzusehen (Franke und Stäcker 1995). Neben den Skalenwerten läßt sich ein Gesamtscore berechnen, der als globales Maß für die Belastung durch psychische Symptome interpretiert werden kann. Wie die englische Version des Fragebogens (Derogatis 1986) ist inzwischen auch die deutsche Version in einer Vielzahl klinisch-psychologischer Studien eingesetzt worden (z.B. Eckert und Strauß 1993) und gilt als hinreichend valide. Kritisch diskutiert wird allerdings die Skalenstruktur der SCL-90-R (im folgenden SCL genannt). Die Skalen des Fragebogens korrelieren stichprobenabhängig untereinander mittelhoch bis hoch (Rief et al. 1991).

**Tab. 9: Skalen der Symptom-Check-Liste (SCL)**

1. Somatisierung
2. Zwanghaftigkeit
3. Unsicherheit
4. Depressivität
5. Ängstlichkeit
6. Aggressivität
7. Phobische Angst
8. Paranoides Denken
9. Psychotizismus
10. Gesamtscore

### **IV.3. Überprüfung der Reliabilität und Validität der Fremdeinschätzungen**

#### **IV.3.1. Überprüfung der Reliabilität der Fremdeinschätzungen**

Im Idealfall sollten Fremdeinschätzungen im Hinblick auf ihre Inter-Rater-Reliabilität überprüft werden, bevor sie im Rahmen einer psychologischen Studie erhoben werden (Bortz und Döring 1995). In der vorliegenden Untersuchung konnte ein solches Vorgehen nicht realisiert werden, und zwar weil das Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ (vgl. Kap. IV.1.1) aufgrund vertraglicher Bindungen unter einem erheblichen Zeitdruck durchgeführt werden mußte. Vorausgesetzt wurde aus diesem Grund zunächst, daß der Autor der vorliegenden Studie (im folgenden Rater A genannt) aufgrund seiner psychodynamischen Orientierung, einer intensiven Beschäftigung mit dem OPD-Manual sowie der absolvierten Teilnahme an je einem vom Arbeitskreis OPD angebotenen Basis- und Aufbaukurs (vgl. Arbeitskreis OPD 1996) für eine hinreichend zuverlässige Erhebung des Diagnosesystems garantieren kann. Zudem nahm Rater A begleitend zur Durchführung der Studie an einer unregelmäßig tagenden OPD-Arbeitsgruppe am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf teil. Hier wurden vorwiegend stationär behandelte psychiatrische Patienten untersucht. Im Anschluß wurden die Fälle hinsichtlich der OPD und adaptiver Indikationsstellungen diskutiert. Von den 158 OPD-Interviews bzw. Ratings im Rahmen des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ führte Rater A 154 durch. Mit 4 Interviews wurde ein promovierter Diplom-Psychologe (Rater B) betraut, der an einem OPD-Basiskurs teilgenommen hatte. Die beiden OPD-Interviews mit den in die Stichprobe aufgenommenen Psychiatrie-Patienten (vgl. Kap. IV.2.2) führte der OPD-erfahrene zuständige Oberarzt durch. Bei den auf sie bezogenen Einschätzungen handelt es sich um Konsensratings von etwa 5 Mitgliedern der erwähnten Arbeitsgruppe.

Zur Bestimmung der Reliabilität jener OPD-Ratings, die für das Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ und zugleich für die vorliegende Studie erhoben wurden, eignete sich die Arbeitsgruppe am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf nicht. Zum einen herrschte eine zu große Fluktuation der Teilnehmer, die hinsichtlich der OPD zumeist Anfänger waren. Zum anderen wurden stationäre Psychiatrie-Patienten eingeschätzt – Ratees also, die sich im Hinblick auf ihren Status (Patienten), ihre Symptomatik und ihr soziodemographisches Profil deutlich von den meisten Teilnehmern am Projekt „Ecstasy-Konsumenten“ (vgl. Kap. IV.1.4) unterschieden.

Mit der Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität der OPD-Ratings, die im Rahmen der vorliegenden Studie zur Auswertung gelangten, konnte erst in der Schlußphase der Datenerhebung begonnen werden. Auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen schätzten insgesamt 3 Co-Rater unterschiedliche Anzahlen von Probanden auf der Grundlage des OPD-Systems ein. Zur Vereinfachung der weiteren Darstellung werden sie im folgenden Co-Rater A, B, und C genannt. Co-Rater A war eine Ärztin, die sich in psychoanalytischer und fachärztlicher Zusatzausbildung (Psychiatrie) befand. Co-Rater B hatte vor kurzer Zeit sein Psychologiestudium abgeschlossen und arbeitete auf einer psychiatrischen Station. Er strebte eine Ausbildung zum Psychoanalytiker an. Co-Rater C war als klinisch-wissenschaftlich tätige Diplompsychologin ebenfalls Berufsanfängerin. Die Co-Rater A und B hatten zusammen an einem vom Arbeitskreis OPD angebotenen 20stündigen OPD-Kurs teilgenommen, der sowohl für Anfänger als auch Fortgeschrittene konzipiert war. Wie Rater A hatten Co-Rater A und B zudem an mehreren Sitzungen der erwähnten Arbeitsgruppe am UKE teilgenommen. Co-Rater C hatte je einen vom Arbeitskreis OPD angebotenen Anfänger- und Fortgeschrittenenkurs absolviert und darüber hinaus an beiden Kongressen teilgenommen, die bis dato zur OPD stattgefunden hatten.

Die Co-Rater können 2 Gruppen zugeordnet werden, die sich im Hinblick auf Zeitpunkt und Ausmaß kollegialer Supervision mit Rater A unterscheiden. Nachdem die Co-Rater A und B zusammen insgesamt 16 (9 bzw. 7) Probanden eingeschätzt hatten, wurde eine Zwischenauswertung vorgenommen. Sodann wurden 3 Probanden, die von Rater A und einem der beiden Co-Rater (A oder B) besonders diskrepant eingeschätzt worden waren, zunächst vom 2. Co-Rater eingeschätzt. Im Anschluß wurden die Unstimmigkeiten in kollegialer Supervision diskutiert. Danach schätzten Co-Rater A und B je 6 weitere Probanden ein, so daß schließlich 28 (15 bzw. 13) Co-Ratings vorlagen, die ausnahmslos in die Auswertungen einbezogen wurden. In insgesamt 11 Fällen bezogen sich die Einschätzungen von Co-Rater A und B auf dieselben Probanden.

Co-Rater C schätzte zunächst 3 Probanden auf der OPD-Konflikt- und Strukturachse ein. Sodann diskutierten Rater A und Co-Rater C diskrepante Ratings. Besondere Probleme, die mit den spezifischen Eigenschaften der untersuchten Stichprobe zusammenhängen, wurden in diesem Zusammenhang besprochen. Danach schätzte Co-Rater C insgesamt weitere 17 Probanden ein, so daß insgesamt 20 Einschätzungen ausgewertet werden konnten. Co-Rater C schätzte ausnahmslos andere Probanden als Co-Rater A und B ein.

Insgesamt wurden

- 11 Probanden von Rater A, Co-Rater A und Co-Rater B,
- 4 Probanden von Rater A und Co-Rater A
- 2 Probanden von Rater A und Co-Rater B und
- 20 Probanden von Rater A und Co-Rater C eingeschätzt.

#### **IV.3.2. Überprüfung der Validität der Fremdeinschätzungen**

Neben der Reliabilität wurde die Validität der OPD-Ratings untersucht. Insbesondere im Zusammenhang mit der Berücksichtigung von Gegenübertragungsgefühlen bei der Einschätzung von Rates auf der OPD-Konflikt- und Strukturachse können systematische diagnostische Fehler zum Tragen kommen. Weitgehende Übereinstimmung besteht heute dahingehend, daß Gegenübertragungsreaktionen von Psychotherapeuten auf Patienten nicht nur von der Beziehungsgestaltung durch den Patienten abhängen, sondern bis zu einem gewissen Ausmaß auch von der Persönlichkeit des Psychotherapeuten gefärbt werden. Patienten mit schweren psychostrukturellen Störungen, z.B. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, lösen in Psychotherapeuten zwar vergleichsweise invariante Gegenübertragungsreaktionen aus; auf Patienten mit neurotischen Konflikten reagieren Psychotherapeuten dagegen mit einer deutlich größeren Bandbreite unterschiedlicher Gefühle und Phantasien (Rauchfleisch 1992). Auf OPD-Interviews lassen sich diese Aussagen übertragen, wenngleich die Gegenübertragung im Rahmen längerfristiger psychotherapeutischer Prozesse sicherlich noch eine deutlich intensivere Ausprägung annehmen kann. Um zumindest Hinweise auf das Ausmaß zu bekommen, in dem die OPD-Ratings möglicherweise durch (unzureichend reflektierte) Gegenübertragungsreaktionen oder andere Faktoren verfälscht und so in ihrer Validität beeinträchtigt worden

sind, wurden an Teilstichproben bestimmte Kontrollvariablen erhoben. Es handelte sich dabei um unterschiedliche Einschätzungen der Probanden und des Untersuchers nach dem OPD-Interview. Ferner wurde das Alter und Geschlecht der Rates sowie die von ihnen kumulativ eingenommenen Ecstasy-Konsumeinheiten berücksichtigt (Tab. 10).

**Tab. 10: Kontrollvariablen: Quellen und Skalierung (vgl. Text)**

Quelle	Kontrollvariable	Skalierung
	Geschlecht	
	Alter	
unabh. Unters.	kumulative Anzahl von Ecstasy-Konsumeinheiten	
Untersucher	Sympathie für den Probanden	„eher sympathisch“, „weder besonders sympathisch noch besonders unsympathisch“, „eher unsympathisch“
	Diagnostische Sicherheit	„eher sicher“, „weder besonders sicher noch besonders unsicher“, „eher unsicher“
	Ähnlichkeit Untersucher/Proband hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur	„eher ähnlich“, „weder besonders ähnlich noch besonders unähnlich“, „eher unähnlich“
Proband	Neugier vor dem Interview (Ich war neugierig auf das Interview . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Skepsis vor dem Interview (Ich war vor dem Interview skeptisch . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Angst vor dem Interview (Ich hatte Angst vor dem Interview . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Hoffnung auf Hilfe vor dem Interview (Ich hatte gehofft, daß mir das Interview helfen könnte . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Gefühl, verstanden zu werden (Ich fühlte mich verstanden . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Gefühl, entblößt zu werden (Ich fühlte mich entblößt . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“
	Gefühl, wertgeschätzt zu werden (Ich fühlte mich wertgeschätzt . . .)	„richtig“, „weder richtig noch falsch“, „falsch“

Der Auswahl der Kontrollvariablen (Tab. 10) lagen folgende Überlegungen zugrunde: In Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden könnte der Untersucher sich in unterschiedlicher Weise in seiner eigenen Bedürfnisstruktur angesprochen fühlen. Mit dem Alter der Probanden könnte die Schwierigkeit variieren, entwicklungsphasenspezifische und überdauernde intra-

psychische Konflikte sowie psychostrukturelle Defizite und entwicklungsphasentypische Regressionen (vgl. Streeck-Fischer 1994, Arbeitskreis OPD 1996) zu differenzieren. Alle weiteren der in Tab. 10 aufgelisteten Variablen sind mit dem Problem behaftet, daß sie aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau konfundiert sind. So liegt beispielsweise die Annahme nahe, daß Ratees mit eher gut integrierter psychischer Struktur vergleichsweise wenig Ecstasy-Tabletten eingenommen hatten und sich den Untersuchern besser mitteilen konnten. In der Folge, so läßt sich weiter vermuten, entstand in solchen Fällen eine für beide Seiten vergleichsweise angenehme Interaktion, die sich zudem auf die gegenseitige Sympathie und das Befinden der Probanden während des Interviews ausgewirkt haben könnte.

In Ermangelung alternativer Strategien wurden die in Tab. 10 aufgeführten Ratings dennoch erhoben, weil ihre Zusammenhänge mit den OPD-Items zumindest teilweise durch systematische Fehler bedingt sein könnten. Die von einem OPD-unabhängigen Untersucher erhobene Anzahl kumulativ eingenommener Konsumeinheiten wurde aus folgendem Grund unter mehreren drogenkonsumbezogenen Merkmalen als Kontrollvariable ausgewählt: In vielen Fällen konnte der Rater A am ehesten aufgrund solcher Bemerkungen der Ratees Schlüsse auf deren Drogenverwendungsmuster ziehen, die sich auf die Häufigkeit der Drogeneinnahme bezogen. Solche Hinweise könnten zu diagnostischen Einschätzungen geführt haben, die ihrer Tendenz nach (zu) konform mit bestimmten Suchttheorien sind und entsprechend mit den Hypothesen übereinstimmen, die a priori aufgestellt worden waren. Explizit wurde der Suchtstatus im OPD-Interview nur dann thematisiert, wenn dies im Hinblick

auf die OPD-Ratings unerlässlich schien. Dies war durchaus nicht immer so, denn in vielen Fällen ist der Ecstasy-Konsum eher durch soziale als durch intrapsychische Faktoren bedingt (vgl. Kuntz 1996). Die Sympathie des Untersuchers für die Ratees könnte zu einer dem Halo-Effekt ähnlichen Tendenz geführt haben, die Ratees generalisiert als „zu gesund“ oder „zu krank“ einzuschätzen. Die diagnostische Sicherheit des Untersuchers könnte in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Fehlervarianz der Fremdeinschätzungen stehen. Die vom Untersucher wahrgenommene (persönlichkeitsstrukturelle) Ähnlichkeit zwischen sich und den Ratees könnte Hinweise auf Kontrasteffekte liefern. Beispielsweise könnten „ähnlich“ wahrgenommene Ratees vor dem Erfahrungshintergrund des Untersuchers möglicherweise als

vergleichsweise „gewöhnlich“ empfunden und daher als „zu gesund“ eingeschätzt worden sein. Die Gefühle der Ratees vor dem OPD-Interview lassen sich als Aspekte ihrer Übertragungsbereitschaft verstehen, auf die der Untersucher vermutlich mit einer durch seine eigene Persönlichkeitsstruktur gefärbten (mehr oder weniger reflektierten) Gegenübertragung reagiert hat. Die untersucherbezogenen Gefühle der Ratees während des Interviews lassen sich als Indikatoren für die Qualität der Beziehung zwischen Untersucher und Probanden auffassen, die sich – soweit sie unabhängig von intrapsychischen Konflikten und psychostrukturellen Merkmalen der Ratees ist – als Fehler auf die OPD-Ratings ausgewirkt haben könnte. Je mehr ein Ratee sich beispielsweise vom Untersucher verstanden fühlt, desto mehr wird vermutlich auch der Untersucher das Gespräch als angenehm empfinden. Die Neigung zu einer „gesunden Einschätzung“ könnte hierdurch (übermäßig) gefördert worden sein.

#### **IV.4. Datenauswertung**

Die Datenauswertung läßt sich grob in 4 Arbeitsschritte gliedern. Das Ziel des 1. Auswertungsschritts bestand in der Identifikation solcher OPD-Items, die sich nicht zur Validierung der in Frage stehenden psychoanalytisch fundierten Inventare eignen. Neben der Reliabilität und Validität der Fremdeinschätzungen wurde in diesem Zusammenhang ihre Varianz untersucht. Auszuschließen galt es, daß niedrige Zusammenhänge zwischen OPD-Items und NI- bzw. IZBW-Skalen fälschlich als gegen die Konstruktvalidität der Fragebögen sprechend interpretiert werden, obgleich sie auf geringe Streuungen der fremdeingeschätzten Merkmale zurückzuführen sind. Um dieses Ziel mit einer größtmöglichen Sicherheit zu erreichen, blieben solche OPD-Items bzw. Merkmale unberücksichtigt, die nach den Einschätzungen von Rater A bzw. B (vgl. Kap. IV.3.1) in weniger als 15% der Fälle in klinisch relevanter Ausprägung vorlagen. Als klinisch relevant wurden intrapsychische Konflikte definiert, die als „vorhanden und bedeutsam“ oder „vorhanden und sehr bedeutsam“ eingeschätzt wurden. Psychostrukturelle Merkmale wurden bei „mäßiger“, „geringer“ Integration und „Desintegration“ als klinisch auffällig bewertet.

Zur Bestimmung der Reliabilität der OPD-Ratings von Rater A (vgl. Kap. IV.3.1) wurde deren Übereinstimmung mit den Co-Ratings bestimmt, und zwar durch die Berechnung gewichteter Kappakoeffizienten („Kardinalskalenskappa“, Cohen 1968, 1972, vgl. Bortz et al.

1990). Weil die Höhe des gewichteten Kappakoeffizienten neben der Raterübereinstimmung auch von der Varianz der Ratings abhängt, wurden zudem die Prozentsätze der Übereinstimmungen und Abweichungen (um eine, zwei bzw. drei Skalenstufen) bestimmt. Um zu Hinweisen auf die Validität der OPD-Ratings zu gelangen, wurden Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Kontrollvariablen und OPD-Ratings berechnet. Bei der Wahl dieses Verfahrens wurde – wie auch im Hinblick auf den 2. Auswertungsschritt (siehe unten) – von der vergleichsweise großen Robustheit des Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten gegenüber Verletzungen jener Voraussetzungen ausgegangen, die bei seiner Berechnung streng genommen gegeben sein müssen (vgl. Bortz 1989).

Der 2. Auswertungsschritt beinhaltete die Berechnung von Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Skalen der in Frage stehenden psychoanalytisch fundierten Fragebögen und den Skalen (FPI, SCL) bzw. Items (OPD) der zu ihrer Validierung herangezogenen Instrumente. Zudem wurden auf gleiche Weise die Zusammenhänge zwischen den Skalen des NI und IZBW berechnet. In Bezug auf einzelne Fragebogenitems wurden – ausgehend von den Ergebnissen – weitere Auswertungsschritte vorgenommen. Ihr Sinn ist an dieser Stelle noch nicht nachvollziehbar. Sie werden daher erst in Kap. VIII im Zusammenhang mit den Ergebnisinterpretationen beschrieben. Erwähnt werden muß an dieser Stelle, daß es sich bei den in die korrelationsstatistischen Berechnungen eingegangenen IZBW-Skalenwerten – anders als bei Leichsenring et al. (1996, vgl. Kap. II.3.2) – nicht um ipsatierte Werte handelte. Verzichtet wurde auf die Ipsatierung aufgrund der mit diesem Verfahren verbundenen statistischen und inhaltlichen Probleme (vgl. Kap. II.3.2).

Dem 3. Auswertungsschritt lag die Überlegung zugrunde, daß die Art der Konfliktverarbeitung die Zusammenhänge zwischen den in Frage stehenden psychoanalytisch fundierten Inventaren moderieren könnte. Ginge man idealtypisch davon aus, daß intrapsychische Konflikte entweder ausschließlich aktiv oder passiv verarbeitet werden und die Abwehr zudem vollständig gelingt und so nur ein Konfliktpol bewußt erlebt wird, wäre folgendes anzunehmen: Die OPD-Konfliktitems wie auch die FPI- und die SCL-Skalen korrelieren je nach Verarbeitungsmodus entweder positiv oder negativ mit denen der NI- und IZBW-Skalen; die Skala „Wunsch nach Versorgung“ hängt beispielsweise je nach Verarbeitungsmodus positiv oder negativ mit dem OPD-Item „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ zusammen. Berücksichtigt man allerdings, daß die Abwehr von Konflikten in der Regel nicht vollständig gelingen kann und die abgewehrten „Motivationsbündel“ (Arbeitskreis 1996, S. 55) in bestimmten Situatio-



nen an das Bewußtsein dringen können, liegt die Annahme näher, daß der Konfliktverarbeitungsmodus die im zweiten Auswertungsschritt berechneten Zusammenhänge nur bis zu einem gewissen Ausmaß moderiert. Um die Stärke dieses Effekts zu erkunden, wurden zwei Teilstichproben gebildet, die sog. „regressive“ und die sog. „kontraphobische“ Gruppe. Der „regressiven“ Stichprobe wurden solche Probanden zugeordnet, die nach Einschätzung von Rater A bzw. B intrapsychische Konflikte „vorwiegend passiv“ oder „gemischt, eher passiv“ verarbeiten. Der „kontraphobischen“ Gruppe gehörten Probanden an, deren Konfliktverarbeitungsmodus als „vorwiegend aktiv“ oder „gemischt, eher aktiv“ beurteilt worden war. Alle im 2. Auswertungsschritt für die Gesamtstichprobe berechneten Zusammenhangsmaße wurden danach auch für die beiden Teilstichproben bestimmt. Sodann wurden diese Z-Punkt transformiert und ihre Differenzen wurden auf Signifikanz geprüft (vgl. Bortz 1989).

Auf ein stichprobenbedingtes Problem der vorliegenden Studie zielte der letzte, vierte Auswertungsschritt. Als Möglichkeit war denkbar, daß einzelne narzißtische Regulationsmechanismen und zentrale Beziehungswünsche bei jungerwachsenen Drogenkonsumenten eine geringe Streuung aufweisen, zum Beispiel weil sie für Drogenkonsumenten oder junge Menschen besonders typisch oder untypisch sind. Ein Ausbleiben erwarteter Zusammenhänge könnte in solchen Fällen zu dem falschen Schluß führen, daß die betreffenden Skalen generell nicht konstruktvalide sind, obwohl sich die erwarteten Korrelationsmuster in weniger spezifischen Stichproben finden ließen. Um solche Effekte gegebenenfalls zu identifizieren, wurden die Standardabweichungen der NI- und IZBW-Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für die „regressive“ und „kontraphobische“ Teilstichprobe berechnet. Als eine Hilfe für die Interpretationen signifikant unterschiedlicher korrelationsstatistischer Befunde in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe wurde zudem überprüft, inwieweit sich die Teilstichproben in ihren NI- und IZBW-bezogenen Standardabweichungen unterscheiden (Levene-Test für Varianzhomogenität).

## V. Zur Güte bzw. Tauglichkeit der Fremdeinschätzungen

### V.1. Varianz

#### V.1.1. Ergebnisse

Wie in Kap. IV.4 beschrieben wurden in der vorliegenden Studie nur solche Fremdeinschätzungen zur Validierung der NI- und IZBW-Skalen herangezogen, die als hinreichend reliabel und valide beurteilt werden konnten und zudem eine hinreichende Varianz aufwiesen. Tab. 11 zeigt die prozentualen Anteile jener Probanden, bei denen die fremdeingeschätzten Merkmale nach den Ratings von Rater A und B (vgl. Kap. IV.3.1) in klinisch relevanter Ausprägung (vgl. Kap. IV.4) vorlagen, und die Standardabweichungen der OPD-Items. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, daß sich die Standardabweichungen im Gegensatz zu den angegebenen Prozentwerten wenig als Kriterium für die Selektion von OPD-Items für die weiteren Auswertungsschritte eignen. Aufgrund der besonders starken Gewichtung sog. Ausreißer kann sich bei der Berechnung des Streuungsmaßes auch dann ein vergleichsweise hoher Wert ergeben, wenn ein großer Teil der Merkmalsausprägungen identisch ist.

**Tab. 11: Prozentuale Häufigkeiten klinisch relevanter Ausprägungen der fremdeingeschätzten Merkmale (Items der OPD-Konflikt- und Strukturachse), Standardabweichungen (s) und Stichprobengrößen (N)<sup>1</sup>**

<u>OPD-Item</u>	<u>%</u>	<u>s</u>	<u>N</u>
Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt	43,0	1,21	156
Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	31,8	0,95	157
Versorgung-/Autarkiekonflikt	46,8	1,34	156
Selbstwertkonflikt	58,0	1,69	157
Über-Ich- und Schuldkonflikt	14,5	0,59	157
Ödipal-sexueller Konflikt	11,8	0,63	153
Identitätskonflikt	9,9	0,22	157
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	11,0	0,41	155
Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	2,0	0,07	152
Selbstwahrnehmung	46,2	1,58	158
Selbststeuerung	55,1	1,72	158
Abwehr	51,3	1,65	158
Objektwahrnehmung	50,0	1,67	158
Kommunikation	41,1	1,50	158
Bindung	51,9	1,65	158
Struktur-Gesamteinschätzung	46,8	1,59	158

<sup>1</sup>Die Auswertungen beruhen auf den OPD-Ratings von Rater A und B (vgl. Kap. IV.3.1)

## **V.1.2. Interpretationen und Konsequenzen**

Etwa die Hälfte der untersuchten Stichprobe fällt klinisch hinsichtlich psychostruktureller Merkmale auf. Besonders häufig kommt mit fast 60% zudem der „Selbstwertkonflikt“ in klinisch relevanter Ausprägung vor. Etwas weniger kennzeichnend sind der „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“, „Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt“ und „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“. Mit einer deutlich minder großen Häufigkeit wurden „Über-Ich- und Schuldkonflikte“, „ödipal-sexuelle Konflikte“, „Identitätskonflikte“, „fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ und „konflikthafte äußere Lebensumstände“ als klinisch relevant eingeschätzt. Bei den weiteren Auswertungsschritten, die sich auf die Validität der in Frage stehenden psychoanalytisch fundierten Inventare beziehen, werden diese Merkmalsbereiche gemäß dem in Kap. IV.4 genannten Selektionskriterium nicht berücksichtigt.

## **V.2. Inter-Rater-Reliabilität**

### **V.2.1. Ergebnisse**

Die Tabellen 12 bis 14 zeigen die Ergebnisse zur paarweisen Übereinstimmung von Rater A mit den Co-Ratern A,B und C. Bisher liegen kaum Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität der OPD vor. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde zudem erstmals eine größere Stichprobe, die vorwiegend aus Nicht-Patienten besteht, auf der Grundlage des Diagnosesystems eingeschätzt. Aus diesen Gründen werden auch die auf jene Items bezogenen Ergebnisse dargestellt, die bei den weiteren Auswertungsschritten (Kap. VI) allein aufgrund ihrer geringen Varianz nicht weiter berücksichtigt werden (vgl. Kap. V.1).

Auffällig ist, daß der gewichtete Kappa-Koeffizient in einigen Fällen trotz hoher Übereinstimmungen einen Wert mit negativem Vorzeichen erreicht. Dieses Ergebnis hängt damit zusammen, daß die Varianz der Ratings einen erheblichen Einfluß auf die Höhe des gewichteten Kappa hat. Der Koeffizient gibt das Ausmaß an, in dem die tatsächlichen Zellenbesetzungen bei Kreuztabellen von jenen abweichen, die bei den tatsächlich gegebenen Randsummen vom Zufall ausgehend zu erwarten wären. Liegt keinerlei Varianz vor, erreicht der gewichtete Kappakoeffizient trotz vollkommener Übereinstimmung einen Wert von 0. In be

**Tab. 12: Übereinstimmungen von Rater A und Co-Rater A hinsichtlich OPD-bezogener Einschätzungen: Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen um 1, 2 bzw. 3 Antwortkategorien, raterbezogene Standardabweichungen (s), gewichtete Kappakoeffizienten (g.K.) und Ergebnisse ihrer Prüfung auf Signifikanz (n.s.=nicht signifikant, t.s.=tendenziell signifikant (p<.10), \*p<0,05, \*\*p<0,01, p<0,001)**

OPD-Item	Abweichung (Items)				S <sub>Rater A</sub>	S <sub>Co-Rater A</sub>	g.K.	p
	0 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	2 <sup>3</sup>	3 <sup>4</sup>				
Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt	5	5	4	1	1,24	1,20	.32	t.s.
Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	6	4	4	1	1,03	0,99	.15	n.s.
Versorgung-/Autarkiekonflikt	4	9	2	0	0,88	0,92	.27	n.s.
Selbstwertkonflikt	5	6	3	1	1,08	1,13	.23	n.s.
Über-Ich- und Schuldkonflikt	7	6	2	0	0,72	0,99	.45	<.05
Ödipal-sexueller Konflikt	8	7	0	0	0,63	0,49	.20	n.s.
Identitätskonflikt	12	0	3	0	0,00	0,83	.00	n.s.
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	6	4	5	0	0,82	0,83	.16	n.s.
Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	14	1	0	0	0,26	0,35	.63	<.01
Konfliktverarbeitungsmodus	5	8	2	0	1,06	0,86	.28	n.s.
Selbstwahrnehmung	7	8	0	0	0,70	0,74	.46	<.01
Selbststeuerung	8	5	2	0	0,77	0,92	.36	t.s.
Abwehr	10	4	1	0	0,59	0,80	.42	*
Objektwahrnehmung	10	5	0	0	0,74	0,80	.70	**
Kommunikation	5	9	1	0	0,62	0,77	.24	n.s.
Bindung	7	8	0	0	0,56	0,70	.31	t.s.
Struktur-Gesamteinschätzung	8	6	1	0	0,70	0,80	.37	t.s.

<sup>1</sup>Übereinstimmung, <sup>2</sup>Abweichung um eine Itemstufe, <sup>3</sup>Abweichung um 2 Itemstufen, <sup>4</sup>Abweichung um 3 Itemstufen

**Tab. 13: Ergebnisse der Übereinstimmungsanalyse OPD-bezogener Einschätzungen von Rater A und Co-Rater B: Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen um 1, 2 bzw. 3 Antwortkategorien, raterbezogene Standardabweichungen (s), gewichtete Kappakoeffizienten (g.K.) Ergebnisse ihrer Prüfung auf Signifikanz (n.s.=nicht signifikant, t.s.=tendenziell signifikant (p<.10), \*p<0,05, \*\*p<0,01, p<0,001)**

OPD-Item	Abweichung (Items)				S <sub>Rater A/B</sub>	S <sub>Co-Rater B</sub>	g.K.	p
	0 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	2 <sup>3</sup>	3 <sup>4</sup>				
Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt	6	4	2	1	1,24	1,12	.41	t.s.
Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	5	5	3	0	0,99	0,66	.10	n.s.
Versorgung-/Autarkiekonflikt	4	8	1	0	0,95	0,63	.41	<.05
Selbstwertkonflikt	6	6	0	1	1,04	1,13	.53	<.05
Über-Ich- und Schuldkonflikt	8	4	1	0	0,77	0,75	.47	<.05
Ödipal-sexueller Konflikt	6	6	1	0	0,66	0,60	.20	n.s.
Identitätskonflikt	11	2	0	0	0,28	0,28	-.08	n.s.
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	8	3	1	1	0,88	0,63	-.12	n.s.
Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	11	1	1	0	0,28	0,55	-.07	n.s.
Konfliktverarbeitungsmodus	6	6	0	1	1,13	0,96	.43	t.s.
Selbstwahrnehmung	5	8	0	0	0,69	0,75	.37	t.s.
Selbststeuerung	6	7	0	0	0,76	0,80	.52	<.05
Abwehr	9	4	0	0	0,55	0,69	.57	<.05
Objektwahrnehmung	6	6	1	0	0,76	0,60	.13	n.s.
Kommunikation	6	7	0	0	0,66	0,51	.17	n.s.
Bindung	12	1	0	0	0,55	0,48	.70	<.01
Struktur-Gesamteinschätzung	10	3	0	0	0,69	0,51	.68	<.01

<sup>1</sup>Übereinstimmung, <sup>2</sup>Abweichung um eine Itemstufe, <sup>3</sup>Abweichung um 2 Itemstufen, <sup>4</sup>Abweichung um 3 Itemstufen

**Tab. 14: Ergebnisse der Übereinstimmungsanalyse OPD-bezogener Einschätzungen von Rater A und Co-Rater C: Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen um 1, 2 bzw. 3 Antwortkategorien, raterbezogene Standardabweichungen (s), gewichtete Kappakoeffizienten (g.K.) Ergebnisse ihrer Prüfung auf Signifikanz (n.s.=nicht signifikant, t.s.=tendenziell signifikant (p<.10), \*p<0,05, \*\*p<0,01, p<0,001)**

OPD-Item	Abweichung (Items)				S <sub>Rater A/B</sub>	S <sub>Co-Rater C</sub>	g.K.	p
	0 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	2 <sup>3</sup>	3 <sup>4</sup>				
Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt	11	7	1	1	1,09	1,08	.58	<.01
Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	4	13	3	0	0,98	0,83	.26	t.s.
Versorgung-/Autarkiekonflikt	6	8	4	2	0,97	1,09	.19	n.s.
Selbstwertkonflikt	12	8	0	0	1,06	1,17	.83	<.001
Über-Ich- und Schuldkonflikt	4	13	1	0	0,77	0,81	.35	<.05
Ödipal-sexueller Konflikt	12	6	0	0	0,58	0,49	.50	<.01
Identitätskonflikt	14	3	2	1	0,85	0,52	.04	n.s.
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	12	5	3	0	0,80	0,22	.14	<.05
Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	15	3	2	0	0,21	0,66	-.06	<.05
Konfliktverarbeitungsmodus	9	10	1	0	0,89	0,83	.46	<.05
Selbstwahrnehmung	13	7	0	0	0,70	0,81	.69	<.001
Selbststeuerung	17	2	1	0	0,73	0,79	.74	<.001
Abwehr	12	7	1	0	0,77	0,79	.55	<.01
Objektwahrnehmung	14	6	0	0	0,81	0,84	.54	<.001
Kommunikation	14	5	1	0	0,74	0,76	.59	<.01
Bindung	13	7	0	0	0,73	0,67	.65	<.001
Struktur-Gesamteinschätzung	14	6	0	0	0,73	0,83	.75	<.001

<sup>1</sup>Übereinstimmung, <sup>2</sup>Abweichung um eine Itemstufe, <sup>3</sup>Abweichung um 2 Itemstufen, <sup>4</sup>Abweichung um 3 Itemstufen

sonderer Weise mindert der Einfluß der Streuung in dieser Studie – ähnlich wie bei Rudolf et al. (1997) – die gewichteten Kappakoeffizienten, die sich auf die OPD-Items „Identitätskonflikt“, „Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“, „Konflikthafte äußere Lebensbelastungen“ und – in einem etwas geringeren Ausmaß – „Ödipal-sexueller Konflikt“ beziehen. Die drei erstgenannten Merkmale wurden bei der weit überwiegenden Mehrheit der Probanden als „nicht vorhanden“ beurteilt. Weiterhin ist zu vermuten, daß die Varianz der hier ausgewerteten Einschätzungen vergleichsweise gesunder und im Regelfall nicht behandlungsbedürftiger Probanden vermutlich generell niedriger ist als bei der in Kap. IV.2.2 zusammengefaßten Reliabilitätsstudie von Rudolf et al. (1997). Ein direkter Vergleich ist nicht möglich, weil Rudolf et al. keine Dispersionsmaße mitteilen.

Tab. 15 zeigt die Ergebnisse der paarweisen Übereinstimmung von Rater A, Co-Rater A und B im Vergleich. Als Grundlage für die Berechnungen wurden jene 11 Probanden berücksichtigt, die von allen 3 Ratern beurteilt worden waren.

**Tab. 15: Paarweise Übereinstimmungen (gewichtete Kappa-Koeffizienten) von Rater A, Co-Rater A und B hinsichtlich OPD-bezogener Einschätzungen (N=11<sup>1</sup>)**

OPD-Item	Kappa (gew.)		
	Rater A/ Co-Rater A	Rater A/ Co-Rater B	Co-Rater A/ Co-Rater B
Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt	.32	.38	.23
Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt	.05	-.17	-.11
Versorgung-/Autarkiekonflikt	-.08	.36	.10
Selbstwertkonflikt	.21	.48	-.04
Über-Ich- und Schuldkonflikt	.48	.50	.54
Ödipal-sexueller Konflikt	.09	.14	-.27
Identitätskonflikt	.00	.00	.40
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	.21	-.12	-.31
Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	.62	-.08	.62
Konfliktverarbeitungsmodus	.07	.30	-.14
Selbstwahrnehmung	.50	.43	.00
Selbststeuerung	.26	.55	.15
Abwehr	.34	.57	.45
Objektwahrnehmung	.61	.18	.04
Kommunikation	.14	.05	.15
Bindung	.40	.69	.20
Struktur-Gesamteinschätzung	.29	.67	.28

<sup>1</sup>In die Berechnungen wurden nur die Einschätzungen jener Probanden einbezogen, die von Rater A und Co-Rater A und B beurteilt worden waren

Im folgenden werden Ergebnisse mitgeteilt, die in der kollegialen Supervision der diagnostischen Einschätzungen gewonnen wurden. Diese lassen sich zwar in keiner Weise objektivieren. Dennoch erleichtern sie die Interpretation der quantitativen Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität erheblich.

In der kollegialen Supervision von Rater A, Co-Rater A und B (vgl. Kap. IV.3.1) stellte sich heraus, daß ein Teil der diskrepanten Ratings durch mangelndes Training der Co-Rater bedingt war. So schätzte einer der Co-Rater einen Probanden als schwer dissozial und in der Folge den Über-Ich-Konflikt als „vorhanden und bedeutsam“ bei vorwiegend aktiver Konfliktverarbeitung ein. Das psychostrukturelle Integrationsniveau des Probanden bewertete er als insgesamt „gut integriert“, die Merkmalsbereiche „Selbststeuerung“ und „Abwehr“ als „mäßig integriert“. In der kollegialen Supervision wurde die Einschätzung des Co-Raters B im Hinblick auf die dissoziale Persönlichkeitsstruktur des Probanden geteilt. Rater A hatte eine antisoziale Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10, Dilling et al. 1993) diagnostiziert. In der Supervision konnte schnell ein Konsens dahingehend erzielt werden, daß Co-Rater B seine zunächst richtigen Einschätzungen aufgrund seiner vergleichsweise geringen Vertrautheit mit dem OPD-Diagnosesystem nicht in richtige Ratings umsetzen konnte. Offensichtlich war er sich zu we-

nig der im OPD-Manual beschriebenen Unterscheidung zwischen der als „systematische Blockierung des Über-Ichs“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 140) gekennzeichneten aktiven Verarbeitung des Über-Ich-Konflikts und dem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau bewußt.

Bei einer gezielten Falldiskussion über eine erhebliche Diskrepanz der Beurteilung des „Selbstwertkonflikts“ („vorhanden und sehr bedeutsam“ versus „nicht vorhanden“) stellte sich heraus, daß die Abweichung durch die fehlende Berücksichtigung bestimmter Äußerungen des Probanden entstanden war. Der „Selbstwertkonflikt“ wurde von einem der Co-Rater als „nicht vorhanden“ beurteilt, obwohl der Proband mit Blick auf seine Arbeitslosigkeit folgendes berichtet hatte: Er gebe die Suche nach einer Beschäftigung immer wieder schnell auf, wenn er Mißerfolge erlebe. Er habe in solchen Situationen wiederholt das Gefühl, zu nichts zu taugen, und sei überzeugt, seine Ziele nie erreichen zu können. In einem anderen Kontext berichtete der Proband, seine Arbeitslosigkeit sei kein besonderes Problem für ihn. Er könne jederzeit eine eigene Firma gründen und viel Geld verdienen.

