



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## **„Der Einfluss von Hochsensibilität von PatientInnen auf Inter- und Intrasession-Prozesse in ambulanter Psychotherapie“**

verfasst von / submitted by

Valentin Maximilian Füßl, BSc.

angestrebter akademischer Grad /

in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

## **DANKSAGUNG**

Zuerst möchte ich allen StudienteilnehmerInnen und vermittelnden PsychotherapeutInnen danken. Ohne deren Unterstützung würde es diese Masterarbeit nicht geben.

Großer Dank gilt meinen beiden Betreuern Herrn Tim Kaiser und Herrn Prof. Dr. Laireiter, die, uneingeschränkt, mit Rat und Antwort zu meiner Seite standen und mir dabei dennoch genügend Freiraum bei der Gestaltung dieser Arbeit ließen.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. Michael Pluess und Herrn Dr. Arthur Aron für den anregenden Austausch zum Thema Hochsensibilität und die Ratschläge bzgl. des Studiendesigns danken.

Auch Herrn Dr. David Orlinsky gilt mein Dank, der mich mit Literatur zur Prozessforschungs-Theorie versorgt hat.

Besonderer Dank an meine Partnerin und Gefährtin Maria, schön dass es Dich gibt! Auch meinen Eltern und meiner lieben Schwester danke ich dafür, dass wir schon immer füreinander da sind, in guten und in schlechten Zeiten.

Zu guter Letzt danke ich allen meinen alten und neuen Freundinnen und Freunden, mit denen ich in Wien eine sehr schöne Zeit verbringen durfte und besonders Werner und Hauke, die oft und lange mit mir über das wissenschaftliche Arbeiten und die Psychologie an sich gesprochen haben.

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst habe. Alle Inhalte, die direkt oder indirekt aus fremden Quellen entnommen wurden, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet.

---

Wien, am

---

Valentin Füßl

Anmerkung: Zur geschlechtergerechten Formulierung wurde in vorliegender Masterarbeit das Binnen-I verwendet. „Beim Binnen-I wird der erste Buchstabe der weiblichen Endung, das „I“, groß geschrieben, um deutlich zu machen, dass sich das Wort auf Männer und Frauen bezieht.“ (Fischer & Wolf, 2009, S.4)







# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	10
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	13
2.1	Hochsensibilität	13
2.1.1	Evolute Mechanismen	14
2.1.2	Angeborener Wesenszug oder sozial überformtes Persönlichkeitsmerkmal	15
2.1.3	Unterschiedliche Konzepte	18
2.1.4	Neuronale Korrelate	19
2.1.5	Abgrenzung SPS von psychischen Störungen	20
2.1.6	SPS auf der Verhaltens- und Erlebensebene	20
2.1.7	Geschlecht / Kultur	21
2.1.8	Verteilungsform	21
2.1.9	Zusammenhänge mit anderen Persönlichkeitskonstrukten	23
2.1.10	HSPen in der psychotherapeutischen Arbeit	23
2.2	Prozesse während und zwischen Psychotherapiesitzungen – die Inter- und Intrasession-Prozesse	23
2.2.1	Prozessforschung in der Psychotherapie	24
2.2.2	Das <i>Generic Model of Psychotherapy</i> (GMP)	24
2.2.3	Das <i>Process-Outcome-Linkage-Model</i> (POLM)	28
2.2.4	Der Intrasession-Prozess (IASP)	28
2.2.5	Der Intersession-Prozess (ISP)	30
2.2.6	Weitere miterhobene Variablen zu ISP und IASP	31
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN</b>	31
3.1	Zielsetzung der Studie	31
3.2	Theoretischer Hintergrund der Fragestellungen und Hypothesen	32
3.2.1	Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP	33
3.2.2	Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und IASP	34
3.2.3	Moderation des Zusammenhangs zwischen der emotionalen Qualität von IASP und ISP durch SPS	35
<b>4</b>	<b>METHODEN</b>	35
4.1	Studiendesign und Untersuchungsablauf	35
4.1.1	Theoretischer Hintergrund und Stichprobengewinnung der Vorerhebung	35
4.1.2	Stichprobenmerkmale der Vorerhebung	36
4.1.3	Stichprobengewinnung der Haupterhebung	36

4.1.4	Stichprobenmerkmale der Haupterhebung	38
4.1.5	Geplante statistische Auswertung	39
4.2	Messinstrumente und gemessene Variablen	41
4.2.1	Der Allgemeine Intersession Fragebogen (AIFS)	41
4.2.2	Der <i>Intrasession-Fragebogen</i> (65-Item Version)	43
4.2.3	Der <i>Gesundheitsfragebogen für Patienten – Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-D)	44
4.2.4	Die Hochsensitivitäts-Skala „Highly Sensitive Person Scale“ (HSP-Scale)	44
4.2.5	Die <i>Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales</i> (BFAS)	46
4.2.6	Vorerhebung: <i>Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten – extrem kurze Version</i> (FEE-US)	46
<b>5</b>	<b>ERGEBNISDARSTELLUNG</b>	48
5.1	Ergebnisse der Vorerhebung	49
5.1.1	Test-Reliabilitäten	49
5.1.2	Deskriptive Statistik SPS	50
5.2	Ergebnisse der Haupterhebung	53
5.2.1	Deskriptive Statistik SPS	54
5.2.2	Korrelate Sitzungsanzahl, Therapieform und Therapieerfahrung mit relevanten ISP und IASP	56
5.2.3	Reliabilitäten der relevanten Skalen	56
5.2.4	Hypothesenprüfung: Ergebnisse der Fragestellung 1 – Einfluss von SPS auf ISP	57
5.2.5	Fragestellung 1: Explorative Datenanalyse – Geschlechtsunterschiede	60
5.2.6	Hypothesenprüfung: Ergebnisse der Fragestellung 2 – Einfluss von SPS auf IASP	63
5.2.7	Fragestellung 2: Explorative Analyse – Einfluss des Lebensalters auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP Verwirrung	64
5.2.8	Hypothesenprüfung: Ergebnisse der Fragestellung 3 – Einfluss von SPS auf den Zusammenhang zwischen ISP und IASP	67
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	78
6.1	Vorerhebung	78
6.2	Haupterhebung	79
6.2.1	Verteilungsparameter HSP-Scale	79

6.2.2	Zusammenhänge der relevanten Big5-Persönlichkeitsfaktoren mit SPS	79
6.2.3	Fragestellung 1: Einfluss von SPS auf ISP	80
6.2.4	Fragestellung 1: Explorative Datenanalyse – Geschlechtsunterschiede	80
6.2.5	Fragestellung 2: Einfluss von SPS auf IASP	82
6.2.6	Fragestellung 2: Explorative Analyse – Einfluss des Lebensalters auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP Verwirrung	82
6.2.7	Fragestellung 3: Einfluss von SPS auf den Zusammenhang zwischen ISP und IASP	82
6.3	Limitationen der Studie	83
6.4	Implikationen	84
6.5	Zukünftige Studien	84
	Literaturverzeichnis	86
	Abbildungsverzeichnis	102
	Tabellenverzeichnis	102
	Zusammenfassung	104
	Abstract	104
	Anhang A	106
	Anhang B	107
	Anhang C	109
	Anhang D	110
	Anhang E	111
	Anhang F	115
	Anhang G	118
	Anhang H	119
	Anhang I	120
	Anhang J	122
	Anhang K	124
	Anhang L	130

# 1 EINLEITUNG

In der heutigen Zeit werden Informationen in immer rascherer Abfolge bereitgestellt. Werbeanzeigen, „Infoscreens“ und andere mediale Konzepte im öffentlichen Raum hassen nach unserer Aufmerksamkeit. Wir werden mit Eindrücken „überflutet“, es ist fast unmöglich sich dieser Entwicklung zu entziehen. Darüber hinaus ist unsere Arbeitswelt stark leistungsorientiert und ihre Abläufe sind äußerst kurz getaktet, Zeit den „Akku“ wieder aufzuladen bleibt da kaum noch. Es verwundert daher nicht, dass Dauerüberforderung, chronischer Stress und Burnout alltägliche Themen sind und viele Menschen betreffen. *Hochsensible Personen / Highly Sensitive Persons* (HSPen) nehmen die Reize aus ihrer Umwelt intensiver wahr, sie sind daher von dieser „Reizüberflutung“ noch stärker betroffen und benötigen mehr Zeit diese Eindrücke zu verarbeiten und sich vom stressgefärbten Alltag zu erholen (Aron, 1996; Aron & Aron, 1997). Dieses Szenario könnte einer der Gründe sein, weshalb Aron (2014) die Annahme vertritt, dass etwa 50% der Personen, welche Psychotherapie in Anspruch nehmen, hochsensibel sind. In Relation gesehen ein sehr hoher Wert, da *Hochsensibilität* als genetisch determinierte Eigenschaft in nur 15-20% der Individuen einer Population vorkommt (Kagan, 1994; Suomi, 1991).

Die Relevanz der vorliegenden psychotherapeutischen Studie gründet sich daher auf der Tatsache, dass, trotz der vermutet proportional hohen Anzahl an HSPen in Psychotherapie, bisher kaum Psychotherapie-Studien zur Thematik durchgeführt wurden, bzw. nur Forschung im klinischen Bereich stattfand (Liss, Timmel, Baxley, & Killingsworth, 2005; Meyer & Carver, 2002; Meyer, Ajchenbrenner, & Bowles, 2005; Neal, Edelman, & Glachan, 2002; Pluess & Boniwell, 2015).

Zur Überprüfung der Forschungsfragen werden in diesem Zusammenhang spezielle Messvariablen benötigt, um die subjektiven Wahrnehmungen der TeilnehmerInnen sinnvoll darstellen zu können. Daher bedient sich die Studie der Konzepte der *Intersession-Prozesse* bzw. des *Intersession-Prozesses* (beide Begriffe werden im Text synonym mit ISP abgekürzt und ausgeschrieben, falls eine Unterscheidung zwischen Singular- und Pluralform notwendig ist) (Hartmann, Orlinsky, Geller, & Zeeck, 2003; Laireiter & Jöchler, 2010; Orlinsky, Geller, Tarragona, & Farber, 1993; Orlinsky & Howard, 1986) und der *Intrasession-Prozesse* bzw. des *Intrasession-Prozesses* (beide Begriffe werden im Text synonym mit IASP abgekürzt und ausgeschrieben, falls eine Unterscheidung zwischen Singular- und Pluralform notwendig ist) (Kaiser, 2014; Liznar, 2017; Orlinsky & Howard, 1987; Timulak, 2007; Zettler, 2016), welche Teil des *Allgemeinen Modells der Psychotherapie / Generic Model of Psychotherapy* (GMP) von Orlinsky und Howard (1987) sind, respektive aus diesem abgeleitet wurden.

Der **Theorieteil** ist in zwei Abschnitte unterteilt. Da die empirische Beforschung der Hochsensibilität noch relativ am Beginn steht und es verschiedene Forschungsgruppen gibt, welche die Thematik mit unterschiedlichen Herangehensweisen untersuchen, werden im ersten Abschnitt die jeweiligen theoretischen Konzepte vorgestellt und deren Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Ebenso wird der aktuelle Forschungsstand zur Hochsensibilität aus den verschiedenen relevanten Perspektiven, wie der (Psycho-)Genetik, der Evolutions-, Neuro-, Kultur- und der Entwicklungspsychologie dargestellt, um ein umfassendes Bild der Hintergründe des Konstrukts zu schaffen. Außerdem werden die Beobachtungen, welche Aron (2014) in langjähriger praktischer psychotherapeutischer Arbeit mit HSPen gesammelt hat, aufgearbeitet und in den wissenschaftlichen Kontext der Arbeit eingebettet. Ebenso werden die Kritikpunkte am Konzept der *Sensory Processing Sensitivity* (SPS) – welches Hochsensibilität im Sinne Arons (1996) beschreibt – wie etwa die Überschneidung mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen (Aron & Aron, 1997; Aron, Aron, & Davies, 2005; Smolewska, McCabe, & Woody, 2006; Bar-Haim et al., 2009), erläutert und passenden Erklärungsansätzen gegenübergestellt. Im zweiten Abschnitt wird der theoretische Hintergrund der ISP (Orlinsky et al., 1993) und IASP (Kaiser, 2014) beschrieben und der aktuelle Forschungsstand dargelegt. Abschließend werden im dritten Abschnitt die Forschungsfragen und die zugehörigen Hypothesen vorgestellt. Vornehmlich wird untersucht, wie HSPen auf die neuartige Situation am Beginn einer Psychotherapie reagieren und wie Hochsensibilität relevante Variablen der psychotherapeutischen Arbeit beeinflusst.

Im **Methodenteil** werden Studiendesign und Untersuchungsablauf der Vor- und Haupterhebung, die benötigten Stichprobenmerkmale und Vorgehensweisen bei der Rekrutierung der TeilnehmerInnen, die verwendeten Messinstrumente und damit gemessene Variablen beschrieben.