Schwieriger war es, Unstimmigkeiten hinsichtlich der auf den Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt bezogenen Einschätzungen auszuräumen. Hier entstanden Diskrepanzen insbesondere bei solchen Probanden, die in einer festen Partnerschaft lebten. Der wesentliche Streitpunkt bestand in der Frage, ob bestimmte Partnerschaften als wechselseitig und flexibel charakterisiert werden können oder als „verschmelzende Beziehungsaufnahmen“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 125) aufzufassen sind.

Weitere Probleme, die auch auf der Grundlage des OPD-Manuals nicht gelöst werden konnten, betrafen die Bedeutung drogenkonsumbezogener Merkmale für bestimmte Einschätzungen. So klafften die Ratings von Rater A und Co-Rater A in einem Fall besonders stark auseinander, in dem ein methadonsubstituierter Proband mit mehrjähriger Heroinabhängigkeit in der Vorgeschichte einzuschätzen war. Im OPD-Interview schilderte der Proband sich als insgesamt lebenszufrieden. Seine Heroinabhängigkeit habe sich durch den Einfluß Gleichaltriger entwickelt. Im Rahmen mehrerer stationärer Therapien hätten „Therapeuten“ versucht, ihm verständlich zu machen, daß er durch den Heroinkonsum psychische Probleme zu bewältigen versuche. Er habe dies nie einsehen können, weil er eine glückliche Kindheit und immer gute

Beziehungen zu seinen Eltern gehabt habe. Auch mit Gleichaltrigen habe er nie besondere Schwierigkeiten gehabt. Durch die Methadonsubstitution habe er den regelmäßigen Konsum von Heroin aufgeben können. Während der beginnenden Suchtentwicklung habe er ebenfalls nicht unter besonderen Belastungen gelitten. Gegenwärtig nehme er gelegentlich an Wochenenden stimulierende Drogen wie Amphetamine und Ecstasy ein. Um nach dem Abklingen der euphorisierenden Wirkung dieser Substanzen wieder zur Ruhe zu kommen, nehme er noch gelegentlich Heroin ein. Die tägliche Methadondosis habe er inzwischen weitgehend reduziert. Im Gespräch war der Proband einerseits kooperativ. Er gab auf viele Fragen bereitwillig Auskunft. Andererseits ergriff er kaum Eigeninitiative und machte deutlich, daß er über die Zeit seiner Heroinabhängigkeit nicht sprechen wolle. Es belastete ihn nach eigenen Angaben noch zu sehr, daß während dieses Lebensabschnitts mehrere enge Freunde an den Folgen ihrer Heroinabhängigkeit gestorben seien.

Rater A orientierte sich bei seinen diagnostischen Einschätzungen in besonderer Weise an seinen Gegenübertragungsgefühlen, die er als Interviewer erlebt hatte. Er hatte während des Interviews einerseits Gefühle der Sorge und Verantwortung entwickelt, die nach dem Arbeitskreis OPD (1996) auf einen „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ des Ratees hindeuten. Andererseits hatte er eine gewisse Angst empfunden, der Ratee könnte sich durch kritische Fragen angegriffen fühlen und das Gespräch abbrechen. In der Folge schätzte Rater A den Probanden auf der OPD-Strukturachse als insgesamt „mäßig integriert“ ein. Den „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ beurteilte er als „vorhanden und sehr bedeutsam“. Co-Rater A konnte die Gegenübertragungsgefühle von Rater A nicht teilen. Er interpretierte die langfristige Reduktion des Methadonkonsums als Zeichen von Ich-Stärke und fand, daß der Proband in sehr angemessener Form deutlich machen konnte, daß er über bestimmte Erfahrungen nicht sprechen wolle. Auch beurteilte Co-Rater A die Selbst- und Objektschilderungen des Probanden im Vergleich zu Rater A als einfühbarer. Folglich schätzte Co-Rater A den Ratee auf der OPD-Strukturachse als insgesamt „gut integriert“ ein. Den „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ beurteilte er als „nicht vorhanden“. In der kollegialen Supervision konnte diesbezüglich kein Konsens erzielt werden. Übereinstimmung bestand allerdings dahingehend, daß die Paßgenauigkeit der im Interview erhobenen Befunde und der OPD-Items als gering zu beurteilen war.



Ein weiteres Problem bestand in der Bewertung drogeninduzierter psychotischer Episoden im Hinblick auf das psychostrukturelle Integrationsniveau. Co-Rater A schätzte solche Erkrankungen als Hinweis auf eine allenfalls gering integrierte Selbststeuerung und Abwehr ein und tendierte folglich auch zu einer entsprechenden Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus. Rater A ging dagegen eher davon aus, daß kurzfristige psychotische Episoden, die durch Drogen induziert werden, nicht zwangsläufig einen Schluß auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zulassen. Er orientierte sich bei seinen diagnostischen Einschätzungen mehr an Berichten über die Zeit vor und nach drogeninduzierten psychotischen Dekompensationen. Solche unterschiedlichen Bewertungen führten in insgesamt zwei Fällen zu unterschiedlichen Fremdeinschätzungen psychostruktureller Merkmale (Abweichungen um bis zu zwei Itemstufen).

In der kollegialen Supervision von Rater A und Co-Rater C zeigte sich, daß Rater A systematisch zu einer Überbewertung des „Versorgungs-/Autarkiekonflikts“ tendierte, wenn er den „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ bereits als mindestens „vorhanden und bedeutsam“ bewertet hatte. Zu sehr war er dabei von der Annahme ausgegangen, daß beide Konflikte oft gleichzeitig auftreten und zu wenig hatte er das vom Arbeitskreis OPD (1996) beschriebene differentialdiagnostische Kriterium berücksichtigt: Fähigkeit zur Aufnahme wechselseitiger und zunächst konfliktfreier Beziehungen („Versorgungs-/Autarkiekonflikt“) versus Unfähigkeit zu wechselseitigen Beziehungen sowie konfliktgeprägte Beziehungsaufnahme („Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“). Weniger deutlich konnten die Gründe für die Diskrepanzen bei der Einschätzung des „Unterwerfungs-/Kontrollkonflikts“ herausgearbeitet werden. Besonders aufschlußreich waren dagegen Diskussionen über diskrepante Einschätzungen von Rateres hinsichtlich des psychostrukturellen Integrationsniveaus. In einem ausführlich supervidierten Fall fiel es beiden Ratern hinsichtlich mehrerer Items der OPD-Strukturachse schwer, sich für eine diagnostische Beurteilung zu entscheiden. Auf der Grundlage der sog. Struktur-Check-Liste von Rudolf et al. (1988, vgl. Kap. IV.2.2) wurde deutlich, daß je etwa die Hälfte der unterschiedlichen Aspekte der zu beurteilenden psychischen Funktionen als „mäßig integriert“ bzw. „gering integriert“ zu bewerten waren. Die „Zwischenlage“ der supervidierten Probandin hatte zu mehr oder weniger willkürlichen Entscheidungen geführt.

### V.2.2. Interpretationen

Die Reliabilität der OPD-Ratings ist fast durchweg geringer als die, die im Rahmen der von Rudolf et al. (1997) durchgeführten Psychotherapiestudie erreicht wurde. Zu ihrer Stichprobenabhängigkeit kann aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten keine sichere Aussage gemacht werden. Die vorliegenden Ergebnisse legen jedoch die Vermutung nahe, daß spezifische Merkmale der untersuchten Stichprobe die Reliabilität der OPD-Ratings beeinträchtigt haben. Generell ist zu betonen, daß es sich bei den weitaus meisten Ratees um Personen handelte, die nicht eigeninitiativ professionelle Hilfe gesucht hatten. Um zumindest annähernd repräsentative Stichproben jungerwachsener Drogenkonsumenten und abstinenter Gleichaltriger untersuchen zu können, versuchten die mit der Rekrutierung beauftragten studentischen Mitarbeiter des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ auch solche Besucher von „Techno-Partys“ für die Studie zu gewinnen, die sich zunächst wenig aufgeschlossen zeigten (vgl. Kap. IV.1.1). Für viele jener Personen, die sich für eine Teilnahme entschlossen, standen eher die medizinischen Untersuchungen im Vordergrund des Interesses. Die Aussicht, Informationen über eventuelle Hirnschädigungen zu bekommen, machte für sie einen besonderen Reiz aus. Nur bei einem Teil der Probanden bildete die Möglichkeit einer psychologisch-psychiatrischen Untersuchung den motivationalen Hintergrund für die Teilnahme. Die Art der Stichprobenrekrutierung bzw. die Motivationslage der im Rahmen des Forschungsprojekts „Ecstasy-Konsumenten“ untersuchten Probanden dürfte sich beeinträchtigend auf die Paßgenauigkeit der im OPD-Interview erhobenen Befunde und der zu beurteilenden Merkmale ausgewirkt haben. In besonderer Weise ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, daß bei vielen Probanden keine behandlungsbedürftigen Erkrankungen vorlagen. Gerade aber die Exploration von Krankheitsauslösern und der Krankheitsverarbeitung führt zu entscheidenden Hinweisen auf intrapsychische Konflikte und psychostrukturelle Merkmalsbereiche. In dem von der Arbeitsgruppe OPD (1996) konzipierten Interviewleitfaden wird auf diese Aspekte daher großes Gewicht gelegt. Aufgrund jener geringen Paßgenauigkeit mußte in vielen Fällen die Gegenübertragung vergleichsweise stark gewichtet werden. Hierdurch könnten falsche Einschätzungen vergleichsweise häufig vorgekommen sein. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, daß Rater A und B nicht über eine abgeschlossene psychoanalytische Ausbildung verfügten, die üblicherweise als Voraussetzung einer zuverlässigen Nutzung der Gegenübertragung für diagnostische Zwecke angesehen wird. Auch mußten die Interviews aus

organisatorischen Gründen auf eine Sitzung von höchstens 90 Minuten begrenzt werden und konnten bei diagnostischen Unsicherheiten nicht – wie vom Arbeitskreis OPD (1996) empfohlen – wiederholt werden.

Ein weiterer Grund für die vergleichsweise geringe Inter-Rater-Reliabilität der hier ausgewerteten OPD-Ratings ist sicherlich das geringe Alter der untersuchten Probanden. Die meisten Rateres befanden sich zum Zeitpunkt des OPD-Interviews in einem Prozeß der Loslösung von den Eltern, einem Lebensabschnitt also, in dem entwicklungsphasenspezifische und überdauernde intrapsychische Konflikte diagnostisch schwer zu unterscheiden sind. Gleiches gilt für psychostrukturelle Merkmale, weil es auch in der späten Adoleszenz noch zu alterstypischen Regressionen kommen kann, die danach nicht als Merkmale der Persönlichkeit persistieren (vgl. Streeck-Fischer 1994).

Ein weiterer Grund für die vergleichsweise geringe Inter-Rater-Reliabilität liegt möglicherweise in bestimmten Schwächen der OPD-Konflikt- und Strukturachse. Diese könnten im Zusammenhang mit den besonderen Merkmalen der untersuchten Stichprobe jungerwachsender Drogenkonsumenten in besonderer Weise zum Tragen gekommen sein. Die im Rahmen der OPD konzeptualisierten Merkmale sind vergleichsweise wenig verhaltensnah operationalisiert. Bei der Anwendung der OPD haben Rater erheblich größere Interpretationsspielräume als bei der Nutzung deskriptiv-operationaler Diagnosesysteme. Im Hinblick auf die Konfliktachse kommt hinzu, daß keine Regeln für die Beurteilung der Bedeutsamkeit der erfaßten Merkmale vorliegen. Hier bleibt der Rater auf seine subjektive Einschätzung angewiesen. Die Strukturachse ist in vielen Fällen nicht leicht zu erheben, weil sie – wie die Arbeitsgruppe OPD (1996) selbst in Betracht zieht – nur eine relativ grobe Differenzierung psychostruktureller Integrationsniveaus erlaubt. In der klinischen Erfahrung zeigt sich nicht selten, daß Patienten gewissermaßen zwischen zwei Merkmalsausprägungen liegen, die sich auf der Strukturachse abbilden lassen (vgl. Kap. V.2.2).

Ein weiterer Grund für die vergleichsweise geringen diagnostischen Übereinstimmungen liegt nach den in der kollegialen Supervision gewonnenen Erkenntnissen in dem eher umfangarmen Training, daß die Co-Rater A und B in der OPD erhalten hatten. Zu beachten ist weiterhin, daß die Rater und Co-Rater ihre Ausbildung zum größten Teil nicht gemeinsam erhalten

hatten. Über Trainingseffekte hinausgehende gruppensdynamische Prozesse, die zu einer Erhöhung der Urteilsübereinstimmung führen können, konnten deshalb in der vorliegenden Untersuchung nicht zum Tragen kommen. Hinzu kommt noch, daß den Ratern und Co-Ratern in offiziellen Ausbildungsseminaren teilweise widersprüchliche Regeln für die Durchführung der OPD-Ratings vermittelt worden waren. So lernte Rater A, daß der „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ und „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ nicht gleichzeitig als „vorhanden und sehr bedeutsam“ eingeschätzt werden dürfen. Den Leitern eines Kurses, an dem zwei der Co-Rater teilnahmen, war diese Regel offenbar nicht bekannt. Zwar konnte in dieser Hinsicht rechtzeitig eine Übereinstimmung (zugunsten der genannten Regel) erzielt werden. Gleichwohl ist die Anwendung der OPD vermutlich längst noch nicht ausreichend vereinheitlicht. Keineswegs auszuschließen ist, daß sich die Raterübereinstimmungen durch intensivere und vor allen Dingen mehr auf jungerwachsene Drogenkonsumenten bezogene Schulungen hätten verbessern lassen.

### **V.2.3. Konsequenzen**

Die Ergebnisse zur Reliabilität der Einschätzungen auf der OPD-Strukturachse sind insgesamt als mindestens ausreichend bis befriedigend zu bewerten. Ausnahmen bilden die Items „Kommunikation“ und „Bindung“. Bei ihnen reicht die Übereinstimmung von Rater A und Co-Rater B nicht aus und auch der Konsens zwischen Rater A und Co-Rater A hinsichtlich des Items „Kommunikation“ ist unzureichend. Aus 3 Gründen ist jedoch davon auszugehen, daß sich die unbefriedigenden Ergebnisse vorwiegend auf Fehleinschätzungen der Co-Rater A und B zurückführen lassen. Erstens stimmen Rater A und Co-Rater C gut in den betreffenden Einschätzungen überein. Zweitens stimmen Co-Rater A und B weniger gut überein als Rater A und Co-Rater A bzw. Rater A und Co-Rater B. Drittens verfügen die Co-Rater A und B über eine vergleichsweise geringe Ausbildung in der OPD-Diagnostik. Ausgehend von diesen Überlegungen werden alle Items der OPD-Strukturachse in die weiteren Auswertungsschritte einbezogen.

Anders muß die Tauglichkeit bestimmter Items der OPD-Konfliktachse für die Überprüfung der Validität des Narzißmusinventars und des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche beurteilt werden. Die Übereinstimmungen der Einschätzungen des „Unterwerfungs-

/Kontrollkonflikts“ und „Versorgungs-/Autarkiekonflikts“ reichen nicht aus. Die Ergebnisse zum „Über-Ich- und Schuldkonflikt“ sind uneinheitlich. Die genannten Items werden deshalb bei den validitätsbezogenen Auswertungen nicht berücksichtigt. Die Übereinstimmungen bei den Einschätzungen von „ödipal-sexuellen Konflikten“, „Identitätskonflikten“, „fehlender Konflikt-/Gefühlswahrnehmung“ und „konflikthaften äußeren Lebensbelastungen“ fallen zwar hoch aus; sie werden aufgrund ihrer geringen Streuung jedoch ebenfalls nicht berücksichtigt (Kap. V.1.). Im Hinblick auf ihre Varianz und Reliabilität lassen sich somit nur drei Items der OPD-Konfliktachse als geeignet zur Validierung des NI und IZBW bewerten: „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“, „Selbstwertkonflikt“ und „Konfliktverarbeitungsmodus“. Während die beiden erstgenannten Items mit den NI- und IZBW-Skalen korreliert werden, wird der „Konfliktverarbeitungsmodus“ zur Bildung von Teilstichproben herangezogen, und zwar um die differentielle Validität der in Frage stehenden Inventare untersuchen zu können (vgl. Kap. IV.4).

### V.3. Validität

#### V.3.1. Ergebnisse

Die Ergebnisse zur Validität der OPD-Ratings zeigt Tab. 16. Die Ergebnisse weisen in die

**Tab. 16: Korrelationen zwischen den Kontrollvariablen (vgl. Kap. IV.3.2) und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Variablengruppe	Kontrollvariablen Variable	N	OPD									
			K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG	
Soziodemograph. Variablen	Geschlecht	158	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Alter	157	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Drogenkonsum	Kum. Ecstasy-Dosis	156	.33***	.22**	.44***	.46***	.39***	.34***	.33***	.38***	.44***	
Gefühle der Probanden vor dem Interview	Neugierde	71	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Skepsis	71	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Angst	71	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Hoffnung auf Hilfe	71	.30**	.26*	.23*	.24*	.33**	n.s.	.25*	.28*	.25	
Gefühle der Probanden während des Interviews	„verstanden“	71	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	„entblößt“	71	n.s.	.24*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	„wertgeschätzt“	71	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Untersucherbezogene Merkmale	Sympathie	23	-.59**	n.s.	n.s.	-.43*	n.s.	-.59**	.43*	n.s.	.54**	
	Diagn. Sicherh.	23	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Ähnl. Unters./Prob.	23	-.40*	n.s.	n.s.	-.46*	n.s.	-.46*	n.s.	-.45*	-.46*	

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2= Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

Richtung, daß Probanden mit einer hohen kumulativen Ecstasy-Dosis und solche, die sich vom OPD-Interview Hilfe erhofften, vergleichsweise starke psychostrukturelle Störungen aufweisen. Ratees, die dem Untersucher sympathisch waren und als der eigenen Person ähnlich wahrgenommen wurden, wurden im Hinblick auf das psychostrukturelle Integrationsniveau und den „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ als vergleichsweise gesund eingeschätzt.

### **V.3.2. Interpretationen**

Die Ergebnisse liefern keine sicheren Hinweise darauf, daß die OPD-Ratings systematisch durch die erhobenen Kontrollvariablen verzerrt wurden. Sie lassen sich gut im Rahmen bestimmter theoretischer Annahmen interpretieren. So gehen psychoanalytische Theorien davon aus, daß Suchtentwicklungen (und in der Folge hohe kumulative Rauschmitteldosen) durch die Funktionalisierung psychotroper Substanzen zur Regulation psychostrukturell bedingter psychischer Spannungen gekennzeichnet sind (Kraus 1999b). Menschen mit einem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau werden möglicherweise aufgrund ihrer vergleichsweise wenig einfühlbaren Schilderungen als der eigenen Person eher unähnlich wahrgenommen. Ihre vergleichsweise gering ausgeprägte Fähigkeit, emotionale Erlebnisinhalte verbal oder non-verbal zu symbolisieren, führt vermutlich zu einer wenig durch Sympathie gekennzeichneten Wirkung auf andere. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß Menschen mit psychostrukturellen Störungen dazu neigen, wichtige Bezugspersonen in die Abwehr bedrohlicher psychischer Inhalte einzubeziehen – z.B. indem sie diesen im Sinne projektiver Identifizierungen in realitätsunangemessener Weise schlechte Eigenschaften zuschreiben.

Die Ergebnisse zeigen, daß der Untersucher Probanden mit vergleichsweise hohen kumulativ eingenommenen Ecstasy-Dosen oder solche, die ihm eher unsympathisch waren, nicht durch eigene Abwehrhaltungen bedingt als übermäßig gesund eingeschätzt hat. Die Zusammenhänge der OPD-Ratings mit den Kontrollvariablen sind vor dem Hintergrund der in Kap. IV.3.2 dargelegten Zusammenhänge nachvollziehbar und sprechen insgesamt zumindest nicht gegen die Validität der OPD-Ratings. Ihre Aussagekraft ist allerdings gering (vgl. Kap. IV.3.2).

## VI. Hypothesen

Die Konzeptualisierungen narzißtischer Regulationsmechanismen und zentraler Beziehungswünsche stehen dem Konstrukt „Psychische Struktur“ im Sinne der OPD deutlich näher als dem Konstrukt „Intrapsychischer Konflikt“. Die dem NI zugrundeliegende Theorie des Selbst-Systems (Deneke 1989, Kap. II.2.1) bezieht sich auf Zusammenhänge der Struktur internalisierter Objektbeziehungen mit narzißtischen Regulationsmechanismen. Im theoretischen Bezugsrahmen des IZBW (König 1988, Kap. II.3.1) werden Zusammenhänge psychostruktureller Merkmale mit Beziehungswünschen konzeptualisiert.

Grundsätzlich wurden vor diesem Hintergrund signifikante Zusammenhänge der NI- und IZBW-Skalen mit allen Items der OPD-Strukturachse und jenen der Konfliktachse erwartet, die einen starken „psychostrukturellen Gehalt“ aufweisen („Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“, „Selbstwertkonflikt“, vgl. Grande et al. 1998). In besonderer Weise gilt dies für die Skalen der 1. NI-Dimension, weil sie als Indikatoren des Ausmaßes gewertet werden, in dem die Regulation des Selbsterlebens bzw. die Realisierung der Zielgrößen des Selbst-Systems mißlingt (vgl. Kap. III). Ebenso sind von den erwarteten Zusammenhängen jene zwischen den genannten OPD-Items und den IZBW-Skalen zur Erfassung solcher Beziehungswünsche hervorzuheben, die nach dem psychoanalytischen Motivationsmodell von König (1988) besonders früh in der Lebensgeschichte entstehen und Hinweise auf psychostrukturelle Störungen liefern („Wunsch nach Verschmelzung“, „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“, „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“, „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ und „Wunsch nach Anerkennung“). Alle weiteren im Rahmen des IZBW operationalisierten Beziehungswünsche sollten in Abhängigkeit von ihrem angenommenen Entstehungszeitpunkt weniger stark mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau zusammenhängen. Neben diesen allgemeinen Vermutungen wurden weiterhin mehrere Zusammenhänge zwischen den in die Auswertungen einbezogenen Items der OPD-Konfliktachse und bestimmten Skalen der in Frage stehenden Inventare erwartet, und zwar entweder aufgrund bestimmter theoretischer Überlegungen oder einer großen Ähnlichkeit der operationalisierten Konstrukte (Tab. 17).

Der „Wunsch nach Verschmelzung“ und ebenso das Streben nach symbiotischen Beziehungen läßt sich als ein Pol des „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikts“ auffassen und soziale Iso

**Tab. 17: Spezifische Hypothesen hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Items der OPD-Konfliktachse mit Skalen des Narzißmusinventars (NI) und des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW)**

<u>Fragebogenskalen</u>	<u>Items der OPD-Konfliktachse</u>
Kleinheitsselbst (NI)	Selbstwertkonflikt
Soziale Isolierung (NI)	Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt
Größenselbst (NI)	Selbstwertkonflikt
Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt (NI)	Selbstwertkonflikt
Gier nach Lob und Bestätigung (NI)	Selbstwertkonflikt
Narzißtische Wut (NI)	Selbstwertkonflikt
Wunsch nach Verschmelzung (IZBW)	Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt
Wunsch nach Anerkennung (IZBW)	Selbstwertkonflikt

lierung als eine unmittelbare Folge der mit dem Konflikt verbundenen Unfähigkeit, stabile Beziehungen einzugehen. Das „Größenselbst“, „Sehnsucht nach idealen Selbstobjekten“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Wünsche nach Anerkennung“ werden in der psychoanalytischen Theorie vielfach als Anzeichen einer Selbstwertproblematik verstanden (z.B. Kohut 1982).



## VII. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der korrelationsstatistischen Berechnungen zur Überprüfung der Konstruktvalidität des NI und IZBW in Tabellenform dargestellt. Auf eine ausführliche Erläuterung der Ergebnisse wird an dieser Stelle verzichtet. Sie wird im nachfolgenden Kapitel nach Skalen getrennt den Interpretationen vorangestellt.

Die Tabellen 18 - 21 beinhalten die Korrelationen der NI-Skalen mit den Items der OPD-Konflikt- und Strukturachse (Tab. 18), den Skalen des FPI (Tab. 19), der SCL (Tab. 20) und des IZBW (Tab. 21). Bei allen fremd- und selbsteingeschätzten Merkmalen stehen hohe Werte für hohe Merkmalsausprägungen. Positive Korrelationen spiegeln entsprechend wider, daß hohe mit hohen bzw. niedrige mit niedrigen Werten der korrelierten Variablen einhergehen. Zu beachten ist, daß die NI-Skala „Basales Hoffnungspotential“ anders als alle anderen des NI umgekehrt gepolt ist: Niedrige Werte sollen ein destabilisiertes Selbst-System (vgl. Kap. II), hohe Werte dagegen eine gut funktionsfähige Regulation des Selbsterlebens indizieren. Die in Tab. 21 dargestellten Ergebnisse lassen sich zugleich für die Interpretationen hinsichtlich der Konstruktvalidität des NI und IZBW heranziehen. Sie stehen allerdings unter dem Vorbehalt, daß die Validität mehrerer Skalen der Fragebögen fraglich ist (vgl. Kap. VIII). Die Tab. 22-24 beziehen sich ausschließlich auf das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche. Sie enthalten die Korrelationen des Fragebogens mit den Items der OPD-Konflikt- und Strukturachse (Tab. 22), den Items des FPI (Tab. 23) und der SCL (Tab. 24).

Die Tabellen 25 und 26 enthalten die Ergebnisse zur differentiellen Validität des NI und IZBW. Dargestellt sind jene Zusammenhänge zwischen NI- und IZBW-Skalen mit den zu ihrer Validierung herangezogenen Variablen, die sich in Abhängigkeit davon signifikant unterscheiden, ob sie für die „regressive“ oder „kontraphobische“ Teilstichprobe (vgl. Kap. IV.4) berechnet wurden. Auf Signifikanz wurden alle Differenzen zwischen den gleichen Korrelationen in den beiden Teilstichproben geprüft. Um die Übersichtlichkeit der ohnehin umfangreichen Ergebnisdarstellung nicht unnötig zu beeinträchtigen, werden jene Korrelationsunterschiede, die keine statistische Bedeutsamkeit erreichen, im Anhang dargestellt. Die Tab. 56 – 76 (im Anhang) enthalten die gesamten Ergebnisse zur Überprüfung der differenti-

ellen Validität des NI und IZBW hinsichtlich unterschiedlicher Modi der Konfliktverarbeitung.

Die Tab. 28 enthält die Standardabweichungen der NI-Skalen in der Gesamtstichprobe und den Teilstichproben. Weiterhin zeigt sie die Ergebnisse von Tests der Streuungen in den Teilstichproben auf Homogenität. Die Tab. 29 bezieht sich in analoger Weise auf das IZBW.

**Tab. 18: Korrelationen (r) zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S) in der Gesamtstichprobe, Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar		OPD									
Dimension/Skala			K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
I.	Ohnmächtiges Selbst	r	.37***	.40***	.36***	.39***	.48***	.38***	.31***	.37***	.44***
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Affekt-/Impulskontrollverlust	r	.38***	.34***	.26**	.26**	.30***	.25**	n.s.	.25**	.25**
		N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
	Derealisation/Depersonalisation	r	.41***	.29***	.31***	.32**	.43***	.35***	.28**	.36***	.36***
		N	123	123	123	123	123	123	123	123	123
	Basales Hoffnungspotential	r	-.25**	-.29***	-.33***	-.30***	-.45***	-.35***	-.31***	-.27**	-.41***
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Kleinheitsself	r	.27***	.40***	.30***	.35***	.41***	.33***	.29***	.28**	.35***
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Negatives Körperself	r	.29***	.30***	.30***	.31***	.31***	.29***	.30***	.24**	.33***
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Soziale Isolierung	r	.28**	.27**	.37***	.32***	.42***	.36***	.29***	.30***	.38***
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Archaischer Rückzug	r	.18*	n.s.	n.s.	n.s.	.18*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
II.	Größenself	r	n.s.	n.s.	-.21**	-.20*	-.24**	-.23*	-.22*	n.s.	-.24**
		N	123	123	123	123	123	123	123	123	123
	Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	r	.27**	.18*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.18*	n.s.
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Gier nach Lob und Bestätigung	r	.20*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
		N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
	Narzißtische Wut	r	.28**	.29**	n.s.	.19*	.24**	.21*	n.s.	.18*	.19*
		N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
III.	Autarkie-Ideal	r	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Objektbewertung	r	.29***	.36***	.30***	.31***	.35***	.31***	.23**	.29***	.31***
		N	124	124	124	124	124	124	124	124	124
	Werte-Ideal	r	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
		N	120	120	120	120	120	120	120	120	120
	Symbiotischer Selbstschutz	r	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.19*	n.s.	n.s.
		N	125	125	125	125	125	125	125	125	125
IV.	Hypochondrische Angstbindung	r	.27**	n.s.	.27**	.19*	.28**	.26**	.21*	.25**	.25**
		N	119	119	119	119	119	119	119	119	119
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	r	.21*	n.s.	.22*	n.s.	.27**	.22*	n.s.	.22*	.22*
		N	121	121	121	121	121	121	121	121	121

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2=Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 19: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der Gesamtstichprobe, Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01,\*\*\*p<0,001)**

<u>Narzißmusinventar</u>		<u>Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A<sup>1</sup></u>												
Dimension/Skala		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
I.	Ohnmächtiges Selbst	122	.57***	.29***	.73***	.47***	-.52***	-.67***	n.s.	.30***	.24**	-.26**	.68***	-.44***
	Affekt-/Impulskontrollverlust	122	.53***	.48***	.55***	.66	-.29***	-.37***	.37***	.20*	.32***	n.s.	.65***	-.30***
	Derealisation/Depersonalisation	121	.47***	.22*	.60***	.38***	-.33***	-.46***	n.s.	.18*	.20**	n.s.	.55***	-.33***
	Basales Hoffnungspotential	122	-.32***	n.s.	-.47***	-.23**	.37***	.51***	n.s.	-.20*	n.s.	.34	-.40***	.27**
	Kleinheitsselfst	122	.48***	.22*	.60***	.33***	-.44***	-.55***	n.s.	.36***	.18*	n.s.	.58***	-.46***
	Negatives Körperselfst	122	.30***	n.s.	.42***	.24**	-.35***	-.51***	n.s.	.19*	n.s.	n.s.	.39***	-.38***
	Soziale Isolierung	122	.42***	.30***	.42***	.32**	-.58***	-.31***	.19*	n.s.	n.s.	-.31***	.39***	-.24**
	Archaischer Rückzug	122	.37***	.38***	.48***	.22**	-.22*	-.24**	n.s.	n.s.	.20*	n.s.	.42***	-.21*
II.	Größenselfst	120	n.s.	.21*	n.s.	n.s.	.45***	.30***	.29**	-.20*	n.s.	.47***	n.s.	n.s.
	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	122	.23**	n.s.	.36***	n.s.	n.s.	-.18*	n.s.	n.s.	.18*	n.s.	.30***	n.s.
	Gier nach Lob und Bestätigung	121	.28**	.27**	.25**	.25**	n.s.	n.s.	.25**	n.s.	.27**	.31***	.31***	n.s.
	Narzißtische Wut	121	.44***	.51***	.42***	.56***	n.s.	-.32***	.57***	n.s.	.37***	n.s.	.51***	n.s.
III.	Autarkie-Ideal	122	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.33***	.35***	-.25**	n.s.	.18*	n.s.	n.s.
	Objektbewertung	121	.40***	.33***	.35***	.32***	n.s.	-.19*	.40***	n.s.	n.s.	n.s.	.34***	-.28**
	Werte-Ideal	117	n.s.	.22**	n.s.	.18*	.19*	.18	.34***	n.s.	n.s.	.28**	n.s.	n.s.
	Symbiotischer Selbstschutz	122	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IV.	Hypochondrische Angstbindung	116	.42***	.27**	.51***	.19*	n.s.	-.27**	n.s.	n.s.	.19*	n.s.	.38***	-.20*
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	118	.36***	n.s.	.37***	n.s.	n.s.	n.s.	.19*	n.s.	n.s.	n.s.	.20*	n.s.

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/ Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 20: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen der Symptom-Check-Liste (SCL) in der Gesamtstichprobe, Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>Narzißmusinventar</u>		<u>Symptom-Check-Liste (SCL)<sup>1</sup></u>										
Dimension/Skala	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G	
I. Ohnmächtiges Selbst	121	.42***	.69***	.70***	.83***	.69***	.58***	.64***	.53***	.66***	.76***	
Affekt-/Impulskontrollverlust	121	.44***	.60***	.55***	.60***	.50***	.59***	.32***	.49***	.60***	.62***	
Derealisation/Depersonalisation	120	.44***	.60***	.53***	.64***	.58***	.49***	.46***	.39***	.57***	.63***	
Basales Hoffnungspotential	121	-.20*	-.38***	-.41***	-.57***	-.38***	-.35***	-.39***	-.38***	-.37***	-.46***	
Kleinheitsself	121	.31***	.54***	.65***	.63***	.56***	.37***	.55***	.56***	.54***	.61***	
Negatives Körperselbst	121	n.s.	.39***	.48***	.58***	.36***	.35***	.33***	.41***	.42***	.47***	
Soziale Isolierung	121	.33***	.47***	.53***	.45***	.45***	.46***	.43***	.51***	.49***	.52***	
Archaischer Rückzug	121	.35***	.40***	.36***	.38***	.39***	.28**	.32***	.32***	.34***	.41***	
II. Größenselbst	119	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	121	n.s.	.28**	.30***	.33***	.25**	n.s.	n.s.	.27**	.27**	.30***	
Gier nach Lob und Bestätigung	120	.23*	.30***	.26**	.30***	.26**	.25**	n.s.	.25**	.32***	.31***	
Narzißtische Wut	120	.41***	.54***	.40***	.46***	.40***	.52***	.29***	.46***	.46***	.51***	
III. Autarkie-Ideal	121	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.20*	.19*	n.s.	
Objektbewertung	120	.49***	.54***	.43***	.50***	.46***	.47***	.35***	.61***	.59***	.57***	
Werte-Ideal	116	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.19*	.20*	n.s.	
Symbiotischer Selbstschutz	121	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
IV. Hypochondrische Angstbindung	115	.31***	.46***	.33***	.44***	.50***	.28**	.39***	.37***	.50***	.48***	
Narzißtischer Krankheitsgewinn	118	.41***	.38***	.26**	.34***	.40***	.34***	.35***	.31***	.41***	.43***	

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/ Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtsscore.

**Tab. 21: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche in der Gesamtstichprobe, Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala		Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche <sup>1</sup>										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	G	
I.	Ohnmächtiges Selbst	124	.58***	.21*	.57***	.37***	.32***	.59***	.54***	.58***	.41***	.66***
	Affekt-/Impulskontrollverlust	124	.54***	.22*	.52***	.56***	.49***	.48***	.52***	.41***	.47***	.66***
	Derealisation/Depersonalisation	123	.55***	.27**	.44***	.28**	.30***	.38***	.42***	.37***	.33***	.53***
	Basales Hoffnungspotential	125	-.21*	n.s.	-.28**	n.s.	n.s.	-.43***	-.33***	-.35***	-.18*	-.32***
	Kleinheitsselbst	125	.54***	n.s.	.66***	.38***	.36***	.54***	.55***	.58***	.51***	.68***
	Negatives Körperselbst	125	.45***	n.s.	.54***	.24**	.18*	.47***	.44***	.46***	.42***	.53***
	Soziale Isolierung	125	.40***	n.s.	.27**	.30**	.36***	.33***	.23*	.24**	n.s.	.37***
	Archaischer Rückzug	125	.56***	.24**	.35***	n.s.	.22*	.26**	.36***	.34***	.21*	.43***
II.	Größenselbst	125	n.s.	.29***	n.s.	.31***	.25**	n.s.	.18*	n.s.	.27**	.21*
	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	125	.45***	.23**	.58***	.42***	.29***	.40***	.58***	.43***	.45***	.60***
	Gier nach Lob und Bestätigung	124	.39***	.34***	.69***	.54***	.45***	.39***	.62***	.35***	.56***	.66***
	Narzißtische Wut	124	.40***	.42***	.53***	.68***	.71***	.45***	.52***	.44***	.50***	.70***
III.	Autarkie-Ideal	125	n.s.	n.s.	n.s.	.24**	.30***	n.s.	.23**	n.s.	.24**	.20*
	Objektbewertung	124	.44***	.25**	.43***	.50***	.55***	.51***	.54***	.32***	.49***	.62***
	Werte-Ideal	120	.28**	.25**	.20*	.30***	.37***	.21*	.38***	n.s.	.30***	.35***
	Symbiotischer Selbstschutz	125	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.24**	.27**	n.s.	n.s.	n.s.
IV.	Hypochondrische Angstbindung	118	.45***	n.s.	.42***	.27**	.25**	.36***	.48***	.37***	.41***	.50***
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	121	.26**	.23**	.26**	.25**	.23**	.22*	.36***	.21*	.18*	.33***

<sup>1</sup>Wunsch nach 1=Verschmelzung, 2= Zwillingsbeziehung, 3= Anerkennung, 4= Selbstobjektbeziehung, 5= Kontrolle, 6= dyadischer Beziehung, 7= Versorgung, 8= Steuerung, 9= Anerkennung der Geschlechtseigenschaften, G=Gesamtscore

**Tab. 22: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S) in der Gesamtstichprobe, Stichprobengrößen (N). Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht sign., \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>IZBW-Skalen</u>	N	K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
Wunsch nach Verschmelzung	129	.24**	.25**	n.s.	.19*	.23*	n.s.	n.s.	.20*	.19*
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	129	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Wunsch nach Anerkennung	129	.23**	.27**	.21*	.28***	.30***	.24**	.20*	.25**	.26**
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	129	.20*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Wunsch nach Kontrolle	129	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Wunsch nach dyadischer Beziehung	129	.27**	.20**	.29***	.33***	.39***	.29***	.30***	.29***	.34***
Wunsch nach Versorgung	129	.20*	.24**	n.s.	.19*	.27**	.22*	n.s.	.20*	.20*
Wunsch nach Steuerung	129	.25**	.27**	.26**	.33***	.34***	.26**	.24**	.27**	.30***
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	129	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Gesamtscore	129	.27**	.28***	.22*	.27**	.31***	.24**	.19*	.26**	.26**

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2= Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 23: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der Gesamtstichprobe (N=126), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
Wunsch nach Verschmelzung	.27**	.31***	.56***	.30***	-.29***	-.34***	.21*	n.s.	.18*	n.s.	.53***	-.33***
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	.19*	.19*	n.s.	.27**	n.s.	n.s.	.21*	n.s.	n.s.	.24**	.24**	n.s.
Wunsch nach Anerkennung	.41***	n.s.	.51***	.38***	n.s.	-.45***	n.s.	.27**	.22*	n.s.	.55***	-.37***
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.39***	.40***	.31***	.46***	n.s.	-.25**	.46***	n.s.	.28***	n.s.	.41***	n.s.
Wunsch nach Kontrolle	.35***	.32***	.32***	.45***	n.s.	-.24**	.53***	n.s.	.25**	n.s.	.40***	-.20*
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.39***	n.s.	.41***	.35***	-.36***	-.47***	n.s.	.32***	n.s.	-.25**	.43***	-.40***
Wunsch nach Versorgung	.36***	.22*	.45***	.37***	n.s.	-.25**	.23*	n.s.	.21*	n.s.	.51***	-.26**
Wunsch nach Steuerung	.38***	n.s.	.47***	.31***	-.30***	-.47***	n.s.	.41***	.20*	n.s.	.45***	-.36***
W. n. Anek. d. Geschlechtseigensch.	.30***	.26**	.32***	.32***	n.s.	-.36***	.18	.23**	.24**	n.s.	.42***	-.37***
Gesamtscore	.47***	.33***	.56***	.48***	-.22*	-.48***	.32***	.30***	.28***	n.s.	.62***	-.41***

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männl./Weibl. Selbstschilderung



**Tab. 24: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen der Symptom-Check-Liste (SCL) in der Gesamtstichprobe (N=124),. Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Symptom-Check-Liste (SCL) <sup>1</sup>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
Wunsch nach Verschmelzung	.25***	.53***	.55***	.52***	.44***	.31***	.37***	.48***	.54***	.52***
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	.18*	n.s.	n.s.	.21*	n.s.	.26**	n.s.	.19*	n.s.	.20*
Wunsch nach Anerkennung	.28**	.52***	.58***	.51***	.46***	.35***	.29***	.48***	.51***	.52***
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.31***	.40***	.37***	.38***	.34***	.46***	.28**	.41***	.41***	.43***
Wunsch nach Kontrolle	.34***	.45***	.35***	.37***	.35***	.38***	.27**	.34***	.40***	.42***
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.32***	.47***	.53***	.55***	.46***	.42***	.40***	.49***	.48***	.54***
Wunsch nach Versorgung	.30***	.42***	.50***	.54***	.39***	.32***	.26**	.52***	.51***	.50***
Wunsch nach Steuerung	.26**	.46***	.54***	.52***	.48***	.32***	.41***	.37***	.45***	.50***
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	.27**	.44***	.48***	.47***	.37***	.38***	.20**	.46***	.53***	.47***
Gesamtscore	.39***	.62***	.66***	.66***	.56***	.50***	.41***	.59***	.65***	.66***

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 25: Signifikante Unterschiede zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationen der Skalen des Narzißmusinventars (NI, 1) mit den Skalen bzw. Items (3) der zur Validierung herangezogenen Instrumente (2) in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe: Korrelationen in der „regressiven“ (4) und „kontraphobischen“ (5) Teilstichprobe, Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationen in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe, 6) und Ergebnisse der Prüfungen der für die Teilstichproben berechneten Korrelationen und der Effektstärken auf Signifikanz (\*<.05, \*\*<.01, \*\*\*<.001)**

<u>NI-Skalen</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Aff./Imp.kontr.verl.	IZBW <sup>1</sup>	Wunsch nach Steuerung	.60***	.25*	.44*
Aff./Imp.kontr.verl.	FPI <sup>2</sup>	Extraversion	-.33**	.17	-.51**
Aff./Imp.kontr.verl.	SCL <sup>3</sup>	Ängstlichkeit	.40**	.69***	-.42*
Aff./Imp.kontr.verl.	SCL	Aggressivität/Feindseligkeit	.41**	.70***	-.43*
Derealisation/Depersonalisation	FPI	Extraversion	-.35**	.06	-.43*
Basales Hoffnungspotential	OPD <sup>4</sup>	Selbstwertkonflikt	-.52***	-.17	-.40*
Basales Hoffnungspotential	FPI	Nervosität	-.51***	-.17	-.39*
Basales Hoffnungspotential	SCL	Somatisierung	-.42**	-.07	-.38*
Basales Hoffnungspotential	SCL	Aggressivität/Feindseligkeit	-.56***	-.24	-.39*
Kleinheits selbst	FPI	Spontane Aggressivität	-.02	.42***	-.47*
Neg. Körper selbst	FPI	Geselligkeit	-.48***	-.10	-.42*
Soziale Isolierung	FPI	Geselligkeit	-.76***	-.45***	-.51**
Soziale Isolierung	FPI	Extraversion	-.59***	-.10	-.58**
Sehnsucht n. id. Selbstobjekt	IZBW	Wunsch nach Selbstobjektbez.	.62***	.27*	.45*
Gier nach Lob und Bestätigung	IZBW	Wunsch nach Kontrolle	.24	.55***	-.37*
Gier nach Lob und Bestätigung	FPI	Spontane Aggressivität	-.01	.44***	-.48*
Narzißtische Wut	FPI	Spontane Aggressivität	.21	.67***	-.60**
Narzißtische Wut	SCL	Aggressivität/Feindseligkeit	.32*	.63***	-.41*
Narzißtische Wut	SCL	Psychotizismus	.29*	.59***	-.38*
Autarkie-Ideal	OPD	Selbstwahrnehmung	-.29*	.11	-.41*
Autarkie-Ideal	OPD	Abwehr	-.33*	.17	-.51**
Autarkie-Ideal	OPD	Kommunikation	-.31	.10	-.42*
Autarkie-Ideal	SCL	Ängstlichkeit	-.22	.29*	-.52**
Autarkie-Ideal	SCL	Phobische Angst	-.25	.16	-.42*
Objektbewertung	IZBW	Wunsch nach dyad. Beziehung	.62***	.25*	.47*
Objektbewertung	IZBW	Wunsch nach Steuerung	.63***	.11	.63**
Symbiotischer Selbstschutz	IZBW	Wunsch nach Zwillingsbez.	.28*	-.25	.54**
Symbiotischer Selbstschutz	IZBW	Wunsch nach Selbstobjektbez.	.41**	-.05	.49**
Symbiotischer Selbstschutz	IZBW	Wunsch nach Steuerung	.35**	-.04	.41*
Symbiotischer Selbstschutz	IZBW	Gesamtscore	.36**	-.04	.42*
Hypochondrische Angstbindung	FPI	Nervosität	.62***	.22	.50**
Hypochondrische Angstbindung	FPI	Offenheit	.38**	-.08	.49*
Hypochondrische Angstbindung	FPI	Extraversion	-.10	.29*	-.40*
Narzißtischer Krankheitsgewinn	IZBW	Wunsch nach Steuerung	.47***	.02	.49**
Narzißtischer Krankheitsgewinn	FPI	Nervosität	.56***	.20	.43*
Narzißtischer Krankheitsgewinn	FPI	Depressivität	.57***	.19	.46*
Narzißtischer Krankheitsgewinn	FPI	Emotionale Labilität	.42**	.05	.40*
Narzißtischer Krankheitsgewinn	SCL	Depressivität	.58***	.15	.51**
Narzißtischer Krankheitsgewinn	SCL	Ängstlichkeit	.58***	.25*	.41*

<sup>1</sup>Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, <sup>2</sup>Freiburger Persönlichkeitsinventar, <sup>3</sup>Symptom-Check-Liste, <sup>4</sup>Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

**Tab. 26: Signifikante Unterschiede zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationen der Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW, 1) mit den Skalen bzw. Items (3) der zur Validierung herangezogenen Instrumente (2) in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe: Korrelationen in der „regressiven“ (4) und „kontraphobischen“ (5) Teilstichprobe, Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationen in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe, 6) und Ergebnisse der Prüfungen der für die Teilstichproben berechneten Korrelationen und der Effektstärken auf Signifikanz (\*<.05, \*\*<.01, \*\*\*<.001)**

<u>IZBW-Skalen</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Wunsch nach Verschmelzung	FPI <sup>1</sup>	Geselligkeit	-.50***	-.12	-.43*
Wunsch nach Verschmelzung	FPI	Extraversion	-.35*	.13	-.50**
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	NI <sup>2</sup>	Symbiotischer Selbstschutz	.28*	-.25	.54**
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	SCL <sup>3</sup>	Zwanghaftigkeit	-.07	.31**	-.39*
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	SCL	Unsicherheit	-.09	.32**	-.44*
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	SCL	Psychotizismus	-.06	.30*	-.37*
Wunsch nach Anerkennung	SCL	Ängstlichkeit	.34*	.62***	-.37*
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	NI	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	.62***	.27*	.45*
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	NI	Symbiotischer Selbstschutz	.41**	-.05	.49**
Wunsch nach Kontrolle	NI	Gier nach Lob und Bestätigung	.24	.55***	-.37*
Wunsch nach Kontrolle	FPI	Spontane Aggressivität	.07	.46***	-.43*
Wunsch nach dyadischer Beziehung	NI	Objektbewertung	.62***	.25*	.47*
Wunsch nach Steuerung	NI	Affekt-/Impulskontrollverluste	.60***	.25*	.44*
Wunsch nach Steuerung	NI	Objektbewertung	.63***	.11	.63***
Wunsch nach Steuerung	NI	Symbiotischer Selbstschutz	.35**	-.04	.41*
Wunsch nach Steuerung	NI	Narzißtischer Krankheitsgewinn	.47***	.02	.49**
Wunsch nach Steuerung	FPI	Geselligkeit	-.39***	-.02	-.39*
Wunsch n. Anerk. d. Geschlechtseig.	FPI	Depressivität	.17	.53***	-.42*
Gesamtscore	NI	Symbiotischer Selbstschutz	.36**	-.04	.42*
Gesamtscore	FPI	Spontane Aggressivität	.08	.48***	-.44*

<sup>1</sup>Freiburger Persönlichkeitsinventar, <sup>2</sup>Narzißmusinventar, <sup>3</sup>Symptom-Check-Liste

**Tab. 27: Standardabweichungen (s) der NI-Skalen in der Gesamtstichprobe (GS), der „regressiven“ Teilstichprobe (RTS) und „kontraphobischen“ Teilstichprobe (KTS), Stichprobengrößen (N) und Ergebnisse der Prüfungen der Standardabweichungen/Varianzen auf Varianzhomogenität (Levene-Test für Varianzhomogenität, n.s.=nicht signifikant, \*<.05, \*\*<.01, \*\*\*<.001)**

NI-Skalen <sup>1</sup>	GS		RTS		KTS		p
	s	N	s	N	s	N	
Ohnmächtiges Selbst	10,2	126	11,6	55	8,7	69	<.01
Affekt-/Impulskontrollverlust	9,1	125	9,1	54	9,1	69	n.s.
Derealisation/Depersonal.	9,5	124	10,2	54	9,0	68	n.s.
Basales Hoffnungspotential	8,8	127	8,7	55	9,0	69	n.s.
Kleinheitsselbst	8,6	127	9,2	55	8,0	69	<.05
Negatives Körper selbst	7,7	127	9,2	55	6,4	69	<.05
Soziale Isolierung	7,6	127	7,8	55	7,4	69	n.s.
Archaischer Rückzug	7,9	127	8,0	55	7,9	69	n.s.
Größenselbst	6,4	125	6,6	55	6,0	67	n.s.
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	7,1	127	6,9	55	7,0	69	n.s.
Gier n. Lob und Bestätigung	7,6	126	7,4	54	7,7	69	n.s.
Narzißtische Wut	7,6	126	6,8	55	8,0	68	n.s.
Autarkie-Ideal	7,0	127	7,1	55	6,7	69	n.s.
Objektbewertung	7,7	126	6,9	55	8,1	68	n.s.
Werte-Ideal	7,1	122	7,3	53	6,8	66	n.s.
Symbiotischer Selbstschutz	6,2	127	5,4	55	6,6	69	n.s.
Hypochondrische Angstbind.	9,0	120	9,8	53	8,5	65	n.s.
Narzißt. Krankheitsgew.	9,0	123	9,3	55	8,9	65	n.s.

<sup>1</sup>Der Range möglicher Werte auf den NI-Skalen reicht von 10 bis 50

**Tab. 28: Standardabweichungen (s) der IZBW-Skalen in der Gesamtstichprobe (GS), der „regressiven“ Teilstichprobe (RTS) und „kontraphobischen“ Teilstichprobe (KTS), Stichprobengrößen (N) und Ergebnisse der Prüfungen der Standardabweichungen/Varianzen auf Varianzhomogenität (Levene-Test für Varianzhomogenität, n.s.=nicht signifikant, \*<.05, \*\*<.01, \*\*\*<.001)**

IZBW-Skalen <sup>1</sup>	S <sub>GS</sub>	S <sub>RTS</sub>	S <sub>KTS</sub>	p
Wunsch nach Verschmelzung	0,74	0,73	0,75	n.s.
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	0,88	0,84	0,90	n.s.
Wunsch nach Anerkennung	0,88	0,87	0,88	n.s.
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	0,56	0,52	0,58	n.s.
Wunsch nach Kontrolle	0,60	0,58	0,56	n.s.
Wunsch nach dyadischer Beziehung	0,72	0,70	0,73	n.s.
Wunsch nach Versorgung	0,59	0,60	0,59	n.s.
Wunsch nach Steuerung	0,70	0,71	0,68	n.s.
W. n. Anerkennung d. Geschlechtseigenschaften	0,71	0,72	0,69	n.s.
Gesamtscore	0,51	0,51	0,49	n.s.

<sup>1</sup>Der Range möglicher Werte auf den IZBW-Skalen reicht von 0 bis 4

## VIII. Interpretationen

### VIII.1. Vorbehalte

Die Interpretationen der vorliegenden Ergebnisse stehen unter Vorbehalten, die sich aus den besonderen Merkmalen der erhobenen Stichprobe ergeben. Bei diesen Merkmalen handelt es sich in erster Linie um die Altersstruktur (Kap. IV.1.4.1) und die Zugehörigkeit der untersuchten Probanden zu einer spezifischen Gruppenkultur (Kap. IV.1.2). Hinzu kommen die spezifischen Drogenkonsummuster der Konsumenten illegaler Drogen, die den größten Teil der untersuchten Stichprobe ausmachen (Kap. IV.1.4.2, Tab. 6).

Deneke und Hilgenstock (1989) und Leichsenring et al. (1996) grenzen den Anwendungsbereich der von ihnen entwickelten psychoanalytisch fundierten Fragebögen nicht ein. Primär aber dürften die Inventare für Erhebungen an jenen klinischen Gruppen konstruiert worden sein, aus denen sich die Analysenstichprobe des NI zusammensetzt: Menschen mit neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen (Deneke und Hilgenstock 1989, vgl. Kap. II.2.2). Es liegt auf der Hand, daß sich die in der vorliegenden Studie untersuchten „Raver“ (vgl. Kap. IV.1.2) in vielfacher Hinsicht von jenen „klassischen“ klinischen Gruppen unterscheiden. Fraglich ist vor diesem Hintergrund, inwieweit sich die vorliegenden Ergebnisinterpretationen verallgemeinern lassen. Solche Generalisierungen könnten aus mehreren Gründen unzulässig sein. So wäre es möglich, daß bestimmte narzißtische Regulationsmechanismen und zentrale Beziehungswünsche in der hier untersuchten Stichprobe nicht oder kaum vorkommen. Zwar belegen die in Kap. VII (Tab. 27, 28) dargestellten Ergebnisse, daß die Standardabweichungen der Selbsteinschätzungen im NI und IZBW nicht übermäßig gering ausfallen; unklar bleibt jedoch der Anteil der Fehlervarianz. Es wäre durchaus denkbar, daß bestimmte narzißtische Regulationsmechanismen und zentrale Beziehungswünsche in der untersuchten Stichprobe kaum von Relevanz sind, aus unterschiedlichen Antworttendenzen aber dennoch mäßig hohe Standardabweichungen der auf diese Merkmale bezogenen Selbsteinschätzungen resultieren. Die korrelationsstatistischen Ergebnisse ließen sich in solchen Fällen nicht sinnvoll interpretieren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß die in der vorliegenden Studie errechneten NI- und IZBW-Skalenwerte – abgesehen von Alterseffekten – in bestimmten Fällen auf Effekte der spezifischen Gruppenkultur zurückgehen könnten, in der

die Probanden vorwiegend rekrutiert worden waren (vgl. Kap. IV.1.3). So könnten die von den „Ravern“ erzielten Werte auf der NI-Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ (vgl. Kap. II.2.1) beispielsweise das Ausmaß widerspiegeln, in dem für die „Techno“-Bewegung charakteristische Werte wie „‘Love, Peace and Unity’“, (Thomasius und Kraus 1999, S. 40) verinnerlicht worden sind. Solche Internalisierungsprozesse können, müssen aber sicherlich nicht mit der Aktivierung narzißtischer Regulationsmechanismen einhergehen. Eine weitere Frage betrifft die Fähigkeit der untersuchten Probanden zur Selbstreflexion. Der klinischen Erfahrung nach ist diese Fähigkeit zumindest beim Mißbrauch und abhängigen Konsum betäubender Rauschmittel in der Regel eher gering ausgeprägt. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen diesen Eindruck. Die in Kap. II.2.2 zusammengefaßte Studie von Deneke (1994) ergab beispielsweise, daß sich Alkoholabhängige im NI als gesund darstellen. Eine Tendenz, die zumindest in eine ähnliche Richtung weist, könnte auch bei Teilen der im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten jungerwachsenen Drogenkonsumenten vorherrschen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich die Ergebnisinterpretationen keinesfalls als abschließende Aussagen über die Konstruktvalidität des NI und IZBW verstehen. Ihr Ziel ist es vielmehr, auf mögliche Schwächen der psychoanalytisch fundierten Inventare hinzuweisen und Anregungen für Revisionen zu geben.

## **VIII. 2. Vorüberlegungen**

Bei den theoretischen Konstrukten, die durch die NI-Skalen zu operationalisieren versucht wurden, handelt es sich um komplexe theoretische Modelle. Entsprechend differenziert sind die Ergebnisinterpretationen zur Konstruktvalidität des Fragebogens vorzunehmen. Als eine Grundlage hierfür sollen Unterscheidungen verschiedener Konstruktkomponenten hinsichtlich zweier Kriterien dienen. Zum einen lassen sich bei den von Deneke und Hilgenstock (1989) konzeptualisierten narzißtischen Regulationsmechanismen unspezifische und spezifische und zum anderen erlebensbezogene und funktionelle Komponenten unterscheiden. Mit unspezifisch werden hier solche Merkmale einzelner narzißtischer Regulationsmechanismen bezeichnet, die sie mit anderen gemein haben. Alle Modi der Selbstorganisation haben nach der Theorie des Selbst-Systems einen gewissen „psychostrukturellen Gehalt“. Sie werden eingesetzt, wenn mentale Abbilder der eigenen

Person und ihrer Umwelt in ihrer Struktur bedroht sind. Inwieweit dies geschehen kann, hängt neben Aspekten realen Geschehens vom Integrationsniveau des sog. Selbst ab (vgl. Kap. III). Ebenfalls als unspezifisch werden hier jene Konstruktkomponenten aufgefaßt, welche die Zuordnungen der narzißtischen Regulationsmechanismen zu unterschiedlichen Dimensionen der Selbstorganisation bedingen – instabil, idealistisch, „klassisch“-narzißtisch und hypochondrisch (vgl. Kap. III). Als spezifisch werden jene Anteile bezeichnet, durch die sich die narzißtischen Regulationsmechanismen von (allen) anderen abheben. Die Bedeutung der Unterscheidung erlebensbezogener und funktioneller Aspekte liegt auf der Hand. Die narzißtischen Regulationsmechanismen werden einerseits als Formen des Erlebens beschrieben. Andererseits erfüllen sie nach Deneke und Hilgenstock regulatorische Funktionen: Sie sind darauf ausgerichtet, Selbstwert-, Sinn- und Sicherheitserleben zu realisieren.

Setzt man die Dimensionen „unspezifisch versus spezifisch“ und „erlebensbezogen versus funktionell“ in Bezug zueinander, so lassen sich gewisse Zusammenhänge beschreiben. Beispielsweise können die funktionellen Komponenten narzißtischer Regulationsmechanismen hinsichtlich ihrer Spezifität bzw. dem Ausmaß differenziert werden, in dem sie eher auf eine generelle Stabilisierung des Selbst-Systems zielen oder spezifische Funktionen wie z.B. eine (versteckte) Abfuhr aggressiver Impulse erfüllen.

Hinsichtlich der durch die IZBW-Skalen operationalisierten Konstrukte lassen sich ebenfalls unspezifische und spezifische Komponenten unterscheiden. So läßt sich aus Königs psychoanalytischem Motivationsmodell (König 1988, Kap. II.3.1) ableiten, daß zentrale Beziehungswünsche, die auf besonders frühe Entwicklungsphasen zurückgehen, mit entsprechend geringen psychostrukturellen Integrationsniveaus korrespondieren – beispielsweise mit geringen Selbst-Objekt-Differenzierungen. Somit weisen auch Beziehungswünsche nach König einen „psychostrukturellen Gehalt“ auf. Ebenso haben Beziehungswünsche je nach Art des Objekts, zu dem eine Beziehung gewünscht wird, und der angestrebten Beziehungsqualität spezifische Komponenten. Problematisch ist in diesem Zusammenhang allerdings, daß König (1988), ebenso wie Leichsenring et al. (1996), einige Beziehungswünsche unzureichend von anderen abgrenzt (z.B. den Wunsch nach Zwillingsbeziehung von dem nach Verschmelzung, vgl. Kap. II.3.1). Entsprechend unklar bleibt in diesen Fällen der spezifische Konstruktgehalt.



Die Unterscheidung zwischen erlebensbezogenen und funktionellen Komponenten läßt sich nicht auf die IZBW-Skalen übertragen.

Eine wichtige Vorüberlegung betrifft in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit sich die NI- und IZBW-Skalen auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich der unterscheidbaren Konstruktkomponenten validieren lassen. In Bezug auf die eher unspezifischen Merkmale eignen sich sicherlich die Items der OPD-Strukturachse gut. Die in die Auswertungen einbezogenen Items der OPD-Konfliktachse („Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“, „Selbstwertkonflikt“) lassen sich in Einzelfällen heranziehen, um die Validität der in Frage stehenden Skalen hinsichtlich spezifischer Aspekte der ihnen zugrundeliegenden Konstrukte zu überprüfen. Besonders aber eignen sich hierzu die Skalen der nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen. Ihre Zusammenhänge mit denen des NI und IZBW lassen zudem mehr als alle anderen Ergebnisse Rückschlüsse auf die erlebensbezogene Validität der NI-Skalen zu. Die Frage, ob NI-bezogene Ergebnisse Rückschlüsse auf die Funktionen bestimmter Formen des Selbsterlebens zulassen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht sicher beantwortet werden. In diesem Zusammenhang lassen sich aus den Ergebnissen allenfalls Vermutungen ableiten.

Eine weitere Vorüberlegung betrifft die Frage, wie solche Ergebnisse zu interpretieren sind, die hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale gegen die Validität einer Skala sprechen. Grundsätzlich können in diesem Zusammenhang drei Erklärungsmöglichkeiten unterschieden werden, die auf der Grundlage des Forschungsstands und der vorliegenden Studie – gegebenenfalls – so weit wie möglich zu gewichten sind:

- 1) Testkonstruktive Fehler: Das Konstrukt wurde nicht hinreichend gut genug operationalisiert.
- 2) Probandenmerkmale: Merkmale der untersuchten Probanden bzw. Stichprobe bedingen das Ausbleiben erwarteter Zusammenhänge, die sich in anderen Stichproben finden ließen (z.B. spezifische Abwehrstrukturen bei jungerwachsenen Konsumenten stimulierender Drogen).
- 3) Theoretische Fehler: Die auf spezifische Konstruktmerkmale bezogene Validität ist gegeben, das Konstrukt wurde aber falsch in seinen theoretischen Bezugsrahmen eingeordnet. Narzißtische Regulationsmechanismen könnten beispielsweise hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau falsch eingeschätzt worden sein. Im

Hinblick auf das IZBW sind die entwicklungspsychologischen Bezüge der Konzeptualisierung zentraler Beziehungswünsche wenig gut abgesichert.

### **VIII.3. Zur diskriminanten Validität des NI und IZBW gegenüber konstrukt fremden Fragebögen**

Die Autoren des Narzißmusinventars erheben in gewisser Hinsicht den Anspruch, mit den als unbewußte Vorgänge konzeptualisierten narzißtischen Regulationsmechanismen mittelbar ganz andere Merkmale als herkömmliche psychologische Fragebögen zu messen. Wie in Kap. III ausführlich beschrieben, liegt der Entwicklung des Fragebogens die Überlegung zugrunde, daß die Beantwortung der NI-Items Aufschluß über bestimmte Formen des Erlebens ermöglicht, die als Derivate narzißtischer Regulationsmechanismen die gewünschten Rückschlüsse zulassen. Die Frage, inwieweit diese Derivate mit solchen Merkmalen identisch sind oder zumindest zusammenhängen könnten, auf die gängige Persönlichkeitsinventare und Beschwerdeskalen zielen, diskutieren die Autoren nicht explizit. Die Konstrukteure des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche lassen die Frage der Bewußtseinsnähe der von ihnen operationalisierten Beziehungswünsche ganz unerwähnt, und zwar obwohl bestimmte Wünsche nach psychoanalytischer Auffassung in der Regel abgewehrt werden. Der theoretische Bezugsrahmen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche legt allerdings implizit die Annahme nahe, daß die Konflikthaftigkeit von Beziehungswünschen zu deren Abwehr führen muß. Die bewußte Wahrnehmung und Reflektion zentraler Beziehungswünsche läßt sich somit in gewisser Hinsicht als eine „Leistung“ auffassen, die durch eine gewisse psychische „Reife“ gekennzeichnet ist. Vermutlich aus diesem Grund sind Leichsenring et al. (1996) bei der Formulierung von Items für das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche ganz ähnlich wie Deneke und Hilgenstock bei der Entwicklung des Narzißmusinventars vorgegangen. Sie beziehen viele Items ihres Fragebogens nicht direkt auf Beziehungswünsche. Stattdessen stellen sie überwiegend Fragen zu Gefühlen und Gedanken, die ihrem theoretischen Vorverständnis nach mit zentralen Beziehungswünschen zusammenhängen und dem Bewußtsein vergleichsweise leicht zugänglich sind. Die Überlegungen, nach denen unbewußte psychische Inhalte mit der Erfassung ihrer bewußtseinsnahen Derivate gemessen werden können, lassen sich daher zumindest bedingt auf das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche übertragen.

Wie bereits in Kap. III erwähnt, stellt sich im Zusammenhang mit diesen Überlegungen die Frage, ob psychoanalytisch fundierte Fragebögen Merkmalsbereiche messen, die Inventare mit anderen theoretischen Bezugsrahmen nicht erfassen können. Anders ausgedrückt gilt es, mit der diskriminanten Validität psychoanalytisch fundierter Inventare gegenüber herkömmlichen psychologischen Fragebögen einen Aspekt ihrer Konstruktvalidität zu erkunden.

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen den NI- und IZBW-Skalen und denen der nicht psychoanalytisch fundierten Fragebogenskalen sind in dieser Hinsicht eindeutig und stützen die in Kap. II.2.2 dargestellten Resultate. Die meisten Skalen der in Frage stehenden Inventare korrelieren mittelhoch bis hoch mit denen, die traits und psychische Symptombereiche erfassen. Primär liegt ihr psychoanalytischer Gehalt demnach offenbar in den auf sie bezogenen Interpretationsvorschriften. Sie sind gegenüber den Skalen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars und der Symptom-Check-Liste wenig diskriminant valide. Die auf funktionelle Konstruktkomponenten bezogene Validität der NI-Skalen wird durch diese Ergebnisse dennoch nur bedingt in Frage gestellt. Auf der Grundlage ihrer theoretischen Bezüge ist es – wie bereits in Kap. III dargestellt – durchaus naheliegend, Zusammenhänge narzißtischer Regulationsmechanismen mit Persönlichkeitseigenschaften und psychischen Symptombereichen zu erwarten. Allerdings lassen die Ergebnisse keinen Zweifel daran, daß sich auch nicht psychoanalytisch fundierte Fragebögen ähnlich gut (oder schlecht) wie das NI und IZBW eignen können, um psychodynamische Prozesse und unbewußte psychische Inhalte zu erschließen.

Einige Skalen des Narzißmusinventars und des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche weisen keine oder nur sehr niedrige Zusammenhänge mit denen der nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen auf. Allein aus diesem Grund läßt sich allerdings nicht folgern, daß sie spezifische Merkmalsbereiche erfassen, die aus psychoanalytischer Sicht relevant sind und von gängigen Fragebögen nicht berührt werden. Beispiele für solche Fehlinterpretationen wurden in Kap. II.2.2 dargestellt. Vielmehr gilt es, gerade diese Skalen in einer Detailanalyse ihrer Zusammenhänge mit relevanten Variablen und nach Möglichkeit durch zusätzliche Datenauswertungen auf ihre Konstruktvalidität hin zu überprüfen.

Im folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Konstruktvalidität jeder einzelnen Skala im Text zusammengefaßt und interpretiert. Danach werden die Interpretationen in einer Erörterung der allgemeinen Frage integriert, inwieweit sich unbewußte psychische Inhalte mit Fragebögen erfassen lassen und ob bzw. inwieweit der Einsatz psychoanalytisch fundierter Fragebögen in Praxis und Forschung zu einem Informationsgewinn führen kann, der mit dem Einsatz herkömmlicher Persönlichkeitsinventare und Beschwerdeskalen nicht erzielt wird. Soweit wie auf der Grundlage der vorliegenden Studie möglich, wird in diesem Zusammenhang auch die Gültigkeit der theoretischen Grundlagen des Narzißmusinventars wie auch des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche diskutiert.

#### **VIII.4. Zur Validität der NI-Skalen**

##### **VIII.4.1. Ohnmächtiges Selbst**

Das „Ohnmächtige Selbst“ (Tab. 29) weist von allen Skalen der in Frage stehenden Inventare die höchsten Korrelationen mit den OPD-Strukturitems auf. Die höchste aller Korrelationen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen findet sich zwischen dem „Ohnmächtigen Selbst“ und dem OPD-Item „Abwehr“ ( $r=.48$ , Tab. 18). Zudem zeigen sich Zusammenhänge zwischen der NI-Skala und den in die Auswertungen einbezogenen Items der OPD-Konfliktachse („Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“, „Selbstwertkonflikt“, Tab. 18), die vorwiegend bei einem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau vorkommende Konflikte abbilden (Grande et al. 1998, vgl. Kap. IV.2.2). Mit den FPI- und SCL-Skalen hängt das „Ohnmächtige Selbst“ ebenfalls enger als alle anderen NI- und IZBW-Skalen zusammen (Tab. 19, 20). Besonders hoch sind die Korrelationen mit der Depressionsskala der SCL (.83, Tab. 20) und der des FPI (.73, Tab. 19). Der Zusammenhang zwischen der NI-Skala „Ohnmächtiges Selbst“ und dem SCL-Gesamtscore erreicht einen Wert von .76 (Tab. 20).

Die Zusammenhänge mit den OPD-Items (Tab. 18) lassen sich neben den in Kap. II.2.2 dargestellten Ergebnissen als ein weiterer Beleg dafür auffassen, daß Werte auf der Skala „Ohnmächtiges Selbst“ als ein bedeutsamer Hinweis auf das psychostrukturelle Integrationsniveau gewertet werden können. Besonders gut läßt sich der enge Zusammenhang zwischen der NI-Skala und dem OPD-Item „Abwehr“ (Tab. 18) interpretieren. Die Skala „Ohnmächtiges

**Tab. 29: Items der NI-Skala „Ohnmächtiges Selbst“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
014	Manchmal bricht über mich eine furchtbare Angst herein, gegen die ich mich nicht wehren kann
015	In manchen Zeiten sehe ich alles so schwarz, daß mich eine furchtbare Panik ergreift
027	Ich fühle mich häufig wie ein Kartenhaus, das jederzeit in sich zusammenfallen kann
034	Manchmal ist es schon erschreckend, wie heftig ich gegen mich wüten kann
041	Mitunter fühle ich mich wie ein „Nichts“
042	Ich fühle mich oft in einem schlecht zu beschreibenden Zustand von innerer Leere wie gelähmt
043	Das Gefühl meiner Ohnmacht ist mitunter fast unerträglich groß
052	Mitunter bringe ich längere Zeit nichts Rechtes zustande, weil ich mich zu nichts aufraffen kann
053	Ich finde mich manchmal widerlich und unerträglich
056	Ich finde oft kein Ziel, für das es sich lohnen würde zu leben
067	Manchmal komme ich mir nutzlos und überflüssig vor
081	Mitunter bin ich so von Angst und Unruhe getrieben, daß ich weder ein noch aus weiß
087	Ich fühle mich häufig auch dann einsam, wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin
101	Manchmal finde ich alles so aussichtslos, daß ich mich umbringen möchte
149	Oft fühle ich mich wie ein Glas, das bei der kleinsten Berührung zerspringen könnte

Selbst“ zeigt nach Deneke und Hilgenstock (1989) deutlicher als alle anderen des NI eine hochgradige Instabilität der Selbstorganisation an, wobei diese aus dem Blickwinkel der psychoanalytischen Abwehrlehre auf einen Zusammenbruch funktionsfähiger Abwehrstrukturen zurückgeführt werden kann. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, daß Deneke (1989) die narzißtischen Regulationsmechanismen vom Konzept der Abwehr abgrenzt. Er betont, daß sich auch solche Erlebensweisen, die üblicherweise als Folge einer mißlungenen Abwehr verstanden werden, als Versuche auffassen lassen, das Selbsterleben bestmöglich zu regulieren. Im Hinblick auf das „Ohnmächtige Selbst“, einen Regulationsmodus, der erlebensmäßig durch eine Überflutung des Selbsterlebens mit Angst, Depression, Gefühlen der Leere und Sinnlosigkeit gekennzeichnet ist, ist diese Überlegung gleichwohl nur bedingt nachvollziehbar. Der „narzißtische Gewinn“ der ohnmächtigen Selbstkonfiguration ist schwer zu erkennen. Allenfalls die Wendung destruktiver Impulse gegen die eigene Person, die für diese Organisationsform des Selbst typisch ist, läßt sich psychodynamisch als Versuch begreifen, Schlimmeres, nämlich die Vernichtung wichtiger Objekte durch die eigene Aggression, abzuwenden.

Die Höhe der Korrelationen des „Ohnmächtigen Selbst“ mit den FPI- und SCL-Skalen (Tab. 19, 20, siehe oben) zeigt, daß die NI-Skala und bestimmte nicht psychoanalytisch fundierte Fragebogenskalen, insbesondere Depressionsskalen, sehr ähnliche Merkmalsbereiche erfassen. Zwar stimmt dieses Ergebnis mit dem Konzept überein, daß die ohnmächtige Selbstkonfiguration mit einer erheblichen Symptombelastung einhergeht; gleichzeitig legen die hier angesprochenen Ergebnisse jedoch die Annahme nahe, daß bestimmte Fragebogenskalen,

deren Items nicht aus psychoanalytischen Konstrukten abgeleitet wurden, ähnlich valide Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit der narzißtischen Regulation wie die NI-Skala „Ohnmächtiges Selbst“ zulassen.

#### VIII.4.2. Affekt-/Impulskontrollverlust

Die Skala „Affekt-/Impulskontrollverlust“ (Tab. 30) korreliert zwar erwartungsgemäß signifikant, aber im Vergleich mit dem „Ohnmächtigen Selbst“ eher niedrig mit den Items der OPD-Strukturachse (Tab. 18). Vergleichsweise hoch fallen dagegen die Zusammenhänge mit dem „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ und dem „Selbstwertkonflikt“ aus (Tab. 18). So steht die Richtung der Ergebnisse in einem sinnvollen Zusammenhang mit der Annahme, daß hohe Werte auf der in Frage stehenden Skala auf ein destabilisiertes Selbst-System hinweisen, das „in der raschen Folge sich verändernder Organisationsformen eine stabilisierende Balance sucht und nicht findet“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 29). Die auf unspezifische Konstruktmerkmale bezogene Validität der Skala scheint aber geringer als die des „Ohnmächtigen Selbst“ und einigen weiteren Skalen der 1. NI-Dimension (Kap. VIII.4.3-8) zu sein. Im Hinblick auf spezifische Konstruktmerkmale ist zu betonen, daß die Korrelation zwischen der NI-Skala und dem OPD-Item „Selbststeuerung“ (Tab. 18) im Vergleich mit anderen NI-Skalen nicht wie erwartet hoch ausfällt. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, daß das OPD-Item inhaltlich deutlich breiter als die Skala „Affekt-/Impulskontrollverlust“ angelegt ist. Die vergleichsweise engen Zusammenhänge der NI-Skala mit den Items der OPD-Konfliktachse (Tab. 18) legen die Annahme nahe, daß Affekt- und Impulskontrollverluste mehr als die meisten anderen Regulationsmechanismen in einem Zusammenhang mit aktivierten „Autonomie-/Abhängigkeits“- und „Selbstwertkonflikten“ stehen.

**Tab. 30: Items der NI-Skala „Affekt-/Impulskontrollverlust“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
039	Es gibt Stunden, in denen ich glaube, die Welt aus den Angeln heben zu können, und dann wieder Stunden, in denen ich glaube, daß mir überhaupt nichts mehr gelingen wird
105	In manchen Zeiten bin ich so maßlos gereizt, daß ich fürchten muß, jede Kontrolle über mich zu verlieren
118	Meine Stimmungen können sehr plötzlich von einem Extrem ins andere umschlagen
130	Ich bin sehr sprunghaft in meinen Gedanken und Gefühlen
140	Manchmal bin ich so außer mir vor Wut, daß ich für nichts mehr garantieren kann

Zumindest tendenziell weisen die vergleichsweise hohen Korrelationen mit den FPI-Skalen „Nervosität“, „Spontane Aggressivität“ und „Erregbarkeit“ (Tab. 19) auf eine erlebensbezogene Konstruktvalidität der NI-Skala hin. Weiteren Aufschluß über die Eigenschaften der Skala liefert der Vergleich ihrer korrelativen Bezüge in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe (Tab. 25). Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß der Zusammenhang zwischen Affekt- und Impulskontrollverlusten mit relevanten Merkmalsbereichen durch den Konfliktverarbeitungsmodus moderiert wird. So hängt die Skala in der „kontraphobischen Stichprobe“ signifikant enger als in der „regressiven“ Stichprobe mit den Symptombereichen „Ängstlichkeit“ und „Aggressivität/Feindseligkeit“ (SCL) zusammen (Tab. 25). In der „regressiven“ Gruppe korreliert sie dagegen höher mit den Skalen „Extraversion“ (FPI) und „Wunsch nach Steuerung“ (IZBW) (Tab. 25). Diese Ergebnisse ermöglichen sicherlich keine eindeutigen Interpretationen, lassen aber folgende Vermutungen zu: Die in Frage stehende NI-Skala erfaßt Affekt- und Impulskontrollverluste, die sich hinsichtlich ihrer psychodynamischen Entstehungsbedingungen und Funktionen unterscheiden. Wenn die für „kontraphobische“ Abwehrmodi typischen Reaktionsbildungen versagen, kann es zu einem Durchbruch von Angst oder feindseligen Impulsen kommen. Im Zusammenhang mit eher „regressiven Abwehrhaltungen“ lassen sich Affekt- und Impulskontrollverluste eher als Folge (oder Ursache) der Unterwerfung unter steuernde Objekte auffassen. Zwar wird die Steuerung gewünscht, gleichzeitig wehrt sich das Selbst jedoch impulsiv – ohne es bewußt zu wollen – gegen den durch die Steuerung bedingten Autonomieverlust.