Die Ergebnisse der Haupterhebung und die zur Konzeption derselben benötigten Ergebnisse der Vorerhebung werden im **Ergebnisteil** dargestellt. Zuerst werden jeweils die Verteilungen stichprobenrelevanter Variablen (Alter, Hochsensibilität, Geschlecht, usw.) der Vor- und Haupterhebung beschrieben, anschließend werden die Zusammenhänge der *Big-Five* (Big5) Persönlichkeitsmerkmale (DeYoung, Quilty, & Peterson, 2007; Goldberg, 1981; McCrae & Costa, 2003) mit SPS in den beiden Stichproben gezeigt. Den nächsten Abschnitt des Kapitels bildet die Darstellung der Ergebnisse der Hauptannahmen und einiger explorativer Ergebnisse.

Die Limitationen der Studie, die Implikationen der Ergebnisse und Vorschläge für zukünftige Studien im Forschungsbereich werden in der **Diskussion** erläutert. Hierbei werden zuerst die Ergebnisse der Vorerhebung diskutiert, nachfolgend jene der Haupterhebung, wobei auch auf einige explorative Erkenntnisse, wie beispielsweise den Einfluss

der Altersvariable oder des Geschlechts eingegangen wird. Als Limitationen der Studie werden einige Stichprobenmerkmale diskutiert und dabei auf Lösungsvorschläge für zukünftige Forschung im Themenbereich SPS, ISP und IASP verwiesen, wobei nochmals detaillierter auf den explorativen Charakter und dessen Bedeutung für die Ergebnisse vorliegender Studie eingegangen wird.

## 2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen zur Hochsensibilität, der IASP und der ISP.

### 2.1 HOCHSENSIBILITÄT

Das wohl bekannteste Konzept zum Thema Hochsensibilität im psychologischen Kontext ist das der SPS. Aron (1996) nahm an, dass sie auf Grund ihrer psychisch / neurologischen Ausstattung intensiver auf eine Situation (medizinische Diagnose) reagierte, als die meisten anderen Personen dies getan hätten und begann daher mit ihrer Forschung zum Thema. Nachdem die ersten Ergebnisse aus diversen Pilotstudien (Aron & Aron, 1997) es zuließen, entwickelte sie einen theoretischen Rahmen zu ihren Erkenntnissen. Demnach ist SPS ein...

„[...] angeborener Wesenszug [...], der sich einerseits als Wahrnehmung von Feinheiten bei Reizen ausdrückt und andererseits als Potenzial, von zu starken Reizen überwältigt zu werden [...]. Diese erhöhte Wahrnehmungsfähigkeit ist keine Eigenschaft der Sinnesorgane, sondern vielmehr des Gehirns, das als Strategie die Eigenheit an den Tag legt, Informationen besonders gründlich zu verarbeiten.“ (Aron, 2014, S. 20).

Dieses Zitat wirft nun mehrere Fragen auf. Entsteht Hochsensibilität im Laufe der psychosozialen Entwicklung oder ist sie genetisch veranlagt? Inwieweit lässt sich Hochsensibilität mittels bildgebender Verfahren nachweisen, welche Teile des Gehirns sind involviert, was bedeutet es eigentlich eine HSP zu sein, wie äußert sich Hochsensibilität im täglichen Leben und zu guter Letzt, welche Implikationen hat dieses Merkmal für eine psychotherapeutische Behandlung? Weiters wird in diesem Kapitel auf die evolutiven Mechanismen von Hochsensibilität, die Zusammenhänge mit anderen Persönlichkeitskonstrukten, die Abgrenzung von bestimmten psychischen Störungen und auf die kulturellen Unterschiede in der Bewertung von Hochsensibilität eingegangen.

#### 2.1.1 Evolutive Mechanismen

In evolutionsbiologischen Studien konnte Hochsensibilität bzw. eine ähnliche Eigenschaft bei mehr als 100 Tierarten geschlechtsunabhängig nachgewiesen werden (Wolf, van Doorn, & Weissing, 2008). Dies und die Tatsache, dass durchweg 15-20% der Individuen einer Spezies diese Eigenschaft aufweisen (Kagan, 1994; Suomi, 1991), sind erste Hinweise auf die hohe Heritabilität von Hochsensibilität. Das Vorhandensein eines solchen Merkmals erklärt sich demnach dadurch, dass das Fortbestehen einer Spezies von jenen Individuen profitiert, die bei der Nahrungssuche und Exploration im Allgemeinen

„überlegter“ vorgehen als ihre Artgenossen (Wolf et al., 2008). Diese Strategie ist aber nur dann sinnvoll, wenn der Vorgang der Nahrungssuche mit lebensbedrohlichen Risiken verbunden ist und / oder die jeweilige Lebensumwelt mit schwer vorhersehbaren Gefahren aufwartet, nicht jedoch in Zeiten des Überflusses oder der Absenz von Fressfeinden und anderen Gefahren. Der Vorteil, der für eine Population durch hochsensible Individuen entsteht, nimmt ab, wenn der Anteil der Genannten die geschätzten 15-20% innerhalb einer Population übersteigt. Dies erklärt sich dadurch, dass ein gewagteres, risikoreicheres Verhalten in den meisten Situationen vorteilhafter ist, da hochsensible Individuen mehr Ruhephasen benötigen und durch ihr vorsichtiges Vorgehen in Zeiten des Überflusses weniger Nahrung als ihre „draufgängerischen“ Artgenossen aufnehmen (Korte, Koolhaas, Wingfield, & McEwen, 2004). Somit scheint Hochsensibilität als solche ein durchaus sinnvoller evolutiver Mechanismus zu sein, der dabei hilft das Fortbestehen einer Art zu gewährleisten. Wie lässt sich das jedoch auf der genetischen Ebene nachweisen und was bedeutet es für den Menschen?

### **2.1.2 Angeborener Wesenszug oder sozial überformtes Persönlichkeitsmerkmal**

HSPen passen sich „intensiver“ an ihre Umwelt an, wenn man die Ausprägungen von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Neurotizismus, Empathie) im Erwachsenenalter in Verbindung mit der Qualität des Entwicklungsumfeldes in der Kindheit betrachtet. Belsky und Pluess (2009) haben dazu in einer Überblicksarbeit zum Themenfeld Hochsensibilität die Ergebnisse diverser Studien zusammengefasst und interpretiert. Die erwähnten Studien wurden ursprünglich mit der Intention durchgeführt, das *Diathese-Stress- bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Modell* besser zu verstehen. Aus deren Ergebnissen, die vornehmlich für jene Modelle sprechen, lassen sich jedoch noch weitere Implikationen ableiten. Demnach entwickeln HSPen gegenüber „Nicht-Hochsensiblen Personen“ (Non-HSPen) zwar eher dysfunktionale Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen, wenn sie in einem negativen Kindheitsumfeld aufwachsen, profitieren dafür aber in größerem Maße von einer Sozialisierung in einem positiven Kindheitsumfeld, indem sie in der Folge weniger psychische Auffälligkeiten im Erwachsenenalter zeigen als Non-HSPen, welche in ähnlichen Umgebungen aufwuchsen (Berman & Noble, 1997; Elovainio et al., 2007; Jokela, Raikkonen, Lehtimäki, Rontu, & Keltikangas-Jarvinen, 2007; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2006). Hierfür zeigen sich nach heutigem Forschungsstand verschiedene Genvarianten verantwortlich, die im Phänotyp unterschiedliche „Arten“ von Hochsensibilität hervorbringen. In der Überblicksarbeit von Belsky und Pluess (2009) zum Thema Hochsensibilität findet sich eine Zusammenfassung jener Genmarker und deren jeweilige Verbindung zu spezifischen Verhaltensmerkmalen. Hiernach gibt es Zusammenhänge zwischen dem *Monoamin-Oxidase-A Gen* (MAOA) und antisozial-aggressiven Tendenzen (Caspi et al., 2002) im Erwachsenenalter bzw. ADHS

bei siebenjährigen Jungen (Kim-Cohen et al., 2006). Weiters zwischen dem *Dopamin-D4 Rezeptor-Gen* (DRD4) und ADHS (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Pijlman, Mesman, & Juffer, 2008; Faraone, Doyle, Mick, & Biederman, 2001), einem *ausgeprägten Verhalten Neues zu entdecken / Sensation Seeking* (Kluger, Siegfried, & Ebstein, 2002) und der „Dopamin-Aufnahme-Effizienz“ (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2006; Robbins & Everitt, 1999); dem *Dopamin-D2 Rezeptor-Gen* (DRD2), welches ebenso mit Sensation Seeking in Verbindung steht (Suhara et al., 2001) und Zusammenhänge mit Alkoholismus und anderen Substanzmittelabhängigkeiten aufweist (Berman & Noble, 1997; Bowirrat & Oscar-Berman, 2005; Elovainio et al., 2007). Zuletzt werden verschiedene Gen-Polymorphismen beschrieben, welche Einfluss auf das serotonerge Transmittersystem nehmen, wie beispielsweise die *serotonin-transporter-linked polymorphic region* (5-HTTLPR) (Caspi et al., 2003, Taylor, Way, Welch, Hilmert, Lehman, & Eisenberger, 2006), das *serotonin receptor gene* (HTR2A) (Jokela, Keltikangas-Jarvinen, et al., 2007) und das *tryptophane hydroxylase 1 gene* (THP1) (Jokela, Raikkonen, et al., 2007). Sie alle zeigen Zusammenhänge mit depressiver Symptomatik, wobei 5-HTTLPR ebenso mit Ängstlichkeit (Gunthert, Conner, Armeli, Tennen, Covault, & Kranzler, 2007; Stein, Schork, & Gelernter, 2008), ADHS – vor allem ADHS im Erwachsenenalter (Retz et al., 2008) –, sowie Suizidalität (Caspi et al., 2003) in Verbindung gebracht wird.

Es scheint also verschiedene „Arten“ von Hochsensibilität zu geben, für die die jeweils unterschiedlichen genetischen Voraussetzungen ursächlich sind. Lediglich variiert der jeweilige „Outcome“, d.h. alle Gen-Varianten die mit Hochsensibilität in Verbindung gebracht werden, führen bei HSPen zu einer tieferen Verarbeitung von Umweltreizen, wie sie jeweils darauf reagieren wird jedoch von unterschiedlichen Genmarkern und dem Zusammenspiel der daraus resultierenden Eigenheiten des Neurotransmittersystems und den vorherrschenden Umweltbedingungen (vornehmlich) in der Kindheit der HSPen festgelegt (Aron, 2014; Belsky & Pluess, 2009; Pluess, 2015). Dabei ist es möglich, dass sich mehrere dieser Veranlagungen in einem Individuum überschneiden, wodurch die exakte Diagnostik der Hochsensibilität möglicherweise erschwert wird.

### **2.1.3 Unterschiedliche Konzepte**

Nun ergibt sich aus diesen Erkenntnissen auf theoretischer Ebene eine Problematik, welche für vorliegende Studie – und für andere Studien bzw. Bereiche in denen Hochsensibilität eine Rolle spielt – von Bedeutung ist. An dieser Stelle daher ein kurzer Exkurs zur Historie der SPS nach Aron (1996) und der damit erfolgten Entwicklung der *Highly Sensitive Person Scale* (HSP-Scale) (Aron & Aron, 1997), dem derzeitigen noch einzigen Messinstrument zur Erfassung von Hochsensibilität – während der Erstellung dieser Arbeit erschien noch ein weiteres zur Erhebung von Hochsensibilität bei Kindern und Jugendlichen (Pluess et al., 2018). Wie im vorherigen Absatz beschrieben, entsteht

Hochsensibilität durch Eigenheiten im Neurotransmittersystem des Gehirns. Betrachtet man nun die Items der HSP-Scale, wird schnell klar, dass hier weder ADHS-Symptome, noch aggressiv-antisoziales Verhalten erfasst werden. Eher sind Facetten der Ängstlichkeit und für depressive Personen typische Verhaltensweisen – außer der grundlegenden Erfassung der subjektiv wahrgenommenen sensorischen Verarbeitungstiefe und dem individuellen Umgang damit – Bereiche, die mit der HSP-Scale erhoben werden. Hier einige Beispielitems aus der HSP-Scale, die dies verdeutlichen sollen „Manchmal liegen meine Nerven derart blank, dass ich nur noch alleine sein möchte.“, „Ich reagiere eher empfindlich auf körperlichen Schmerz.“, „Ich bin schreckhaft.“ (Aron & Aron, 1997). Die Grundlage für diese Manifestationen von Hochsensibilität, also SPS, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit genetisch-determinierte Besonderheiten im serotonergen Neurotransmittersystem von HSPen (Belsky & Pluess, 2009).

HSPen, deren Hochsensibilität auf Besonderheiten ihres dopaminergen Systems oder ihrer MAOA beruht, sind zwar im eigentlichen Sinne hochsensibel, fallen jedoch nicht bzw. nur teilweise in die Kategorie der Personen mit einer erhöhten SPS, denn jene HSPen zeigen im Phänotyp eher antisozial-aggressive und externalisierende Verhaltens-tendenzen als Folge von negativen Sozialisierungseinflüssen (Belsky & Pluess, 2009). Die Konsequenz ist, dass bestimmte Facetten von Hochsensibilität mit der HSP-Scale nicht erfasst werden, was möglicherweise zu Verzerrungen der individuellen Testergebnisse führt oder einige HSPen nicht als solche erkannt werden.