#### VIII.4.3. Derealisation/Depersonalisation

Die Skala (Tab. 31) korreliert vergleichsweise hoch mit den OPD-Items (Tab. 18). In besonderer Weise gilt dies für den „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“. Mit den meisten konstruktfernen Skalen, insbesondere denen des SCL, weist die in Frage stehende Skala eben

**Tab. 31: Items der NI-Skala „Derealisation/Depersonalisation“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
019	Es gibt Stunden, in denen ich das Gefühl habe, gar nicht wirklich da zu sein
037	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person
055	Wenn ich mich im Spiegel sehe, habe ich manchmal das Gefühl, als wäre ich das gar nicht richtig selbst
069	Mitunter kommt es mir so vor, als ob die Dinge nicht wirklich wären
127	Manchmal erscheint mir mein Körper plötzlich fremd und nicht zu mir dazugehörig
159	Es gibt Momente, in denen ich meine Umwelt wie hinter Glas erlebe

falls enge Zusammenhänge auf (Tab. 19, 20). Hervorzuheben ist ferner eine im Vergleich hohe Korrelation mit der IZBW-Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ (Tab. 21).

Die Ergebnisse weisen in Übereinstimmung mit den Erwartungen – ähnlich wie beim „Ohnmächtigen Selbst“ – darauf hin, daß hohe Werte auf der Skala „Derealisation/Depersonalisation“ mit einem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau einhergehen. Sie sprechen somit für die auf unspezifische Konstruktmerkmale bezogene Validität der NI-Skala. Sichere Aussagen zu den funktionalen Aspekten des Derealisations- und Depersonalisationserlebens lassen sich aus den Ergebnissen zwar nicht ableiten, die besonders engen Zusammenhänge der NI-Skala mit den Variablen „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ (OPD) (Tab. 18) und „Wunsch nach Verschmelzung“ (IZBW) (Tab. 21), die inhaltlich beide dem psychoanalytischen Konzept der Schizoidie nahestehen, lassen diesbezüglich aber Vermutungen zu. Deneke und Hilgenstock (1989) fassen Derealisation und Depersonalisation als Ausdruck des Versuchs auf, die tiefgreifende Angst vor einer Fragmentierung des Selbst durch Abspaltung und Verschiebung zu bewältigen. Die vorliegenden Ergebnisse legen die Annahme nahe, daß diese Form der Abwehr insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn die Angst vor Identitätsverlust durch Nähe oder Distanz zu wichtigen Objekten ausgelöst wird. Mit dieser Vermutung wird allerdings gleichzeitig die Frage aufgeworfen, ob Derealisations- und Depersonalisationserleben tatsächlich als Derivat eines narzißtischen Regulationsmechanismus aufgefaßt werden kann oder eher als eine unmittelbare (und nicht zwangsläufig funktional angelegte) Folge bzw. als Ausdruck der Angst vor einer Fragmentierung des Selbst anzusehen ist.

Für die auf erlebensbezogene Konstruktmerkmale bezogene Validität der in Frage stehenden Skala sprechen ihre vergleichsweise engen Zusammenhänge mit denen der SCL (Tab. 20). Besonders die hohen Korrelationen mit den beiden angstbezogenen Skalen des Beschwerdefragebogens lassen sich theoriekonform interpretieren.

#### **VIII.4.4. Basales Hoffnungspotential**

Diese Skala (Tab. 32) korreliert mit den OPD-Items in der erwarteten Richtung (Tab. 18). Weiterhin fallen mehrere enge Zusammenhänge mit den durch nicht psychoanalytisch fun-



dierte Fragebogenskalen erfaßten Merkmalsbereichen auf: negative mit der generellen psychischen Symptombelastung, Nervosität, Depressivität, Erregbarkeit, Gehemmtheit und emotionaler Labilität; positive mit Geselligkeit, Gelassenheit und Extraversion (Tab. 19, 20). Auffällig ist zudem, daß einige Zusammenhänge mit den zur Validierung des NI herangezogenen Variablen nur in der „regressiven“ Teilstichprobe statistische Bedeutsamkeit erreichen und dort zudem signifikant höher als in der „kontraphobischen“ Gruppe ausfallen (OPD: „Selbstwertkonflikt“, FPI: „Nervosität“, SCL: „Somatisierung“, „Aggressivität/Feindseligkeit“) (Tab. 25).

**Tab. 32: Items der NI-Skala „Basales Hoffnungspotential“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
021	Ein Funken Hoffnung bleibt immer, wie sehr ich mich auch verzweifelt fühlen mag
036	Wie mies es mir auch gehen mag, ganz tief in mir bleibt die Gewißheit, daß es doch noch einen Ausweg gibt
051	Eigentlich kannst du mit dir doch ganz zufrieden sein; diese Überzeugung hat mich durch manche Krise getragen
063	Ich spüre immer noch eine letzte Kraft in mir, auf die ich vertrauen kann, wenn es mir schlecht geht
077	Mag ich mich auch noch so elend fühlen, im Letzten gebe ich die Hoffnung auf Besserung nicht auf
091	Ich merke gerade dann, wenn mir alles ausweglos erscheint, daß noch ein starker Überlebenswille in mir steckt
095	Ich glaube, im Kern meiner Person bin ich doch unzerstörbar
099	Mag der Glaube an mich selbst manchmal auch stark erschüttert sein, ganz verläßt er mich nie
126	Manchmal weiß ich zwar nicht weiter, aber irgendetwas in mir flößt mir trotzdem Mut ein
135	Die Liebe zu mir selbst hat bislang noch alle Erschütterungen überstanden

Das „Vermögen, trotz aller persönlichen Not noch ein fundamentales Vertrauen auf eine Wendung zum Besseren“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 30) aufrechtzuerhalten, basiert theoriekonform offenbar auf einem hohen psychostrukturellen Integrationsniveau. Dieser Befund spricht ebenso für die auf unspezifische Konstruktmerkmale bezogene Validität der in Frage stehenden Skala wie deren durchweg sinnvoll interpretierbaren Zusammenhänge mit den nicht psychoanalytisch fundierten Fragebogenskalen. Ein gut ausgebildetes „Hoffnungspotential“ geht mit einer großen Bandbreite von Eigenschaften einher, die „Lebensfreude“ konstituieren und schützt vor verschiedenen Formen psychischen Leids. Die unterschiedlichen Befunde in den Teilstichproben (Tab. 25) relativieren diese Interpretationen allerdings dahingehend, daß die NI-Skala an Probanden mit „kontraphobischer“ Abwehrstruktur vergleichsweise weniger valide erhoben werden kann. Möglicherweise berichten Menschen, die „regressive“ Konfliktverarbeitungsmodi bevorzugen, mit größerer Offenheit als solche mit „aktiven“ Abwehrstrukturen über das Ausmaß, in dem ihnen basale Hoffnungen fehlen. Eine „kontraphobische“ Abwehrstruktur wäre hierdurch vermutlich in besonderer Weise bedroht.

#### VIII.4.5. Kleinheitsselbst

Die NI-Skala „Kleinheitsselbst“ (Tab. 33) hängt ebenfalls wie angenommen mit den OPD-Items zusammen, die das psychostrukturelle Integrationsniveau abbilden (Tab. 18). In Übereinstimmung mit den Erwartungen korreliert sie zudem besonders hoch mit dem OPD-Item „Selbstwertkonflikt“ (Tab. 18). Mit der konstruktnahen Variablen „Selbststeuerung“ (OPD), die als einen wichtigen Aspekt die Selbstwertregulation erfaßt, und der IZBW-Skala „Wunsch nach Anerkennung“ weist sie zumindest etwas höhere Zusammenhänge als fast alle anderen NI-Skalen auf (Tab. 18 bzw. 21).

**Tab. 33: Items der NI-Skala „Kleinheitsselbst“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
008	Man kann sich furchtbar schämen, wenn man glaubt, versagt zu haben
009	Es ist manchmal fast nicht zu ertragen, wenn man merkt, was für ein kleines Licht man doch ist
076	Ich schäme mich, wenn andere merken, daß ich etwas nicht kann
078	Es ist mir meistens unheimlich peinlich, wenn ich vor einer Gruppe etwas Dummes gesagt habe
110	Oft fühle ich mich unsicher, weil ich einfach zu wenig kann und weiß
112	Es macht mich völlig unsicher, wenn sich in einer Gruppe die Aufmerksamkeit aller plötzlich auf mich richtet
114	Menschen, die attraktiv sind, machen mich unsicher
116	Ich könnte mich dafür ohrfeigen, daß ich mich manchmal so dumm anstelle
124	Wenn mir ein Vorhaben mißlingt, neige ich dazu, an meinen Fähigkeiten und Begabungen schnell zu zweifeln
148	Ich könnte vor Scham in den Boden versinken, wenn ich merke, daß jemand mich genau durchschaut

Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, daß die in Frage stehende NI-Skala neben allgemeinen Aspekten der „psychischen Struktur“ spezifische, selbstwertbezogene Merkmale abbildet. Hinsichtlich der erlebensbezogenen Validität der Skala lassen sich aus den Ergebnissen keine sicheren Schlüsse ableiten, weil keine der FPI- oder SCL-Skalen in spezifischer Weise Insuffizienzgefühle erfaßt. Hinsichtlich funktional-psychodynamischer Aspekte des „Kleinheitsselbst“ ist der signifikante Unterschied zwischen den Korrelationen der NI-Skala mit der FPI-Skala „Spontane Aggressivität“ in den Teilstichproben interessant (Tab. 25). In der „kontraphobischen“ Gruppe tritt ein deutlicher, in der „regressiven“ kein Zusammenhang auf. Dieses Ergebnis spiegelt eindrucksvoll wider, daß es besonders bei der aktiven Abwehr von „Selbstwertkonflikten“ zu heftiger „Gereiztheit und Verärgerung“ (Arbeitskreis OPD 1996, S. 136) kommen kann, wenn das überzogen positive Selbstbild in Frage gestellt wird.

#### VIII.4.6. Negatives Körper selbst

Diese Skala (Tab. 34) weist weitgehend ähnliche Zusammenhänge mit den OPD-Strukturitems wie die zuvor behandelten Variablen auf (Tab. 18) und kann somit hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale als valide bewertet werden. Der nur in der „regressiven“ Gruppe auftretende Zusammenhang zwischen dem „Negativen Körper selbst“ und Geselligkeit (Tab. 25) läßt sich mit der möglicherweise größeren Bereitschaft der Probanden dieser Teilstichprobe erklären, offen und differenziert über die Ablehnung des eigenen Körpers zu berichten. Hinweise auf weitere Aspekte der Konstruktvalidität der Skala „Negatives Körper selbst“ lassen sich aus den Ergebnissen nicht ableiten.

Tab. 34: Items der NI-Skala „Negatives Körper selbst“

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
017	Ich bringe es einfach nicht fertig, meinen Körper zu mögen
023	Häufig spüre ich so etwas wie Ekel, wenn ich mich selbst berühre
038	Am liebsten wäre mir, wenn ich meinen Körper weder sehen noch spüren müßte
061	Da ich nicht attraktiv bin, kann ich auch nicht geliebt werden
070	Mitunter finde ich meinen Körper so unansehnlich, daß ich ihn am liebsten vor anderen Menschen verstecken möchte
072	Wenn ich mich selbst schon nicht gern anfasse, wie mag ich dann erst auf andere abstoßend wirken
075	Häufig habe ich eine richtige Abscheu dagegen, mich im Spiegel zu betrachten
094	Ich mag meinen Körper nicht
113	Ich finde meinen Körper teilweise widerlich und abstoßend
115	Im Grunde genommen verabscheue ich mich wegen all der körperlichen Mängel, die ich an mir entdecke

#### VIII.4.7. Soziale Isolierung

Diese NI-Skala (Tab. 35) korreliert mit allen OPD-Items signifikant (Tab. 18). Sie weist zudem einen vergleichsweise hohen negativen Zusammenhang mit Geselligkeit (Tab. 19) auf. Hinsichtlich unspezifischer, spezifischer und erlebensbezogener Konstruktmerkmale kann die Skala somit als valide beurteilt werden. Die unterschiedlich engen Zusammenhänge zwischen der „sozialen Isolierung“ und Geselligkeit (FPI) in den beiden Teilstichproben (Tab. 25) läßt sich ähnlich wie beim „Negativen Körper selbst“ am ehesten durch eine vermutlich größere Offenheit der Probanden mit regressiven Tendenzen erklären, sich im Hinblick auf ihr Interaktionsverhalten selbstkritisch und somit differenziert darzustellen. Zu den von Deneke und Hilgenstock (1989) beschriebenen funktionalen Aspekten der sozialen Isolierung (vgl. Kap.

II.2.1) lassen sich auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse keine fundierten Aussagen machen.

**Tab. 35: Items der NI-Skala „Soziale Isolierung“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
010	Ich bin ein Einzelgängertyp
020	Menschenansammlungen schrecken mich eher ab
035	Unternehmungen in Gruppen sind oft genug enttäuschend verlaufen
049	Ich meide Feste, weil ich mich ohnehin nur als Außenstehender und Fremder fühlen würde
062	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen
073	Ich begegne den Menschen eher mißtrauisch und vorsichtig
092	Es dauert sehr lange, bis ich zu einem Menschen Vertrauen fasse
111	Ich habe starke Widerstände dagegen, über meine Gefühle zu sprechen
123	Ich mache es den anderen bestimmt nicht leicht, einen persönlichen Zugang zu mir zu finden
155	Ich glaube, viele Menschen erleben mich abweisend und kühl

#### **VIII.4.8. Archaische Rückzugsphantasien**

Die auf unspezifische Konstruktkomponenten bezogene Validität muß bei dieser Skala (Tab. 36) anders als bei allen anderen der 1. NI-Dimension als fraglich beurteilt werden. Nur mit den OPD-Items „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ und „Abwehr“ weist die Variable statistisch bedeutsame Zusammenhänge auf, die mit jeweils .18 wenig eng sind (Tab. 18). Auch die Korrelationen mit den FPI- und SCL-Skalen (Tab. 19, 20) sind im Vergleich eher niedrig. Auffällig eng hängen die „archaischen Rückzugsphantasien“ dagegen in der erwarteten Richtung mit der IZBW-Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ (Tab. 21) zusammen – eine Variable, die (hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale) allerdings ebenfalls als wenig valide zu bewerten ist (Kap. VIII.5.1).

Ein möglicher Grund für diese wenig befriedigenden Ergebnisse könnte sein, daß die Items der Skala vergleichsweise verschiedenartige Bedeutungsgehalte haben. Als einen Hinweis auf diese Vermutung lassen sich zumindest die eher niedrigen Trennschärfen der Items auffassen. Sie lagen in der von Deneke und Hilgenstock (1989) untersuchten Stichprobe von Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen (N=1277), an der der Fragebogen entwickelt wurde (vgl. Kap. II.2.2), zwischen .40 und .50. Die Trennschärfen aller anderen Items, die zu Skalen der 1. NI-Dimension gehören, wiesen dagegen Beträge auf, die im Regelfall deutlich über .50 lagen. Auch inhaltlich läßt sich diese Annahme einer (zu) großen Heterogenität der die Skala „Archaischer Rückzug“ konstituierenden Items begründen. Einige der Aussagesätze lassen sich beispielsweise als Ausdruck einer Art inneren Gelassenheit oder Fähigkeit, sich zu

entspannen, interpretieren, z.B.: „Ich könnte stundenlang auf einer Wiese oder am Strand liegen und den Wolken zuschauen.“ In anderen Items kommt die von Deneke und Hilgenstock (1989) beschriebene regulatorische Komponente „archaischer Rückzugsphantasien“ – der Rückzug aus einer die Integrität des Selbst bedrohenden Realität in realitätsferne Vorstellungen einer glücklichen Vereinigung mit den Naturgewalten – wesentlich deutlicher zum Ausdruck: „Ich neige mehr als andere dazu, mich in meinen Tagträumen in paradiesische Zustände zu versetzen.“ Für die erwartungskonträren Ergebnisse wären somit zumindest teilweise testkonstruktive Fehler – unzureichend exakte Operationalisierungen „archaischer Rückzugsphantasien“ – verantwortlich zu machen.

Offen bleibt in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit auch „theoretische Fehler“ zur Generierung ungültiger Hypothesen geführt haben könnten. Von den Autoren des Fragebogens ist möglicherweise zu wenig bedacht worden, daß sich dysfunktionale Regressionen von religiös-mystisch geprägten Erlebensformen nicht immer leicht unterscheiden lassen. Über solche Erfahrungen, die die Ich-Funktionen nicht zwangsläufig beeinträchtigen (vgl. Erikson 1958, Kakar 1974, Kraus 1999a), berichten immerhin 30 – 40% der in westlichen Kulturen lebenden Menschen (Hay 1982). Aus dem Blickwinkel der transpersonalen Psychologie (vgl. Wilber 1996) läßt sich das Identitätsgefühl als eine organisierte Struktur von Phantasien und Erinnerungen beschreiben, die einer ständigen Veränderung unterworfen sind. In ähnlicher Weise betont Deneke (1989), daß das Selbst und mit ihm das intrapsychische Abbild der eigenen Person und ihrer Umwelt ständig neu organisiert und nur durch die Ähnlichkeit zeitnaher Strukturen als stabil erlebt wird. Eine unmittelbare Erkenntnis („Schau“) des ständigen Wandels der eigenen Person bedingt nach der buddhistischen Psychologie zugleich die Einsicht, daß sich das Individuum nicht scharf von seiner Umwelt abgrenzen läßt, sondern unentrinnbar mit ihr verbunden und von ihr abhängig ist. Diese Einsicht löse eine existentielle und in gewisser Hinsicht berechtigte Angst aus: Die Bedeutung des Selbst werde auf eine Art und Weise relativiert, die im Alltagsbewußtsein kaum vorstellbar sei. Bei einer konstruktiven Bewältigung dieser (Real-)Angst werde das Ich-Ideal erheblich herabgesetzt, so daß eine starke innere Gelassen- und Zufriedenheit entstehen könne. Von bestimmten Items der NI-Skala werden solche Erlebensweisen möglicherweise berührt, z.B.: „Es gibt Stunden, in denen ich mich von allem zurückziehe und nur noch so dasitzen kann.“ Das letzte Wort dieses Aussage-

satzes deutet aus der beschriebenen Perspektive eher auf eine psychische Fähigkeit als einen narzißtischen Regulationsmechanismus hin.

Ein ganz anderer Aspekt, der hinsichtlich der Ergebnisinterpretationen zu berücksichtigen ist, betrifft die Formulierungen der Items der in Frage stehenden NI-Skala (Tab. 36). Anders als jene der bisher erörterten Skalen sind sie sprachlich wenig symptomnah gefaßt. Mit ihnen wurde somit in besonderer Weise die Idee umgesetzt, unbewußte psychische Inhalte durch bewußtseinsfähige Derivate zu erfassen. Ein zumindest leichter Hinweis auf das Gelingen dieses Vorgehens kann aus dem Ergebnis abgeleitet werden, daß sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zusammenhängen der „archaischen Rückzugsphantasien“ mit den zur Validierung herangezogenen Variablen in den beiden Teilstichproben finden lassen (vgl. Tab. 25). Zudem sind die Korrelationen der NI-Skala mit denen des FPI und der SCL vor dem Hintergrund der symptomfernen Operationalisierungen „archaischer Rückzugsphantasien“ nicht unbedingt als niedrig zu bewerten: Theoriekonform gehen hohe Werte auf der NI-Skala mit einer eher hohen Symptombelastung (SCL, Tab. 20) und Merkmalen wie „Depressivität“, „Nervosität“ und „Spontane Aggressivität“ (FPI, Tab. 19) einher.

Ausgehend von der Vielfalt möglicher Interpretationen der erwartungskonträren Ergebnisse wurden die Zusammenhänge der in Frage stehenden Items mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus berechnet (Tab. 36). Die Korrelationen können die aufgeworfenen Fragen sicherlich nicht abschließend klären, lassen aber zumindest einen Schluß zu: Am ehesten lassen sich jene Items hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale validieren, bei denen entweder die regulatorische Komponente „archaischer Rückzugsphantasien“ („ . . . alles auf der Erde zurücklassen, was quält und ängstigt . . .“) oder das Übermaß des Rückzugs („ . . . in einen ganz langen und tiefen Schlaf zu versinken . . .“) in besonderer Weise zum Ausdruck kommen. Einiges spricht somit für die obige Annahme, daß testkonstruktive Fehler (auf der Grundlage einer unzureichenden theoretischen Differenzierung und Abgrenzung des Konstrukts) für die insgesamt eher erwartungskonträren Ergebnisse verantwortlich sind.

**Tab. 36: Items der NI-Skala „Archaischer Rückzug“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01,<\*\*\*0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
002	Oftmals sehne ich mich nach unendlich viel Ruhe und Frieden und nichts als das	n.s.
012	Häufig habe ich nur noch den einen intensiven Wunsch, in einen ganz langen und tiefen Schlaf zu versinken	.26**
024	Manchmal möchte ich mich wie in einem Fluß einfach nur so treiben lassen	.18*
040	Man müßte fliegen können wie ein Vogel und alles auf der Erde zurücklassen, was quält und ängstigt	.25**
054	Ich könnte stundenlang auf einer Wiese oder am Strand liegen und den Wolken zuschauen	n.s.
097	Manchmal – wenn ich Musik höre, lese oder vor mich hinträume – lasse ich mich von meinen Stimmungen ganz weit wegtragen	n.s.
103	Ich neige mehr als andere dazu, mich in meinen Tagträumen zu verlieren	n.s.
128	Ich könnte es genießen, mich in sanften und gleichmäßigen Bewegungen schaukeln zu lassen	n.s.
129	Es gibt Stunden, in denen ich mich von allem zurückziehe und nur noch so dasitzen kann	n.s.
138	Ich sehne mich oft danach, in der Sonne zu liegen und mich von ihrer Wärme umhüllen zu lassen	n.s.

#### **VIII.4.9. Größenselbst**

Die Skala „Größenselbst“ (Tab. 37) korreliert erwartungskonträr bis auf eine Ausnahme negativ mit den Items der OPD-Strukturachse (Tab. 18). Sie weist keinerlei Zusammenhänge mit der psychischen Symptombelastung auf (Tab. 20). Im Hinblick auf den FPI fallen besonders hohe positive Korrelationen mit den Skalen „Geselligkeit“ und „Extraversion“ auf (Tab. 19).

Ein in gewisser Hinsicht naheliegender Interpretationsversuch betrifft die psychodynamischen Funktionen des „Größenselbst“. Nach Kernberg (z.B. 1993) handelt es sich bei ihm um eine pathologische Selbstkonfiguration, die sich insbesondere bei jungen Menschen (noch) positiv auf die psychische Symptombelastung und das psychosoziale Funktionsniveau auswirken kann. Gleichwohl ist die Erwartung gerechtfertigt, daß hohe Werte auf der NI-Skala mit einem niedrigen psychostrukturellen Integrationsniveau einhergehen, denn das „Größenselbst“ wird in der Regel als Selbstkonfiguration mit fatalen Folgen auch für jene psychischen Funktionen beschrieben, die auf der OPD-Strukturachse abgebildet werden, insbesondere die Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, Kommunikations- und Bindungsfähigkeit. Allenfalls die Selbststeuerung kann nach Annahmen diverser theoretischer Ansätze bei einem insgesamt geringen psychostrukturellen Integrationsniveau durch die Ausbildung bzw. Festschreibung (vgl. die theoretischen Differenzen zwischen Kernberg und Kohut, Kernberg 1993) eines „Größenselbst“ gefördert werden. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammen-

hang allerdings, daß neben den Konzeptionen Kernbergs auch Überlegungen anderer Autoren in die Operationalisierungen des „Größenselbst“ eingegangen sind. Dennoch muß die Skala auf der Grundlage einer Zusammenschau der vorliegenden und der im Kap. II.2.2 referierten Ergebnisse zumindest hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale als unvalid bewertet werden.

Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Befunde auf Schwächen der Testkonstruktion zurückzuführen sind oder Konstrukte wie das „Größenselbst“ durch Fragebögen generell nicht erfaßt werden können. Hinsichtlich testkonstruktiver Aspekte ist hervorzuheben, daß die Items der Skala „Größenselbst“ – ähnlich wie die der Skala „Archaischer Rückzug“ – eher geringe Trennschärfen zwischen .42 und .55 aufweisen (Deneke und Hilgenstock 1989). Zudem überzeugen einzelne Items auch inhaltlich nicht als gelungene Operationalisierungen des „Größenselbst“ – ihre „Augenscheinvalidität“ ist eher gering. Das folgende Item ließe sich zum Beispiel durchaus als Ausdruck eines gesunden Selbstbewußtseins bzw. einer funktionierenden Selbstwertregulation durch das Über-Ich auffassen: „Es gibt durchaus Augenblicke, in denen ich richtig stolz auf mich bin.“ Für die Auffassung, daß die Skala „Größenselbst“ ganz andere als die in der Literatur beschriebenen Merkmale grandioser Selbstkonzepte erfaßt, sprechen weiterhin die im Vergleich auffällig hohen Zusammenhänge mit den FPI-Skalen „Geselligkeit“ und „Extraversion“ (Tab. 19).

Um genaueren Aufschluß zu erreichen, wurden weitere Berechnungen durchgeführt. Zum einen wurde wie bei der Skala „Archaischer Rückzug“ jedes Item des „Größenselbst“ mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus korreliert (Tab. 37). Zum anderen wurden die Zusammenhänge der Items mit einer weiteren Variable berechnet, die auf der Grundlage sog. OPD-Berichte gebildet wurde (Tab. 37). Diese waren primär aus Gründen angefertigt worden, die in einem Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt „Ecstasy-Konsumenten“ (vgl. Kap. IV.1.1) standen. Sie enthielten Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen, die auf der Grundlage der OPD-Interviews gestellt worden waren, hinsichtlich ihrer Reliabilität allerdings nicht überprüft werden konnten. Den Diagnosen lagen die Forschungskriterien der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (Dilling et al. 1994) zugrunde. Persönlichkeitsakzentuierungen wurden diagnostiziert, wenn Hinweise auf eine bestimmte Persönlichkeitsstörung vorlagen, aber nicht für eine Diagnose ausreichten.



Die genannte Variable wird im folgenden zur sprachlichen Vereinfachung „Narzißmus“ genannt. Ihr wurden in Abhängigkeit von der persönlichkeitsbezogenen Diagnose folgende Werte zugeordnet: narzißtische oder dissoziale Persönlichkeitsstörung=2, narzißtische oder dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung=1, keine Diagnose einer narzißtischen oder dissozialen Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung=0. Dissoziale Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen wurden ausgehend von der Annahme berücksichtigt, daß sie sich als Sonderformen der narzißtischen Persönlichkeit auffassen lassen (vgl. Kernberg 1996).

**Tab. 37: Items der NI-Skala „Größenselbst“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G) und der Variable „Narzißmus“ („N“, vgl. Text), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>	<u>„N“</u>
025	Mit guter Vorbereitung könnte ich fast jedes Ziel erreichen	n.s.	n.s.
044	Es gelingt mir fast immer, die Menschen, die ich gewinnen möchte, für mich auch zu gewinnen	n.s.	n.s.
047	Ich glaube, daß in mir noch so manches ungenutzte Talent schlummert	n.s.	n.s.
050	Ich habe den Eindruck, in meiner Ausstrahlung auf andere anziehend zu wirken	-.22*	n.s.
065	Insgeheim fühle ich mich oftmals den meisten anderen Menschen überlegen	n.s.	.22*
080	Anderer würden sich wundern, wenn sie wüßten, was wirklich an Begabungen in mir steckt	n.s.	n.s.
085	Ich glaube, andere beneiden mich um mein gutes Aussehen	n.s.	n.s.
153	Ich neige dazu, in der Zusammenarbeit mit anderen die Führung zu übernehmen	n.s.	n.s.
156	Zum Glück gehöre ich nicht zu den „grauen Mäusen“ unter den Menschen	n.s.	n.s.
161	Ich erlebe durchaus Augenblicke, in denen ich richtig stolz auf mich bin	n.s.	n.s.

Die Ergebnisse belegen, daß keines der in Frage stehenden Items hinsichtlich unspezifischer Konstruktkomponenten mit Sicherheit als valide bewertet werden kann. Im Hinblick auf zukünftige Versuche, das „Größenselbst“ zu operationalisieren, ist die signifikante Korrelation des Items 65 mit der Variable „Narzißmus“ von besonderem Interesse. Das Item beinhaltet deutlicher als alle anderen einen unmittelbaren wertbezogenen Vergleich des Selbst mit den Objekten. Durch eine Operationalisierung dieses zentralen Aspekts grandioser Selbstvorstellungen wird es in Zukunft vermutlich am ehesten gelingen, eine valide Skala zur Erfassung des Konstrukts zu konstruieren.

#### **VIII.4.10. Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt**

Die Skala (Tab. 38) korreliert nur mit einem Item der OPD-Strukturachse signifikant (Tab. 18). Der Zusammenhang fällt eher niedrig aus. Als vergleichsweise hoch ist dagegen der Zusammenhang mit dem OPD-Item „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ (Tab. 18) zu bewer-

ten. Die erwartete Korrelation mit dem OPD-Item „Selbstwertkonflikt“ (Tab. 18) fällt eher niedrig aus, erreicht aber Signifikanz. Die Korrelationen zwischen der „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ und den Skalen des FPI und SCL (Tab. 19, 20) sind insgesamt ebenfalls eher niedrig. Allerdings bestehen mittelhohe Korrelationen mit den Depressionsskalen der nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen (Tab. 19, 20). Erwähnenswert ist zudem, daß die NI-Skala mit der IZBW-Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ in der „regressiven“ Teilstichprobe signifikant enger zusammenhängt als in der „kontraphobischen“ Teilstichprobe (Tab. 25).

**Tab. 38: Items der NI-Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
006	Mitunter sehne ich mich nach der Hilfe eines Menschen, der alles kann, was ich nicht kann
007	Ich wäre gern mit jemandem befreundet, der eine bedeutende Persönlichkeit ist
033	Menschen, die etwas Besonderes haben, ziehen mich einfach an
048	Ich sehne mich oft nach einem Menschen, der mich mit seinen Ideen und Plänen beflügeln kann
060	Ich bin gleich viel besserer Stimmung, wenn ich einen Menschen um mich habe, dem meine ganze Bewunderung gilt
089	Ich folge gern dem Beispiel eines anderen Menschen – vorausgesetzt, daß ich ihn wirklich achten und anerkennen kann
109	Irgendwie sehnt sich doch jeder nach einer Idealperson, die er verehren kann
121	Ich liebe Menschen, die andere mitreißen können
132	Menschen, die Zuversicht und Stärke ausstrahlen, können mir sehr viel Auftrieb geben
152	Mich faszinieren Menschen, die sich glänzend darzustellen wissen

Wie bei den Operationalisierungen „archaischer Rückzugsphantasien“ ist zu berücksichtigen, daß die Items der Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ wenig verhaltens- oder symptomnah formuliert sind. Ähnlich wie andere solche Items sind sie eher wenig trennscharf. Nur 2 von 10 Items der Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ erreichen diesbezüglich Werte über .50 (Deneke und Hilgenstock 1989). Im Hinblick auf unspezifische Konstruktmerkmale muß die Skala aufgrund der vorliegenden Befunde als eher unvalide beurteilt werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die insgesamt eher erwartungskonträren Ergebnisse durch testkonstruktive Fehler, Probandenmerkmale oder theoretische Fehler bedingt sind. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang zweierlei: Erstens läßt sich aus dem in Kap. II.2.2 beschriebenen Forschungsstand ableiten, daß sich die Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ in der Regel nicht eignet, um unterschiedliche klinische bzw. klinische von nicht-klinischen Stichproben zu differenzieren. Um so deutlicher und plausibler ist dagegen das Ergebnis, daß Mitglieder einer sog. Sekte im Vergleich mit psychisch gesunden und erkrankten Personen besonders hohe Werte auf der Skala erzielen (vgl. Kap. II.2.2).

Zweitens fällt bei den vorliegenden Ergebnissen auf, daß die Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ im Vergleich hoch mit der IZBW-Skala „Wunsch nach Versorgung“ (Tab. 21) und den Depressionsskalen der nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen (Tab. 19, 20) korreliert.

Aus theoretischer Sicht ist hinzuzufügen, daß in der Literatur ganz unterschiedliche Formen der Idealisierung differenziert werden. So kann man sich Idealisierungen nach Kernberg (1993) „auf einem Kontinuum situiert denken“ (S. 317), das von schwer pathologischen bis hin zu normalen und reifen Formen reicht. Am pathologischen Ende des Spektrums befindet sich nach Kernberg jene Form der Idealisierung, die für Menschen mit einer narzißtischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung typisch ist. Bei der narzißtischen Persönlichkeitsstörung liege der Idealisierung die Projektion eines pathologischen „Größenselbst“ zugrunde; bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sei sie als ein Aspekt der Spaltung von „guten“ und „bösen“ Selbst- und Objektrepräsentanzen zu verstehen. Bei weniger schweren Persönlichkeitsstörungen und Neurosen dienten Idealisierungen der Abwehr von Schuldgefühlen, die durch aggressive Impulse gegen ein geliebtes Objekt entstehen. Neben diesen pathologischen Idealisierungen gebe es „noch eine reifere Form . . . , bei der die idealisierten Objekte projektiv als Repräsentanten höherer Überichfunktionen im Sinne von abstrakten, depersonifizierten Wertsystemen erlebt werden; hier handelt es sich im wesentlichen um ein normales Phänomen, wie wir es besonders in der Adoleszenz und beim Verliebtsein sehen“ (Kernberg 1993, S. 316f.).

Deneke und Hilgenstock (1989) haben diese wesentlichen Differenzierungen bei der Konstruktion der Skala „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ nicht berücksichtigt. Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse läßt sich weitgehend ausschließen, daß die besonders schwerwiegenden pathologischen Formen der Idealisierung durch das NI erfaßt werden. Zusammengenommen lassen sich die Ergebnisse dahingehend interpretieren, daß die Skala eine reifere Tendenz zu Idealisierungen erfaßt, die möglicherweise insbesondere im Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen zum Tragen kommen.

### VIII.4.11. Gier nach Lob und Bestätigung

Die Skala „Gier nach Lob und Bestätigung“ (Tab. 39) hängt nur mit einem OPD-Item („Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“) statistisch bedeutsam zusammen (Tab. 18) und korreliert eher niedrig mit den nicht psychoanalytisch fundierten Fragebogenskalen (Tab. 19, 20). Erwartungskonträr besteht zudem kein Zusammenhang mit dem „Selbstwertkonflikt“ (OPD, Tab. 18). Bemerkenswert ist, daß die NI-Skala in der „kontraphobischen“ Teilstichprobe im Vergleich besonders hoch mit den Skalen „Wunsch nach Kontrolle“ (IZBW) und „Spontane Aggressivität“ (FPI) zusammenhängt. In der „regressiven“ Gruppe fallen diese Zusammenhänge signifikant geringer aus und erreichen keine statistische Bedeutsamkeit (Tab. 25).

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse läßt sich die in Frage stehende Skala hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale nicht als valide bewerten. Vermuten läßt sich, daß die durch das NI erfaßte „Gier nach Lob und Bestätigung“ als ein Aspekt „kontraphobischer“ Konfliktverarbeitungsmodi mit dem Wunsch zusammenhängt, andere zu dominieren und kontrollieren – möglicherweise um die Angst abzuwehren, in einem Übermaß von anderen bestimmt zu werden.

Aus „augenscheinanalytischer“ Sicht läßt sich diese Annahme allerdings dahingehend relativieren, daß die Items der NI-Skala Wünsche erfassen, die auch „Gesunde“ mehr oder weniger bewußt in sich tragen. Um in dieser Hinsicht zu genaueren Erkenntnissen zu gelangen, wurden alle Aussagesätze mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus korreliert (Tab. 39).

**Tab. 39: Items der NI-Skala „Gier nach Lob und Bestätigung“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
004	Es könnte mir schon gefallen, einmal so richtig im Mittelpunkt zu stehen	n.s.
018	Ich kann es schon genießen, wenn man mich umwirbt	n.s.
029	Es hebt mein Selbstbewußtsein enorm, wenn ich spüre, wie sehr ich anderen gefalle	n.s.
045	Mitunter lege ich es förmlich darauf an, Liebesbeweise zu ergattern	n.s.
057	Die Vorstellung, selbst mal im Rampenlicht zu stehen, ist schon verführerisch	n.s.
068	Es wäre schön, wenn man (wie ein Kind) für jeden Schritt gelobt würde, den man tut	n.s.
084	Ein bißchen liebe ich es schon, mich vor anderen aufzuspielen	n.s.
107	Ein Wort des Lobes, und ich blühe förmlich auf	n.s.
131	Ich bin ein Mensch, der sehr viel Bestätigung braucht	.32**
141	Manchmal kommt es mir fast so vor, als habe ich eine Art Gefallsucht	n.s.

Auffällig ist, daß – ähnlich wie bei den Detailergebnissen zur Skala „Größenselbst“ – nur jenes Item in der erwarteten Richtung mit der Gesamteinschätzung des psychosstrukturellen Integrationsniveaus korreliert, das zumindest implizit einen Vergleich des Selbst mit den Objekten beinhaltet. Ähnlich wie bei der Skala „Größenselbst“ scheint es somit nicht grundsätzlich ausgeschlossen, das hier in Frage stehende Konstrukt durch etwas anders gewichtete Aussagesätze so zu operationalisieren, daß es durch eine Skala zur Selbstbeschreibung erfaßt werden kann.