Aron entwickelte SPS als theoretisches Konstrukt auf der Grundlage ihrer Introspektion, sie selbst bezeichnet sich als HSP (Aron, 1996). Dies ist möglicherweise der Grund dafür, dass sie bei der Konstruktion der HSP-Scale Items zu Aggressivität, antisozialem Verhalten und ADHS außer Acht ließ, da diese Merkmale für ihre Person und daher für ihre Auffassung von Hochsensibilität nicht zutreffen. Es bleibt zu hoffen, dass diese Einschränkungen in einer überarbeiteten Version der HSP-Scale berücksichtigt werden. Diese Kritik wird dadurch relativiert, dass die Informationen aus der Genforschung beim Erstellen der ersten Version noch nicht vorlagen. Arons methodisches Vorgehen beruhte damals hauptsächlich auf der Befragung von Personen, die ihrer Meinung nach den Kriterien der Hochsensibilität entsprachen oder die sich selbst als hochsensibel oder introvertiert bezeichneten (Aron & Aron, 1997).

Zwei weitere Forschungsgruppen haben Hochsensibilität auf andere Weise „entdeckt“ und kamen daher in der Folge auf unterschiedliche Konzeptualisierungen dieses Phänomens. So hat Belsky (1997) einen entwicklungspsychologischen Ansatz verfolgt und dabei festgestellt, dass Kinder sich in ihrer psychischen Entwicklung interindividuell unterschieden, obwohl sie die gleichen Erziehungserfahrungen gemacht hatten. Aus dieser Erkenntnis entstand die *Differential Susceptibility Theory* (DST) (Belsky & Pluess, 2009).

Sie besagt, dass es Individuen geben muss, welche sowohl stärker von positiven Umweltbedingungen profitieren, als auch mehr unter negativen Umweltbedingungen leiden, als andere. Ersteres bezeichnen Belsky und Pluess (2009) mit *Vantage Sensitivity*, letzteres sehen sie als Teil des Diathese-Stress-Modells. Den Anstoß zur Konzeptualisierung der DST gaben Studien, die sich mit externalisierendem Verhalten von Kindern beschäftigten (Edelbrock, Rende, Plomin, & Thompson, 1995; Plomin & Daniels, 1987). Hierbei zeigte sich, dass die untersuchten Kinder bei ähnlichen Entwicklungsumfeldern jeweils unterschiedliche Ausprägungen von externalisierendem Verhalten zeigten. Zuerst wurde dies auf den kulturellen Hintergrund, das Geschlecht der Kinder oder dysfunktionale Erziehungsmethoden der Eltern zurückgeführt – die Studien wurden in den USA durchgeführt, hier spielen ethnische Einflüsse, d.h. hispanische, afro-amerikanische, asiatische, usw. in der psychologischen Forschung eine größere Rolle, als beispielsweise in Europa –, damit konnte jedoch nicht erklärt werden, warum die Kinder bei ähnlichen Erziehungsmethoden ihrer Eltern, gleichem Geschlecht und gleicher kultureller Zugehörigkeit dennoch unterschiedliche externalisierende Verhaltensweise zeigten. Belsky (1997) sieht hier externalisierendes Verhalten als Anpassung der Kinder an ihre Lebensumwelt, welche durch genetische Disposition gesteuert wird.

Eine weitere Konzeptualisierung von Hochsensibilität liefern Boyce und Ellis (2005) mit ihrer *Biological Sensitivity to Context Theory* (BSC). Die BSC beschreibt Hochsensibilität in sehr ähnlicher Weise wie die DST, jedoch liegt hier der Forschungs-Fokus mehr auf Stress-Reaktionen, die als individuelle Adaptionen an bestimmte Umweltbedingungen gesehen werden. HSPen haben demnach ein „bessere“ Fähigkeit sich an bestimmte Umweltvoraussetzungen anzupassen als Non-HSPen. Wenn sie beispielsweise über längere Zeit negativen Umweltreizen ausgesetzt sind, zeigen sie, in stärkerem Maße als Non-HSPen, Verhaltensweisen, welche ihnen erlauben entweder jene Umweltreize zu meiden (z.B. Rückzugsverhalten, aggressives Verhalten) oder besser mit ihnen umzugehen (z.B. Meditation, prosoziales Verhalten) (Boyce, 1996; Boyce et al., 1995; Boyce, Quas, Alkon, Smider, Essex, & Kupfer, 2001). Diese Verhaltensweisen gehen mit einer erhöhten „Stress-Reaktivität“ gegenüber Umweltreizen bei HSPen einher. Ähnliches gilt indes für positive Umweltreize. Wenn HSPen während ihrer Kindheit in einem funktionalen sozialen Umfeld aufwachsen, werden sie, eher als Non-HSPen, Persönlichkeiten entwickeln, die besondere Fähigkeiten im sozialen Kontakt aufweisen und daher wissen, wie sie andere bestmöglich unterstützen und für sich selbst erfolgreich Unterstützung von anderen einfordern können (Ellis, Essex, & Boyce, 2005).

Die Ähnlichkeiten der beschriebenen Konzeptualisierungen von Hochsensibilität sind offensichtlich, allen Dreien liegt die Annahme zu Grunde, dass HSPen intensiver auf Umweltreize reagieren und somit auch ausgeprägtere Formen der Anpassung an diese zeigen, seien sie nun funktional oder dysfunktional. Lediglich die „historische“ Herangehensweise

und die Forschungsgegenstände stellen tiefgreifende Unterschiede von SPS, DST und BSC dar. Auf Grund der beschriebenen Überschneidungen der genannten Theorien und dem aktuellen Forschungsstand zum Thema Hochsensibilität plädiert Pluess (2015) dafür, diese Konzepte in eines zu integrieren und unter dem Begriff *Environmental Sensitivity* zusammenzufassen. Dies soll die zukünftige Berforschung von Hochsensibilität vereinfachen und Konsens zwischen den verschiedenen Forschungsgruppen fördern.

#### 2.1.4 Neuronale Korrelate

In bisher durchgeführten Studien, in welchen mit Hilfe bildgebender Verfahren wie *funktioneller Magnetresonanztomographie* (fMRT) Hochsensibilität bzw. SPS untersucht wurde, konnten bereits Unterschiede in der Aktivierung verschiedener Gehirnareale zwischen HSPen und Non-HSPen nachgewiesen werden (Aron, 2014).

In einer fMRT-Studie von Acevedo, Aron, Aron, Sangster, Collins, und Brown (2014) zeigten sich über alle Bedingungen hinweg positive Korrelationen von SPS mit der Aktivierung von Gehirnregionen, die für Aufmerksamkeit und Handlungsplanung verantwortlich sind (*Cingulum* und *prämotorischer Kortex*). Des Weiteren fanden sich Zusammenhänge zwischen SPS und erhöhter Aktivität von Gehirnregionen, die mit Wahrnehmung, Integration von sensorischen Informationen, Empathie und Handlungsplanung assoziiert werden (*Cingulum*, *Insula*, *inferiorer frontaler Gyrus*, *medialer temporaler Gyrus* und *prämotorischer Kortex*), wenn die ProbandInnen mit freudigen oder traurigen Fotos konfrontiert wurden.

In einer weiteren Studie, bei der AsiatInnen und AmerikanerInnen miteinander verglichen wurden, konnte gezeigt werden, dass in einer kulturell nicht bevorzugten Aufgabe beide Gruppen stärkere Aktivierung in parietalen und frontalen Gehirnarealen zeigten, was mit einer höheren Beanspruchung der Aufmerksamkeitsleistung und des Arbeitsgedächtnisses in Verbindung gebracht wird (Hedden, Ketay, Markus, & Gabrieli, 2008). Eine anschließende Analyse dieser Daten zeigte, dass der beschriebene Effekt in hohem Maße durch SPS beeinflusst wird. HSPen fiel es leichter als Non-HSPen, die Aufgaben-Manipulation, also die kulturell geprägte Wahrnehmung, zu überwinden, was sich in einer geringeren Aktivität der genannten Gehirnareale niederschlug (Aron, Ketay, Hedden, Aron, Markus, & Gabrieli, 2010). Im Bereich der visuellen Wahrnehmung zeigen Studienergebnisse Zusammenhänge zwischen SPS und höherer Gehirnaktivität von Arealen, welche mit visuellen Verarbeitungsprozessen höherer Ordnung assoziiert werden (z.B. rechtes *Clastrum*, linker *occipitaler Temporallappen*, beidseitige *temporale* und *medial posteriore Parietalregionen*) und dem rechten Teil des *Cerebellum*, wenn es darum ging kleine bzw. große Veränderungen in visuellen Darbietungen zu entdecken (Jagiellowicz et al., 2011).

Weiters konnten in einer Studie mit der Methode der Voxel-basierten Morphometrie – mit welcher sich Unterschiede in der Dichte der grauen Substanz feststellen lassen (Aron, 2014) – komplexe, jedoch konsistente Unterschiede zwischen HSPen und Non-HSPen in Bezug auf ihre graue Substanz nachgewiesen werden (Ersner-Hershfield et al., 2007).

In einer Metaanalyse (Acevedo, Aron, Pospos, & Jessen, 2018) wurde SPS mit den psychischen Störungen Autismusspektrumstörung (ASS), Schizophrenie (SZ) und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) verglichen. Allen gemeinsam war eine Aktivierung des *präzentralen Gyrius*. Dagegen zeigten sich spezifische Aktivierungen nur für SPS in Gehirnarealen, zuständig für Belohnungsverarbeitung (*Area tegmentalis ventralis*, *Substantia Nigra*, nur für positive Stimuli), physiologische Homöostase und Schmerzsteuerung (*Hypothalamus*, *periaquäduktales Grau*), zwischenmenschliche Wahrnehmung und Empathie (*Insula* und *Gyrus frontalis inferior*), Wahrnehmung und Selbst-Reflexion (*temporoparietale Verbindung*) und Selbstkontrolle (*präfrontaler Cortex*). Die AutorInnen jener Metaanalyse kommen zu dem Schluss, dass HSPen erhöhte Empathie und dabei Wahrnehmung für negative Gemütszustände anderer zeigen und dem mit verstärkter Anstrengungen zur Homöostase und Beruhigung entgegenwirken, wie sich dies in den spezifischen Aktivierungen bestimmter Gehirnregionen manifestiert. Weiters sehen sie (auf neuronaler Ebene) klare Unterschiede zwischen SPS und psychischen Störungen (ASS, SZ und PTBS), welche in ihrer Kategorisierung überlappende Symptome zeigen, wie etwa Sensibilität für Umwelteinflüsse und erhöhte bzw. erniedrigte Reaktionen auf Stimulierung.

### **2.1.5 Abgrenzung SPS von psychischen Störungen**

Es weisen verschiedenste Merkmale auf Hochsensibilität hin, diese müssen jedoch richtig interpretiert und im Gesamtbild gesehen werden, da sie ebenso Ausdruck anderer Persönlichkeitsmerkmale wie Introversion oder auch pathologischer Störungen wie einer Sozialphobie sein könnten (Aron, 2014; Aron & Aron, 1997). Hochsensibilität lässt sich hauptsächlich auf Grund der Generalisierbarkeit des Verhaltens über Situationen und Stimuli hinweg von psychischen Störungen wie ASS oder Angststörungen abgrenzen. So zeigen HSPen generell in überstimulierenden Situationen Rückzugsverhalten oder andere Auffälligkeiten, Sozial-Phobiker jedoch vornehmlich dann, wenn über ihre Person geurteilt wird oder sie in anderer Weise im Mittelpunkt stehen müssen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015). Ähnliches gilt für Personen mit Autismusspektrumstörungen, welche beispielsweise nur von bestimmten Mustern, Geräuschen oder Gerüchen überwältigt werden, jedoch nicht von grellen Lichtern oder der Lautstärke eines Geräusches (Aron, 2014).

## 2.1.6 SPS auf der Verhaltens- und Erlebensebene

Allen HSPen gemeinsam ist die erhöhte Sensibilität und Reaktivität auf jegliche Umweltreize, wie sich diese Reaktivität jedoch manifestiert, hängt zum einen von persönlichen Erfahrungen und zum anderen von der genetischen Ausstattung der einzelnen HSPen ab (Aron & Aron, 1997; Belsky & Pluess, 2009; Boyce & Ellis, 2005; Pluess, 2015).

Aron (2014) beschreibt HSPen und deren Umgang mit ihrer Umwelt sinngemäß: HSPen ließen sich zumeist eher ungern direkt auf neuartige Situationen ein, würden sich lieber erst ein Bild einer solchen machen und daraufhin über ihr weiteres Handeln entscheiden. Diese Art des Umgangs mit neuen Situationen könne, vornehmlich bei (Klein-)kindern, ein erster Hinweis auf Hochsensibilität sein, jedoch auch auf eine Sozialphobie oder generell auf Schüchternheit hinweisen. Bei HSPen habe dies jedoch differierende motivationale Ursachen (siehe dazu Abschnitt 2.1.5). HSPen würden beispielsweise in Gruppenaktivitäten durch die vielen Details – welche sie unablässig analysieren – und die gleichzeitige Interaktion mit anderen Personen schnell überfordert, meiden daher derartige Situationen oder halten sich eher abseits bei Veranstaltungen bzw. größeren Menschensammlungen auf, was ihnen in unserer Gesellschaft oftmals das „Label“ der Introvertiertheit einbringe. Jedoch würden ca. 30% der HSPen auch extravertierte Persönlichkeitszüge aufweisen. Diese gälten damit als *High Sensation Seeker*, bei ihnen würde das für HSPen typische Rückzugsverhalten seltener zu beobachten sein. Dennoch seien auch jene durch stark stimulierende Situationen überbeansprucht; es entstehe häufig ein Spannungsverhältnis zwischen beiden Persönlichkeitseigenschaften, wobei sich zumeist, den sozialen Normen geschuldet, die extravertierten Wesenszüge bei ihnen durchsetzen sollen. Betroffene begäben sich in diesem Kontext häufig in neuartige oder aufregende Situationen, würden sich dabei zu viel zumuten und gönnten sich nicht, meist aus Unwissen um ihre Hochsensibilität, die für sie notwendigen Erholungsphasen. Sie würden daher innerhalb der HSPen wahrscheinlich die vulnerabelste Gruppe darstellen.

## 2.1.7 Geschlechtsunterschiede und kulturabhängige Wahrnehmung von SPS

Hochsensibilität wird als geschlechtsunabhängiges Merkmal beschrieben (Buss, 1989; Rothbart, 1989), es gibt also gleich viele weibliche und männliche HSPen, wobei der kulturelle Kontext eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung und Beurteilung von HSPen spielt, so wird im westlichen Kulturkreis Sensibilität eher als negatives Merkmal angesehen (Aron, 2004), wobei im Gegensatz dazu in China Sensibilität als Verhaltensmerkmal sehr geschätzt wird (Chen, Rubin, & Sun, 1992).

Dies gilt in verstärktem Maße für Männer; bei der Entwicklung der HSP-Scale

erreichten Männer gegenüber Frauen niedrigere Werte bei der Beantwortung, da sie im Sinne der kulturellen (westlicher Kulturkreis) Wahrnehmung antworteten (Aron & Aron, 1997), wobei dieses Phänomen weiter besteht, obwohl geschlechtsspezifische Items bei der Erstellung des Fragebogens bereits entfernt wurden (Aron, 2014).

### 2.1.8 Verteilungsform

Die Ergebnisse aktueller Studien weisen auf eine trimodale Verteilung von Hochsensibilität, bzw. der HSP-Scale mit einer zugrundeliegenden Normalverteilung hin (Lionetti, Aron, Aron, Burns, Jagiellowicz, & Pluess, 2018), wobei die drei Gruppen sich in niedrig (ca. 20-35%), mittelgradig (ca. 41-47%) und hochsensibel (ca. 20-35%) aufteilen (Pluess et al., 2018). Die Gruppen unterscheiden sich demnach auf Grund ihrer Zusammenhänge mit verschiedenen Big5 Persönlichkeitsmerkmalen signifikant voneinander (Lionetti et al., 2018), d.h. Personen aus der hochsensiblen Gruppe weisen durchweg höhere Werte bei *positiver emotionaler Reaktivität* und Neurotizismus und niedrigere Werte bei Extraversion auf, als Personen aus den anderen beiden Gruppen. Vormalig wurde, auf Grund der Identifizierung des Merkmals bei Tieren (Wolf et al., 2008), von einer bimodalen Verteilung des Merkmals Hochsensibilität ausgegangen, was auch in einer Studie mittels *taxometrischer* Verfahren nachgewiesen werden konnte (Borries, 2012). Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich, da der Prozentsatz der hochsensiblen Personen in beiden Modellen in etwa gleichbleibt (um die 20%) und lediglich die Gruppe der Non-HSPen sich in zwei weitere Gruppen teilen lässt (Lionetti et al., 2018).

### 2.1.9 Zusammenhänge mit anderen Persönlichkeitskonstrukten

Aron und Aron (1997) nahmen schon zu Beginn ihrer Forschung einen Zusammenhang zwischen SPS und Introversion an. Abhängig von den gewählten Skalen, beispielsweise dem *Myers-Briggs-Typenindikator* (MBTI) (Briggs, Myers, & McCaulley, 1985) oder Eysencks (1981) Persönlichkeitsinventar, ergaben sich signifikante Korrelationen von .25 bis .52 zwischen der HSP-Scale und *sozialer* Introversion, wie sie von diesen Skalen gemessen wird. Wurde jedoch die *Extraversion Scale* (John, Donahue, & Kentle, 1991) verwendet, konnte keine signifikante Korrelation von SPS und Introversion nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Merkmale SPS und Introversion zwar in Beziehung zueinander stehen, die Höhe der Korrelationen jedoch auf zwei voneinander distinkte Eigenschaften hinweisen, wobei die Stärke dieser Beziehung von den verwendeten Skalen abhängt und wie Introversion innerhalb jener interpretiert wird (Aron, 2014).

Eine häufig erlernte Strategie sich vor zu starken Umweltreizen zu schützen, besteht bei HSPen im Rückzugs- bzw. Vermeidungsverhalten von überstimulierenden Situationen (Aron, 1996; Aron, 2014). Diese können sowohl sensorisch überstimulierend, jedoch

auch von sozialer Natur sein. Es besteht die Annahme, dass HSPen, welche in einem ungünstigen sozialen Entwicklungsumfeld aufwachsen, eher zu *negativer Affektivität*, also Neurotizismus, neigen, als Non-HSPen und sich dies im Erwachsenenalter in Form von Schüchternheit manifestiert, was sich in oben genanntem Verhalten widerspiegelt (Aron, 2000). Tatsächlich konnten Zusammenhänge zwischen Neurotizismus und SPS nachgewiesen werden, indem die HSP-Scale an Hand derselben Stichproben, die auch bei den Untersuchungen zur Variable Introversion verwendet wurden, mit verschiedenen Neurotizismus-Skalen verglichen wurde. Dabei ergaben sich signifikante Korrelationen von .47 bis .62 (Aron, Aron, & Davies, 2005).

Außerdem wurden sowohl Neurotizismus, als auch Introversion und SPS mit „externen“ Skalen verglichen. Für die Analyse mit Partialkorrelationen wurden dabei Items zur Hochsensibilität aus einer ursprünglichen HSP-Scale mit 60 Items verwendet, wobei sowohl der Einfluss von Introversion auf SPS und diese externe Skala, als auch in einer zweiten Analyse der Einfluss von SPS auf Introversion und diese externe Skala herauspartialisiert wurden. In erstem Fall korrelierte SPS immer noch stark mit den ursprünglichen Items der externen Skala, im zweiten Fall korrelierte Introversion nicht mit der externen Skala (Aron, 2014). Ähnliche Analysen wurden auch mit den Variablen Neurotizismus und SPS durchgeführt. Als externe Skala wurden hier Items verwendet, welche positive oder neutrale Emotionen abfragen, wie etwa „Wenn Sie glücklich sind, ist dieses Gefühl dann manchmal sehr stark?“. Bei genanntem Beispiel ergab sich eine Veränderung der Korrelation zwischen SPS und den „Emotions-Items“ nach Auspartialisieren der Variable Neurotizismus von .50 auf .30. Weitere Berechnungen zeigten analoge Ergebnisse, z.B. .31 vor und .24 nach Auspartialisieren von Neurotizismus (Aron et al., 2005). Dies stützt die Annahme, dass Personen mit hohen SPS-Werten – unabhängig davon, ob sie neurotisch sind oder nicht – allgemein stärkere emotionale Reaktionen aufweisen, was auch für positive bzw. neutrale emotionale Stimuli gilt (Bar-Haim et al., 2009).

Für das Persönlichkeitsmerkmal Offenheit der Big5 konnten ebenso Zusammenhänge mit SPS nachgewiesen werden (Smolewska, McCabe, & Woody, 2006). Hier wurde SPS mit dem *behavioural inhibition system* (BIS) und dem *behavioural activation system* (BAS), beide Konstrukte beschreiben motivationsbasierte Temperamenteigenschaften (Carver & White, 1994) und den Big5, gemessen mit dem *NEO Five-Factor Inventory* (NEOFFI) (Costa & McCrae, 1992), verglichen. Die AutorInnen jener Studie gehen von einer drei-faktoriellen Lösung der HSP-Scale aus (siehe dazu Abschnitt 4.2.4) und nehmen an, dass Offenheit mit dem Faktor ästhetische Sensibilität (AES) der Skala korrespondiert.

Zusammengenommen lässt sich sagen, dass SPS tatsächlich mit den Big5 Neurotizismus, Introversion und Offenheit in Beziehung steht, jedoch als distinktes Konstrukt anzusehen ist (Aron, 2014; Aron & Aron, 1997; Smolewska et al., 2006).

### **2.1.10 HSPen in der psychotherapeutischen Arbeit**

Aron (2014) hat in langjährigem Umgang mit HSPen als Psychotherapeutin festgestellt, dass diese andersartig bzw. stärker auf bestimmte Aspekte einer Psychotherapie reagieren, als Non-HSPen. Dies bezieht sich auf Themen wie Überforderung durch unbekannte Umgebungen und Personen, tiefere Informationsverarbeitung, was mitunter zu langen Schweigephasen während den Sitzungen führt, und emotionale Intensität. Vor allem zu Beginn einer Psychotherapie zeigen sich diese Unterschiede, da HSPen vornehmlich auf neuartige Situationen sensibler reagieren als Non-HSPen (Aron, 2014).

Um diese Unterschiede auf der Wahrnehmungsebene zu untersuchen, sind geeignete Variablen notwendig, welche den Einfluss von Hochsensibilität auf die Psychotherapie-Erfahrungen der PatientInnen messbar machen. Diese werden im nächsten Kapitel näher erläutert.

## **2.2 PROZESSE WÄHREND UND ZWISCHEN PSYCHOTHERAPIESITZUNGEN – DIE INTER- UND INTRASESSION-PROZESSE**

In diesem Kapitel werden zuerst die unterschiedlichen Phasen der Psychotherapieforschung erläutert, danach das *Generic Model of Psychotherapy* (GMP) (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky & Howard, 1987) erläutert, anschließend das *Process-Outcome-Linkage-Model* (POLM) (Orlinsky, 2008; Orlinsky et al., 1993) dargestellt und zuletzt die beiden für vorliegende Studie maßgeblichen, übergeordneten Messgrößen IASP und ISP im Detail erklärt.

### **2.2.1 Prozessforschung in der Psychotherapie**

Die *Prozessforschungsphase* in der Psychotherapie stellt nach Grawe (1992; 1997), die bisher vierte und damit momentane Phase der Psychotherapieforschung dar. Aufbauend auf der ersten (*Legitimationsphase*), der zweiten (*Wettbewerbsphase*) und der dritten (*Verschreibungsphase*), ist der Forschungsinhalt der Prozessforschungsphase die Frage nach den Wirkmechanismen psychotherapeutischer Behandlungen. Nachdem in der Legitimationsphase die Frage nach der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie (Bergin, 1971; Eysenck, 1952; Kiesler, 1966), in der Wettbewerbsphase die Frage nach den Wirkungsunterschieden der verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmodelle (Andrews & Harvey, 1981; Landman & Dawes, 1982; Lipsey & Wilson, 1993; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980) und in der Verschreibungsphase die Frage nach der *differentiellen Indikation* (Grawe, 1992; Grawe, Caspar, & Ambühl, 1990) – für wen eignet sich welche Behandlungsmethode am besten? – zufriedenstellend geklärt

wurde, war es notwendig einen konzeptuellen Rahmen zu schaffen, der es ermöglicht, die allen psychotherapeutischen Behandlungsmodellen zugrundeliegenden, Prozesse schulenunabhängig zu erforschen.

### **2.2.2 Das *Generic Model of Psychotherapy* (GMP)**

Orlinsky und Howard (1986; 1987) entwickelten mit dem GMP ein empirisch fundiertes Modell, welches ebendiese schulenübergreifende Beforschung von Psychotherapie ermöglicht. Inhaltlich beschreibt es psychotherapeutisch relevante Einflussfaktoren anhand sechs unterschiedlicher Dimensionen (*therapeutic contract, therapeutic operations, therapeutic bond, self-relatedness, in-session impacts* und *temporal patterns*). Für vorliegende Studie ist die fünfte Dimension (*in-session impacts*) von Bedeutung, sie beschreibt die unmittelbaren Auswirkungen einzelner Sitzungen (Jöchler, 2010; Orlinsky & Howard, 1987; Timulak, 2007). Diese In-Session Impacts können einerseits positiv (z.B. emotionale Erleichterung, Katharsis, Erfahrung der Selbstwirksamkeit), andererseits auch negativ (z.B. Verwirrung, Beschämung, Angst) gefärbt sein und darüber hinaus sowohl von PatientInnen, als auch von TherapeutInnen erfahren werden (etwa berufliche Weiterentwicklung gegenüber Burn-Out) (Orlinsky, 1997, Orlinsky, Grawe, & Parks 1994).