#### VIII.4.12. Narzißtische Wut

Die Skala „Narzißtische Wut“ (Tab. 40) korreliert vergleichsweise niedrig, aber signifikant mit den meisten OPD-Items (Tab. 18). Die engsten Zusammenhänge treten mit den Items der OPD-Konfliktachse auf (Tab. 18). Besonders hoch korreliert die „Narzißtische Wut“ mit vielen IZBW- und FPI-Skalen (Tab. 19, 20). Mit den Skalen „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“, „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“, „Wunsch nach Kontrolle“ (IZBW, Tab. 21), „Spontane Aggressivität“, „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“ und „Offenheit“ (FPI, Tab. 19) hängt sie enger als alle anderen NI-Skalen zusammen, und auch mit den Skalen „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ (IZBW, Tab. 21), „Erregbarkeit“ und „Neurotizismus“ (FPI, Tab. 19) korreliert sie vergleichsweise hoch. Ebenfalls gehen hohe Werte auf der NI-Skala generell mit einer eher starken psychischen Symptombelastung (SCL, Tab. 20) einher. Nennenswert ist weiterhin, daß die Zusammenhänge mit den Skalen „Spontane Aggressivität“ (FPI), „Aggressivität/Feindseligkeit“ und „Psychotizismus“ (SCL) in der „kontraphobischen“ Teilstichprobe signifikant enger ausfallen als in der „regressiven“ (Tab.

**Tab. 40: Items der NI-Skala „Narzißtische Wut“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
066	Ich kann stinksauer werden, wenn man mich zu Unrecht kritisiert
096	Innerlich koche ich, wenn ich nicht die Anerkennung kriege, die ich verdient habe
102	Ich habe mich schon häufig dabei ertappt, daß ich auf Rache sinne, wenn mich jemand klein gemacht hat
120	Manchmal hat mich ein Mensch, der mir eine Sache verpatzt hat, schon so zur Weißglut gebracht, daß ich ihn hätte umbringen können
133	Ich kann verdammt ungemütlich werden, wenn ich nicht kriege, was ich gerne haben würde
134	Es macht mich fuchsteufelswild, wenn jemand Dinge, an denen ich hänge, mies macht
139	Es fuchst mich unheimlich, wenn man mir Aufgaben zumutet, die nun wirklich unter meinem Niveau sind
145	Wenn mich jemand vor anderen blamiert, denke ich: „das zahl ich dir eines Tages heim!“
151	Wenn eine Sache einfach nicht klappen will, könnte ich vor Wut platzen
154	Häufig langweilen mich Menschen, wenn ich sie näher kennengelernt habe

25).

Hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale kann die NI-Skala „Narzißtische Wut“ nur bedingt als valide beurteilt werden. Die auf der Skala erreichten Werte lassen nur mit einer vergleichsweise geringen Wahrscheinlichkeit einen richtigen Rückschluß auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zu. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, daß der narzißtische Regulationsmechanismus vermutlich nicht nur bei psychostrukturell schwer gestörten Menschen auftritt. So bewerten Ornstein und Ornstein (1997) „narzißtische Wut“ zwar als pathologisch, betonen aber gleichzeitig, daß ihr Durchbruch im psychoanalytischen Prozeß oft als ein Fortschritt angesehen werden kann, und zwar wenn sie eine abnehmende Angst vor den eigenen aggressiven Impulsen anzeigt.

Hinsichtlich spezifischer und erlebensbezogener Merkmale kann die NI-Skala als valide bewertet werden. Dies zumindest legen die hohen Korrelationen mit aggressivitätsbezogenen Skalen nahe. Ein nicht minder wichtiger Aspekt „narzißtischer Wut“ ist zudem die Kontrolle von Objekten. Über das subjektive Erleben eigener Stärke (Deneke und Hilgenstock 1989, vgl. Kap. II.2.1) hinaus dient der narzißtische Regulationsmechanismus in diesem Zusammenhang möglicherweise dazu, andere an einer (weiteren) Kränkung des Selbst zu hindern.

#### **VIII.4.13. Autarkie-Ideal**

Die Skala „Autarkie-Ideal“ (Tab. 41) weist zumindest in der Gesamtstichprobe nur wenig signifikante Zusammenhänge mit den OPD-Items (Tab. 18) und den nicht psychoanalytisch fundierten Fragebogenskalen (Tab. 19, 20) auf. Hinzu kommt, daß die Korrelationen eher niedrig sind. Signifikante und zum Teil besonders deutliche Unterschiede bestehen zwischen den Korrelationen der NI-Skala mit 3 Items der OPD-Strukturachse sowie zwei SCL-Skalen in den beiden Teilstichproben. Sie haben in der „regressiven“ Gruppe ein negatives und in der „kontraphobischen“ Gruppe ein positives Vorzeichen (Tab. 25).

Die Ergebnisse entsprechen weitgehend dem durchgängigen Befund, daß sich auf der Skala erwartungskonträr keine Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben oder Psychotherapie-Effekte abbilden lassen (Kap. II.2.2). Hinsichtlich unspezifischer Kon-

struktorkomponenten ist die Skala offensichtlich nicht valide: Hohe Werte lassen keinesfalls einen Rückschluß auf ein geringes psychostrukturelles Integrationsniveau zu. Die unterschiedlichen Korrelationsmuster in den Teilstichproben (Tab. 25) lassen sich auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse nicht sicher interpretieren.

Zu der von Deneke et al. (1987, vgl. Kap. II.2.2) geäußerten Vermutung, daß hohe Werte auf der in Frage stehenden NI-Skala auf eine Tendenz hinweisen, sich in übertriebener Weise normal darzustellen und psychische Konflikte so weit vom Bewußtsein fernzuhalten, daß die zu ihnen gehörige psychische Spannung nicht erlebt wird, kann auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse keine Aussage gemacht werden. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Untersuchung einer Stichprobe, in der das hier nicht ausgewertete Merkmal „Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ (OPD-Konfliktachse) insgesamt häufiger klinisch relevante Ausprägungen erreicht (z.B. psychosomatische Patienten).

Vor dem Hintergrund der in Kap. II.2.2 zusammengefaßten Studien von Engel et al. (1988) und Thiel und Schüßler (1995) wäre weiterhin die Frage eine Untersuchung wert, inwieweit die NI-Skala einen narzißtischen Regulationsmechanismus erfaßt, der in spezifischer Weise bei Menschen mit Eßstörungen zum Tragen kommt. Diese Überlegungen sollten allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, daß sich die in Frage stehende Skala durch die vorliegenden Ergebnisse nicht validieren läßt. Zu berücksichtigen ist, daß auch hierfür testkonstruktive Fehler verantwortlich sein könnten. So ist im Hinblick auf einige Aussagesätze ähnlich wie bei den Items der Skala „Größenselbst“ (Kap. VIII.4.9) zu fragen, ob sie nicht eher das Erle

**Tab. 41: Items der NI-Skala „Autarkie-Ideal“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
013	Ich versuche, mit allen Schwierigkeiten erst einmal allein fertig zu werden	n.s.
022	Ich lasse mir nicht gerne helfen. Lieber versuche ich es solange alleine, bis es doch noch klappt	n.s.
028	Vorhaben, die ich angefangen habe, führe ich auch zu Ende – da gibt es kein Pardon	n.s.
074	Ich erwarte von mir, Höchstleistungen zu erbringen	n.s.
082	Wenn andere eine Sache aufgegeben haben, habe ich den Mut zum Weitermachen noch lange nicht verloren	n.s.
093	Jede neue Aufgabe ist für mich eine Herausforderung, um mich zu bewähren	n.s.
100	Ich neige dazu, anderen die Arbeit aus der Hand zu nehmen	n.s.
106	Ich bin ein Mensch, der immer ein Ziel vor Augen hat, das er anstrebt	-.22*
125	Ich gehöre zu den Menschen, die hart arbeiten können und das gut finden	n.s.
137	Es fällt mir schwer, eine Aufgabe aus der Hand zu geben, die ich eigentlich selbst erledigen könnte	n.s.

ben von Selbstwirksamkeit als eine übermäßige Betonung der eigenen Autarkie erfassen. Ganz besonders trifft dies möglicherweise auf das Item 106 zu (Tab. 41). Die Bejahung dieses Items geht in der Gesamtstichprobe mit einem eher hohen psychostrukturellen Integrationsniveau einher (Tab. 41).

#### VIII.4.14. Objektbewertung

Die NI-Skala „Objektbewertung“ (Tab. 42) weist insgesamt ein ähnliches Korrelationsmuster wie die meisten Skalen der 1. NI-Dimension (Kap. VIII.4.1-8) auf: mittelhohe Zusammenhänge mit den Fremdeinschätzungen (Tab. 18) und den nicht psychoanalytisch fundierten Fragebogenskalen (Tab. 19, 20). Auffällig ist in diesem Zusammenhang allerdings, daß sie im Gegensatz zu den Skalen der 1. NI-Dimension nicht mit den FPI-Skalen „Geselligkeit“, „Gehemmtheit“ und „Offenheit“ korreliert (Tab. 19).

**Tab. 42: Items der NI-Skala „Objektbewertung“**

Nr.	Item
016	Man soll sich nicht der Hoffnung hingeben, wahre Hilfe zu bekommen, letztlich ist jeder ganz allein
032	Heutzutage ist es ja so, daß die Leute, die am wenigsten tun, auch noch am meisten gelobt werden
058	Wir leben in einer Zeit, in der das Wort „Moral“ nichts mehr bedeutet
071	Die Menschen, die mich kritisieren, sollten erst einmal vor ihrer eigenen Tür kehren
090	Jugendliche, die nach wahren Leitbildern suchen, werden bitter enttäuscht werden, weil ihre Suche vergeblich bleiben wird
142	Man muß den meisten Menschen gegenüber auf der Hut sein, dann können sie einem auch nicht gefährlich werden
144	Oft wird ein Mensch doch nur deshalb enttäuscht, weil er anderen zu viel Vertrauen entgegenbringt
147	Zeige anderen nie deine Schwächen, denn das wird nur ausgenutzt
150	Viele Menschen sind es nicht wert, daß man sich um ihre Zuneigung bemüht
160	Meine Erfahrung hat mich gelehrt, daß die meisten Menschen nicht viel taugen

Besonders eng fallen dagegen die Zusammenhänge mit den Skalen „Somatisierung“ und „Paranoides Denken“ (SCL, Tab. 20), „Wunsch nach Kontrolle“, „Wunsch nach dyadischer Beziehung“, Wunsch nach Versorgung“ (IZBW, Tab. 21) und „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“ (FPI, Tab. 19) aus.

Hinsichtlich der Ergebnisinterpretationen ist hervorzuheben, daß die Skala trotz einer geringen Symptumnähe ihrer Items mittelhohe Korrelationen in der erwarteten Richtung mit den OPD-Items aufweist (Tab. 18). Ihre Validität ist hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale als gut zu beurteilen. Der Versuch, unbewußte psychische Inhalte mittelbar durch die



unmittelbare Messung ihrer bewußtseinsfähigen Korrelate meßbar zu machen, ist mit der Konstruktion der NI-Skala „Objektabwertung“ offenbar geglückt. In Verbindung mit einer genaueren Inhaltsanalyse der Items (Tab. 42) wird diese Vermutung zusätzlich durch die eher hohen Korrelationen mit den SCL-Skalen (Tab. 20) gestützt. Die Formulierungen und Inhalte der NI-Skala und der SCL-Skalen unterscheiden sich deutlich. Interpretieren lassen sich die Ergebnisse aus diesem Grund dahingehend, daß eine Destabilisierung des Selbst-Systems einerseits zu einem starken Einsatz des narzißtischen Regulationsmechanismus „Objektabwertung“ führen kann und ebenso eine starke Symptombelastung bedingt.

Die hohe Korrelation mit der SCL-Skala „Paranoides Denken“ (Tab. 20) stützt die Annahme, daß mit der Abwertung von Objekten „eigene destruktive Anteile qua Projektion dem Objekt zugeschlagen werden können“ (Deneke und Hilgenstock 1989, S. 35) und spricht somit für die Validität der Skala hinsichtlich funktioneller Konstruktmerkmale. Schwieriger ist das Ergebnis zu interpretieren, daß die Objektabwertung hinsichtlich psychischer Beschwerden in besonderer Weise mit einer Neigung zur Somatisierung (Tab. 20) einhergeht. Möglicherweise bleiben – wenn Beziehungswünsche durch die „Objektabwertung“ weitgehend abgewehrt sind und daher kaum noch offen zum Ausdruck gebracht werden können – am ehesten noch körperliche Beschwerden als eine Möglichkeit bestehen, ein Mindestmaß an Zuwendung zu erreichen.

#### **VIII.4.15. Werte-Ideal**

Diese Skala des NI (Tab. 43) korreliert mit keinem OPD-Item signifikant und nur mit zwei SCL-Skalen statistisch bedeutsam, aber eher niedrig. Ebensovienig nennenswert sind insgesamt die Zusammenhänge mit den Skalen des IZBW und FPI. Hervorzuheben ist dagegen der Zusammenhang des „Werte-Ideals“ mit der FPI-Skala „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“. Er fällt enger als die Zusammenhänge der NI-Skala mit allen anderen FPI-Skalen aus und auch im Vergleich mit anderen NI-Skalen korreliert das „Werte-Ideal“ eher hoch mit der FPI-Skala „Reaktive Aggressivität/ Dominanzstreben“. Die Konstruktvalidität der Skala „Werte-Ideal“ läßt sich durch die vorliegenden Ergebnisse in keiner Hinsicht belegen. Allenfalls bildet die Skala einen narzißtischen Regulationsmechanismus ab, der nur in sehr spezifischen Stichproben vorkommt. Als einen Hinweis hierauf kann man zumindest

das Ergebnis auffassen, daß Mitglieder einer sog. Sekte deutlich erhöhte Werte auf ihr erreichen (vgl. Kap. II.2.2).

**Tab. 43: Items der NI-Skala „Werte-Ideal“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

Nr.	Item	OPD-G
030	Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt haben ihre Berechtigung in der Welt: heutzutage wird das oft übersehen	n.s.
046	Den Menschen unserer Zeit fehlen die Ideale, die ihrem Leben einen Sinn geben können	n.s.
059	Ich finde, jeder Mensch braucht eine innere Richtschnur, an der er sein Leben ausrichten kann	n.s.
086	Ich stelle hohe moralische Ansprüche an mich – viele andere sind mit sich weniger streng	n.s.
119	Ich bleibe meinen Prinzipien treu – wie sehr mich andere auch belächeln mögen	n.s.
122	Ich bin ein Mensch, der noch Prinzipien hat, nach denen er auch zu leben versteht	n.s.
143	Die Menschen, die keine Überzeugungen haben, können einem Leid tun	n.s.

Hinsichtlich der Bewertung der Ergebnisse sind allerdings auch inhaltsanalytische Aspekte zu berücksichtigen. Die Items der in Frage stehenden Skala, von denen keines einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus aufweist (Tab. 43), bezeichnen zum Teil kognitive Einstellungen, denen nicht ohne weiteres die von Deneke und Hilgenstock (1989, vgl. Kap. II.2.1) genannten psychodynamischen Funktionen zugeschrieben werden können. Möglicherweise läßt sich z.B. eine gewisse Prinzipientreue (vgl. Item 059, 119, 122, Tab. 43) als Ausdruck einer gesunden Identitätsentwicklung auffassen.

#### **VIII.4.16. Symbiotischer Selbstschutz**

Diese Skala (Tab. 44) weist durchgängig keine oder in einzelnen Fällen nur sehr niedrige Korrelationen mit den OPD-Items und NI-fremden Fragebogenskalen auf. Nur in der „regressiven“ Teilstichprobe erreichen einige sinnvoll interpretierbare Korrelationen mit Skalen des IZBW eine mittlere Höhe und Signifikanz („Wunsch nach Zwillingsbeziehung“, „Wunsch nach Anerkennung“, „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“, „Wunsch nach dyadischer Beziehung“, „Wunsch nach Versorgung“, „Wunsch nach Steuerung“, „Gesamtscore“).

Hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale muß die Validität der in Frage stehenden Skala vor diesem Hintergrund angezweifelt werden. Hinsichtlich erlebensbezogener Konstruktmerkmale weist die Skala allenfalls eine differentielle Validität auf: Nur die in der „regressiven“ Stichprobe gefundenen Zusammenhänge lassen sich theoriekonform interpretieren.

So liegen insbesondere der NI-Skala und den IZBW-Skalen „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ und „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ ähnliche Konstrukte zugrunde. Möglicherweise sind Zustimmungen zu den Items der Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ in Abhängigkeit vom Konfliktverarbeitungsmodus psychodynamisch unterschiedlich zu verstehen. Im Zusammenhang mit „regressiven“ Tendenzen spiegeln hohe Werte auf der in Frage stehenden NI-Skala möglicherweise eher als bei „aktiven“ Konfliktverarbeitungsmodi den Versuch wider, das narzißtische Gleichgewicht durch symbiotische Beziehungen zu regulieren.

Näheren Aufschluß über die insgesamt erwartungskonträren Ergebnisse liefert eine inhaltliche Analyse der die NI-Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ repräsentierenden Items. Einige Items bilden kognitive Einstellungen ab, die in gewisser Hinsicht als Ausdruck einer geringen Angst vor emotionaler Abhängigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen gedeutet werden könnten. Mit mindestens einem Item (Nr. 117, Tab. 14) wird eher eine recht gängige Wertvorstellung als eine übermäßige Tendenz zum „Symbiotischen Selbstschutz“ operationalisiert (Tab. 44).

Um zu zusätzlichen Hinweisen auf Gründe für die hypothesenkonträren Ergebnisse zu gelangen, wurden alle Items der in Frage stehenden NI-Skala mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus und dem OPD-Item „Bindung“ korreliert. Das OPD-Item „Bindung“ wurde ausgewählt, weil es eine gewisse Konstruktnähe zur NI-Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ aufweist. Mit dem „Symbiotischen Selbstschutz“ geht eine geringe Fähigkeit einher, in Beziehungen ambivalente Gefühlsregungen zu ertragen, Konflikte auszutragen und konstruktiv mit aggressiven Affekten umzugehen (vgl. Kap. II.2.1). Die Ergebnisse zeigen, daß keines der Items der in Frage stehenden NI-Skala mit Sicherheit als valide bewertet werden kann. Kein Item korreliert signifikant mit der Gesamteinschätzung des psychischen Strukturniveaus und nur eines (Nr. 104, Tab. 44) hängt in der erwarteten Richtung signifikant mit dem OPD-Item „Bindung“ zusammen. Auffällig ist, daß es sich dabei um eines jener beiden Items (Nr. 104, 117) handelt, die als Ich-Aussage und nicht – wie die anderen Items der Skala – als allgemeingültige Anschauungen formuliert sind. Möglicherweise trägt die größere Erfahrungsnähe von Ich-Aussagen zur Validität von so formulierten Items bei. Keinesfalls aber scheint dies der ausschlaggebende Faktor zu sein. Zu bedenken ist ferner,

daß mit der Berechnung einer wachsenden Anzahl von Korrelationskoeffizienten auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, daß Fehler erster Art auftreten.

**Tab. 44: Items der NI-Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ und ihre Korrelationen mit dem OPD-Item „Bindung“ (OPD-S6) und der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G) und Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

Nr.	Item	OPD-S6	OPD-G
003	In einer guten Partnerschaft ist Leid und Freude des einen auch Leid und Freude des anderen	n.s.	n.s.
005	In einer echten Partnerschaft kann man den Gedanken, eines Tages verlassen zu werden, nicht ertragen	n.s.	n.s.
026	Die Menschen sind zu beglückwünschen, die auch als Erwachsene jemanden haben, der ihnen mit Rat und Tat zur Seite steht	n.s.	n.s.
064	Eine gute Partnerschaft erweist sich darin, daß man alles zusammen bespricht und gemeinsam trägt	n.s.	n.s.
104	Wenn ich einen Menschen sehr mag, könnte ich nichts tun, womit er nicht einverstanden wäre	.25*	n.s.
108	Den Wert einer guten Partnerschaft weiß man besonders dann zu schätzen, wenn man in allen anderen Lebensbereichen nur Enttäuschungen erlebt	n.s.	n.s.
117	Ich erwarte von meinem Partner unbedingte Treue	n.s.	n.s.
136	Den sichersten Halt im Leben findet man, wenn man einen Menschen hat, der einem nahesteht	n.s.	n.s.
146	In der Beziehung zu einem Menschen, der einem wirklich etwas bedeutet, sollte man überflüssige Streitereien möglichst vermeiden	n.s.	n.s.
162	Die Liebe eines anderen Menschen kann einem sehr viel Kraft geben	-.18*	n.s.

Neben testkonstruktiven Schwächen liegt der Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ möglicherweise zudem ein zu undifferenziertes Konstrukt zugrunde: Jeder Mensch hat nach psychoanalytischer Auffassung – bewußt oder unbewußt – aus der frühen Lebensgeschichte herrührende symbiotische Wünsche. Ihrer gewahr zu werden und sie in eine Beziehung einbringen zu können, zeugt von einer gewissen psychischen „Reife“ (vgl. Hartkamp 1993). Deneke und Hilgenstock (1989) teilen keine Überlegungen zu der Frage mit, wie sich „normale“ von übermäßigen symbiotischen Wünschen unterscheiden lassen. Mit der Konstruktion der Skala „Symbiotischer Selbstschutz“ ist es offenbar nur sehr bedingt geglückt, symbiotisches Beziehungsverhalten zu operationalisieren, das primär zur Regulation des Selbsterlebens eingesetzt wird und aus klinischer Sicht problematisch ist.

#### VIII.4.17. Hypochondrische Angstbindung

Die Skala „Hypochondrische Angstbindung“ (Tab. 45) weist in der „Gesamtstichprobe“ ein ähnliches Zusammenhangsmuster wie die meisten Skalen der 1. NI-Dimension auf. Die Korrelationen fallen im Vergleich allerdings weniger hoch aus (Tab. 18 – 21). Die Unterschiede

zwischen den Korrelationen in der „regressiven“ und „kontraphobischen“ Teilstichprobe erreichen in vier Fällen Signifikanz (Tab. 25). Besonders hoch ist der Effekt bei dem Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden und der FPI-Skala „Nervosität“. Mit der SCL-Skala „Ängstlichkeit“ hängt die des NI zwar vergleichsweise eng zusammen, wird in dieser Hinsicht aber von weniger spezifisch auf Angst bezogenen NI-Skalen noch übertroffen (z.B. „Kleinheitsselbst“, Tab. 20). Die Korrelation ist zudem schwer zu interpretieren, weil die Verschiebung der Angst vor einer Dekompensation des Selbst-Systems auf Vorstellungsinhalte, die sich auf schwere körperliche Erkrankungen beziehen, vermutlich in einem unterschiedlichen Ausmaß gelingen kann. So kann eine hohe Korrelation mit anderen angstbezogenen Fragebogenskalen nicht unbedingt als eine Voraussetzung für eine Beurteilung der NI-Skala als valide angesehen werden.

**Tab. 45: Items der NI-Skala „Hypochondrische Angstbindung“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
001	Ich habe manchmal plötzlich furchtbare Angst, schwer krank werden zu können
011	Manchmal quält mich das unbestimmte Gefühl, irgendetwas sei mit meinem Körper nicht in Ordnung
031	Ich beobachte meinen Körper ziemlich genau, um verdächtige Krankheiten früh zu entdecken
079	Körperliche Störungen können mich leicht beunruhigen
157	Es beunruhigt mich, daß heutzutage von so vielen neuen Krankheiten berichtet wird

Insgesamt ist es auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse schwer zu beurteilen, ob die Skala „Hypochondrische Angstbindung“ konstruktvalide ist. Fraglich ist, ob sie Informationen liefert, die über jene hinausgehen, die mit den Skalen der 1. NI-Dimension gewonnen werden können. Zudem legen die unterschiedlichen Korrelationsmuster in den Teilstichproben die Annahme nahe, daß die in Frage stehende Skala in Abhängigkeit vom Konfliktverarbeitungsmodus unterschiedliche Merkmale erfaßt.

#### **VIII.4.18. Narzißtischer Krankheitsgewinn**

Diese NI-Skala (Tab. 46) weist – auf insgesamt niedrigerem Niveau – ein ähnliches Korrelationsmuster wie die „hypochondrische Angstbindung“ auf. Die Zusammenhänge mit den Items der OPD-Strukturachse erreichen in einigen Fällen keine Signifikanz (Tab. 18). In der „regressiven“ Teilstichprobe erreichen mehrere sinnvoll interpretierbare Korrelationen mit NI-fremden Fragebogenskalen Signifikanz (Tab. 25). Sie fallen zum Teil deutlich höher als in der „kontraphobischen“ Gruppe aus, wo sie nur in einem Fall statistische Bedeutsamkeit er-

reichen (Tab. 25). Vor diesem Hintergrund lassen sich die auf die Skala „Hypochondrische Angstbindung“ bezogenen Interpretationen weitgehend auf die Skala „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ übertragen. Zu betonen ist allerdings, daß keine geeigneten Fragebogenskalen in die vorliegende Studie einbezogen werden konnten, die sich zur Validierung der NI-Skalen „Hypochondrische Angstbindung“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ hinsichtlich erlebungsbezogener Konstruktmerkmale eignen.

**Tab. 46: Items der NI-Skala „Narzißtischer Krankheitsgewinn“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
083	Ich würde mich auf sehr viel mehr Herausforderungen einlassen, wenn ich nicht Angst hätte, meine Gesundheit würde das nicht durchstehen
088	So manches Vorhaben ist gescheitert, weil ich plötzlich krank wurde und überhaupt nichts mehr machen konnte
098	Ich kann oft nicht zeigen, was in mir steckt, weil ich körperlich nicht auf der Höhe bin
158	Mit den meisten Schwierigkeiten würde ich schon fertig werden, wenn ich körperlich fit wäre
163	Diese verdammten körperlichen Beschwerden: wenn ich die nicht hätte, wären fast alle meine Probleme aus der Welt

## VIII.5. Zur Validität der IZBW-Skalen

### VIII.5.1. Wunsch nach Verschmelzung

Die IZBW-Skala (Tab. 47) korreliert in der Gesamtstichprobe mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus und 3 weiteren Items der OPD-Strukturachse signifikant (Tab. 22). Weiterhin zeigt sich ein hypothesenkonformer Zusammenhang mit dem OPD-Item „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ (Tab. 22), und zudem korreliert die Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ statistisch bedeutsam mit dem „Selbstwertkonflikt“ (OPD, Tab. 22). Diese Zusammenhänge zwischen der in Frage stehenden Skala und den OPD-Items, die in der Gesamtstichprobe Signifikanz erreichen, fallen in der „kontraphobischen“ Teilstichprobe besonders hoch (und ebenfalls statistisch bedeutsam) aus (Tab. 26). In der „regressiven“ Gruppe bleiben sie dagegen aus (Tab. 26). Höher als alle anderen Skalen des IZBW korreliert der „Wunsch nach Verschmelzung“ mit einer Vielzahl IZBW-fremder Fragebogenskalen: „Ohnmächtiges Selbst“, „Derealisation/Depersonalisation“, „Soziale Isolierung“, „Archaische Rückzugsphantasien“ (NI, Tab. 21), „Depressivität“, „Neurotizismus“ (FPI, Tab. 23), „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit“ und „Psychotizismus“ (SCL, Tab. 24). Die Zusammenhänge mit zwei FPI-Skalen („Geselligkeit“, „Extraversion“) fallen in der „regressiven

Teilstichprobe“ signifikant höher aus als in der „kontraphobischen“ und erreichen zudem – bei negativem Vorzeichen – nur dort Signifikanz (Tab. 26).

Hinsichtlich der Interpretationen dieser Ergebnisse ist wie z.B. bei der NI-Skala „Objektbewertung“ zu berücksichtigen, daß die Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ nur zum Teil symptomnah formuliert sind (vgl. Tab. 47). Zudem lassen sich Items, durch die der Wunsch nach oder die Angst vor Nähe in Beziehungen operationalisiert werden soll, von solchen unterscheiden, die sich auf den Wunsch nach Verschmelzung mit unbelebten Objekten beziehen (diese ähneln inhaltlich den Items der NI-Skala „Archaischer Rückzug“, Tab. 36).

Der Versuch, unbewußte psychische Inhalte mittelbar durch die unmittelbare Messung ihrer bewußtseinsfähigen Derivate zu erfassen, ist mit der Konstruktion der IZBW-Skala zumindest eher als bei den symptomnahen Skalen der 1. NI-Dimension umgesetzt worden. Vor diesem Hintergrund dürfen die Ergebnisse – insbesondere die Zusammenhänge mit den OPD-Items – nicht unterbewertet werden. Sie sprechen eher für die auf unspezifische Konstruktkomponenten bezogene Validität der Skala. Gleichwohl eignen sich symptomnähere Skalen wie das „Ohnmächtiges Selbst“ (vgl. Kap. VIII.4.1) offenbar deutlich besser als die in Frage stehende Skala, um zu Hinweisen auf das Integrationsniveau psychischer Strukturen zu gelangen. Zu berücksichtigen ist zudem, daß hohe Werte auf der Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ in Abhängigkeit vom Konfliktverarbeitungsmodus unterschiedlich zu bewerten sind. Nur im Zusammenhang mit „regressiven“ Verarbeitungsmodi“ gehen Verschmelzungswünsche mit einem geringen Kontaktbedürfnis und der Tendenz zum Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen einher. Hier zeigt sich theoriekonform, daß Verschmelzungswünsche als eine Facette der schizoiden Persönlichkeitsstruktur zumindest im Kontext „passiver“ Abwehrstrukturen primär in Phantasien zum Tragen kommen und nicht in Beziehungen eingebracht werden (vgl. Fairbairn, zit. nach Kernberg 1988b). Bei „aktiven“ Abwehrstilen wird die Befriedigung von Verschmelzungswünschen vermutlich eher in realen Beziehungen zu verwirklichen versucht.

Hinsichtlich der auf spezifische Konstruktmerkmale bezogenen Validität der in Frage stehenden Skala sind die Ergebnisse insgesamt positiv zu bewerten. Jene NI-Skalen, die besonders

weitgehende inhaltliche Überschneidungen mit dem „Wunsch nach Verschmelzung“ aufweisen, hängen auch statistisch besonders eng mit der IZBW-Skala zusammen: „Derealisation/Depersonalisation“, „Soziale Isolierung“ und „Archaischer Rückzug“ (Tab. 21).

Als eine wichtige Grundlage bei der Konstruktion aller IZBW-Skalen diene die theoretische Annahme, daß die verschiedenen zentralen Beziehungswünsche mit unterschiedlichen Ängsten und Konflikten korrespondieren (Leichsenring et al. 1996, vgl. Kap. II.3.1). Um zu genaueren Erkenntnissen hinsichtlich der Frage zu gelangen, inwieweit sich diese Annahme mit Bezug auf die Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ belegen läßt, wurden die Zusammenhänge der Items mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus berechnet (Tab. 47).

**Tab. 47: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
3	Ich habe Angst, daß ich in einer engen Beziehung nicht ich selbst bleibe	n.s.
7	In weiten Landschaften bekomme ich so ein sehnsüchtiges Gefühl, z.B. am Meer	n.s.
12	Wenn eine Beziehung enger wird, fühle ich mich unwohl	n.s.
13	Ich habe gerne eine Beziehung zu einem Menschen, den ich bewundern kann	n.s.
18	Ich liebe Landschaften, mit denen ich mich ganz eins fühlen kann	n.s.
28	Ich habe Angst, mich in einer engen Beziehung selbst zu verlieren	n.s.
33	Manchmal fühle ich mich eins mit dem Universum, z.B. wenn ich in den Sternenhimmel schaue	n.s.
62	Wenn mir jemand nahe kommt, gehe ich gerne auf Abstand	.26**
64	Ich wünsche mir Nähe, habe aber Angst davor	.23**

Auffällig ist, daß sich am ehesten jene Items hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale validieren lassen, durch die Nähe-Distanz-Konflikte in Beziehungen thematisiert werden (Tab. 47). Um im Hinblick auf die oben genannte Frage zu Hinweisen zu gelangen, wurde die innere Konsistenz der IZBW-Skala überprüft. Ähnlich wie bei Leichsenring et al. (1996, Cronbachs Alpha=.75) ergab sich mit Cronbachs Alpha=.79 ein befriedigender Wert. Durch dieses Ergebnis läßt sich die Annahme korrespondierender Wünsche, Ängste und Konflikte zumindest nicht in Bezug auf den „Wunsch nach Verschmelzung“ widerlegen. Der gemeinsame Gehalt der Items, die die Skala „Wunsch nach Verschmelzung“ repräsentieren, scheint jedoch eher wenig in ihrem psychostrukturellen Gehalt zu liegen.



### VIII.5.2. Wunsch nach Zwillingsbeziehung

Die Skala „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ (Tab. 48) weist keine signifikanten Korrelationen mit den OPD-Items auf (Tab. 22). Die Zusammenhänge mit den FPI- und SCL-Skalen sind gering (Tab. 23, 24). Hervorzuheben ist allenfalls, daß die in Frage stehende Skala zwar eher gering, aber höher als die meisten anderen des IZBW mit der NI-Skala „Größenselbst“ (Tab. 21) korreliert. Mittelhoch hängt sie nur mit den NI-Skalen „Gier nach Lob und Bestätigung“ und „Narzißtische Wut“ zusammen“ (Tab. 21). 4 Zusammenhänge mit IZBW-fremden Skalen unterscheiden sich signifikant in den Teilstichproben (Tab. 26).

**Tab. 48: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
1	Menschen, die mir ähnlich sind, ziehen mich an
30	Mein bester Freund/Freundin muß mir ähnlich sein
56	Menschen, zu denen ich eine enge Beziehung eingehe, sollen mir möglichst ähnlich sein

Hinsichtlich der Interpretationen dieser Ergebnisse ist zweierlei zu berücksichtigen. Erstens ist das der Skala zugrundeliegende Konstrukt nur unzureichend differenziert und vor allem offensichtlich zu wenig vom Konstrukt „Wunsch nach Verschmelzung“ abgegrenzt (vgl. Kap. II.3.1). König (1988) und Leichsenring et al. (1996) beschreiben den „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ jeweils in nur einem Satz. Zwar zitieren Leichsenring et al. (1996) Kohut, aus dessen Konzeptualisierungen unterschiedlicher Formen der Übertragung König (1988) das Modell der zentralen Beziehungswünsche offenbar weitgehend abgeleitet hat; dies reicht zur theoretischen Fundierung der Skala „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ jedoch keinesfalls aus. Kohut hat sich mit Beziehungswünschen explizit in erster Linie als Aspekte spezifischer Übertragungsphänomene in der Psychoanalyse beschäftigt und nicht – wie König (1988) – als Formen der Motivation. Zudem hat auch Kohut (1992) die „Zwillingsübertragung“ (S. 140) nur bedingt von der „Verschmelzung“ (S. 139) mit dem Psychoanalytiker abgegrenzt. In beiden Fällen werden nach Kohut (unterschiedlich archaische) Formen des „Größen-Selbst“ (Kohut 1992, S. 139) aktiviert.

Die unzureichende theoretische Fundierung der IZBW-Skala „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ spiegelt sich auch in ihren auffällig wenigen Items (Tab. 37) wider. Diese sind ausschließlich auf Wünsche, nicht aber auf korrespondierende Ängste und Konflikte bezogen.

Diesen Vorüberlegungen entsprechend führen die Ergebnisse zu dem Schluß, daß die Skala nicht als konstruktvalide bewertet werden kann. Es ist davon auszugehen, daß ihr Einsatz keinen klinischen Wert hat. Was die Skala erfaßt, scheint zudem bis zu einem gewissen Ausmaß vom Konfliktverarbeitungsmodus abhängig zu sein.

### VIII.5.3. Wunsch nach Anerkennung

Die Skala „Wunsch nach Anerkennung“ (Tab. 49) korreliert erwartungsgemäß signifikant mit den Items der OPD-Strukturachse und denen, die den „Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt“ und „Selbstwertkonflikt“ abbilden (Tab. 22). Mit den meisten Skalen der 1. NI-Dimension hängt sie mittelhoch bis hoch zusammen (Tab. 21). Hervorzuheben sind ihre Bezüge zu den Skalen „Kleinheitselbst“ und „Negatives Körperelbst“, mit denen keine andere IZBW-Skala höher korreliert (Tab. 21). Weiterhin fallen hohe Korrelationen mit den zur 2. Dimension des NI gehörenden Skalen „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ und „Gier nach Lob und Bestätigung“ auf (Tab. 21). Besonders hohe Zusammenhänge treten zudem mit den FPI-Skalen „Nervosität“, „Depressivität“, „Gelassenheit“, „Neurotizismus“ (Tab. 23) und den SCL-Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ sowie der Selbsteinschätzung der generellen Symptombelastung (Tab. 24) auf.

**Tab. 49: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Anerkennung“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
2	Wenn ich keine Anerkennung von anderen bekomme, fühle ich mich wertlos
8	Ich wünsche mir, daß andere mich loben
27	Wenn ich kritisiert werde, bin ich am Boden zerstört
47	Wenn ich gelobt werde, bekomme ich schnell das Gefühl, großartig zu sein
49	Ich wünsche mir Anerkennung, habe aber Angst vor Abwertung
55	Wenn ich gelobt werde, blühe ich auf

In Gesamtsicht sprechen die Ergebnisse für die Konstruktvalidität der Skala „Wunsch nach Anerkennung“. Hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale wird die Validität vermutlich dadurch beeinträchtigt, daß die Items der Skala mit einer Ausnahme (Nr. 27, Tab. 49) eher symptomfern formuliert wurden. Die auffällig hohen Korrelationen mit jenen NI-Skalen, die mehr als alle anderen Aspekte von Selbstwertproblemen erfassen (Tab. 21), deuten darauf hin, daß die Skala „Wunsch nach Anerkennung“ einen vergleichsweise spezifischen Merkmalsbereich erfaßt und hinsichtlich spezifischer Konstruktmerkmale valide ist.

### VIII.5.3. Wunsch nach Selbstobjektbeziehung

Die Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ (Tab. 50) korreliert nur mit einem OPD-Item („Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“) signifikant (Tab. 22). Vergleichsweise enge Zusammenhänge bestehen mit den Skalen „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Größenselbst“, „Narzißtische Wut“, „Objektbewertung“ (NI, Tab. 21), „Spontane Aggressivität“, „Erregbarkeit“, „Offenheit“ (FPI, Tab. 23) und „Aggressivität/Feindseligkeit“ (SCL, Tab. 24). In der „regressiven“ Teilstichprobe fallen die Korrelationen mit den NI-Skalen „Symbiotischer Selbstschutz“ und „Gier nach Lob und Bestätigung“ höher als in der „kontraphobischen“ Gruppe aus (Tab. 26).