Vgl. dazu ausführlicher Jöchler, 2010; Kaiser, 2014; Orlinsky, 1994; Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004.

### **2.2.3 Das *Process-Outcome-Linkage-Model* (POLM)**

Auf dem GMP aufbauend haben Orlinsky (2008) und Orlinsky et al. (1993) mit ihrer Konzeptualisierung des POLM, welches aus Überlegungen der psychodynamisch-orientierten Schule stammt, eine Möglichkeit geschaffen, die innerhalb der Therapiesitzungen stattfindenden In-Session Impacts der PatientInnen, respektive der TherapeutInnen, empirisch überprüfbar zu machen und mit „Intersession-Erfahrungen“, welche zwischen den Therapiesitzungen auftreten, in einen Zusammenhang zu bringen (Hartmann et al., 2003).

Orlinsky (2008) selbst versteht das POLM als Erweiterung – und somit auch als Kritik – des bestehenden Paradigmas innerhalb der Psychotherapieforschung, wobei die Erweiterung vornehmlich auf der Kontextualisierung der einzelnen Komponenten des Forschungsfeldes, nämlich 1. der „PatientInnenrolle“, 2. der „TherapeutInnenrolle“ und 3. der „persönlichen Anpassung der PatientInnen“, basieren soll. Abbildung 1 zeigt die schematische Darstellung des „veralteten“ Forschungsparadigmas und, ersichtlich in Abbildung 2, dem gegenübergestellt die von Orlinsky (2008) propagierten Erweiterungen (POLM). Die PatientInnenrolle wird demnach um den persönlichen Aspekt erweitert, d.h. die PatientInnen werden nicht mehr als austauschbare „SymptomträgerInnen“ mit

„Problemen“ (diagnostizierbare Störungen“) gesehen, sondern ihre „Ressourcen“, ihr „persönliches Auftreten“, „Erscheinungsbild“ und „Temperament“ sollen ebenso Teile des Forschungsfeldes werden. Des Weiteren wird die TherapeutInnenrolle um einige personenbezogene Aspekte, wie etwa die „klinische Haltung“ und das „persönliche Auftreten“ der TherapeutInnen erweitert. Die dritte Komponente, also die persönliche Anpassung der PatientInnen, wird um die Aspekte „Auswirkungen auf das Leben“ und Auswirkungen auf die Person“ erweitert, wobei hier nicht mehr nur das psychische Befinden der PatientInnen als Forschungsvariable gesehen wird, sondern jene als psychosomatische Einheit – mit allen dazugehörigen Facetten – in einen breiteren, komplexeren Kontext gestellt werden. Die persönliche Anpassung der PatientInnen wird in der Erweiterung des Paradigmas (siehe Abbildung 2) außerdem über die „Verarbeitung der Therapie zwischen den Sitzungen“, demnach den Intersession-Erfahrungen, vermittelt, welche wiederum durch die „Therapieerfahrung der PatientInnen während der Sitzung“, demnach den In-Session Impacts, beeinflusst wird.

Dabei sehen Orlinsky et al. (1993) *mentale Repräsentationen* als jene ideellen Vorgänge, welche innerhalb einer Therapiesitzung stattfinden und außerhalb dieser von den PatientInnen verinnerlicht werden. Sie können daher als „Vehikel“ angesehen werden, welche die von PatientInnen gewonnenen Informationen aus den Therapiesitzungen in die Zeiträume dazwischen transportieren und umgekehrt. Dabei sind sie zwar der bewussten Introspektion und dem Selbsturteil zugänglich, bedürfen jedoch keiner unmittelbaren sensorischen Eindrücke, wie das beispielsweise bei Wahrnehmungen der Fall ist. Ihnen werden darüber hinaus folgende Eigenschaften zugeschrieben. Sie entstehen aus sozialen Interaktionen bzw. werden von *Schemata* (Berger & Luckmann, 1966; McCall & Simmons, 1978) hervorgerufen, welche selbst größere „Einheiten“ darstellen und – anders als mentale Repräsentationen – nicht direkt erfahrbar sind.

Mentale Repräsentationen beziehen sich auf die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft, wobei sie je nach Phase der Therapie unterschiedliche Funktionen haben (Orlinsky et al., 1993). Anfangs der Therapie etwa sind sie bei der Entwicklung der *therapeutischen Allianz* beteiligt (Bordin, 1979; Luborsky, 1976), später dagegen dienen sie dazu, die Selbstreflexionsfähigkeit der KlientInnen zu fördern (Schlesinger & Robbins, 1983).

Für die Bildung der Schemata und somit der mentalen Repräsentationen, sehen Orlinsky et al. (1993) den Prozess der *Internalisierung* (Geller, 1988) verantwortlich. Dieser unterteilt sich in zwei weitere Prozesse – wie Orlinsky et al. (1993) sie für ihre Konzeptualisierung verstehen – zum einen *Interiorization* (Piaget, 1950) und zum anderen *Identification* (Schafer, 1968), welche zwar ähnliche, jedoch unterscheidbare Formen der Internalisierung darstellen. Interiorization ist demnach ein Prozess, welcher in sozialen,

wiederkehrenden Situationen Schemata individuell entstehen lässt. Er ist die Transformation von Informationen, welche von Wahrnehmungsprozessen bei externer Stimulation beeinflusst und dabei in überdauernde, intern-abrufbare, psychologische Strukturen überführt werden. Identification dagegen ist die unbewusste Nachahmung des bzw. Anpassung an das Verhalten anderer Personen und folgt auf den Prozess der Verinnerlichung. Diese können entweder konstruktiv oder destruktiv aus der Psychotherapie hervorgehen und sich auf den Alltag der KlientInnen übertragen.

Orlinsky et al. (1993) vermuten, dass PatientInnen, je nachdem was sie während einer Therapiesitzung sagen, hören, sehen, denken oder fühlen, unterschiedliche Schemata oder mentale Modelle über ihre Beziehung zu ihrer/m TherapeutIn bilden. Diese Schemata festigen sich über den Verlauf der Therapie und beeinflussen daher zukünftige Therapiesitzungen und Situationen außerhalb der Therapie durch die Hervorrufung affektiv gefärbter Repräsentationen ihrer Therapie-mit-der/m-TherapeutIn. Dabei beeinflusst die Fähigkeit einer/s PatientIn, mentale Repräsentationen außerhalb der Therapie aufrechtzuerhalten, die Kontinuität des therapeutischen Prozesses und somit die therapeutische Allianz. Dies kann zu einer Veränderung des *core conflictual relationship theme* (CCRT) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990) führen und somit Übertragungsprozesse (Freud, 1912; Jung, 1946) innerhalb und außerhalb der Therapie verändern. Das CCRT ist hierbei das individuelle Beziehungsmuster, welchem jede Person bei der Führung ihrer Beziehungen folgt (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Die dargestellten Vorgänge und Abläufe, die innerhalb und außerhalb der Therapiesitzungen die psychische Struktur von PatientInnen transformieren, sind jene Wirkmechanismen, welche die ISP und In-Session Impacts maßgeblich auf der psychodynamischen Ebene beeinflussen (Orlinsky et al., 1993).

Für eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung und detailliertere Beschreibungen der Abbildungen 1 und 2 siehe Orlinsky, 2008.

Abbildung 1

Gegenwärtiges („veraltetes“) Modell der Prozessforschung  
(adaptiert nach Orlinsky, 2008)

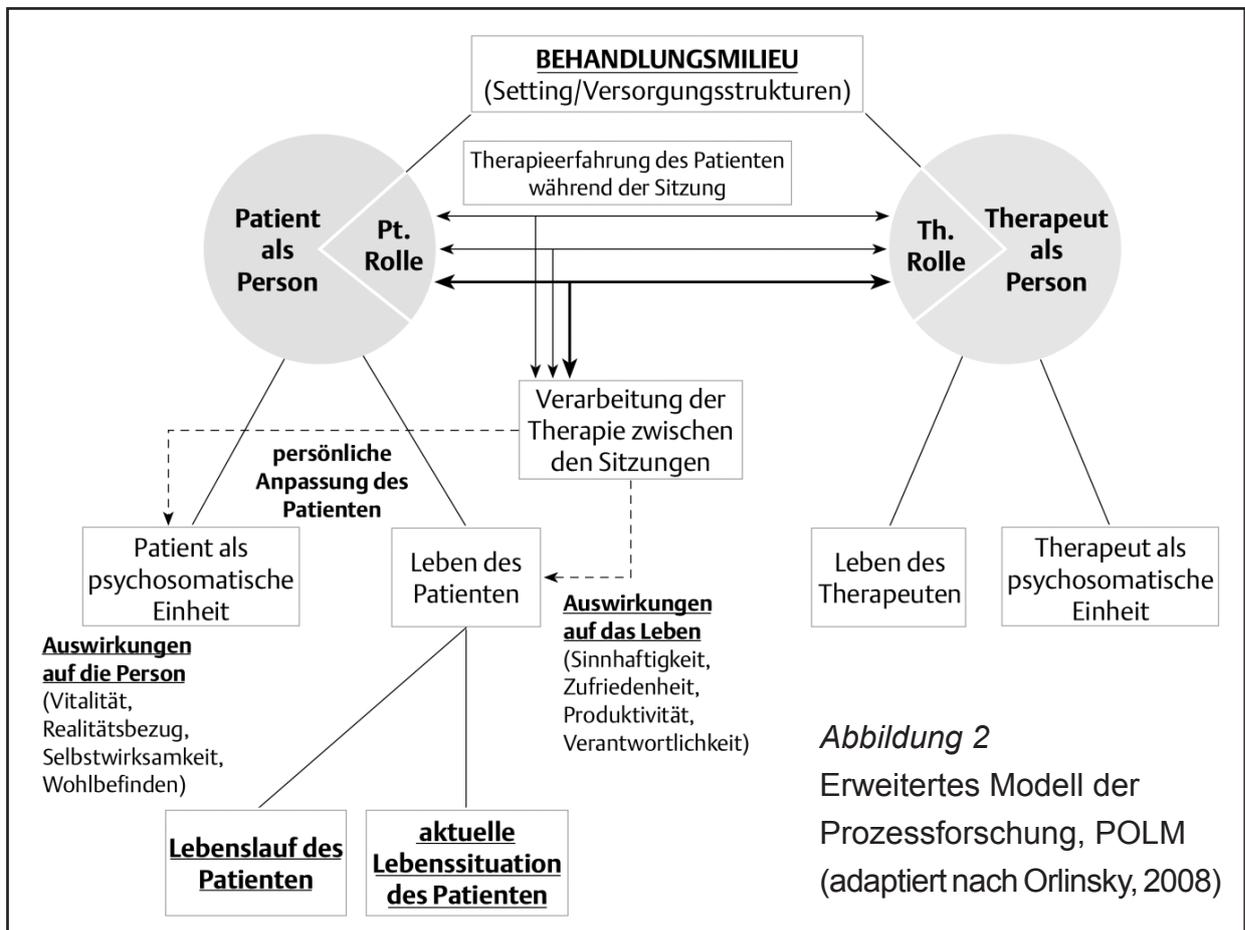
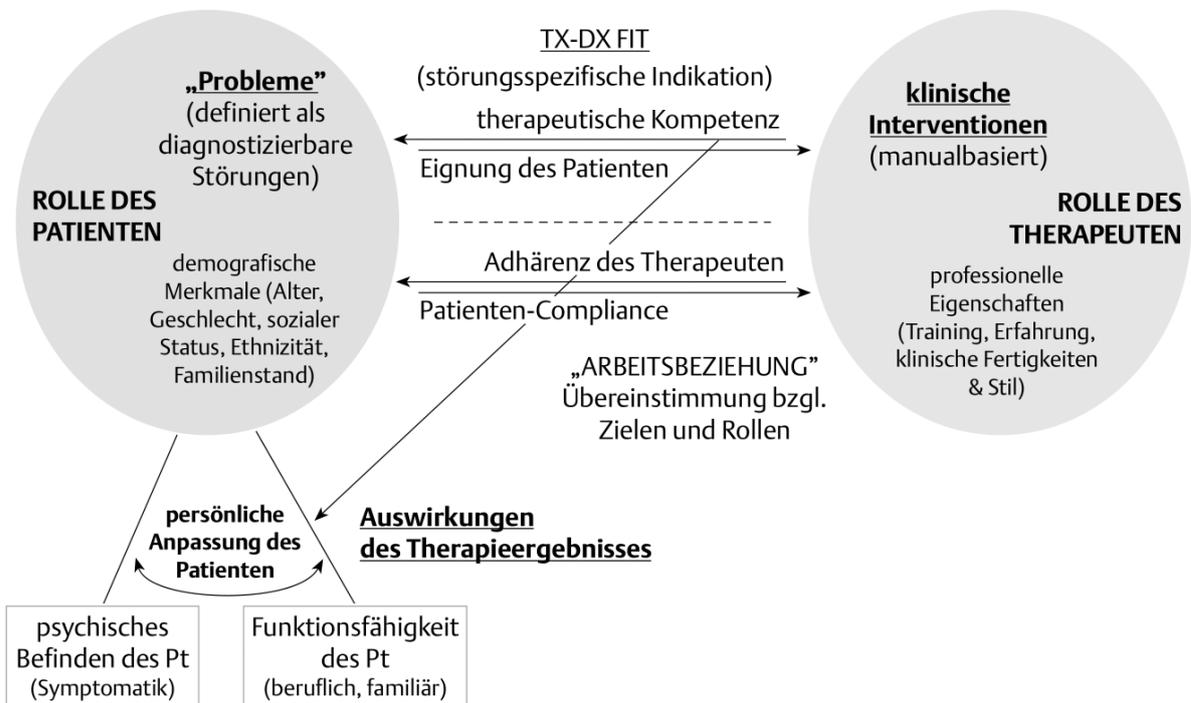


Abbildung 2  
Erweitertes Modell der Prozessforschung, POLM  
(adaptiert nach Orlinsky, 2008)

#### 2.2.4 Der Intrasession-Prozess (IASP)

Kaiser (2014) erarbeitete ausgehend vom Konzept der In-Session Impacts (Orlinsky & Howard, 1987) den Begriff des Intrasession-Prozesses. Damit werden jene psychotherapeutisch wirksamen Prozesse zusammengefasst, welche innerhalb von Psychotherapiesitzungen stattfinden und von PatientInnen und PsychotherapeutInnen als therapeutisch bedeutsam wahrgenommen werden (Kaiser, 2014; Zettler, 2016). Sie sind in die einzelnen Skalen und ihre jeweiligen Subskalen (siehe dazu Abschnitt 4.2.2) *Problembezogener Prozess*, *Beziehungsbezogener Prozess*, *Emotionaler Prozess* und *Negative Prozessmerkmale* unterteilt. Die einzelnen Prozesse können entweder einen positiven, negativen oder neutralen Charakter aufweisen (Kaiser, 2015; Liznar, 2017; Orlinsky & Howard, 1987). Für die vorliegende Studie sind die IASP vornehmlich auf Grund ihrer Passung auf Item-Ebene für die interessierenden Variablen, wie etwa *Verwirrung* und *Scham*, geeignet. Aron (2014) vermutet hier maßgebliche Zusammenhänge von Hochsensibilität mit eben jenen IASP, welche für die jeweiligen Fragestellungen der Untersuchung ausgewählt wurden. Näheres dazu im Kapitel **Fragestellungen und Hypothesen** (siehe dazu Abschnitt 3).

#### 2.2.5 Der Intersession-Prozess (ISP)

Wenn man die Therapiezeit in ambulanter Psychotherapie bei einer Sitzung pro Woche mit der durchschnittlichen Wachzeit von 16 Stunden pro Tag vergleicht, so kommt man auf einen Anteil von etwa 0,8% an der Wachzeit, welche PatientInnen aktiv mit ihren Therapeutinnen verbringen (Hartmann et al., 2003). Bei einem so geringen Zeitaufwand muss es daher Wirkmechanismen geben, welche die – zumeist intensiven – Erfahrungen innerhalb der Sitzungen bei PatientInnen außerhalb der Sitzungen konsolidieren und rückwirkend wieder Einfluss auf die therapeutische Arbeit nehmen. Diese Überlegungen sind durchaus nicht neu (Reik, 1948), jedoch heute aktueller denn je (Hartmann, Orlinsky, Weber, Sandholz, & Zeeck, 2010; Hartmann et al. 2016; Kaiser & Laireiter, 2018; Pomnitz et al., 2016) und werden im Konzept der ISP zusammengefasst. Laireiter, Jöchler, Schilcher, Mittendorfer, und Kaiser (2015) fassen die Bedeutung der ISP für das POLM wie folgt zusammen:

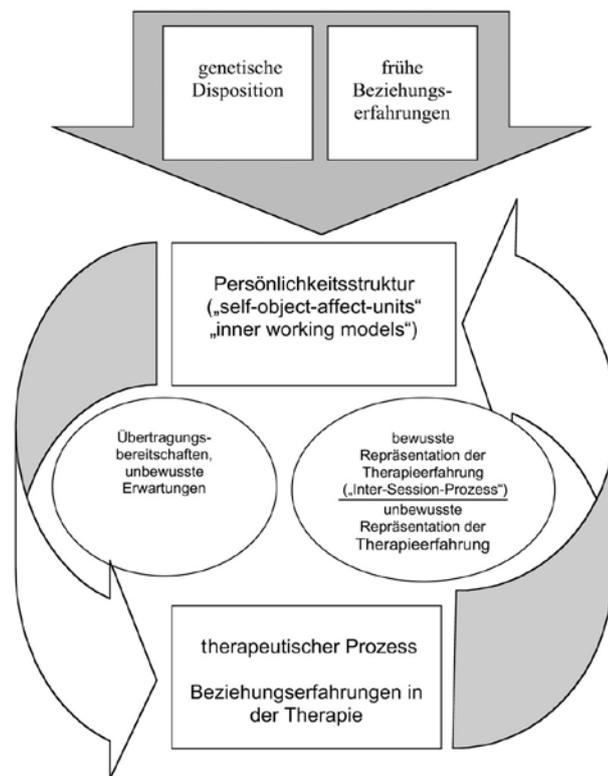
Intersession-Prozesse stellen hier das Verbindungsglied zwischen den Mikroergebnissen des Session Outcomes und den Makroergebnissen einer Therapie dar, die sich aus der kontinuierlichen Auseinandersetzung des Individuums mit seiner sozialen Umwelt und seiner Therapie im Prozess derselben ergeben; sie sind so nach Orlinsky u. a. auch für die kontinuierlichen Zustandsveränderungen der Klientin / des Klienten über den Therapieprozess hinweg mitverantwortlich. (S.87)

*Mikroergebnisse* sind hierbei durch die Therapie hervorgerufene kurzfristige Veränderungen – messbar im Stunden- bis Tagesbereich – wie etwa die Stimmung von PatientInnen und *Makroergebnisse* langfristige Auswirkungen der Therapie – messbar im Monats- bis Jahresbereich – wie etwa die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur von PatientInnen (Jöchler, 2010; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1986). ISP können also wiederum als „Vehikel“ für Transferleistungen angesehen werden, welche in Form von mentalen Repräsentationen über die „Therapie-mit-der/m-TherapeutIn“ (Orlinsky, 1993 et al.), „Intrasession-Erfahrungen“ in den Alltag, in die jeweils nächste Sitzung und somit in die Zeit nach Ende der Therapie weitertragen. Dabei haben mentale Repräsentationen laut Zeeck, Hartmann und Orlinsky (2003) folgende Eigenschaften:

- Sie dauern zwischen 30 und 60 Sekunden.
- Sie erfolgen meist in Form optischer oder akustischer Vorstellungen (sehr individuell, hängt von Gefühlen gegenüber TherapeutInnen und Intensität der Involvierung im therapeutischen Prozess ab).
- Sie sind am intensivsten kurz vor und nach einer Therapiestunde.
- Die häufigsten und intensivsten scheinen meist in schwierigen, angespannten Situationen aufzutreten und dienen vermutlich dazu diese besser zu bewältigen.
- Negative Auswirkungen werden sehr selten berichtet.
- Persönlichkeitsstile und -störungen beeinflussen sie.
- Sie sind therapiephasenabhängig.
- Sie sind abhängig von der Qualität der therapeutischen Allianz.

Einen zentralen Bestandteil für die Konzeptualisierung vorliegender Studie lieferten Zeeck et al. (2003) mit ihrem Modell der Determinanten des ISP (siehe Abbildung 1). Es besagt, dass ISP erstens von der genetischen Disposition und den von frühen Beziehungserfahrungen geprägten Persönlichkeitsstrukturen – demnach auch von SPS (genetische Disposition) und den damit einhergehenden Zusammenhängen mit Aspekten der Big5 (Persönlichkeitsstrukturen) –, zweitens dem aktuellen Geschehen zwischen PatientIn und TherapeutIn – demnach dem IASP – und drittens der Intensität des therapeutischen Prozesses bzw. der emotionalen Beteiligung des/der PatientIn beeinflusst werden. Die ersten beiden Determinanten (genetische Disposition / Beziehungserfahrungen und aktuelles Geschehen) bilden die theoretische Grundlage der vorliegenden Studie und stellen daher mit den Erhebungen zu SPS, ISP und IASP die Hauptvariablen dar. Jedoch sind noch einige weitere Variablen zum besseren Verständnis der ISP und IASP relevant.

**Abbildung 3**  
 Determinanten des  
 Inter-Session-Prozesses  
 (adaptiert nach  
 Zeeck et al., 2003)



### 2.2.6 Weitere miterhobene Variablen zu ISP und IASP

Außerdem sind für die explorative Datenanalyse vorliegender Studie die Psychotherapieform welche die TeilnehmerInnen in Anspruch nehmen und die bisherige Sitzungsanzahl der TeilnehmerInnen interessante Messgrößen. Über die Zusammenhänge jener Variablen mit bestimmten ISP und IASP gibt es bisher noch keine einheitlichen Befunde in der Forschungsliteratur. So wurden für den Zeitpunkt bzw. den Therapieverlauf sowohl eine Abnahme (Hartmann, 1997) der Intensität des Inter-Session-Erlebens“, als auch eine Zunahme (Knox, Goldberg, Woodhouse, & Hill, 1999) gefunden, wobei in erwähnten Studien unterschiedlich lange Behandlungsprozesse untersucht wurden (Zeeck et al., 2003). Darüber hinaus besteht die Annahme, dass HSPen gegenüber Non-HSPen stärker zu Beginn einer Therapie auf das psychotherapeutische Geschehen reagieren (Aron, 2014) und daher die Sitzungsanzahl ebenso eine interessante Messgröße für vorliegende Studie darstellt. Des Weiteren weisen Studienergebnisse auf den Einfluss der gewählten Therapieform – in diesem Fall „psychodynamisch-interpersonellen“ (PI) gegenüber kognitiv-verhaltenstherapeutischen (CB) Techniken – auf ISP hin (Owen, Hilsenroth & Rodolfa, 2013; Owen, Quirk, Hilsenroth, & Rodolfa, 2012). Folglich werden die Variablen Sitzungsanzahl und Psychotherapieform miterhoben, um diese als mögliche Störvariablen ausschließen zu können.

### **3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN**

In diesem Kapitel wird der theoretische Hintergrund zu den drei Hauptannahmen und die dazugehörigen Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt.

#### **3.1 ZIELSETZUNG DER STUDIE**

Da bisher im Themenbereich Hochsensibilität noch keine Psychotherapiestudien durchgeführt wurden, leiten sich die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie vornehmlich aus den Beobachtungen Arons (2014) ab, welche sie im Verlauf vieler Jahre während der psychotherapeutischen Arbeit mit HSPen gemacht hat. Sie stellte fest, dass HSPen anders auf die, für sie neue, Situation zu Beginn einer Psychotherapie reagieren als Non-HSPen, was auf nachfolgend beschriebene Merkmale von SPS zurückzuführen sei. Aron (2012) verwendet zur weiteren Beschreibung dieser Merkmale das Akronym *DOES*, wobei die Buchstaben „D“ für *Depth of processing*, „O“ für *Overstimulation*, „E“ für *Emotional Reactivity* bzw. *Empathy* und „S“ für *Sensing the subtle* stehen. Diese „Facetten“ von SPS, also *gründliche Informationsverarbeitung*, *Übererregbarkeit*, *emotionale Intensität* und *sensorische Empfindlichkeit* finden in den Items der verwendeten Fragebögen zu den ISP und IASP teilweise ihre Entsprechungen, was eine relativ spezifische Untersuchung der Fragestellungen ermöglicht. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es den Einfluss von SPS auf entsprechende ISP und IASP und darüber hinaus den Einfluss auf den Zusammenhang bestimmter IASP mit dem emotionalen Verarbeitungsprozess im Intersession-Prozess, jeweils unter Kontrolle der (bei der Vorerhebung ermittelten) relevanten Big5-Persönlichkeitsvariablen abzubilden.

#### **3.2 THEORETISCHER HINTERGRUND DER FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN**

Nachfolgend werden die, aus der bisherigen Forschungsliteratur und ExpertInnenmeinung abgeleiteten, theoretischen Überlegungen, welche zu den Fragestellungen und Hypothesen geführt haben, detailliert dargestellt.

### 3.2.1 Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP

F1: Gibt es Zusammenhänge zwischen SPS und spezifischen ISP zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie unter Kontrolle der Persönlichkeitsvariablen Offenheit und Rückzug?