**Tab. 50: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach „Selbstobjektbeziehung“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
6	Andere behaupten, es müsse sich alles um mich drehen	n.s.
11	Andere beschwerten sich, daß ich kein persönliches Interesse an ihnen hätte	n.s.
16	Ich werde wütend, wenn jemand nicht das tut, was ich von ihm erwarte	n.s.
19	Wenn ein Gerät nicht funktioniert wie es soll, werde ich wütend, z.B. mein Auto	n.s.
22	In meinem Bekanntenkreis habe ich meist eine zentrale Stellung	n.s.
29	Andere behaupten, ich würde über sie verfügen	n.s.
34	In Freundschaften erwarte ich, daß ich für den anderen der wichtigste bin	n.s.
40	Von meinen Bekannten erwarte ich, daß sie mir zur Verfügung stehen	n.s.

In gewisser Hinsicht erscheinen die Ergebnisse widersprüchlich. Einerseits läßt die Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ theoriekonträr keinen Rückschluß auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zu. Andererseits korreliert sie in sinnvoll interpretierbarer Weise mit IZBW-fremden Fragebogenskalen: „Affekt- und Impulskontrollverluste“ und „narzißtische Wut“ bzw. Aggressivität werden nach objektbeziehungstheoretischen Ansätzen durch (Selbst-)Objekte ausgelöst, die sich nicht wie gewünscht für die eigenen Interessen funktionalisieren lassen. Ähnliches gilt für Erregung und Objektbewertung.

Als Erklärung für diesen Widerspruch müssen vermutlich theoretische und testkonstruktive Aspekte in Zusammenschau berücksichtigt werden. Möglicherweise lassen sich unterschiedliche Formen von „Selbstobjektbeziehungen“ unterscheiden. Nicht zwangsläufig geht der Wunsch, andere als Teil des eigenen Selbst zu erleben, mit einer Unfähigkeit zur „Ganzobjektbeziehung“ einher. Möglicherweise resultiert die Wut darüber, daß die Objekte ihr Verhalten nicht an den Wünschen des Selbst orientieren, nicht unbedingt aus der Unfähigkeit,

Interessenkonflikte zu ertragen. Diese Vermutungen lassen sich zumindest aus der Darstellung der Selbstpsychologie von Milch und Hartmann (1996) ableiten. Die Autoren betonen, daß der Wunsch nach Selbstobjektbeziehungen nicht in jedem Fall als pathologisch zu werten ist. Selbstobjekterfahrungen seien „phasengerecht und lebenslang bedeutsam und notwendig“ (Milch und Hartmann 1996, S. 11). Vor diesem Hintergrund läßt sich vermuten, daß die Validität der in Frage stehenden IZBW-Skala durch eine differenziertere Reflexion des ihr zugrundeliegenden Konstrukts hätte erhöht werden können. Eine Untersuchung der Zusammenhänge der zur Skala „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ gehörenden Items mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus erbrachte keine signifikanten Ergebnisse (Tab. 50). Konkrete Hinweise auf mögliche Verbesserungen der Operationalisierungen des Konstrukts lassen sich somit aus den vorliegenden Ergebnissen nicht ableiten.

#### **VIII.5.5. Wunsch nach Kontrolle**

Die Skala (Tab. 51) korreliert mit keinem OPD-Item signifikant (Tab. 22). Die Zusammenhänge mit den Skalen der 1. Dimension des NI sind zumindest im Vergleich eher gering, jene mit den Skalen „Narzißtische Wut“ und „Objektbewertung“ dagegen auffällig hoch (Tab. 21). Hinsichtlich des FPI sind die Zusammenhänge mit den Skalen „Erregbarkeit“ und „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“ hervorzuheben (Tab. 23). Mit jenen der SCL korreliert die IZBW-Skala eher niedrig (Tab. 24). Ihr Zusammenhang mit der „Somatisierung“ ist allerdings zumindest im Vergleich mit den anderen IZBW-Skalen eher hoch (Tab. 24). Die Unterschiede zwischen den Korrelationen in den beiden Teilstichproben erreichen in 2 Fällen Signifikanz: Mit der NI-Skala „Gier nach Lob und Bestätigung“ und der FPI-Skala „Spontane Aggressivität“ korreliert die IZBW-Skala in der „kontraphobischen“ Gruppe signifikant höher und erreicht zudem nur dort statistische Bedeutsamkeit (Tab. 26).

Hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale sind die Ergebnisse schwer zu bewerten, weil Hypothesen zum Zusammenhang der in Frage stehenden Skala und den OPD-Items zumindest aus dem Motivationsmodell von König (1988, Kap. II.3.1) nicht sicher abgeleitet werden konnten. Einerseits entsteht der Wunsch nach Kontrolle nach König (1988) vor der „ödipalen“ Entwicklungsphase und ist aus dieser Sicht „früh“; andererseits folge sein Entstehungs-

zeitpunkt dem Lebensabschnitt, in dem die Ursachen für schwere bzw. „frühe“ psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu finden sind (König 1997).

Hinsichtlich spezifischer Konstruktmerkmale sind die Ergebnisse positiv zu bewerten, wenn gleich mit dem „Unterwerfungs-/Kontrollkonflikt“ (OPD) eine wichtige Variable für die Validierung der in Frage stehenden IZBW-Skala nicht in die Auswertungen einbezogen werden konnte (vgl. Kap. V.2.3). Mit dem Wunsch, andere zu kontrollieren, geht nach den vorliegenden Ergebnissen theoriekonform die Neigung zu Erregbarkeit, Aggressivität und Impulsivität (FPI-Skala „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“, Tab. 23) einher. Von besonderer Relevanz im Hinblick auf theoretische Fragen ist der enge Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden IZBW-Skala und der NI-Skala „Narzißtische Wut“ (Tab. 21). Er überrascht in gewisser Hinsicht, wenn man 1) mit Deneke und Hilgenstock (1989) davon ausgeht, daß der „narzißtischen Wut“ primär die Funktion zukommt, „Selbstwerteinbrüche“ (S. 33) zu verhindern sowie Gefühle passiver Lähmung und Ohnmacht abzuwehren und 2) mit König (1997) annimmt, daß Wünsche nach Kontrolle sich eher konfliktpsychologisch verstehen lassen und mit vergleichsweise hohen psychostrukturellen Integrationsniveaus korrespondieren. Möglicherweise variieren die psychodynamischen Kontexte, in denen „narzißtische Wut“ entstehen kann, mehr als üblicherweise angenommen.

Um diesbezüglich zu genaueren Erkenntnissen zu gelangen, wurden die Items der IZBW-Skala mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus und der NI-Skala „Narzißtische Wut“ korreliert (Tab. 51).

**Tab. 51: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Kontrolle“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G) und der NI-Skala „Narzißtische Wut“ („NW“), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>	<u>„NW“</u>
15	Es ist mir wichtig, selbst zu bestimmen, was ich tue	n.s.	n.s.
17	Ich kann es nicht haben, wenn ein anderer mir sagt, was ich tun soll	n.s.	.37**
38	Es ist wichtig für mich, wer recht hat	n.s.	.48**
45	Wenn ich im Recht bin, gebe ich nicht nach	n.s.	.38**
50	Wenn ich nicht bestimme, bestimmen andere über mich	.26**	.27**
57	Ich lasse mich nicht gerne auf Dinge ein, die ich nicht überschaue	n.s.	.36**
63	Ich kann es nicht haben, wenn etwas nicht so geht, wie ich will	n.s.	.63**
69	Es bringt mich auf, wenn jemand nicht das tut, was ich sage	n.s.	.56**

Die Ergebnisse sind hinsichtlich der aufgeworfenen Fragen aufschlußreich. Das einzige Item der in Frage stehenden Skala, durch das die dem Wunsch nach Kontrolle zugrundeliegende Angst thematisiert wird (Nr. 50, Tab. 51), hängt im Gegensatz zu allen anderen signifikant mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau zusammen. Gleichzeitig korreliert es vergleichsweise niedrig mit der NI-Skala „Narzißtische Wut“. Vor diesem Hintergrund liegt die Annahme nahe, daß die IZBW-Skala eher heterogene Merkmale erfaßt, die nicht ohne weiteres auf ein einheitliches Konstrukt zurückgeführt werden können. Gestützt wird diese Vermutung auch durch eine vergleichsweise niedrige innere Konsistenz der Skala, die in der von Leichsenring et al. (1996) untersuchten Stichprobe einen Wert von .62 und in der vorliegenden Stichprobe einen Wert von .69 (Cronbachs Alpha) erreicht. In theoretischer Hinsicht legen die Ergebnisse eine bessere theoretische Fundierung des Konstrukts „Wunsch nach Kontrolle“ nahe.

#### VIII.5.6. Wunsch nach dyadischer Beziehung

Diese Skala (Tab. 52) weist ähnlich hohe Korrelationen mit den Items der OPD-Strukturachse auf (Tab. 22) wie die meisten Skalen der 1. NI-Dimension, und zwar obwohl ihre Items eher „symptomfern“ formuliert sind. Vergleichsweise eng hängt sie zudem mit dem „Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt“ (OPD) zusammen (Tab. 22). Eher niedrig (aber statistisch bedeutsam) korreliert sie mit dem „Selbstwertkonflikt“ (OPD, Tab. 22). Mit Blick auf das NI ist hervorzuheben, daß die IZBW-Skala am engsten mit jenen Skalen zusammenhängt, die nach den bisherigen Interpretationen am ehesten Rückschlüsse auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zulassen (Tab. 21). In der „regressiven“ Teilstichprobe wird dies besonders deutlich (Tab. 26). Hinsichtlich des FPI fallen vergleichsweise hohe negative Zusammenhänge mit den Skalen „Geselligkeit“, „Gelassenheit“ und „Extraversion“ sowie ein positiver Zu-

**Tab. 52: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
4	Eine wichtige Beziehung kann ich immer nur zu einem Menschen haben
24	Einen Menschen, der mir wichtig ist, möchte ich für mich allein
41	Wenn ich mich mit jemandem unterhalte, stört es mich, wenn ein Dritter hinzukommt
54	Ich kann es schwer ertragen, wenn ein Mensch, der mir wichtig ist, auch noch mit anderen Menschen Kontakt hat
58	Wenn ich einen Menschen gefunden habe, der mir sehr wichtig ist, bedeuten mir meine anderen Freunde nicht mehr soviel
65	Wahre Freundschaft gibt es immer nur mit einem Menschen
67	Wenn sich jemand, der mir wichtig ist, jemand anders zuwendet, fühle ich mich abgeschrieben

sammenhang mit der Skala „Gehemmtheit“ auf (Tab. 23). Generell gehen hohe Werte auf der IZBW-Skala zudem mit hohen Werten auf den SCL-Skalen einher (Tab. 24).

In ihrer Gesamtheit sprechen die Ergebnisse nicht nur für die Validität der Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ hinsichtlich unspezifischer und spezifischer Konstruktmerkmale; sie lassen sich zudem ähnlich wie die auf die NI-Skala „Objektbewertung“ bezogenen Befunde (vgl. Kap. VIII.4.14) als Beleg dafür auffassen, daß sich zumindest solche psychoanalytischen Konstrukte und mit ihnen vorwiegend unbewußte Merkmale durch Fragebögen erfassen lassen, die theoretisch besonders gut fundiert und gut operationalisiert sind.

### **VIII.5.7. Wunsch nach Versorgung**

Diese IZBW-Skala (Tab. 53) korreliert eher niedrig aber signifikant mit den meisten OPD-Items (Tab. 22). Mit den IZBW-fremden Fragebogenskalen korreliert die Skala „Wunsch nach Versorgung“ in der Regel mittelhoch (Tab. 21, 23, 24). Mit den nicht psychoanalytisch fundierten Depressionsskalen korreliert die in Frage stehende Skala nicht deutlich höher als andere des IZBW (Tab. 23, 24). Hervorzuheben ist dagegen ein vergleichsweise enger Zusammenhang mit der SCL-Skala „Paranoides Denken“ (Tab. 24).

Hinsichtlich der auf unspezifische Konstruktmerkmale bezogenen Validität der Skala sind die Ergebnisse kaum interpretierbar. Aus jenen Gründen, die im Zusammenhang mit der IZBW-Skala „Wunsch nach Kontrolle“ (VIII.5.5) beschrieben wurden, konnten keine hinreichend theoretisch fundierten Hypothesen generiert werden.

Weil das OPD-Item „Versorgungs-/Autarkiekonflikt“ aus den in Kap. V.3.2 genannten Gründen nicht in die Auswertungen einbezogen werden konnte, sind auch zu jenen Validitätsaspekten der in Frage stehenden Skala nur bedingt Aussagen möglich, die sich auf spezifische Konstruktmerkmale beziehen. Die eher unauffälligen Zusammenhänge mit den IZBW-fremden Depressionsskalen (Tab. 23, 24) sprechen jedoch dafür, daß die Skala „Wunsch nach Versorgung“ nicht wie von den Konstrukteuren des IZBW intendiert ein vergleichsweise spezifisches Merkmal erfaßt – Leichsenring et al. (1996) gehen in Übereinstimmung mit der psy-

choanalytischen Neurosenlehre davon aus, daß Wünsche nach Versorgung mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur korrespondieren.

Aus testkonstruktiv-inhaltsanalytischer Sicht ist in diesem Zusammenhang zu bemängeln, daß einzelne Items der Skala „Wunsch nach Versorgung“ (Tab. 53) kaum als Operationalisierungen von Versorgungswünschen, korrespondierenden Ängsten oder Konflikten überzeugen. Beispielsweise deutet die Aussage „Ich ärgere mich häufiger über mich als über andere“ auf eine allgemeine Tendenz zur Wendung aggressiver Impulse gegen das Selbst hin, die in unterschiedlichen psychodynamisch-psychostrukturellen Zusammenhängen stehen kann. Bei Menschen mit einer neurotischen Depression kann die Wendung aggressiver Impulse gegen das Selbst nach gängiger Auffassung der Abwehr aggressiver Impulse dienen, die in erster Linie aus moralischen Gründen abgelehnt werden oder mit der Angst vor Trennungen assoziiert sind. Im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird sie als Abwehr der Angst verstanden, bedeutsame Objekte durch die eigene Wut zu zerstören und somit auch die Integrität des Selbst zu gefährden. Die Formulierung „Geliebt zu werden, ist das wichtigste auf der Welt“ könnte mithin als eine Überzeugung gewertet werden, die von der Bereitschaft zeugt, emotionale Abhängigkeiten von wichtigen Anderen einzugestehen. Auf eine (zu) große Heterogenität der Items der in Frage stehenden Skala weist auch deren geringe innere Konsistenz hin. In der Studie von Leichsenring et al. (1996) errechnete sich ein Wert von .64, in der vorliegenden Studie von .70 (Cronbachs Alpha).

Um zu genaueren Erkenntnissen über die Eigenschaften der in Frage stehenden Skala zu gelangen, wurden deren Items mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus und der FPI-Skala „Depressivität“ korreliert (Tab. 53).

**Tab. 53: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Versorgung“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G) und der NI-Skala „Depressivität“ („D“), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>	<u>„D“</u>
9	Was mir andere geben, ist meist nicht das Richtige	.32**	.52**
26	Ich lasse mich gerne versorgen	n.s.	n.s.
31	In einer engen Beziehung möchte ich, daß der andere sich um mich kümmert	n.s.	n.s.
37	Von anderen bekomme ich meist nicht genug	n.s.	.24**
42	Ich übernehme oft Aufgaben, obwohl es mir zu viel ist	n.s.	n.s.
48	Ich ärgere mich häufiger über mich als über andere	n.s.	.37**
61	Geliebt zu werden, ist das Wichtigste auf der Welt	n.s.	.19*
66	Ich möchte von anderen versorgt werden, was ich bekomme ist aber oft enttäuschend	n.s.	.44**



Geht man davon aus, daß übermäßig starke Versorgungswünsche mit einem eher geringen psychostrukturellen Integrationsniveau und zudem mit depressiven Verstimmungen einhergehen, ist das Item Nr. 9 (Tab. 53) am ehesten als konstruktvalide zu bewerten. Inhaltlich bringt es mehr als alle anderen der IZBW-Skala eine Art (unbewußten) Unwillen zum Ausdruck, die Zuwendung anderer zu schätzen und anzunehmen. Bei Überarbeitungen der in Frage stehenden Skalen sollte dieser Aspekt in besonderer Weise berücksichtigt werden.

### **VIII.5.8. Wunsch nach Steuerung**

Die Skala (vgl. Tab. 54) korreliert vergleichsweise hoch mit den Items der OPD-Achsen (Tab. 22). Die Zusammenhänge mit den Skalen des NI fallen in der Regel mittelhoch aus (Tab. 21). Vergleichsweise eng hängt der „Wunsch nach Steuerung“ mit den angstbezogenen FPI- und SCL-Skalen zusammen: „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ (FPI, Tab. 23), „Phobische Angst“ und „Psychotizismus“ (SCL, Tab. 24). Auffällig ist zudem, daß die Korrelationen mit mehreren IZBW-fremden Skalen in der „regressiven“ Teilstichprobe deutlich (und signifikant) höher als in der „kontraphobischen“ Gruppe ausfallen. Es handelt sich um positive Zusammenhänge mit den NI-Skalen „Affekt-/Impulskontrollverluste“, „Objektbewertung“, „Symbiotischer Selbstschutz“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ sowie einen negativen Zusammenhang mit der FPI-Skala „Geselligkeit“ (Tab. 26).

Die Ergebnisse machen einerseits deutlich, daß Menschen mit einem geringen psychostrukturellen Integrationsniveau eher hohe Werte auf der in Frage stehenden Skala erreichen. In gewisser Hinsicht entspricht dies der Annahme Königs (1997), daß der „Wunsch nach Steuerung“ präödiplal entsteht. Andererseits korreliert die IZBW-Skala höher mit den OPD-Items als all jene, die noch „frühere“ Wünsche erfassen sollen (Tab. 22). Fraglich bleibt, inwieweit dieser Widerspruch auf die eher geringe Konstruktvalidität der Skalen „Wunsch nach Verschmelzung“, „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ und „Wunsch nach Selbstobjektbeziehung“ zurückzuführen ist. Alternativ ließe er sich dahingehend interpretieren, daß der „Wunsch nach Steuerung“ auf Störungen hinweist, die früher entstehen als König (1988) vermutet.

Die vergleichsweise engen Zusammenhänge mit angstbezogenen Skalen (Tab. 23, 24) sind theoriekonform und sprechen für die auf spezifische Konstruktmerkmale bezogene Validität der IZBW-Skala. Nach König (1981) ist der Wunsch nach Steuerung besonders für Menschen mit Angstneurosen typisch.

Aus den Ergebnissen läßt sich ableiten, daß der Wunsch nach Steuerung am ehesten mit dem Einsatz der oben genannten narzißtischen Regulationsmechanismen zusammenhängt und mit geringer Geselligkeit korrespondiert, wenn er in einen „regressiven“ Konfliktverarbeitungsmodus eingebettet ist. Möglicherweise führt er in solchen Fällen zu einem besonders starken Autonomieverlust mit der Folge von Ohnmacht und sich verstärkender Angst. Bei einer aktiven Verarbeitung intrapsychischer Konflikte ist die Steuerung des Selbst durch Objekte möglicherweise weniger bedrohlich.

Um zu genaueren Erkenntnissen über den „psychostrukturellen Gehalt“ der in Frage stehenden IZBW-Skala zu gelangen, wurden deren Items mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus korreliert (Tab. 54).

Die Ergebnisse zeigen, daß jene Items am engsten mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau zusammenhängen, die inhaltlich Angst (Nr. 21, 46, 52, 60, Tab. 54) oder Insuffizienzgefühle (Nr. 39, Tab. 54)

**Tab. 54: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Steuerung“ und ihre Korrelationen mit der Gesamteinschätzung des psychostrukturellen Integrationsniveaus (OPD-G), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001)**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>	<u>OPD-G</u>
21	Ich überlasse anderen gern die Führung, dann kann ich nichts falsch machen	.35**
25	Ich habe gerne jemanden bei mir, der sich auskennt	.19*
36	Ich hasse es, wenn mir jemand etwas aus der Hand nimmt, was ich selbst tun kann	n.s.
39	Ich traue mir nicht viel zu	.32**
44	Wenn ich einen Begleiter habe, fühle ich mich sicherer	n.s.
46	Allein bin ich unsicher	.29**
52	Wenn ich auf mich allein gestellt bin, habe ich Angst, daß was passiert	.26**
59	Ich überlasse anderen gerne die Führung, mag es aber nicht, wenn über mich bestimmt wird	.21*
60	Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, wenn ich allein arbeite	.21*
68	Ich mag es nicht, wie ein kleines Kind behandelt zu werden	n.s.

berühren. Auf die Items, die keinen „psychostrukturellen Gehalt“ aufweisen, trifft dies nicht zu (Nr. 36, 68, Tab. 54).

### VIII.5.9. Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften

Die Skala (Tab. 55) hängt mit keinem OPD-Item signifikant zusammen (Tab. 22). Die Korrelationen mit den Skalen des NI, FPI und der SCL erreichen in der Regel mittlere Höhen (Tab. 21, 23, 24). Erwähnenswert ist, daß die Skala „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ höher als alle anderen desselben Fragebogens mit der SCL-Skala „Psychotizismus“ korreliert (Tab. 24). In einem Fall erreichen die Korrelationen in der „kontraphobischen“ Teilstichprobe einen höheren Wert als in der „regressiven“ Gruppe. Es handelt sich um den Zusammenhang der IZBW- mit der Depressionsskala des FPI (Tab. 26).

**Tab. 55: Items der IZBW-Skala „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“**

<u>Nr.</u>	<u>Item</u>
5	Für Frauen: Ich wünsche mir, daß mich Männer attraktiv finden Für Männer: Ich wünsche mir, daß mich Frauen attraktiv finden
10	Für Männer: Manchmal zweifele ich daran, daß ich ein richtiger Mann bin Für Frauen: Manchmal zweifele ich daran, daß ich eine richtige Frau bin
14	Für Frauen: Es ist mir wichtig, daß man mich für eine richtige Frau hält Für Männer: Es ist mir wichtig, daß man mich für einen richtigen Mann hält
20	Mit Männern komme ich in Konkurrenz
23	Ich versuche, Männer zu übertreffen
32	Für Männer: Ich fühle mich schlecht, wenn man mich als Mann nicht gut findet Für Frauen: Ich fühle mich schlecht, wenn man mich als Frau nicht gut findet
35	Für Männer: Ich fürchte manchmal, mit anderen Männern nicht mithalten zu können Für Frauen: Ich fürchte manchmal, mit anderen Frauen nicht mithalten zu können
43	Für Frauen: Ein schwer erreichbarer Mann hat für mich einen besonderen Reiz Für Männer: Eine schwer erreichbare Frau hat für mich einen besonderen Reiz
51	Für Männer: Ich habe Angst, als Mann nicht zu genügen Für Frauen: Ich habe Angst, als Frau nicht zu genügen
53	Ich versuche, Frauen zu übertreffen
70	Für Männer: Ich möchte als Mann anerkannt werden, habe aber Angst, nicht zu genügen Für Frauen: Ich möchte als Frau anerkannt werden, habe aber Angst, nicht zu genügen

Hinsichtlich unspezifischer Konstruktmerkmale sind die fehlenden Zusammenhänge zwischen der IZBW-Skala und den OPD-Items (Tab. 22) als theoriekonform (keinesfalls aber als Beleg für die Validität der Skala) zu bewerten. Nach dem Motivationsmodell von König (1988) setzt der „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ ein vergleichsweise hohes psychostrukturelles Integrationsniveau voraus.

Die Korrelationen der Skala „Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften“ mit denen des NI, FPI und der SCL (Tab. 21, 23, 24), die sich in Gesamtsicht wenig von denen anderer IZBW-Skalen mit IZBW-fremden Skalen unterscheiden lassen, können als Hinweis darauf aufgefaßt werden, daß die in Frage stehende Skala viel weniger als von den Testkon-

strukturen gewünscht einen spezifischen Merkmalskomplex erfaßt. Ein Problem ist in diesem Zusammenhang sicherlich, daß der Wunsch nach Anerkennung der Geschlechtseigenschaften psychodynamisch sehr unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Ihm können zwar – wie von König (1988) angenommen – „ödipale“ Konflikte zugrunde liegen; ebenso kann er aber auch Ausdruck einer sog. Sexualisierung sein. In diesem Fall wird das Streben nach Bestätigung der Geschlechtseigenschaften funktionalisiert, um tieferliegende, psychostrukturell bedingte Probleme zu bewältigen (vgl. Arbeitskreis OPD 1996).

## IX. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zwei psychoanalytisch fundierte Fragebögen – das Narzißmusinventar (NI, Deneke und Hilgenstock 1989) und das Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW, Leichsenring et al. 1996) – im Hinblick auf ihre Konstruktvalidität untersucht. Zu diesem Zweck wurden vorwiegend Daten genutzt, die im Rahmen eines psychologisch-medizinischen Forschungsprojekts zum Konsum der Droge Ecstasy erhoben worden waren. Zur untersuchten Stichprobe gehören 159 junge Erwachsene, von denen die überwiegende Mehrheit Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen hat, und 2 Psychiatrie-Patienten. Zur Validierung der in Frage stehenden Inventare wurde mit der Konflikt- und Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD 1996) ein Diagnosesystem zur Fremdeinschätzung intrapsychischer Konflikte und psychischer Funktionen herangezogen, die insbesondere bei der Regulierung von Beziehungen zum Tragen kommen. Um sicherzustellen, daß die Ergebnisse (Korrelationen) nicht zu falschen Schlüssen verleiten, blieben einzelne Items der OPD-Achsen bei der Datenauswertung unberücksichtigt, und zwar solche, die keine hinreichende Varianz aufwiesen oder einer Überprüfung ihrer Reliabilität nicht standhalten konnten. Neben den OPD-Ratings wurden mit der Form A1 des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-A1, Fahrenberg et al. 1984) ein gängiges Persönlichkeitsinventar und mit der deutschen Version der Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 1995) eine mehrdimensionale Beschwerdeskala mit den psychoanalytisch fundierten Fragebögen korreliert, um zu Hinweisen auf deren Konstruktvalidität zu gelangen.

Zwischen bestimmten OPD-Items und einzelnen Skalen des NI zeigen sich in der vorliegenden Studie hypothesenkonforme Korrelationen, die zum Teil Werte über .40 erreichten. Sie fallen somit deutlich höher aus als die an anderer Stelle ermittelten Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen von Abwehrmechanismen bzw. Abwehrstilen (Vaillant et al. 1986, Bond et al. 1989, Bond 1995, Schauenburg et al. 1991, Reister et al. 1993, vgl. Kap. II.1). Zu berücksichtigen ist in dieser Hinsicht allerdings, daß die Items vieler NI-Skalen sehr viel symptomnäher formuliert wurden als jene, durch die die oben zitierten Autoren Abwehrmechanismen zu operationalisieren versucht haben. Weiterhin ist zu bedenken, daß in der vorliegenden Untersuchung vergleichsweise breite Merkmalsbereiche fremdeingeschätzt

wurden, die sich mit fast allen denkbaren psychologischen Variablen in einen inhaltlich-theoretischen Zusammenhang bringen ließen. Aus den Zusammenhängen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen lassen sich aus diesem Grund in der Regel nur Aussagen zur Konstruktvalidität der NI- und IZBW-Skalen ableiten, die sich auf „unspezifische Konstruktkomponenten“ beziehen. Mit diesem Begriff werden in dieser Arbeit solche Aspekte narzißtischer Regulationsmechanismen und zentraler Beziehungswünsche bezeichnet, die den bezeichneten Merkmalen gemein sind.

Sicherere Aussagen zur Konstruktvalidität der Skalen des NI und IZBW hätten sicherlich Ratings genau jener Merkmale ermöglicht, auf deren Erfassung die Fragebögen zielen. Eine solche Erhebung konnte im Rahmen der vorliegenden Studie aus organisatorisch-ökonomischen Gründen nicht realisiert werden. Die primär zum Zweck der Erhebung der OPD durchgeführten psychodynamischen Interviews lieferten keine ausreichenden Informationen, um narzißtische Regulationsmechanismen und zentrale Beziehungswünsche hinreichend zuverlässig einzuschätzen.

Weiterhin stehen die Ergebnisse unter dem Vorbehalt, daß sie sich aufgrund der spezifischen Merkmale der untersuchten Stichprobe sicherlich nicht ohne weiteres generalisieren lassen. Zu groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß bestimmte Merkmale, die durch die NI- und IZBW-Skalen erfaßt werden sollen, in ihr nur in äußerst geringen Ausprägungen vorkommen und allein aus diesem Grund keine hypothesenkonformen Ergebnisse erzielt werden konnten. Auch könnten Effekte der spezifischen Gruppenkultur, der die untersuchten Jungerwachsenen in der Regel angehören, bei den Selbsteinschätzungen zum Tragen gekommen sein. Ausführlich werden diese Probleme in Kap. VIII.1 diskutiert.

Unter diesen Vorbehalten läßt sich auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse schlußfolgern, daß die evaluierten Fragebogenskalen in der Regel desto bessere Indikatoren für das allgemeine psychostrukturelle Integrationsniveau sind, je eindeutiger ihre Items auf psychische Beschwerden zielen. Eng fallen demzufolge auch die Zusammenhänge konstruktvalider psychoanalytisch fundierter Skalen mit denen der Beschwerdeskala SCL-90-R aus. Als mittelhoch bis hoch sind allerdings auch viele Korrelationen der NI- und IZBW-Skalen mit denen des FPI-A1 zu beurteilen.

Vor diesem Hintergrund liegt die Frage nahe, ob sich psychoanalytisch fundierte von anderen psychologischen Fragebögen möglicherweise nur im Hinblick auf ihre Interpretationsvorschriften unterscheiden lassen. Legte man die psychoanalytische Theorie zugrunde, ließe sich andererseits fragen, ob nicht auch gängige Persönlichkeitsinventare und Beschwerdeskalen Derivate unbewußter Vorgänge erfassen. Zu bemängeln ist in diesem Zusammenhang, daß weder die Autoren des NI noch die der in Kap. II.1 dargestellten englischsprachigen Inventare hinlänglich die Frage erörtert haben, inwieweit sie mit der psychoanalytischen Fundierung von Fragebögen den Anspruch erheben, gänzlich andere Merkmale als herkömmliche Inventare erfassen zu können.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, daß mit psychologischen Fragebögen unterschiedlicher theoretischer Fundierung ähnliche Merkmalsbereiche erfaßt werden. Eindeutige Unterschiede bestehen offenbar allenfalls in den Interpretationen und Schlußfolgerungen, die aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Eine Übereinstimmung dieser Überlegung mit den Ergebnissen einer bereits in Kap. II.1 zitierten Untersuchung soll an dieser Stelle hervorgehoben werden: Mit dem Defense Mechanism Questionnaire (DSQ, Bond et al. 1983) ist es mehrfach gelungen, Patienten und „Gesunde“ hinsichtlich der „Reife“ ihrer Abwehrstile zu differenzieren. Nach Ergebnissen der Autoren des Fragebogens (Bond et al. 1983) ließ sich mit Hilfe des DSQ verifizieren, daß sich bei Patienten häufiger als bei „Gesunden“ Abwehrstile geringer oder mittlerer Reife finden lassen, während „Gesunde“ im Vergleich häufiger über reife Abwehrformen verfügen können. Bei einer Kontrolle des Einflusses psychopathologischer Symptome gelang diese Unterscheidung dagegen nicht (Spinhoven et al. 1995). In einem deutlichen Gegensatz stehen diese Ergebnisse zu dem Anliegen psychodynamischer Diagnostik, Merkmalsbereiche zu erfassen, die zumindest nicht zwangsläufig in einem Zusammenhang mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen stehen müssen (vgl. Rudolf et al. 1997).

Eine weitere Frage, die sich aus diesen Überlegungen ableiten läßt, betrifft den (zusätzlichen) klinischen und wissenschaftlichen Nutzen der Konstruktion psychoanalytisch fundierter Fragebögen. Führt der Einsatz dieser Inventare zu einem Erkenntnisgewinn, der durch die Erhebung bereits etablierter und oftmals besser validierter psychologischer Fragebögen nicht er-

reicht werden kann? Oder erweitern psychoanalytisch fundierte Fragebögen die ohnehin kaum noch überschaubare Landschaft psychodiagnostischer Instrumente nur, ohne neue Möglichkeiten zu eröffnen? Eine eindeutige Position zu diesen Fragen kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht abgeleitet werden. Zumindest im Hinblick auf bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen ist allerdings zu betonen, daß sie den Einsatz psychoanalytisch fundierter Fragebögen nahelegen. Zur Überprüfung psychoanalytischer Annahmen dürften sich Fragebogenskalen um so besser eignen, je enger ihre Konstruktion an hypothesenrelevante Konstrukte angelehnt wurde. Als Beispiel läßt sich die in Kap. II.2.2 zusammengefaßte Untersuchung von Mitgliedern einer sog. Sekte heranziehen. Ziel dieser Studie war es unter anderem, einen Beitrag zu Überprüfung psychoanalytischer Theorien zur Bindung an solche Gruppen zu leisten. Aus der Literatur war abzuleiten, daß Mitglieder solcher Gemeinschaften sich von Nicht-Mitgliedern durch eine übermäßige Neigung zu idealisierenden Übertragungen abheben. In Frage stand ein psychoanalytisches Konstrukt, das vor Deneke und Hilgenstock (1989) noch von keinem anderen Autor im Rahmen eines Fragebogens zu operationalisieren versucht worden war.

Im Hinblick auf die Psychotherapie-Forschung wird oft gefordert, geeignete Instrumente zur Überprüfung psychoanalytisch fundierter Verfahren zu entwickeln. Die Frage, inwieweit die Konstruktion psychoanalytisch fundierter Fragebögen in dieser Hinsicht sinnvoll sein kann, ist schwierig zu beantworten. Jene Skalen des NI und IZBW, die am ehesten als konstruktvalid zu beurteilen sind, lassen sich weitgehend durch Beschwerdeskalen ersetzen.

In diesem Zusammenhang ist andererseits folgendes hervorzuheben: Einzelne Skalen der hier untersuchten Fragebögen setzen sich aus Items zusammen, die wenig symptomnah formuliert sind, aber dennoch vergleichsweise hohe Korrelationen mit den Items der OPD-Strukturachse aufweisen. Zu ihnen gehören die NI-Skala „Objektbewertung“ und die IZBW-Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“. Eine valide Erfassung psychoanalytischer Konstrukte durch Selbsteinschätzungen kann demnach durchaus gelingen. Neben vergleichsweise hohen Zusammenhängen mit dem psychostrukturellen Integrationsniveau weisen die genannten Skalen mittelhohe bis hohe Korrelationen mit nicht psychoanalytisch fundierten Fragebögen auf, die sich nicht ohne weiteres auf eine inhaltliche Nähe der erfaßten Konstrukte zurückführen lassen. Vielmehr entsprechen die statistischen Zusammenhänge bestimmten theoretischen An-



nahmen. So spiegeln die vergleichsweise engen Zusammenhänge zwischen der IZBW-Skala „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ und den Beschwerdeskalen möglicherweise die folgende, aus klinischer Erfahrung abgeleitete Vermutung wider: Menschen mit einer dyadischen Fixierung konnten infolge fehlender Triangulierungsprozesse wichtige psychische Funktionen nicht entwickeln. Diese stehen somit zu einer konstruktiven Bewältigung intrapsychischer Konflikte nicht zur Verfügung, so daß es vergleichsweise häufig als kompromißhafte Konfliktlösung zu einer psychischen Symptombildung kommt (vgl. Heigl-Evers und Ott 1995). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß sich die Items bestimmter Skalen hinsichtlich ihrer Konstruktvalidität unterscheiden. So müssen bestimmte (wenig symptomnahe) Skalen insgesamt als unvalid bewertet werden, obwohl ihr möglicherweise einzelne valide Items angehören. Einen Hinweis hierauf liefern beispielsweise die Detailergebnisse zur NI-Skala „Archaischer Rückzug“ (Kap. VIII.4.8).

Keineswegs dürfen die auf die Skalen „Objektbewertung“ und „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ bezogenen Ergebnisse jedoch darüber hinwegtäuschen, daß die Ergebnisse zur Konstruktvalidität des NI und IZBW in Gesamtsicht keineswegs befriedigen. Der Versuch, spezifische psychoanalytisch relevante Konstrukte durch Fragebögen zu erfassen, steckt allenfalls in Kinderschuhen. Möglicherweise reichen die in der Testkonstruktion üblicherweise verfolgten Strategien zur Itemselektion nicht aus, um psychoanalytische Konstrukte in Form von Fragebogenitems zu operationalisieren. Einen Hinweis hierauf liefern die Detailanalysen der Items diverser Skalen (vgl. Kap. VIII). Scheinbar geringfügige inhaltliche Abänderungen können offenbar dazu führen, daß ganz unterschiedliche Merkmale abgebildet werden. So läßt sich die häufige Sehnsucht „danach, in der Sonne zu liegen“ und sich „von ihrer Wärme umhüllen zu lassen“ nach den vorliegenden Ergebnissen vermutlich viel weniger als Ausdruck einer instabilen Regulation des Selbsterlebens auffassen als beispielsweise der Wunsch, „in einen ganz langen und tiefen Schlaf zu versinken“ (vgl. Kap. VIII.4.8). Assoziativ steht der „lange, tiefe Schlaf“ suizidalen Tendenzen vermutlich sehr viel näher als dem entspannten Sonnenbad. Deutlich wird hier, daß bei der Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte eine besondere Sorgfalt vonnöten ist. Zu empfehlen ist in diesem Zusammenhang, bei zukünftigen Versuchen, psychoanalytisch fundierte Fragebögen zu konstruieren, Fremdeinschätzungen relevanter Merkmalsbereiche bei der Itemselektion zur Hilfe zu nehmen, und zwar trotz des erheblichen Aufwands, der mit einem solchen Vorgehen verbunden wäre.