Eine der Grundannahmen zu SPS bezieht sich auf die gründliche Informationsverarbeitung innerer und äußerer Wahrnehmungen (Acevedo, Jagiellowicz, Aron, Marhenke, & Aron, 2017; Aron et al., 2005; Hedden et al., 2008; Jagiellowicz et al., 2011; Kjellgren, Lindahl, & Norlander, 2009; Pluess & Belsky, 2013; Pluess & Boniwell, 2015). Somit lassen sich HSPen länger Zeit bei Entscheidungen, da sie elaborierter über Risiken und Nutzen, Ursache und Wirkung nachdenken. Außerdem haben sie eine größere Bereitschaft zur Reflexion und interessieren sich in größerem Maße für inner-psychische Vorgänge als Non-HSPen (Aron et al., 2012, Aron, 2014). Diese Beobachtungen erklären möglicherweise die Ergebnisse zweier Studien, bei denen gezeigt werden konnte, dass zumindest – im Erwachsenenbereich liegen bisher keine Studienergebnisse zu diesem Thema vor – mit Hochsensibilität assoziierte Kinder (Bakermans-Kranenburg et al., 2008) und jugendliche HSPen (Pluess & Boniwell, 2015) einen größeren Nutzen aus psychologischen Interventionen ziehen können. Die Annahme besteht darin, dass sich dieser „Mehr-Nutzen“ mit der größeren Reflexionsbereitschaft und gründlicher Informationsverarbeitung, welche als grundlegende Merkmale von Hochsensibilität angesehen werden (Aron, 2014), erklären lässt. Ebendiese Merkmale sollten sich auf die Qualität der subjektiv wahrgenommenen ISP auswirken, indem höhere Werte bei SPS zu höheren Werten der ISP führen.

H1.1: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höher die *Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten*.

H1.2: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höhere Werte beim Faktor *Aktive Umsetzung von Therapieinhalten – Verwendung zur Alltagsbewältigung*.

H1.3: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höher die *Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie*.

H1.4: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höher die *Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie*.

### 3.2.2 Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und IASP

F2: Gibt es Zusammenhänge zwischen SPS und der Ausprägung spezifischer IASP zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie unter Kontrolle der Persönlichkeitsvariablen Offenheit und Rückzug?

Es wird angenommen, dass HSPen andere Reaktionen auf neuartige Situationen zeigen, als Non-HSPen (Aron, 2014), was vermutlich der sensorischen Empfindlichkeit und somit einer feineren Wahrnehmung bei HSPen geschuldet wird (Hedden et al., 2008; Jagiellowicz, 2012; Kjellgren et al., 2009). Dies kann sich in kognitiver Überbeanspruchung äußern, welche sich beispielsweise als Verwirrung zeigt (Aron, 2014). Eine Erklärung für dieses Phänomen findet sich unter anderem bei der *Cognitive Load Theory* (Sweller, Ayres, & Kalyuga, 2011), welche besagt, dass das Arbeitsgedächtnis nur eine gewisse Menge an Informationen parallel verarbeiten kann und bei Überbeanspruchung nicht mehr in der Lage ist neuartige Lerninhalte sinnvoll zu integrieren. HSPen nehmen mehr Eindrücke innerhalb einer neuen Situation wahr, verarbeiten diese tiefer und überbeanspruchen daher schneller ihr Arbeitsgedächtnis als Non-HSPen. Der Zugriff auf Gedächtnisinhalte erschwert sich, der Abruf bestimmter Wörter ist nicht mehr möglich, sie wissen beispielsweise nicht mehr, was sie in der Psychotherapie ansprechen wollten und fühlen sich daher verwirrt (Aron, 2014).

Ein weiterer Aspekt, der mit SPS assoziiert wird, ist Schüchternheit (Aron, 2000; Aron et al., 2005). Der Zusammenhang soll laut Aron (Aron, 2014) über ein negatives Kindheitsumfeld und eine sich daraus entwickelnde emotionale Labilität, also Neurotizismus bestehen. Bei HSPen besteht ein solcher Zusammenhang in stärkerer Ausprägung, als bei Non-HSPen (Aron et al., 2005). Diese Schüchternheit, welche mit erhöhten Neurotizismus-Werten und damit mit einem stärkeren „Verlegenheitsgefühl“ einhergeht, kann mit dem Faktor „Scham“ des *Intrasession-Fragebogens* (Kaiser, 2014) abgebildet werden. HSPen sollten demnach bei erwähntem Faktor höhere Werte erreichen.

H2.1: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höhere Werte beim IASP „Scham“.

H2.2: Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto höhere Werte beim IASP „Verwirrung“.

### 3.2.3 Moderation des Zusammenhangs zwischen der emotionalen Qualität von IASP und ISP durch SPS

F3: Gibt es einen moderierenden Effekt von SPS auf den Zusammenhang zwischen IASP und der emotionalen Qualität von ISP?

HSPen geben selbst an emotional stärker auf bestimmte Ereignisse zu reagieren als Non-HSPen, die auf dieselben Ereignisse zwar ähnlich, jedoch mit geringerer Intensität reagieren (Aron & Aron, 1996; Aron, 2012; Aron 2014;). In einer Studie konnte gezeigt werden, dass die emotionalen Reaktionen hochsensibler StudentInnen in einer manipulierten Prüfungssituation abhängig von der Art der Manipulation beeinflusst wurden, wohingegen nicht sensible StudentInnen keine Unterschiede ihrer emotionalen Reaktionen auf die gleiche Art der Manipulation zeigten (Aron et al., 2005). Ebenso sollte die größere Reflexionsbereitschaft von HSPen (Aron, 2014; Aron et al., 2012) moderierend auf den Zusammenhang zwischen spezifischen IASP und ISP, welche die emotionale Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie widerspiegeln, einwirken.

H3.1: Der Zusammenhang von IASP der „Problemaktualisierung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

H3.2: Der Zusammenhang von IASP der „Klärung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

H3.3: Der Zusammenhang von IASP der „Einsicht“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

H3.4: Der Zusammenhang von IASP des „emotionalen Erlebens“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

H3.5: Der Zusammenhang von IASP der „Selbstwertstützung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

## 4 METHODEN

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Studiendesign und Untersuchungsablauf der Vor- und Haupterhebung, den Stichprobenmerkmalen, den verwendeten Messinstrumenten und damit gemessenen Variablen und den statistischen Analyseverfahren die zur Berechnung ausgewählt wurden.

### 4.1 STUDIENDESIGN UND UNTERSUCHUNGSABLAUF

Vorliegende Studie wurde in zwei Erhebungsdurchgängen durchgeführt, der erste Durchgang erhält die Bezeichnung „Vorerhebung“, der zweite Durchgang die Bezeichnung „Haupterhebung“.

#### 4.1.1 Theoretischer Hintergrund, Durchführung und Stichprobengewinnung der Vorerhebung

Die Zusammenhänge zwischen den Big5-Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Offenheit und Introversion, frühkindlichen Erfahrungen und Hochsensibilität wurden in der Vergangenheit bereits eingehend untersucht (Aron & Aron 1997; Aron et al., 2005; Smolewska et al., 2006). Für die vorliegende Studie wurden daher in einer Vorerhebung mit Querschnitt-Design die erwähnten Zusammenhänge an Hand einer deutschsprachigen Stichprobe untersucht. Dies geschah mit Hilfe der Online-Software *SoSci Survey* (Leiner, 2016) im Zeitraum von 1.2.2017 bis 15.2.2017. Die Rekrutierung fand im erweiterten persönlichen Bekanntenkreis über Kanäle der Sozialen Medien statt. Es ging dabei vornehmlich um die Ermittlung relevanter Teile der, für die Verwendung in der Haupterhebung geplanten, Erhebungsinstrumente, um eine möglichst ökonomische Fragebogenbatterie entwickeln zu können. Außerdem sollten etwaige Unterschiede zwischen den in vorliegender Studie verwendeten Erhebungsinstrumenten und jenen, welche in anderen Studien zum Thema SPS benutzt wurden, aufgedeckt werden.

#### 4.1.2 Stichprobenmerkmale der Vorerhebung

Der Stichprobenumfang der Vorerhebung beträgt  $N = 146$ , mit einer Altersverteilung von 16 bis 70 Jahren ( $M = 31.63$ ;  $SD = 10.97$ ), wobei eine Person keine Altersangabe machte. Das Geschlecht verteilt sich auf 92 (63%) weibliche und 53 (36,3%) männliche Personen, eine Person enthielt sich einer Antwort.

Tabelle 1

*Formale Bildung der TeilnehmerInnen in der Vorerhebung*

<b>Art des erlangten Schulabschlusses</b>	<b>n</b>	<b>Prozent</b>
Volks-, Hauptschulabschluss, Quali	4	2,7%
Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	5	3,4%
Abgeschlossene Lehre	8	5,5%
Fachabitur, Fachhochschulreife	15	10,3%
Abitur, Matura, Hochschulreife	31	21,2%
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	67	45,9%
Noch Schüler	10	6,8%
Anderer Abschluss	5	3,4%
Nicht beantwortet	1	0,7%
<b>Gesamt</b>	<b>146</b>	<b>100%</b>

*Anmerkung.* „Quali“ = Qualifizierter Hauptschulabschluss

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der erlangten Schulabschlüsse der TeilnehmerInnen der Vorerhebung. Der Personenkreis mit hohem und höchstem Bildungsgrad ist in vorliegender Stichprobe überrepräsentiert.

#### **4.1.3 Durchführung und Stichprobengewinnung der Haupterhebung**

Zur Erhebung der Stichprobe wurde eine Online-Befragung mit Querschnittscharakter im Zeitraum von 06.12.2017 bis 26.05.2018 durchgeführt. Der Fragebogen dafür wurde ebenso mit SoSci Survey (Leiner, 2016) erstellt und den TeilnehmerInnen im Browserformat vorgelegt. Genannter Fragebogen wurde dafür über verschiedene Kanäle unter dem Link: „<https://www.soscisurvey.de/studiepersoenlichkeit/>“ verbreitet.

So wurde die Studienteilnahme auf diversen Online-Foren zum Thema psychische Erkrankungen, Psychotherapie, u.ä. und einer Online-Zeitschrift beworben. Es handelte sich dabei um folgende Internetseiten:

- [www.psychic.de/forum](http://www.psychic.de/forum)
- [www.sockenschein.de](http://www.sockenschein.de)
- [www.borderline-forum.org](http://www.borderline-forum.org)
- [www.hoffnungsschimmer-forum.de](http://www.hoffnungsschimmer-forum.de)
- [www.nur-ruhe.de](http://www.nur-ruhe.de)
- [www.forum.angst-und-panik.de](http://www.forum.angst-und-panik.de)
- [www.psychologie-heute.de](http://www.psychologie-heute.de)

Außerdem wurde der Link zur Studie auch in verschiedenen „Facebook Gruppen“ mit der Bitte um Teilnahme veröffentlicht:

„Psychologische Studien für alle“, „Master Psychologie Uni Graz“, „Alpen-Adria-Universität Klagenfurt“, „LMU Psychologische Studien“, „Universität Bielefeld 2018/2019“, „Universität Duisburg-Essen“, „Goethe-Universität Frankfurt“, „Studien suchen Teilnehmer -Studienteilnehmer gesucht & gefunden (+Umfragen)“, „Universität zu Köln“, „Universität Hamburg“, „UNIVERSITÄT BASEL“, „Humboldt Universität zu Berlin“, „Universität wien“, „Ruhr-Universität Bochum“, „Medizinische Universität Wien – MUW“, „Leibniz Universität Hannover“, „Masterstudium Psychologie Uni Wien“, „Umfragen & Online-Experimente – Teilnehmer für empirische Studien finden“, „Psychologie Universität Hildesheim“, „Umfragen für Studienarbeiten“, „Psychologie Uni Lübeck“, „Uni Freiburg (Albert-Ludwigs-Universität)“, „Versuchsbörse Psychologie Uni Würzburg“, „Uni Graz Psychologie 16/17“, „Studenten der Otto-Friedrich-Universität Bamberg“, „BWL / IBWL Universität Wien BWZ“, „Grazer Psychologiestudenten“, „Universität für angewandte Kunst Wien“, „Universität des Saarlandes“, „Universität Duisburg-Essen (Gruppe)“, „Universität Bayreuth, „BWL / VWL Wiwiss Freie Universität Berlin“

Ebenso wurden „Flyer“ zur Studie (Abschnittskennzeichnung) in öffentlichen Gebäuden der Städte Wien und Salzburg, vornehmlich im studentischen Umfeld, ausgehängt. Dazu gehörten unter anderem folgende Orte in Wien:

„ÖH“ Studentenvertretung, Hörsaalzentrum „altes AKH“, Institut f. Anglistik und Amerikanistik, Fachbereichsbibliothek Kunstgeschichte, „Facultas“-Shop altes AKH, Audimax der Universität Wien, psychologische Studierendenberatung, verschiedene Gebäude der TU Wien, Universität für angewandte Kunst Wien

Zuletzt wurden verhaltenstherapeutisch arbeitende PsychotherapeutInnen in Bayern über die Suchfunktion der „Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (PTK) „[https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa\\_psychotherapeuten-suche.html](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_psychotherapeuten-suche.html)“ (2017) und selbige in Gesamt-Österreich über die Liste „<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>“ des „Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen“ (2017) mit einer persönlich formulierten Email (siehe Anhang C) angeschrieben und darum gebeten, ihre PatientInnen auf die Studie hinzuweisen und ihnen die nötigen Informationen in Form eines Flyers (siehe Anhang D) zukommen zu lassen.