Überdies läßt sich auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse ein weiterer Grund ausmachen, der die Konstruktion psychoanalytisch fundierter Fragebögen erschwert. Die psychoanalytische Theorienbildung ist durch vielfältige Begriffsbildungen gekennzeichnet, die in unterschiedlicher Weise zueinander in Bezug gesetzt werden, sich teilweise überlappen und zudem oft nicht eindeutig definiert sind. Hier kann dieses Problem nur andeutungsweise hinsichtlich der theoretischen Fundierungen des NI und IZBW erörtert werden. Insbesondere das psychoanalytische Motivationsmodell von König (1988), auf dessen Grundlage das IZBW konstruiert wurde, ist durch mehrere Unstimmigkeiten gekennzeichnet. Erstens unterläßt König die Erörterung der Fragen, ob zentrale Beziehungswünsche bewußtseinsfähig sind, ob sie sich hinsichtlich ihrer Bewußtseinsfähigkeit und – dies ist besonders wichtig – von objektiv gegebenen Bedürfnissen (im Sinne von „Bedarf“) unterscheiden. Zweitens fehlt dem Modell ein theoretischer Rahmen, in dem die Bedeutung dieser Wünsche sowie ihre Befriedigung und Frustration für die Entwicklung psychischer Störungen und – allgemein – für das psychische Gleichgewicht thematisiert wird. Zwar gibt König einige Zitate an (insbesondere bezieht er sich auf die Selbstpsychologie Kohuts); jedoch wäre gerade vor diesem Hintergrund zu erwarten, daß einzelne Beziehungswünsche besser differenziert werden. Der Bezug zur Selbstpsychologie reicht in diesem Zusammenhang nicht aus, weil diese nicht in erster Linie Wünsche konzeptualisiert, sondern die Entwicklungslinien des Selbstwertgefühls und der Begeisterungsfähigkeit (Kohut 1992). Völlig unzulänglich ist beispielsweise die Abgrenzung der Konstrukte „Wunsch nach Verschmelzung“ und „Wunsch nach Zwillingsbeziehung“ (Kap. II.3.1). Ebenso notwendig wie eine bessere Differenzierung unterschiedlicher Beziehungswünsche wäre zudem eine Abgrenzung einzelner Wünsche (z.B. „Wunsch nach Verschmelzung“) von Konstrukten wie „Bindung“ oder „Wunsch nach psychischer Nähe“. Weiterhin ist zu bemerken, daß König die Differenzen zwischen der klassischen psychoanalytischen Triebtheorie und grundlegenden Annahmen der psychoanalytischen Objektbeziehungpsychologie ignoriert und diese zum Teil sehr unterschiedlichen theoretischen Ansätze in einem Zug als theoretisches Fundament des IZBW nennt. Unberücksichtigt bleiben so wesentliche Veränderungen der psychoanalytischen Theorienbildung hinsichtlich der primären Bedürfnisse des Menschen. Freud war noch davon ausgegangen, daß sich Säuglinge ausschließlich aus einer inneren Not heraus an ihre Bezugspersonen binden, um durch diese Triebbefriedigung zu erfahren. Heute gelten Bindungswünsche als primäre Bedürfnisse des

Menschen, die aus psychologischer Sicht mindestens ebenso bedeutsam sind wie die biologisch verankerten Triebe. Fraglich ist vor diesem Hintergrund, inwieweit die von König verwendeten Begriffe, die aus der klassischen psychoanalytischen Theorie der psychosexuellen Entwicklung stammen (oral, anal u.s.w.), im Rahmen neuerer Theorienbildungen noch berücksichtigt werden sollten. Ausgehend von neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Entwicklungspsychologie, die insbesondere aus der Säuglingsforschung stammen (vgl. Dornes 1993), kommt als ein weiteres Problem hinzu, daß einzelne theoretische Annahmen von König als fraglich, wenn nicht gar falsifiziert gelten müssen. So ist heute sicher, daß das Erleben Neugeborener nicht in erster Linie – wie König (1988) offenbar in Anlehnung an Freuds Konzept eines „primären Narzißmus“ (Freud 1914) annimmt – durch Gefühle der Verschmelzung gekennzeichnet ist, die dann zugunsten einer zunehmenden Autonomie überwunden werden. Vielmehr muß der Säugling erst lernen, mit der Mutter so zu interagieren, daß eine symbiotische Beziehung und mit ihr die entwicklungspsychologisch bedeutsamen Gefühle der Verschmelzung, Geborgenheit und Sicherheit entstehen können. Auf dieser Grundlage entsteht vermutlich die Fähigkeit, sich als Erwachsener sicher an andere zu binden (vgl. Bohleber 1992). Allein die Fähigkeit, Wünsche nach Verschmelzung zu erleben, muß vor diesem Hintergrund als psychische Kompetenz bewertet werden, wenngleich ein Übermaß an solcher Sehnsucht möglicherweise – wie von König (1997) angenommen – als Hinweis auf eine frühe Störung der Mutter-Kind-Interaktion gewertet werden kann.

Die Ergebnisse in Gesamtsicht sprechen so auch eher gegen wichtige theoretische Annahmen Königs. Das erwartete Korrelationsmuster, nach dem die IZBW-Skalen mit den Items der OPD-Strukturachse um so enger zusammenhängen, je früher die durch sie operationalisierten Beziehungswünsche nach König (1988) in der Lebensgeschichte entstehen, zeigt sich nicht. Anzunehmen ist vor diesem Hintergrund, daß die geringe Validität einzelner IZBW-Skalen zumindest teilweise durch die eher wenig differenzierte und eindeutige theoretische Fundierung des IZBW bedingt ist.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, daß dem Theoriebezug bei der Konstruktion psychoanalytisch fundierter Fragebögen eine wichtige Bedeutung zukommt. So ist mit dem „Wunsch nach dyadischer Beziehung“ auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse eine IZBW-Skala als (besonders) konstruktvalide zu bewerten, die zugleich eine gute theoretische

Fundierung aufweist. Das zugrundeliegende Konstrukt der Triangulierung bzw. (Un-)Fähigkeit zur Aufnahme triadischer Beziehungen hat sich in den vergangenen Jahren als besonders wichtige theoretische Grundlage zum Verständnis und zur psychotherapeutischen Behandlung sog. früher Störungen bewährt (vgl. Heigl-Evers und Ott 1995).

Konsequenter als Leichsenring et al. (1996) haben Deneke und Hilgenstock (1989) die Entwicklung des NI an neuere Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie angelehnt und von längst falsifizierten Annahmen abgegrenzt. In diesem Zusammenhang haben sie zugleich aktuelle Ergebnisse der Säuglingsforschung bei der Ausarbeitung der theoretischen Grundlage des Fragebogens berücksichtigt (vgl. Deneke 1989). Streitbar ist allerdings der Anspruch der Autoren, die von ihnen beschriebenen narzißtischen Regulationsmechanismen auf empirischem Weg identifiziert zu haben. In der von Deneke und Hilgenstock (1989) untersuchten Stichprobe psychiatrischer, psychosomatischer und neurotischer Patienten (Analysenstichprobe des NI, vgl. Kap. II.2.2) korrelieren die NI-Skalen untereinander zum Teil mittelhoch bis hoch (Deneke und Hilgenstock 1989). Faktorenanalytisch ließen sie sich demnach erfahrungsgemäß weder auf Item- noch auf Skalenebene replizieren. Zumindest mittelhoch hängen in derselben Stichprobe auch NI-Skalen unterschiedlicher Dimensionen zusammen (Deneke und Hilgenstock 1989). Die von Deneke und Hilgenstock (1989) angenommene dimensionale Struktur narzißtischer Regulationsmechanismen ist vor diesem Hintergrund zumindest in Frage zu stellen. Sieht man von den methodisch bedingten Einschränkungen der Ergebnisinterpretationen ab, so lassen auch die Befunde der vorliegenden Untersuchung in dieser Hinsicht Zweifel zu. Zu sehr unterscheiden sich NI-Skalen derselben Dimensionen hinsichtlich ihres „psychostrukturellen Gehalts“. Unbestritten ist dagegen, daß unterschiedliche narzißtische Regulationsmechanismen zeitgleich zum Einsatz kommen können. Zudem muß betont werden, daß Deneke und Hilgenstock (1989) auf der Grundlage ihrer Systematisierung und Beschreibung narzißtischer Regulationsmechanismen eine hervorragende Einführung in („modernes“) psychodynamisches Denken bieten. Im Hinblick auf die psychoanalytische Theorienbildung und den klinischen Nutzen wäre es gleichwohl in gewisser Hinsicht empfehlenswert, in Zukunft inhaltlich und statistisch unabhängigere Skalen zu konstruieren. Vielleicht könnte ein solches Vorgehen einen Beitrag zur Entwirrung der sich in vielfältiger Weise überschneidenden psychoanalytischen Konstrukte leisten.

Die Psychoanalytiker stehen in diesem Zusammenhang allerdings in einem Dilemma. Einerseits bietet ihnen das Paradigma der empirischen Psychologie die Möglichkeit, die eigenen theoriebezogenen (Wunsch-)Vorstellungen einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Ferner stehen sie unter einem wachsenden Druck, die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie empirisch zu belegen. Andererseits wurzelt ihre professionelle Identität in einem gänzlich anderen Wissenschaftsverständnis, dem zudem ein besonderes, mit dem empirischen Paradigma nicht ohne weiteres vereinbares Menschenbild entspricht. Nur auf dieser Grundlage können sie bestimmte Patientengruppen ansprechen, die durch andere psychotherapeutische Beziehungsangebote vermutlich weniger gut erreichbar wären (vgl. Eckert und Biermann-Ratjen 1990).

Diagnostik und Psychotherapie sind im Rahmen psychoanalytischer Verfahren untrennbar miteinander verbunden. Der Einsatz von Fragebögen könnte das Beziehungsangebot des Psychoanalytikers und somit auch den psychotherapeutischen Prozeß auf subtile (und zugleich einschneidende) Weise verändern. Ablehnende Haltungen von Psychoanalytikern sind vor diesem Hintergrund verständlich. Hinzu kommen die allgemeingültigen Bedenken gegen den Einsatz von Fragebögen zur Individualdiagnostik. Insbesondere ist das Vertrauensintervall, in dem der „wahre Wert“ eines Patienten mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit liegt, in der Regel viel zu groß, um praxisrelevante Konsequenzen ziehen zu können. Am ehesten dürfte der Einsatz von psychoanalytischen Fragebögen vor diesem Hintergrund im Rahmen empirischer Überprüfungen theoretischer Annahmen sinnvoll sein. Hier greifen die erörterten Bedenken weniger. Allerdings ist in diesem Zusammenhang eine Reihe anderer Aspekte zu bedenken. Die Frage, inwieweit sich psychoanalytisch relevante Konstrukte durch reine Selbstbeschreibungen erfassen lassen, ist noch nicht genügend geklärt. Die in dieser Hinsicht vereinzelt positiven Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen weitere Forschung zu diesem Thema als lohnenswert erscheinen.

## X. Literatur

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., C. Pollock, G. Steward (1989): The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry* 46, 455 - 460.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1971): Ein Versuch zur Neuformulierung des primären Narzißmus. *Psyche* 25, 358 - 373.
- Battegay, R. (1997): Religiöse Führer: Charisma und mögliche Gefahren und ihre Entsprechungen in der Politik. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 43, 80 - 91.
- Beckmann, D. (1997): Replik zur Rezension des GT. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 18, 18 - 19.
- Beckmann, D., E. Brähler, H.-E. Richter (1983): Gießen-Test. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Beckmann, D., H.-E. Richter (1981): Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. 2. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Berliner Senat (1996): Pressemitteilung. Senatorin Stahmer: Berliner Drogenszene verändert sich. Heroinmißbrauch stagniert, Modedroge Ecstasy auf dem Vormarsch.
- Blacha, M. D., R. E. Fancher (1977): A Content Validity Study of the Defense Mechanism Inventory. *Journal of Personality Assessment* 41, 402 - 404.
- Blum, G. S. (1956): Defence preference in four countries. *Journal of Projective Techniques* 20, 33 - 41.
- Bohleber, W. (1992): Identität und Selbst. *Psyche* 46, 336 – 365.
- Bond, M. (1995): The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In: H. R. Conte, R. Plutchik (Hrsg.): *Ego defenses: Theory and measurement*, 202 - 220. New York: Wiley & Sons.

- Bond, M. (1992): An empirical study of defensive styles: The Defense Style Questionnaire. In: G. E. Vaillant (Hrsg.): Ego Mechanisms of Defense: A Guide vor Clinicians and Researchers. Washington, London: American Psychiatric Press.
- Bond, M (1986): An Empirical Study of Defense Styles: In: G. E. Vaillant (Hrsg.): Empirical Studies of EgoMechanisms of Defense. Washington: American Psychiatric Press.
- Bond, M., S. T. Gardner, J. Christian, J. J. Sigal (1983): Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Archieves of General Psychiatry* 40, 333 - 338.
- Bond, M. J. C. Perry, M. Gautier, M. Goldenberg, J. Oppenheimer, J. Simand (1989): Validating the Self-Report of Defense Styles. *Journal of Personality Disorders* 3, 101 - 112.
- Bortz, J. (1989): Statistik für Sozialwissenschaftler. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Bortz, J., N. Döring (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bortz, J., G. A. Lientert, D. Boehnke (1990): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer.
- Clarkin, J. F., P. Martius, G. Dammann, S. Smole, P. Buchheim (1998): IPO – „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Praxis* 2, 169 – 172.
- Cohen, J. (1968): Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin* 70, 213 - 220.
- Cohen, J. (1972): Weighted chi square: An extension of the kappa method. *Educational and Psychological Measurement* 32, 61 - 74.
- Cramer, P. (1988): The Defense Mechanism Inventory: A Review of Research and Discussion of the Scales. *Journal of Personality Assessment* 52, 142 - 164.
- Davies-Osterkamp, S., R. Kriebel (1993): Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme“ (IIP). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29, 295 - 307.
- Deneke, F.-W. (1994): Die Regulation des Selbsterlebens bei Gesunden, psychosomatischen, psychoneurotischen und alkoholkranken Patienten - ein taxonomischer Forschungsansatz. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 44, 260 - 266.

- Deneke, F.-W. (1989): Das Selbst-System. *Psyche* 43, 577 - 608.
- Deneke, F.-W., S. Ahrens, B. Bühring, A. Haag, U. Lamparter, R. Richter, U. Stuhr (1987):  
Wie erleben sich Gesunde? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische  
Psychologie* 37, 156 - 160.
- Deneke, F.-W., B. Hilgenstock (1989): Das Narzißmusinventar. Bern: Huber.
- Deneke, F.-W., B. Hilgenstock (1988): Organisationsformen und Regulationsweisen des  
Selbst-Systems. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 34, 178 -  
195.
- Deneke, F.-W., R. Müller (1985): Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen  
Erfassung des Narzißtischen Persönlichkeitssystems. *Psychotherapie, Psychosomatik  
und medizinische Psychologie* 35, 329 – 341.
- Derogatis, L. R. (1986): SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In: *Collegium  
Internationale Psychiatriae Scalarium* (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie.  
Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt (1993) (Hrsg.): Internationale Klassifikation  
psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt, E. Schulte-Markwort (1994) (Hrsg.): Internationale  
Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien.  
2.Aufl. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen.  
Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dorsch, F., H. Häcker, K.-H. Stapf (1987) (Hrsg.): *Psychologisches Wörterbuch*. 11. Aufl.  
Bern: Huber.
- Eckert, J, E.-M. Biermann-Ratjen (1990): Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des  
Therapeuten. In: V. Tschuschke, D. Czogalik (Hrsg.): *Psychotherapie – Welche Effekte  
verändern?* Berlin: Springer.
- Eckert, J., B. Strauß (1993): Zusammenhänge zwischen Problemen und dem  
Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und  
Gruppendynamik* 29, 227 - 294.
- Ehlers, W. (1983): Die Abwehrmechanismen“: Definition und Beispiele. *Praxis der  
Psychotherapie und Psychosomatik* 28, 55 - 66.
- Ehlers, W., R. Peter (1989): *SBAK-Testhandbuch*. Ulm: PSZ.



- Engel, K., M. Fuchs, I. Meier, F. Deneke (1988): Dimensions of the 'Endangered Self' in Anorexia nervosa. Empirical study based on comparison with normal controls. *Psychotherapy and Psychosomatics* 50, 72 - 80.
- Eridson, E. H. (1958): *Der junge Mann Luther. Eine psychoanalytische und historische Studie.* München, Szczesny.
- Erikson, E. H. (1991): *Identität und Lebenszyklus.* 12. Aufl. Frankfurt a. M. Suhrkamp.
- Fahrenberg, J., R. Hampel, H. Selg (1984): *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1.* Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Fauteux, K. (1981): Good/Bad Splitting in the Religious Experience. *American Journal of Psychoanalysis* 41, 261-267.
- Franke, G. (1995): *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version.* Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H., K.-H. Stäcker (1995): Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R; Derogatis, 1986) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. *Diagnostica* 41, 349 - 373.
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzißmus. In: S. Freud: *Gesammelte Werke X*, 137 – 170. London: Imago.
- Freud, S. (1916-1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Dritter Teil: Allgemeine Neurosenlehre. In: S. Freud: *Gesammelte Werke XI*, 249 - 482. London: Imago.
- Freyberger, H. J., B. Dierse, W. Schneider, B. Strauß, G. Heuft, H. Schauenburg, D. Pouget-Schors, G. H. Seidler, J. Küchenhoff, P. L. Janssen, S.-O. Hoffmann (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung - Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. *Psychotherapie, Psychosoamtik und medizinische Psychologie* 46, 356 - 365.
- Gascard, J. R. (1984): *Neue Jugendreligionen. Zwischen Sehnsucht und Sucht.* Freiburg i. B. Herder.
- Gerson, M.-J. (1984): Splitting: The Development of a Measure. *Journal of Clinical Psychology* 40, 157 - 162.
- Gleser, G. C., D. Ihilevich (1969): An Objektive Instrument for Measuring Defense Mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33, 51 - 60.

- Gould, J. R., M. P. Norman, R. C. Ainslie (1996): The Splitting Index: Construction of a Scale Measuring the Defense Mechanism of Splitting. *Journal of Personality Assessment* 66, 414 - 430.
- Grande, T., C. Oberbracht, G. Rudolf (1988): Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In: H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchheim (Hrsg.): *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, 121 - 138. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Grawe, K., R. Donati, F. Bernauer (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Haan, N. (1965): Coping and Defense Mechanisms Related to Personality Inventories. *Journal of Consulting Psychology* 29, 373 - 378.
- Hampel, R., H. Selg (1975): *FAP. Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartkamp, N. (1993): Interpersonelle Theorie und Psychoanalyse - geschichtliche und konzeptuelle Anmerkungen. In: W. Tress (Hrsg.): *SASB. Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens*, 12 - 20. Heidelberg: Asanger.
- Hay, D. (1982): *Exploring Inner Space: Scientists and Religious Experience*. Harmondsworth: Penguin.
- Heigl-Evers, A., F. Heigl, J. Ott (1994): Diagnostik in der psychoanalytischen Therapie. In: A. Heigl-Evers, F. Heigl, J. Ott (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*, 120 - 156. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Heigl-Evers, A., J. Ott (1995): Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In: A. Heigl-Evers, J. Ott (Hrsg.): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. 2. Aufl., 9 - 31. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoffmann, S. O. (1984): *Charakter und Neurose*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hoffmann, S. O., G. Hochapfel (1995): *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Horlacher, M., R. Battegay, R. Rauchfleisch (1991): Untersuchung von Patienten mit narzisstischen Neurosen mittels des Denekeschen Narzissmusinventars. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 142, 43 - 51.

- Horowitz, L. M., B. Strauß, H. Kordy (1994): Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Manual. Weinheim: Beltz.
- Janssen, P. L. (1994): Zur psychoanalytischen Diagnostik. In: P. L. Janssen, W. Schneider (Hrsg.): Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer.
- Joffe, W. G., J. Sandler (1967): Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium der narzißtischen Störungen. *Psyche* 21, 152 - 165.
- Kakar, S. (1974): Indische Kultur und Psychoanalyse. *Psyche* 41, 635 – 650.
- Kernberg, O. F. (1996): Ein psychoanalytisches Modell zur Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 41, 288 – 296.
- Kernberg, O. F. (1993): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. 7. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (1988): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1988b): Innere Welt und äußere Realität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F., E. G. Goldstein, A. C. Carr, H. F. Hunt, S. F. Bauer, R. Blumenthal (1981): Diagnosing Borderline Personality Disorder. A Pilot Study Using Multiple Diagnostic Methods. *Journal of Nervous and Mental Disease* 169, 225 - 231.
- Klein, M. (1946/1994): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kohut, H. (1992): Narzißmus: eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. 8. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kohut, H., E. S. Wolf (1980): Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: Peters, U. H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band 10, 667 - 682. Zürich: Kindler.
- Köhler, T. (1995): Freuds Psychoanalyse. Eine Einführung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- König, K. (1988): Basale und zentrale Beziehungswünsche. *Forum der Psychoanalyse* 4, 177 - 185.
- König, K. (1981): Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendung, 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- König, K. (1997): Kleine psychoanalytische Charakterkunde. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Kraus, D. (1999a): „Alle in einen Topf?“ Kritische Anmerkungen zur Psychoanalyse sogenannter „Sekten“. Zeitschrift für Psychoanalyse und psychosomatische Medizin 45, 181 - 192.
- Kraus, D. (1999b): Psychodynamische Aspekte des Ecstasy-Konsums. In: R. Thomasius (Hrsg.): Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis, 96 - 114. Stuttgart: Enke.
- Kraus, D. (1994): Neue Religiöse Bewegungen und Narzißmus: Zusammenhänge zwischen der Mitgliedschaft in der Hare-Krischna-Bewegung, der Regulation des sogenannten Selbst-Systems und interpersonalem Erleben. Eine empirische Studie. Universität Hamburg.
- Kraus, D., J. Eckert (1997a): Die Bedeutung der Mitgliedschaft in Neuen Religiösen Bewegungen für die Regulation des Selbsterlebens am Beispiel der Hare-Krischna-Bewegung. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 47, 21 - 26.
- Kraus, D., J. Eckert (1997b): Interpersonale Probleme von Mitgliedern einer neureligiösen Bewegung. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 33, 281 - 295.
- Kuntz, H. (1997): Mit Ecstasy auf der Suche nach dem verlorenen Glück - Du liebst alle und alle lieben Dich. Suchtreport, Heft 1, 46 - 51.
- Lamparter, U., B. Bühring, F.-W. Deneke, S. Höppner-Deymann, M. Oppermann, U. Stuhr, M. Trukenmüller (1997): Wer ist gesund, wer wird es, wer bleibt es? Zur Interdependenz von Lebensbelastung und Erkrankung. In: R. Herold, J. Klein, H. Koenig, C. Wecker (Hrsg.): „Ich bin doch krank und nicht verrückt“. Moderne Leiden - Das verleugnerte und unbewußte Subjekt in der Medizin, 224 - 239. Tübingen: Attempo.
- Lamparter, U., F.-W. Deneke, U. Stuhr (1994): Die „Hamburger Gesundenstudie“ - empirische Ergebnisse und sich eröffnende Fragen. In: F. Lamprecht, R. Johnen (Hrsg.): Salutogenese: eine neues Konzept in der Psychosomatik? Karben: VAS.
- Laux, L., P. Glanzmann, P. Schaffner, C. D. Spielberger (1981): Das State-Trait-Angstinventar. Weinheim: Beltz.
- Lazare, A., G. L. Klerman, D. J. Armor (1966): Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: An investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis. Archives of General Psychiatry 14, 624 - 630.
- Leichsenring, F. (1996): Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen von Borderline Patienten. Bern, Göttingen: Huber.

- Leichsenring, F. (1997): Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. (1998): Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI): Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung struktureller Kriterien der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Praxis* 2, 164 – 168.
- Leichsenring, F., U. Schatz, M. Spindel, A. Tabicca (1996): „Zentrale Beziehungswünsche“: Konzept und Entwicklung eines diagnostischen Instruments. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 32, 323 - 349
- Lienert, G. A., U. Raatz (1994): Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz, PVU.
- Lösel, F. (1988): Persönlichkeitsdaten (Tests). In: R. S. Jäger (Hrsg.): *Psychologische Diagnostik*, 303 - 320. München: PVU.
- Loevinger, J. (1976): *Ego Development*. San Francisco: Jossey Bass.
- Matschinger, H., J. Siegrist, K. Siegrist, K. H. Dittmann (1986): Type A as coping career towards a conceptual and methodological redefinition. In: T. H. M. Schmidt, T. M. Dembroski, G. Blümchen (Hrsg.): *Biological and psychological factors in cardiovascular disease*, 104 - 126. New York: Springer.
- Mehlman, E., S. Slane (1994): Validity of Self-Report Measures of Defense Mechanisms. *Assessment* 1, 189 –197.
- Mentzos, S. (1980): *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen*. München: Kindler.
- Mentzos, S. (1983): *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Meyer, I. (1994): *Zustandsaspekte und Regulationsmechanismen des Selbstsystems bei Multipler Sklerose*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Hamburg.
- Milch, W. E., H.-P. Hartmann (1996): Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. *Psychotherapeut* 41, 1 - 12.
- Murken, S. (1997): *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation. Universität Trier.

- Obrocki, J. (1999): Funktionelle und strukturelle Hirnschädigungen. In: R. Thomasius (Hrsg.): Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis, 53 - 60. Stuttgart: Enke.
- Oldham, J., J. F. Clarkin, A. Appelbaum, A. Carr, P. Kernberg, A. Lottermann, G. Haas (1985): A self-report-instrument for borderline personality organization. In: T. H. McGlashan (Hrsg.): The borderline: current empirical research. Washington: American Psychiatric Press.
- Olf, M., G. L. R. Godaert, J. F. Brosschot, K. E. Weiss, H. Ursin (1990): Tachistoscopic and questionnaire methods for the measurement of psychological defenses. *Scandinavian Journal of Psychology* 31, 89 - 91.
- Ornstein, P. H., A. Ornstein (1997): Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Behandlungsprozesses. *Psyche* 51, 289 - 310.
- Perrez, M. (1979): Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Bern: Huber.
- Perrez, M. (1985): Sigmund Freud. In: T. Herrmann, E.-D. Lantermann (Hrsg.), Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, 24 - 34. München: Urban & Schwarzenberg.
- Perry, J. C., S. H. Cooper (1986): A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 34, 863 - 893.
- Peter, R., W. Ehlers (1992): Kurzbeschreibung der Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten. *Diagnostica* 38, 269 - 272.
- Phillips, L., M. S. Rabinovitch (1958): Social role and patterns of symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 57, 181 - 186.
- Plutchik, R., H. Kellerman, H. R. Conte (1979): A Structural Theory of Ego Defences and Emotions. In: C. E. Izard (Hrsg.): Emotions in Personality and Psychopathology. New York, London: Plenum.
- Plutchik, R. (1995): A Theory of ego defenses. In: H. R. Conte, R. Plutchik (Hrsg.): Ego defenses: Theory and measurement, 13 - 37. New York: Wiley & Sons.
- Potreck, F. (1978): Kommentiertes Literaturverzeichnis zum Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Veröffentlichungen seit 1978. Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Universität Freiburg 1983, Nr. 11.
- Rauchfleisch, U. (1996): Psychodiagnostik in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 41, 69 - 76.

- Rauchfleisch, U. (1992): Diagnostik unter dem Einfluß bestimmter Schulen bzw. Persönlichkeitsmodelle – Psychodynamische Theorie. In: S. Jäger, F. Petermann (Hg.), Psychologische Diagnostik. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rauchfleisch, U., R. Nil, C. Perini (1995): Zur Validität des Narzißmusinventars (Denecke und Hilgenstock). Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 41, 268 - 278.
- Reister, G, R. F. Fellhauer, M. Franz, T. Wirth, D. Schellberg, H. Schepank, W. Tress (1993): Psychometrische Erfassung von Abwehrmechanismen: Zusammenhang zwischen Fragebogen und Expertenrating. Erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 43, 15 - 20.
- Rief, W., M. Greitemeyer, M. M. Fichter (1991). Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37, 58 - 65.
- Ritzler (1995): The Rorschach: Defense or adaption? In: H. R. Conte, R. Plutchik (Hrsg.): Ego defenses: Theory and measurement, 263 - 282. New York: Wiley & Sons.
- Rogner, J. (1994a): Ein Jahr nach Abschluß einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie I: Vergleich mit Personen, die eine Psychotherapie beginnen. Zeitschrift für Individualpsychologie 19, 191 - 202.
- Rogner, J. (1994b): Ein Jahr nach Abschluß einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie II: Veränderungen der Symptomatik. Zeitschrift für Individualpsychologie 19, 318 - 326.
- Rogner, J., S. Lamy, M. Rübeling (1995): Die Veränderung von Beziehungsrepräsentanzen in Adlerianischen analytischen Psychotherapien. Zeitschrift für Individualpsychologie 20, 50 - 61.
- Rohde-Dachser, C. (1986): Borderlinestörungen. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rudolf, G. (1995): Diagnostik struktureller Störungen. In: G. Schneider, G. H. Seidler (Hrsg.): Internalisierung und Strukturbildung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rudolf, G. (1996): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 3. Aufl. Stuttgart: Enke.

- Rudolf, G., P. Buchheim, W. Ehlers, J. Küchenhoff, A. Muhs, D. Pouget-Schors, U. Rüger, G. H. Seidler, F. Schwarz (1995): Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 197 - 212.
- Rudolf, G., T. Grande, C. Oberbracht, T. Jakobsen (1997): Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatik und Psychoanalyse* 43, 343 - 357.
- Rudolf, G., C. Oberbracht, T. Grande (1998): Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchheim (Hrsg.): *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, 167 – 181.
- Sandler, J. (1982): Unbewusste Wünsche und menschliche Beziehungen. *Psyche* 42, 59 - 74.
- Schauenburg, H., G. Schüßler, E. Leibing (1991): Empirische Erfassung von Abwehrmechanismen mit einem Selbsteinschätzungsverfahren (nach Bond et al.). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 392 - 400.
- Schepank, H. (1995): *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS*. Göttingen: Beltz.
- Schneider, W., P. Buchheim, M. Cierpka, H. J. Freyberger, S. O. Hoffmann, P. L. Janssen, A. Muhs, G. Rudolf, U. Rüger, G. Schüßler (1995): Entwicklung eines Modells der operationalen psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 45, 121 – 130.
- Schneider, W., H. J. Freyberger (1990): Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle. *Forum der Psychoanalyse* 6, 316 - 330.
- Schneider, W., S. O. Hoffmann (1992): Diagnostik und Klassifikation neurotischer psychosomatischer Störungen. *Fundamenta Psychiatrica* 6, 137 - 142.
- Schüler, D. E., W. G. Herron, H. V. Polland, C. L. Schultz (1982): Defense Mechanisms in Reactive and Process Schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology* 38, 486 - 489.
- Schüßler, G. (1996): *Psychoanalytische Diagnostik*. In: W. Senf, M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Schuster, P., H.-U. Wittchen (1996): Ecstasy- und Halluzinogengebrauch bei Jugendlichen. Gibt es eine Zunahme? *Verhaltenstherapie* 6, 222 - 232.



- Schutz, W. (1967): COPE: A FIRO awareness scale. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spinhoven, P., H. A. E. von Gallen, R. E. Abraham (1995): The Defense Style Questionnaire: A Psychometric Examination. *Journal of Personality Disorders* 9, 124 - 133.
- Strauß, B., M. Burgmeier-Lohse (1994a): Stationäre Langzeitgruppentherapie. Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Heidelberg: Asanger.
- Strauß, B., M. Burgmeier-Lohse (1994b): Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 44, 184 - 192.
- Strauß, B., M. Burgmeier-Lohse (1994c): Prozeß-Ergebnis-Zusammenhänge in der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut* 39, 239 - 250.
- Strauß, B., M. Burgmeier-Lohse (1995): Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 127 - 140.
- Strauß, B., H. Hess (1993): Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 43, 82 - 92.
- Strauß, B., B. Hüttmann, N. Schulz (1997): Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 47, 58 - 63.
- Streeck-Fischer, A. (1994): Entwicklungslinien der Adoleszenz. Narzißmus und Übertragungsphänomene. *Psyche* 48, 509 - 528.
- Ten, A. L., R. J. Randall, J. T. Fine, J. Porac (1977): A short measure of Eriksonian ego identity. *Journal of Personality Assessment* 41, 279 - 284.
- Thiel, A., G. Schüßler (1995): Zwangssymptome bei strukturellen Selbst-Defekten - eine Untersuchung am Beispiel der Anorexia und Bulimia nervosa. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 60 - 76.
- Thomasius, R. (1996): Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Berlin: Springer.
- Thomasius, R. (1998): Ecstasy: Verwendergruppen und Gefährdungsgrade. Eine empirische Studie auf der Grundlage einer psychiatrisch-psychodynamischen und klinisch-

- apparativen Diagnostik von 100 Ecstasy-Konsumenten. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21: 9 - 14.
- Thomasius, R., D. Kraus (1999a): Historische und epidemiologische Aspekte des Ecstasy-Konsums. In: R. Thomasius (Hrsg.): Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis, 15 - 22. Stuttgart: Enke.
- Thomasius, R., D. Kraus (1999b): Ecstasy und Designer-Drogen: Neue Konsummuster und Konsequenzen für Behandlung und Prävention. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 47, 35 - 51.
- Thomasius, R., D. Kraus (1999c): Praktische Erfahrungen mit Ecstasy-Konsumenten. In: J. Zerdick (Hrsg.): Entwicklungen in der Suchtmedizin, 213 - 224. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Thomasius, R., M. Schmolke, D. Kraus (1998): Folgeerkrankungen bei Ecstasy. In: J. Götz (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome, C4.4-1 - C.4.4.-12. Stuttgart, New York: Thieme.
- Thomasius, R., M. Schmolke, D. Kraus (1997): MDMA („Ecstasy“-)Konsum: ein Überblick zu psychiatrischen und medizinischen Folgen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65, 49 - 61.
- Tress, W. (Hrsg.) (1993): Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens - SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung der Psychotherapie. Heidelberg: Asanger.
- Vaillant, G. E. (1980): Werdegänge: Erkenntnisse der Lebenslauf-Forschung. Reinbek: Rowohlt.
- Vaillant, G. E., M. Bond, C. O. Vaillant (1986): An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. Archives of General Psychiatry 43, 786 - 794.
- Vaillant, G. E., C. O. Vaillant (1990): Natural History of Male Psychological Health, XII: A 45-Year Study of Predictors of Successful Aging et Age 65. American Journal of Psychiatry 147, 31 - 37.
- Vickers, R. T., L. K. Hervig (1981): Comparisons of three psychological defense mechanisms questionnaires. Journal of Personality Assessment 45, 630 - 638.
- Wilber, K. (1996): Wege zum Selbst. Östliche und westliche Ansätze zu persönlichem Wachstum. München: Goldmann.

Wuchner, M., J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen (1993): Vergleich von Diagnosegruppen und Klienteln verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29, 198 - 214.

## XI. Anhang

**Tab. 56: Korrelationen (r) zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und den Items der OPD-Konflikt (K)-und Strukturachse (S) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala		OPD									
		K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG	
I. Ohnmächtiges Selbst	r	.47***	.52***	.44***	.40**	.51***	.40**	.28*	.43***	.52***	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
	Affekt-/Impuls- kontrollverlust	r	.30*	.28*	.28*	.23	.28*	.20	.03	.22	.28*
		N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
	Derealisation/ Depersonalisation	r	.49***	.38**	.38**	.34*	.42**	.38**	.29*	.42**	.38**
		N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
	Basales Hoffnungspotential	r	-.43***	-.52***	-.50**	-.48***	-.57**	-.47***	-.43**	-.45***	-.52***
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Kleinheitsselbst	r	.31*	.43***	.39**	.32*	.42**	.35**	.33*	.37**	.43***
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Negatives Körperselbst	r	.32*	.40**	.31*	.30*	.27*	.25	.29*	.27*	.40**
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Soziale Isolierung	r	.27*	.21	.33*	.29*	.35**	.34*	.25	.24	.21
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
Archaischer Rückzug	r	.20	.12	.09	.08	.13	.08	.06	.11	.12	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
II. Größenselbst	r	-.16	-.17	-.29*	-.19	-.28	-.30*	-.17	-.17	-.17	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
	Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	r	.26	.33*	.14	.18	.15	.12	.13	.25	.33*
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	Gier nach Lob und Bestätigung	r	.20	.18	.05	.12	.12	.09	.11	.13	.18
		N	54	54	54	54	54	54	54	54	54
Narzißtische Wut	r	.13	.11	.14	.12	.20	.14	.10	.15	.12	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
III. Autarkie-Ideal	r	-.19	-.18	-.29*	-.14	-.33*	-.25	-.31*	-.21	-.18	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
	Objektbewertung	r	.30*	.32*	.29*	.34*	.32*	.33*	.28*	.34	.32*
		N	55	55	55	55	55	55	55	55	55
Werte-Ideal	r	-.10	-.13	-.14	-.13	-.13	-.09	-.15	-.07	-.13	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	
Symbiotischer Selbstschutz	r	.11	.11	.05	.02	.08	.13	.21	.11	.11	
	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	
IV. Hypochondrische Angstbindung	r	.29*	.18	.29*	.14	.27*	.26	.28*	.26	.18	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	r	.17	.36**	.19	.19	.28*	.20	.28*	.26	.36**
N		55	55	55	55	55	55	55	55	55	

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2=Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 57: Korrelationen (r) zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar		OPD									
Dimension/Skala		K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG	
I.	Ohnmächtiges Selbst	r	.35**	.35**	.32**	.41***	.48***	.41**	.36**	.34**	.42***
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Affekt-/Impulskontrollverlust	r	.45***	.39***	.25*	.28*	.33**	.29*	.23	.28*	.27*
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Derealisation/Depersonalisation	r	.37**	.24	.26*	.32**	.45***	.33**	.27*	.33**	.33**
		N	68	68	68	68	68	68	68	68	68
	Basales Hoffnungspotential	r	-.14	-.17	-.21	-.18	-.34**	-.28*	-.21	-.14	-.31**
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Kleinheitsselbst	r	.27*	.40***	.25*	.39***	.41***	.34**	.25*	.22	.34**
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Negatives Körper selbst	r	.32**	.25*	.32**	.36**	.37**	.37**	.33**	.24	.40***
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Soziale Isolierung	r	.29*	.31**	.40***	.34**	.49***	.39***	.34**	.35**	.45***
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
Archaischer Rückzug	r	.18	.18	.07	.14	.22	.16	.09	.07	.08	
	N	69	69	69	69	69	69	69	69	69	
II.	Größenselbst	r	.00	-.14	-.16	-.21	-.20	-.19	-.26*	-.11	-.21
		N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
	Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	r	.27*	.09*	.13	.16	.19	.13	.07	.12	.15
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Gier nach Lob und Bestätigung	r	.20	.15	.09	.15	.17	.14	.07	.21	.18
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
Narzißtische Wut	r	.37**	.38**	.18	.23	.29*	.25*	.16	.20	.23	
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	
III.	Autarkie-Ideal	r	.09	.08	.11	.02	.17	.10	.10	.11	.08
		N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Objektbewertung	r	.29*	.39***	.32**	.30*	.40***	.29*	.22	.26	.35**
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	
Werte-Ideal	r	.21	.03	.17	.10	.15	.09	.11	.13	.12	
	N	66	66	66	66	66	66	66	66	66	
Symbiotischer Selbstschutz	r	.08	-.17	.06	.10	.04	.05	.17	.04	.03	
	N	69	69	69	69	69	69	69	69	69	
IV.	Hypochondrische Angstbindung	r	.27*	.16	.27*	.24	.30*	.27	.14	.25	.23
		N	65	65	65	65	65	65	65	65	65
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	r	.24	.02	.24	.15	.27*	.23	.09	.20	.21
		N	65	65	65	65	65	65	65	65	65

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2=Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 58: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>Narzißmusinventar</u>		<u>OPD</u>								
Dimension/Skala		K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
I.	Ohnmächtiges Selbst	.14	.21	.14	-.01	.04	-.01	-.09	.11	.13
	Affekt-/Impulskontrollver.	-.18	-.12	.03	-.01	-.06	-.01	-.20	-.06	.01
	Derealisation/Depers.	.15	.16	.13	.02	-.04	.06	.02	.10	.06
	Basales Hoffnungspotential	-.32	-.40*	-.34	-.34	-.29	-.22	-.25	-.34	-.26
	Kleinheitsselbst	.04	.04	.16	-.08	.01	.01	.09	.16	.11
	Neg. Körper selbst	-.02	.17	-.01	-.07	-.11	-.13	-.04	.03	.00
	Soziale Isolierung	-.02	-.11	-.08	-.06	-.17	-.06	-.10	-.12	-.27
	Arch. Rückzug	.02	-.06	.02	-.06	-.09	-.08	-.03	.04	.04
II.	Größenselbst	-.16	-.03	-.14	.02	-.08	-.12	.09	-.06	.04
	Sehnsucht n. id. Selbstobjekt	-.01	.25	.01	-.01	-.04	-.01	.06	.13	.19
	Gier nach Lob und Best.	.00	.03	-.04	-.03	-.05	-.05	.04	-.08	.00
	Narzißtische Wut	-.26	-.29	-.04	-.11	-.10	-.11	-.06	-.05	-.11
III.	Autarkie-Ideal	-.28	.10	-.41*	-.16	-.51**	-.36	-.42*	-.32	-.26
	Objektbewertung	.01	-.08	-.03	.04	-.09	.04	.06	.09	-.03
	Werte-Ideal	-.31	-.16	-.31	-.23	-.28	-.18	-.26	-.20	-.25
	Symb. Selbstschutz	.03	.28	-.01	-.08	.04	.08	.04	.07	.08
IV.	Hypoch. Angstbindung	.02	.02	.02	.10	-.03	-.01	.15	.01	-.05
	Narzißtischer Krankheitsg.	-.07	.36	-.16	.04	.01	-.03	.20	.06	.16

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2=Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 59: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht signifikant, \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala	Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>												
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
I. Ohnmächtiges Selbst	52	.60***	.12	.68***	.53***	-.62***	-.69***	.07	.42**	.27	-.43**	.71***	-.44***
Affekt-/Impulskontrollverlust	52	.44***	.30*	.48***	.62***	-.47***	-.36**	.33*	.32*	.29*	-.33*	.64***	-.27
Derealisation/Depersonalisation	52	.49***	.09	.52***	.43**	-.43***	-.50***	.18	.27	.22	-.35**	.59***	-.39**
Basales Hoffnungspotential	52	-.51***	-.03	-.52***	-.33*	.37**	.54***	-.05	-.25	-.13	.35*	-	.28*
												.45***	
Kleinheitsselbst	52	.53***	-.02	.51***	.41**	-.53***	-.64***	-.02	.45***	.23	-.33*	.64***	-.54***
Negatives Körperselbst	52	.27*	.05	.34*	.35*	-.48***	-.52***	-.10	.20	.00	-.32*	.41**	-.38**
Soziale Isolierung	52	.40**	.12	.35*	.33*	-.76***	-.28*	-.04	.04	.19	-.59***	.35*	-.24
Archaischer Rückzug	52	.47***	.34*	.52***	.29*	-.27	-.10	.36**	.10	.24	-.20	.49***	-.06
II. Größenselbst	52	-.08	.16	-.19	-.20	.48***	.42**	.21	-.23	.19	.50***	-.15	.14
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	52	.27	.11	.37**	.09	.00	-.13	.25	.09	.25	.09	.34*	-.12
Gier nach Lob und Bestätigung	51	.27	-.01	.20**	.08	.12	-.14	.13	.17	.21	.17	.29*	-.20
Narzißtische Wut	52	.35*	.21	.36**	.48***	.03	-.28*	.55***	.15	.39**	.12	.49***	-.14
III. Autarkie-Ideal	52	-.13	.02	-.18	.09	.16	.37**	.23	-.38**	.05	.18	-.03	.01
Objektbewertung	52	.38**	.15	.36**	.39**	-.27	-.28*	.27	.17	.13	-.17	.40**	-.28*
Werte-Ideal	50	.05	.30*	.05	.25	.16	.17	.33*	-.10	.24	.23	.20	.03
Symbiotischer Selbstschutz	52	.20	-.01	.10	.13	.14	.08	.24	-.14	.13	.09	.15	.05
IV. Hypochondrische Angstbindung	50	.62***	.18	.51***	.23	-.19	-.38**	.04	.32**	.38**	-.10	.45***	-.12
Narzißtischer Krankheitsgewinn	52	.56***	-.05	.57***	.25	-.08	-.35**	.26	.23	.13	-.07	.42**	-.13

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=.Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/  
Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, .E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 60: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar		Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>												
Dimension/Skala		N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
I.	Ohnmächtiges Selbst	68	.53***	.45***	.78***	.43***	-.35**	-.66***	.11	.18	.27*	-.10	.66***	-.47***
	Affekt-/Impulskontrollverlust	68	.63***	.58***	.68***	.72***	-.15	-.40***	.38***	.14	.35**	.17	.71***	-.34**
	Derealisation/Depersonalisation	67	.45***	.33**	.70***	.36**	-.18	-.42***	.13	.10	.23	.06	.53***	-.25*
	Basales Hoffnungspotential	68	-.17	-.04	-.44***	-.17	.37**	.48***	.07	-.16	.03	.33*	-.38**	.27*
	Kleinheitsself	68	.44***	.42***	.68***	.28*	-.29**	-.47***	.19	.29*	.19	-.03	.54***	-.38***
	Negatives Körperself	68	.31**	.28*	.49***	.14	-.10	-.51***	-.04	.16	.00	-.01	.38**	-.37**
	Soziale Isolierung	68	.45***	.42***	.56***	.33**	-.45***	-.35**	.31**	.07	.13	-.10	.35*	-.25*
	Archaischer Rückzug	68	.28*	.38**	.47***	.17	-.17	-.37**	.01	.21	.18	.05	.38***	-.40***
II.	Größenself	66	-.06	.25*	-.07	.10	.39***	.42**	.29*	-.15	.09	.45***	-.08	.11
	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	68	.22	.23	.40***	.21	.10	-.24*	.12	.16	.18	.24*	.31**	-.15
	Gier nach Lob und Bestätigung	68	.32**	.44***	.36**	.37**	.18	-.14	.29*	-.02	.30*	.40***	.36**	-.14
	Narzißtische Wut	67	.54***	.67***	.58***	.63***	-.18	-.12	.55***	.16	.35**	.15	.59***	-.21
III.	Autarkie-Ideal	68	.22	.25*	.05	.14	.00	.29*	.38***	-.14	.01	.16	-.02	.01
	Objektabwertung	67	.45***	.42***	.44***	.29*	-.11	-.15	.42***	.01	.02	.11	.38**	-.30**
	Werte-Ideal	65	.20	.18	.13	.13	.21	.20	.34**	-.00	-.08	.32	.04	-.06
	Symbiotischer Selbstschutz	68	.08	-.08	-.07	-.03	.17	.15	.06	-.09	-.11	.18	-.03	-.03
IV.	Hypochondrische Angstbindung	64	.22	.35**	.53***	.16	.05	-.17	.19	-.00	-.08	.29*	.33**	-.32**
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	64	.20	-.12	.19	.12	.09	-.02	.14	-.05	-.11	.20	.05	-.15

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/  
Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, .E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung



**Tab. 61: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars, Form A (FPI-A) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der**

<u>Narzißmusinventar</u> Dimension/Skala		Signifikanztests (*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001)											
		<u>Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A<sup>1</sup></u>											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
I.	Ohnmächtiges Selbst	.10	-.36	-.23	.13	-.36	-.06	-.04	.27	.00	-.36	.09	.03
	Affekt/Impulskontrollverlust	-.27	-.35	-.31	-.18	-.36	.05	-.06	.19	-.07	-.51**	-.13	.08
	Derealisation/Depersonalisation	.05	-.25	-.29	.08	-.28	-.10	.05	.18	-.01	-.43*	.09	-.16
	Basales Hoffnungspotential	-.39*	.01	-.10	-.17	.00	.08	-.12	-.09	-.16	.02	-.08	.01
	Kleinheitsselbst	.12	-.47*	-.27	.15	-.29	-.25	-.21	.19	.04	-.31	.15	-.20
	Negatives Körperselbst	-.04	-.24	-.18	.22	-.42*	-.01	-.06	.04	.00	-.32	.04	-.01
	Soziale Isolierung	-.06	-.33	-.27	.00	-.51**	.08	-.36	-.03	.06	-.58**	.00	.01
	Archaischer Rückzug	.22	-.05	.07	.13	-.11	.29	.37	-.11	.06	-.25	.14	.36
II.	Größenselbst	-.02	-.09	-.12	-.30	.11	.00	-.09	-.08	.10	.06	-.07	.03
	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	.05	-.12	-.04	-.12	-.10	-.11	.13	-.07	.07	-.15	.03	.03
	Gier nach Lob und Bestätigung	-.05	-.48*	-.17	-.31	-.06	.00	-.17	.19	-.10	-.25	.08	-.06
III.	Narzißtische Wut	-.24	-.60**	-.29	-.22	.21	-.17	.00	-.01	.05	-.03	-.14	.07
	Autarkie-Ideal	-.35	-.24	-.23	-.05	.16	.09	-.17	-.26	.04	.02	-.01	.00
	Objektbewertung	-.08	-.30	-.10	.11	-.17	-.14	-.17	.16	.11	-.28	.03	.02
	Werte-Ideal	-.15	.13	-.08	.12	-.05	-.03	-.01	-.10	.32	-.10	.16	.09
IV.	Symbiotischer Selbstschutz	.12	.07	.18	.16	-.03	-.07	.18	-.05	.24	-.09	.18	.08
	Hypochondrische Angstbindung	.50**	-.18	-.03	.07	-.24	-.23	-.15	.33	.49*	-.40*	.14	.21
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	.43*	.07	.46*	.13	-.17	-.35	.13	.28	.24	-.27	.40*	.02

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=.Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/  
Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, .E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 62: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>Narzißmusinventar</u>		<u>Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)<sup>1</sup></u>									
Dimension/Skala	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
I. Ohnmächtiges Selbst	52	.53***	.71***	.67***	.81***	.68***	.68***	.68***	.54***	.67***	.77***
Affekt-/Impulskontrollverlust	52	.33*	.49***	.50***	.58***	.40**	.41**	.30*	.38**	.52***	.50***
Derealisation/Depersonalisation	52	.52***	.56***	.46***	.61***	.59***	.58***	.54***	.31*	.57***	.62***
Basales Hoffnungspotential	52	-.42**	-.48***	-.40**	-.57***	-.48***	-.56***	-.50***	-.43**	-.42**	-.54***
Kleinheitsselfst	52	.38**	.57***	.67***	.63***	.53***	.54***	.59***	.56***	.50***	.63***
Negatives Körperselbst	52	.15	.34*	.47***	.54***	.29*	.44***	.29*	.39**	.40**	.43**
Soziale Isolierung	52	.38**	.42**	.52***	.45***	.39**	.43***	.47***	.47***	.39**	.48***
Archaischer Rückzug	52	.33*	.32*	.25	.37**	.36**	.33*	.31*	.21	.25	.36**
II. Größenselbst	52	-.06	-.16	-.24	-.25	-.14	-.20	-.17	-.16	-.19	-.20
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	52	.19	.28*	.25	.36**	.25	.17	.23	.25	.25	.30*
Gier nach Lob und Bestätigung	51	.13	.20	.14	.25	.20	.18	.16	.17	.20	.23
Narzißtische Wut	52	.33*	.41**	.28*	.41**	.33*	.32*	.33*	.27	.29*	.38**
III. Autarkie-Ideal	52	-.09	-.04	.08	-.08	-.22	-.09	-.25	.03	.00	-.09
Objektbewertung	52	.50***	.57***	.55***	.64***	.52***	.47***	.44***	.59***	.60***	.62***
Werte-Ideal	50	.08	.12	.09	.13	.07	.04	-.02	.17	.14	.10
Symbiotischer Selbstschutz	52	-.10	-.02	-.02	.03	.08	-.09	.01	.01	-.08	.00
IV. Hypochondrische Angstbindung	50	.38**	.51***	.33*	.50***	.58***	.33*	.47***	.34*	.46***	.52***
Narzißtischer Krankheitsgewinn	52	.58***	.54***	.45***	.58***	.58***	.48***	.51***	.31*	.47***	.59***

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/ Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 63: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests**

(\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)

Narzißmusinventar Dimension/Skala	N	Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) <sup>1</sup>									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
I. Ohnmächtiges Selbst	67	.38**	.70***	.73***	.84***	.69***	.54***	.58***	.59***	.67***	.76***
Affekt-/Impulskontrollverlust	67	.50***	.68***	.60***	.64***	.69***	.70***	.48***	.54***	.67***	.72***
Derealisation/Depersonalisation	66	.40***	.63***	.60***	.66***	.58***	.44***	.37**	.48***	.57***	.63***
Basales Hoffnungspotential	67	-.07	-.32**	-.42***	-.56***	-.29*	-.24*	-.29*	-.36**	-.34**	-.40***
Kleinheits selbst	67	.28*	.53***	.64***	.63***	.58***	.26*	.50***	.61***	.58***	.60***
Negatives Körper selbst	67	.21	.46***	.49**	.62***	.44***	.30*	.40***	.48***	.46***	.53***
Soziale Isolierung	67	.29*	.52***	.55***	.48***	.56***	.48***	.49***	.54***	.59***	.57***
Archaischer Rückzug	67	.37**	.46***	.45***	.39***	.44***	.24	.41***	.40***	.40***	.46***
II. Größenselbst	65	.15	.10	-.08	-.03	.03	.15	-.14	-.01	.09	.05
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	67	.19	.31*	.38**	.33**	.31**	.15	.15	.30*	.31**	.32**
Gier nach Lob und Bestätigung	67	.28*	.36**	.35**	.36**	.38**	.28*	.20	.28*	.41***	.39***
Narzißtische Wut	66	.43***	.65***	.51***	.54***	.57***	.63***	.42***	.56***	.59***	.63***
III. Autarkie-Ideal	67	.23	.13	.14	.11	.29*	.18	.16	.30*	.35**	.23
Objektbewertung	66	.49***	.54***	.39***	.45***	.52***	.46***	.42***	.61***	.60***	.57***
Werte-Ideal	64	.26*	.10	.15	.08	.27*	.11	.09	.21	.27*	.19
Symbiotischer Selbstschutz	67	.11	-.05	.02	-.04	.02	-.10	.07	.15	.00	.01
IV. Hypochondrische Angstbindung	63	.26*	.42***	.34**	.39**	.40***	.25*	.34**	.39**	.50***	.43***
Narzißtischer Krankheitsgewinn	64	.29*	.26*	.11	.15	.25*	.24	.22	.30*	.36**	.29*

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 64: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>Narzißmusinventar</u>		<u>Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)<sup>1</sup></u>									
Dimension/Skala		1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
I.	Ohnmächtiges Selbst	.19	.02	-.12	-.09	-.02	.22	.17	-.07	.00	.02
	Affekt-/Impulskontrollverlust	-.21	-.29	-.14	-.10	-.42*	-.43*	-.21	-.20	-.23	-.36
	Derealisation/Depersonalisation	.15	-.11	-.20	-.08	.02	.19	.22	-.20	.00	-.02
	Basales Hoffnungspotential	-.38*	-.19	.02	-.01	-.22	-.39*	-.25	-.08	-.09	-.18
	Kleinheitsselbst	.11	.06	.05	.00	-.07	.34	.13	-.08	-.11	.05
	Negatives Körperselbst	-.06	-.14	-.03	-.12	-.17	.16	-.13	-.11	-.07	-.13
	Soziale Isolierung	.10	-.13	-.04	-.04	-.22	-.06	-.03	-.09	-.27	-.12
	Archaischer Rückzug	-.05	-.17	-.23	-.02	-.10	.10	-.12	-.21	-.17	-.12
II.	Größenselbst	-.21	-.26	-.16	-.23	-.17	-.35	-.03	-.15	-.28	-.25
	Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	-.03	-.03	-.14	.03	-.07	.02	.08	-.05	-.07	-.02
	Gier nach Lob und Bestätigung	-.16	-.17	-.22	-.12	-.20	-.11	-.04	-.12	-.23	-.18
	Narzißtische Wut	-.12	-.34	-.28	-.17	-.30	-.41*	-.10	-.36	-.38*	-.34
III.	Autarkie-Ideal	-.32	-.17	-.06	-.19	-.52**	-.27	-.42*	-.28	-.37	-.32
	Objektbewertung	.01	.04	.21	.27	.00	.01	.02	-.03	.00	.08
	Werte-Ideal	-.19	.02	-.06	.05	-.21	-.07	-.11	-.04	-.14	-.09
	Symbiotischer Selbstschutz	-.21	.03	-.04	.07	.06	.01	-.06	-.14	-.08	-.01
IV.	Hypochondrische Angstbindung	.13	.12	-.01	.14	.24	.09	.16	-.06	-.05	.12
	Narzißtischer Krankheitsgewinn	.36	.34	.37	.51**	.41*	.28	.34	.01	.13	.38

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 65: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala	Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche <sup>1</sup>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G	
I. Ohnmächtiges Selbst	54	.65***	.15	.58***	.43***	.45***	.67***	.55***	.67***	.36**	.70***
Affekt-/Impulskontrollverlust	54	.62***	.06	.40**	.43***	.43***	.49***	.49***	.60***	.34*	.60***
Derealisation/Depersonalisation	54	.55***	.21	.40**	.26	.39**	.49***	.35**	.47***	.27*	.52***
Basales Hoffnungspotential	54	-.24	.20	-.35**	-.23	-.18	-.47***	-.30*	-.39**	-.06	-.34*
Kleinheitsselbst	54	.54***	.03	.69***	.47***	.42***	.62***	.50***	.68***	.56***	.72***
Negatives Körperselbst	54	.48***	.10	.61***	.34*	.27*	.52***	.48***	.49***	.45***	.59***
Soziale Isolierung	54	.40**	.05	.18	.19	.27*	.30*	.18	.33*	-.01	.29*
Archaischer Rückzug	54	.54***	.31*	.22	.26	.25	.22	.31*	.31*	.11	.37**
II. Größenselbst	54	-.07	.40**	-.04	.19	.05	-.14	.03	-.12	.15	.03
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	54	.46***	.26	.64***	.62***	.37**	.47***	.66***	.55***	.51***	.69***
Gier nach Lob und Bestätigung	53	.27*	.32*	.64***	.56***	.24	.47***	.67***	.57***	.56***	.64***
Narzißtische Wut	54	.41**	.39**	.46***	.63***	.71***	.47***	.53***	.53***	.41**	.66***
III. Autarkie-Ideal	54	.13	.15	.19	.19	.16	-.05	.12	-.02	.21	.16
Objektbewertung	54	.57***	.15	.52***	.54***	.60***	.62***	.62***	.63***	.45***	.72***
Werte-Ideal	52	.36**	.24	.17	.35*	.38**	.13	.41**	.24	.32*	.39**
Symbiotischer Selbstschutz	54	.07	.28*	.32*	.41**	.14	.32*	.41**	.35**	.21	.36**
IV. Hypochondrische Angstbindung	52	.35*	.02	.36**	.30*	.25	.38**	.47***	.48***	.37**	.47***
Narzißtischer Krankheitsgewinn	54	.31*	.19	.34*	.40**	.32*	.32*	.45***	.47***	.14	.43***

<sup>1</sup>Wunsch nach 1=Verschmelzung, 2= Zwillingsbeziehung, 3= Anerkennung, 4= Selbstobjektbeziehung, 5= Kontrolle, 6= dyadischer Beziehung, 7= Versorgung, 8= Steuerung, 9= Anerkennung der Geschlechtseigenschaften, G=Gesamtscore

**Tab. 66: Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text), Stichprobengrößen (N), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala	Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche <sup>1</sup>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G	
I. Ohnmächtiges Selbst	68	.59***	.27*	.59***	.37**	.32**	.56***	.55***	.48***	.52***	.68***
Affekt-/Impulskontrollverlust	68	.47***	.33**	.60***	.64***	.53***	.45***	.56***	.25*	.58***	.69***
Derealisation/Depersonalisation	67	.56***	.32**	.48***	.30*	.29*	.30***	.49***	.27*	.42***	.55***
Basales Hoffnungspotential	68	-.21	-.13	-.24*	-.01	-.04	-.43***	-.37**	-.34**	-.32**	-.36**
Kleinheitsselbst	68	.55***	.25*	.62***	.31*	.39***	.49***	.59***	.46***	.48***	.67***
Negatives Körper selbst	68	.44***	.20	.46***	.15	.13	.44***	.43***	.41***	.41***	.51***
Soziale Isolierung	68	.42***	.21	.37**	.41***	.46***	.36**	.31*	.20	-.33**	.48***
Archaischer Rückzug	68	.57***	.16	.45***	.08	.19	.28*	.39***	.34**	.27*	.46***
II. Größenselbst	66	.16	.18	.29*	.34**	.34**	.11	.25*	-.01	.31*	.30*
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	68	.48***	.17	.56***	.27*	.26*	.34**	.49***	.35**	.40***	.54***
Gier nach Lob und Bestätigung	68	.44*	.32**	.72***	.49***	.55***	.30*	.57***	.16	.54***	.64***
Narzißtische Wut	67	.36**	.42***	.58***	.69***	.67***	.41***	.51***	.37**	.53**	.70***
III. Autarkie-Ideal	68	.15	.07	.13	.23	.31**	.03	.32**	-.19	.22	.19
Objektbewertung	67	.35**	.30*	.37**	.46***	.48***	.25***	.49***	.11	.49***	.54***
Werte-Ideal	65	.21	.23	.21	.24	.35**	.25*	.33**	-.03	.23	.30*
Symbiotischer Selbstschutz	68	-.09	-.25*	.05	-.05	-.10	.22	.18	-.04	.14	-.04
IV. Hypochondrische Angstbindung	64	.55*	.28*	.47***	.24	.27*	.33**	.49***	.27*	.46***	.54***
Narzißtischer Krankheitsgewinn	64	.26*	.32**	.23	.19	.23	.16	.33**	.02	.26*	.30*

<sup>1</sup>Wunsch nach 1=Verschmelzung, 2= Zwillingsbeziehung, 3= Anerkennung, 4= Selbstobjektbeziehung, 5= Kontrolle, 6= dyadischer Beziehung, 7= Versorgung, 8= Steuerung, 9= Anerkennung der Geschlechtseigenschaften, G=Gesamtscore

**Tab. 67: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Narzißmusinventars und denen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

Narzißmusinventar Dimension/Skala	Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche <sup>1</sup>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
I. Ohnmächtiges Selbst	.10	-.13	-.02	.07	.15	.18	.00	.29	-.20	.04
Affekt-/Impulskontrollverlust	.21	-.28	-.27	-.30	-.13	.05	-.10	.44*	-.31	-.15
Derealisation/Depersonalisation	-.01	-.12	-.10	-.04	.11	.23	-.17	.23	-.17	-.04
Basales Hoffnungspotential	-.03	.33	-.12	-.22	-.14	-.05	.08	-.06	.27	.02
Kleinheitsselbst	-.01	-.23	.04	.19	.04	.19	-.13	.33	.11	.10
NegativesKörperselbst	.05	-.10	.21	.20	.15	.10	.06	.10	.05	.11
Soziale Isolierung	-.02	-.16	-.21	-.24	-.22	-.07	-.14	.14	.33	-.22
Archaischer Rückzug	-.04	.16	-.26	.19	.06	-.06	-.09	-.03	-.17	-.11
II. Größenselbst	-.23	.24	-.34	-.16	-.30	-.25	-.23	-.11	-.17	-.28
Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt	-.03	.09	.13	.45*	.12	.16	.26	.25	.14	.24
Gier nach Lob und Bestätigung	-.20	.00	-.15	.10	-.37*	.20	.16	.49**	.03	.00
Narzißtische Wut	.06	-.04	-.17	-.11	.08	.08	.01	.20	-.15	-.07
III. Autarkie-Ideal	-.02	.08	.06	-.04	-.16	-.08	-.21	.17	-.01	-.03
Objektbewertung	.28	-.16	.19	.11	.17	.47*	.19	.63***	-.05	.30
Werte-Ideal	.16	.01	-.04	.12	.03	-.12	0.09	.27	.10	.10
Symbiotischer Selbstschutz	.16	.54**	.28	.49**	.24	.11	.25	.41*	.07	.42*
IV. Hypochondrische Angstbindung	-.25	-.27	-.13	.06	-.02	.06	-.03	.25	-.11	-.09
Narzißtischer Krankheitsgewinn	.05	-.14	.12	.23	.10	.17	.14	.49**	-.13	.04

<sup>1</sup>Wunsch nach 1=Verschmelzung, 2= Zwillingsbeziehung, 3= Anerkennung, 4= Selbstobjektbeziehung, 5= Kontrolle, 6= dyadischer Beziehung, 7= Versorgung, 8= Steuerung, 9= Anerkennung der Geschlechtseigenschaften, G=Gesamtscore

**Tab. 68: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventar zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und den Items der OPD-Konflikt (K)-und Strukturachse (S) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe, Stichprobengrößen (N). Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>IZBW-Skalen</u>	N	K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
Wunsch nach Verschmelzung	54	.09	.23	-.02	.04	.08	.00	-.08	.09	.04
Wunsch nach Zwillingsbez.	54	.05	.01	-.22	-.03	-.03	-.10	.02	-.06	-.04
Wunsch nach Anerkennung	54	.17	.33*	.16	.18	.16	.13	.12	.06	.07
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	54	.16	.16	.28	.10	.18	.15	.20	.19	.14
Wunsch nach Kontrolle	54	.14	.15	.00	.18	.18	.11	.08	.14	.19
Wunsch nach dyadischer Beziehung	54	.33*	.37**	-.07	.39**	.43***	.35**	.34*	.27*	.31*
Wunsch nach Versorgung	54	.12	.23	.15	.12	.14	.09	.10	.14	.06
Wunsch nach Steuerung	54	.36**	.45***	.12	.34	.39**	.29*	.29*	.29*	.33*
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	54	-.03	.03	.03	-.04	-.04	-.10	.00	-.08	-.07
Gesamtscore	54	.21	.31*	.08	.20	.22	.14	.15	.16	.15

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2= Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung



**Tab. 69: Korrelationen zwischen den Skalen des Inv. zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und den Items der OPD-Konflikt (K)-und Strukturachse (S) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe, Stichprobengrößen (N). Ergebnisse der Signifikanztests (n.s.=nicht sign., \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>IZBW-Skalen</u>	N	K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Wunsch nach Verschmelzung		.34**	.27*	.23*	.28*	.34**	.27*	.20	.27*	.29*
Wunsch nach Zwillingsbeziehung		.21	.21	.08	.15	.15	.15	.10	.15	.12
Wunsch nach Anerkennung		.29*	.24*	.27*	.34**	.40***	.31**	.27*	.38***	.40***
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung		.23*	.14	.08	.11	.09	.09	.05	.13	.13
Wunsch nach Kontrolle		.20	.18	.11	.14	.19	.12	.12	.22	.17
Wunsch nach dyadischer Beziehung		.25*	.11	.26*	.30**	.39***	.25*	.29*	.31**	.38***
Wunsch nach Versorgung		.25	.25*	.20	.24*	.37***	.31**	.18	.24*	.28*
Wunsch nach Steuerung		.22	.17	.19	.33**	.32**	.25*	.22	.27*	.27*
W. n. Anerk. derGeschlechtseig.		.17	.19	.14	.15	.21	.18	.07	.16	.20
Gesamtscore		.34**	.28*	.25*	.33**	.40***	.31**	.24*	.34*	.36**

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2= Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 70: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und den Items der OPD-Konflikt (K)- und Strukturachse (S) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

<u>IZBW-Skalen</u>	K1	K4	S1	S2	S3	S4	S5	S6	SG
Wunsch nach Verschmelzung	.26	-.04	-.25	-.25	-.27	-.28	-.28	-.19	-.26
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	-.16	-.20	-.30	-.18	-.18	-.25	-.08	-.21	-.16
Wunsch nach Anerkennung	-.13	.10	-.18	-.17	-.26	-.19	-.16	-.34	-.35
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	-.07	.02	.21	-.01	.09	.06	.15	.06	.01
Wunsch nach Kontrolle	.06	-.03	-.11	.04	-.01	-.01	-.04	.08	.02
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.09	.28	-.34	.10	.05	.11	.06	-.04	-.08
Wunsch nach Versorgung	-.13	-.02	-.05	-.12	-.25	-.23	-.08	-.10	-.23
Wunsch nach Steuerung	.15	.31	-.07	.01	.08	.04	.07	.02	.07
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	-.20	-.16	-.11	-.19	-.25	-.28	-.07	-.24	-.27
Gesamtscore	-.14	.03	-.18	-.14	-.20	.18	-.09	-.19	-.23

K1=Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt, K4=Selbstwertkonflikt, S1=Selbstwahrnehmung, S2= Selbststeuerung, S3= Abwehr, S4=Objektwahrnehmung, S5=Kommunikation, S6=Bindungsfähigkeit, SG=Struktur-Gesamteinschätzung

**Tab. 71: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text, N=54), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
Wunsch nach Verschmelzung	.23	.12	.55***	.45***	-.50***	-.35*	.14	.24	.15	-.35*	.58***	-.24
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	.01	.15	-.03	.14	.26	-.03	.25	-.17	.01	.27	.13	-.09
Wunsch nach Anerkennung	.36**	-.04	.43**	.34*	-.21	-.51***	.07	.24	.19	-.11	.50***	-.38**
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.43**	.22	.28*	.34*	.02	-.19	.34*	.07	.42**	.17	.36**	-.20
Wunsch nach Kontrolle	.38**	.07	.35**	.50***	-.15	-.36**	.37**	.18	.29*	-.05	.49***	-.24
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.43**	.03	.44***	.37**	-.40**	-.49***	.05	.34*	.25	-.32*	.51***	-.41**
Wunsch nach Versorgung	.32*	.03	.42**	.32*	-.18	-.24	.12	.18	.22	-.08	.50***	-.23
Wunsch nach Steuerung	.51***	-.06	.47***	.43**	-.39**	-.48***	.18	.58***	.26	-.26	.58***	-.39**
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	.23	.08	.17	.27	-.05	-.35**	-.04	.29*	.24	.16	.40**	-.45***
Gesamtscore	.45***	.08	.50***	.49***	-.29*	-.49***	.19	.35**	.31*	-.12	.64***	-.43**

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 72: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (Form A) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text, N=72), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
Wunsch nach Verschmelzung	.30*	.42***	.62***	.21	-.12	-.34**	.25*	.10	.20	.13	.52***	-.42***
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	.32**	.22	.31**	.37***	-.01	-.24*	.21	.02	.25*	.22	.32**	-.09
Wunsch nach Anerkennung	.46***	.28*	.61***	.42***	-.12	-.41***	.24*	.27*	.24*	.08	.60***	-.36**
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.38***	.49***	.38***	.54***	-.10	-.30*	.52***	.18	.22	.11	.47***	-.08
Wunsch nach Kontrolle	.37***	.46***	.43***	.46***	.04	-.19	.58***	.11	.21	.26*	.43***	-.14
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.37***	.18	.46***	.34**	-.36**	-.47***	.15	.33**	.00	-.21	.43***	-.40***
Wunsch nach Versorgung	.40***	.34**	.52***	.42***	-.07	-.28*	.31**	.18	.23	.14	.54***	-.31**
Wunsch nach Steuerung	.28*	.28*	.48***	.25*	-.02	-.47***	.07	.29*	.18	-.07	.37***	-.32**
W. n. Anerk. der Geschlechtseigensch.	.37**	.35**	.53***	.35**	-.12	-.38***	.28*	.21	.22	.12	.47***	-.28*
Gesamtscore	.50***	.48***	.70***	.50***	-.18	-.50***	.39***	.28*	.27*	.11	.66***	-.40***

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 73: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars, Form A (FPI-A) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Freiburger Persönlichkeitsinventar, Form A <sup>1</sup>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
Wunsch nach Verschmelzung	-.08	-.33	-.11	.27	-.43*	-.01	-.11	.14	-.05	-.50**	.09	.20
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	-.32	-.07	-.35	-.25	.28	.21	.04	-.19	-.25	.05	-.20	.00
Wunsch nach Anerkennung	-.12	-.33	-.25	-.09	-.09	-.13	-.17	-.03	-.05	-.19	-.14	-.02
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.06	-.31	-.11	-.25	.12	.12	-.22	-.11	.22	.06	-.13	-.12
Wunsch nach Kontrolle	.01	-.43*	-.09	.05	-.19	-.18	-.27	.07	.09	-.32	.08	-.10
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.07	-.15	-.03	.03	-.05	-.03	-.10	.01	.26	-.12	.10	-.01
Wunsch nach Versorgung	-.09	-.32	-.13	-.12	-.11	.04	-.20	.00	-.01	-.22	-.05	.09
Wunsch nach Steuerung	.28	-.35	-.01	.20	-.39*	-.01	.11	.36	.08	-.20	.27	-.08
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	-.15	-.29	-.42*	-.09	.07	.03	.25	.09	.02	.04	-.09	-.20
Gesamtscore	-.06	-.44*	-.32	-.01	-.12	.01	-.22	.08	.04	-.23	-.03	-.04

<sup>1</sup>1=Nervosität, 2=Spontane Aggressivität, 3=Depressivität, 4=Erregbarkeit, 5=Geselligkeit, 6=Gelassenheit, 7=Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben, 8=Gehemmtheit, 9=Offenheit, E=Extraversion, N=Emotionale Labilität, M=Männliche/Weibliche Selbstschilderung

**Tab. 74: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungs-wünsche (IZBW) und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „regressiven“ Teilstichprobe (vgl. Text, N=52), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) <sup>1</sup>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
Wunsch nach Verschmelzung	.25	.47***	.50***	.56***	.41**	.39**	.38**	.50***	.54***	.51***
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	.03	-.07	-.11	.03	.06	.09	.02	.07	-.06	.01
Wunsch nach Anerkennung	.23	.48***	.53***	.51***	.34*	.38**	.26	.48***	.44***	.47***
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.30*	.30*	.33*	.41**	.30*	.28*	.35*	.39**	.28*	.37**
Wunsch nach Kontrolle	.36**	.46***	.36**	.47***	.37**	.30*	.42**	.32*	.38***	.44***
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.41**	.57***	.60***	.64***	.54***	.50***	.49**	.63***	.57***	.63***
Wunsch nach Versorgung	.19	.35*	.38**	.49***	.31*	.27*	.25	.43***	.42**	.41**
Wunsch nach Steuerung	.40**	.57***	.57***	.58***	.56***	.37**	.50***	.44***	.58***	.59***
W. n. Anerk. der Geschlechtseig	.12	.36**	.36**	.40***	.27	.28*	.19	.49***	.44***	.38**
Gesamtscore	.35**	.57***	.57***	.65***	.50***	.45***	.45***	.59***	.59***	.61***

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 75: Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text, N=70), Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) <sup>1</sup>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
Wunsch nach Verschmelzung	.23	.57***	.58***	.50***	.51***	.25*	.43***	.46***	.54***	.53***
Wunsch nach Zwillingsbez.	.26*	.31**	.32**	.33**	.26*	.35**	.07	.25*	.30*	.33**
Wunsch nach Anerkennung	.29*	.52***	.62***	.50***	.62***	.32**	.36**	.47***	.56***	.55***
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.30**	.47***	.40***	.37***	.42***	.55***	.30*	.41***	.49***	.47***
Wunsch nach Kontrolle	.29*	.45***	.37**	.34**	.42***	.41***	.25*	.31**	.43***	.42***
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.24*	.37**	.47***	.50***	.41***	.36**	.35**	.39***	.41***	.46***
Wunsch nach Versorgung	.36**	.48***	.60***	.60***	.51***	.35**	.33**	.58***	.57***	.58***
Wunsch nach Steuerung	.15	.35**	.50***	.46***	.39***	.28*	.32**	.32**	.34**	.41***
W. n. Anerk. der Geschlechtseig	.36**	.51***	.50***	.57***	.55***	.43***	.28*	.42***	.61***	.56***
Gesamtscore	.39***	.65***	.71***	.68***	.67***	.52***	.45***	.59***	.69***	.70***

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.

**Tab. 76: Ergebnisse der Vergleiche der Korrelationen zwischen den Skalen des Inventars zur Erfassung zentraler Beziehungswünsche (IZBW) und denen der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) in der sog. „regressiven“ und der sog. „kontraphobischen“ Teilstichprobe (vgl. Text): Effektstärken (Differenzen zwischen den Z-Punkt-transformierten Korrelationskoeffizienten) und Ergebnisse der Signifikanztests (\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001)**

IZBW-Skalen	Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) <sup>1</sup>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	G
Wunsch nach Verschmelzung	.02	-.14	-.11	.08	-.13	.16	-.06	.05	.00	-.03
Wunsch nach Zwillingsbeziehung	-.24	-.39*	-.44*	-.31	-.33	-.28	-.05	-.19	-.37*	-.33
Wunsch nach Anerkennung	-.06	-.05	-.13	.01	-.37*	.07	-.11	.01	-.16	-.11
Wunsch nach Selbstobjektbeziehung	.00	-.20	-.08	.05	-.14	-.33	.06	-.13	-.25	-.12
Wunsch nach Kontrolle	.08	.01	-.01	.16	-.06	-.13	.19	.01	-.06	.02
Wunsch nach dyadischer Beziehung	.19	.26	.18	.21	.17	.17	.17	.33	.21	.24
Wunsch nach Versorgung	-.18	-.16	-.29	-.16	-.24	-.09	-.09	-.20	-.20	-.23
Wunsch nach Steuerung	.27	.28	.10	.17	.22	.10	.22	.14	.31	.24
W. n. Anerk. d. Geschlechtseigensch.	-.26	-.19	-.05	-.22	-.34	-.17	-.10	.09	-.24	-.23
Gesamtscore	-.05	-.13	-.19	-.05	-.26	-.09	.00	.00	-.17	-.16

<sup>1</sup>1=Somatisierung, 2=Zwanghaftigkeit, 3=Unsicherheit, 4=Depressivität, 5=Ängstlichkeit, 6=Aggressivität/Feindseligkeit, 7=Phobische Angst, 8=Paranoides Denken, 9=Psychotizismus, G=Gesamtscore.