#### **4.1.4 Stichprobenmerkmale der Haupterhebung**

Für eine  $\alpha$ -Wahrscheinlichkeit von .05, eine geschätzte Effektgröße von  $f^2 = .15$  und eine angestrebte Teststärke von .08 wurde mit Hilfe der Software *G\*Power 3.1* (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) eine Mindestgröße der Stichprobe von  $N = 77$  berechnet. Voraussetzung für den Einschluss in die vorliegende Studie war die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie zum Zeitpunkt der Befragung in einem Ausmaß von höchstens zehn absolvierten Therapiesitzungen und das Mindestalter von 18 Jahren. Insgesamt wurde die Online-Befragung 1078mal aufgerufen und die Befragung 247mal abgeschlossen, wobei 60 Datensätze zur weiteren statistischen Auswertung verwendet wurden. Die restlichen 187 befragten Personen (absolvierten bereits mehr als zehn Psychotherapiesitzungen) erfüllten nicht die Kriterien und wurden daher nach der ersten Frage („Um an vorliegender Studie teilnehmen zu können, darf eine gewisse Anzahl an bisherigen Sitzungen Ihrer derzeitigen Psychotherapie nicht überschritten werden. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer bisherigen Sitzungen an.“) zur letzten Seite der Befragung weitergeleitet.

Von den 60 abgeschlossenen Datensätzen wurden elf auf Grund von auffälligem Antwortverhalten (durchgehend nur eine Antwortmöglichkeit gewählt o.ä.) oder der Falsch-Beantwortung der Kontrollfrage von der statistischen Analyse ausgeschlossen. Dies ergibt einen Stichprobenumfang von  $N = 49$ , im Alter von 18 bis 58 Jahren ( $M = 30,51$ ;  $SD = 8,76$ ) (siehe dazu auch Abbildung 2), wobei 39 Fälle (79,6%) dem weiblichen und 10 Fälle (20,4%) dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden können. Dies entspricht in etwa den Verteilungen, welche in einer Studie zur Untersuchung der Merkmale von Personen in ambulanter Psychotherapie ermittelt wurden (Bembenneck, 2006). Alle 49 (100%) TeilnehmerInnen gaben an, über „gute“ Deutschkenntnisse zu verfügen.

Die Anzahl der in der aktuellen Psychotherapie absolvierten Sitzungen verteilt sich wie folgt, 19 (38,8%) der TeilnehmerInnen bisher 1–3 Sitzungen, 19 (38,8%) der

TeilnehmerInnen 4–6 Sitzungen und 11 (22,4%) der TeilnehmerInnen 7–10 Sitzungen, wobei 26 (53,1%) TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Erhebung sich bisher in „einer“ Psychotherapie befanden, 17 (34,7%) in „zwei“, 5 (10,2%) in „mehr als zwei“ und 1 (2%) TeilnehmerIn keine Angabe dazu machte. 8 (16,3%) der TeilnehmerInnen gaben an als therapeutische Behandlungsform aktuell „Psychoanalyse“, 25 (51,0%) „Verhaltenstherapie / Kognitive Verhaltenstherapie“ und 16 (32,7%) eine „Andere“- Form der Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Für die Diagnosestellung der aktuellen Therapie gaben 30 (61,2%) der TeilnehmerInnen eine Depression, 27 (55,1%) eine Angststörung, 4 (8,2%) eine Zwangsstörung und 15 (30,6%) eine andere Diagnose an, Mehrfachnennungen waren dabei möglich.

#### 4.1.5 Geplante statistische Auswertung

Da die meisten Berechnungen der Studie in Form von multiplen linearen Regressionen mit der Software *PASW 18* (SPSS Inc., 2009) durchgeführt wurden, sei zu erwähnen, dass die für multiple lineare Regressionen notwendigen Voraussetzungen (Field, 2009) bei fast allen Berechnungen erfüllt wurden. Es wird daher auf eine detaillierte Beschreibung verzichtet und nur bei einer Verletzung der Voraussetzungen explizit darauf hingewiesen.

Im Falle einer Datenreduktion wurde zumeist auf eine *Boxplotanalyse* (Baltes-Götz, 2017) zurückgegriffen. Hierbei werden auffällige Werte der *studentisierten ausgeschlossenen Residuen* (SDR) als Ausreißer definiert und anschließend aus dem Datensatz entfernt. Falls die Boxplotanalyse keine Ergebnisse lieferte, wurde auf andere Verfahren zurückgegriffen, welche an den entsprechenden Stellen erklärt werden. Falls nicht anders gekennzeichnet, werden die teststatistischen Kennwerte tabellarisch aufgeführt und jeweils im anschließenden Absatz weiter erläutert.

Auf Grund des stark explorativen Charakters der vorliegenden Untersuchung wurde auf eine Adjustierung des globalen  $\alpha$ -Niveaus wie etwa durch eine *Bonferroni-Korrektur* (Abdi, 2007) oder der Berechnung der *False Discovery Rate* (Benjamini & Hochberg, 1995) verzichtet. Ebenso wurde aus demselben Grund und aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Angabe von Konfidenzintervallen verzichtet. Signifikante Ergebnisse sollen hier lediglich als Hinweis für zukünftig durchgeführte Studien des Themenbereichs dienen.

Sofern nicht anders an den entsprechenden Stellen beschrieben, wurden die Regressionsmodelle im *Rückwärts-Ausschlussverfahren* (Rückwärtselimination) berechnet. Hiermit sollen „Suppressoreffekte“ verhindert werden, welche auftreten, wenn ein Prädiktor einen signifikanten Beitrag leistet, aber nur wenn eine weitere Variable konstant gehalten wird, wofür bei Verwendung des *Vorwärts-Ausschlussverfahrens* (Vorwärtselimination) ein höheres Risiko besteht (Field, 2009). Außerdem soll die Verwendung eines Elimina-

tionsverfahrens den explorativen Charakter der Studie widerspiegeln, da aus den bisher vorhandenen Ergebnissen im Forschungsbereich keine eindeutigen Vorannahmen abgeleitet werden können.

Darüber hinaus werden zusätzlich zu einigen Regressionsmodellen noch bivariate Pearson-Korrelationen angegeben, was die „Non-Kausalität“ der Ergebnisse unterstreichen und zusätzliche Informationen liefern soll.

*Abbildung 4*

Verteilung des Lebensalters  
in Jahren in der Stichprobe  
der Haupterhebung (N = 49)

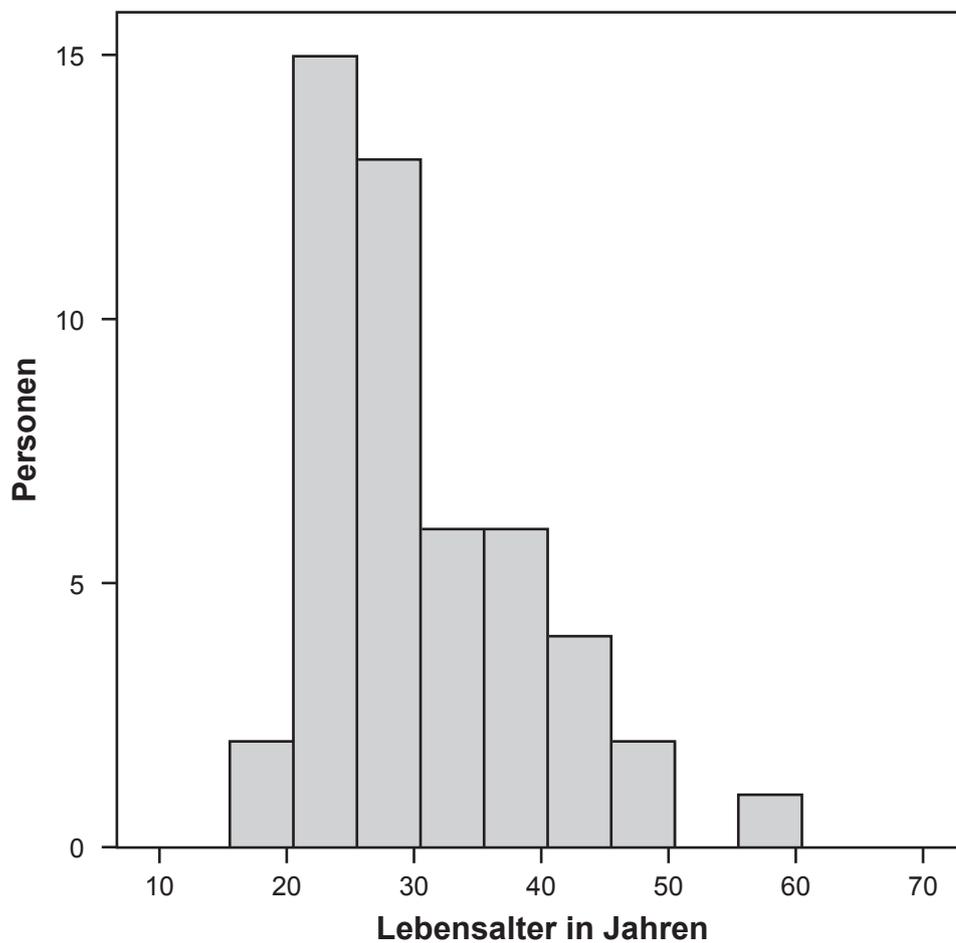


Tabelle 2

*Formale Bildung der TeilnehmerInnen in der Haupterhebung*

<b>Art des erlangten Schulabschlusses</b>	<b>n</b>	<b>Prozent</b>
Schule beendet ohne Abschluss	1	2,0%
Volks-, Hauptschulabschluss, Quali.	1	2,0%
Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	8	16,3%
Abgeschlossene Lehre	8	16,3%
Fachabitur, Fachhochschulreife	5	10,2%
Abitur, Matura, Hochschulreife	9	18,4%
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	15	30,6%
Anderer Abschluss	2	4,1%
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

*Anmerkung.* „Quali“ = Qualifizierter Hauptschulabschluss

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der erlangten Schulabschlüsse der TeilnehmerInnen der Haupterhebung. Der Personenkreis mit hohem und höchstem Bildungsgrad ist in vorliegender Stichprobe überrepräsentiert, was approximativ der Verteilung von PsychotherapiepatientInnen entspricht (Bembenneck, 2006).

## **4.2 MESSINSTRUMENTE UND GEMESSENE VARIABLEN**

Nachfolgend werden die verwendeten Fragebögen vorgestellt und relevante Skalen näher beschrieben.

### **4.2.1. Der Allgemeine Intersession Fragebogen (AIFS)**

Laireiter und Jöchler (2010) konstruierten den AIFS als vollstandardisiertes Messinstrument zur retrospektiven Erhebung von ISP. Er lehnt sich an den *Spezifischen*

*Intersession-Fragbogen* (SISF) von Orlinsky et al. (1993) und dessen Übersetzungen ins Deutsche an (Hartmann et al., 2003), jedoch wurden einige Items, beispielsweise der Dimension „Inhalte der IS-Erfahrungen“, neu entwickelt bzw. neu formuliert. Es soll ein Mittelwert aller Intersession-Erfahrungen, welche ein/e KlientIn im Verlauf einer Psychotherapie macht, gebildet werden. Dabei unterteilt sich der AISF in sieben Skalen und bedient sich einer fünf-stufigen Likert-Skala als Antwortformat. Die Antwortskalen differieren je nach abgefragter Dimension (siehe Anhang E). Die internen Konsistenzen der einzelnen Subskalen bewegen sich zwischen  $\alpha = .53$  und  $\alpha = .92$  (Jöchler, 2010). Die Dimensionen des AISF werden von Jöchler (2010, S. 101ff) folgendermaßen beschrieben:

„1 Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten‘: Diese Dimension erhebt die Intensität der Beschäftigung, sei es sowohl die durchschnittliche Häufigkeit zwischen zwei Therapiestunden als auch die Häufigkeit vor bzw. nach einer Therapiestunde. Es wird zum Beispiel gefragt wie häufig der Patient an einen vergangenen Dialog gedacht hat oder wie präsent Therapieinhalte im Alltagsleben sind. [...]

2 Art der Beschäftigung mit der Therapie‘: Diese Dimension misst welche Art der Beschäftigung der Patient während des Inter-Session-Prozesses bevorzugt anwendet. Dazu gehören zum Beispiel Items, wie ein Gespräch über die Therapie führen, Inhalte der Therapie in ein Tagebuch schreiben oder auf Tonband sprechen. Die Antwortmöglichkeiten sind sehr differenziert, um gezielte Aussagen zur Beschäftigungsart treffen zu können: 1 = nie, 2 = selten (weniger als 1 mal/Monat), 3 = gelegentlich (1 mal/Monat), 4 = regelmäßig (1–2 mal/Woche) und 5 = häufig (mehrmals/Woche). Die Fragen beziehen sich auf den gesamten Therapieverlauf und versuchen eine durchschnittliche Aktivität in diesem Zeitraum zu messen.

3 Aktive Umsetzung von Therapieinhalten- Verwendung zur Alltagsbewältigung‘: Hier wird der Patient gefragt, ob er im Rahmen einer Therapiesitzung Hausaufgaben bekommen und diese auch erledigt hat. Weiters wird die durchschnittliche Häufigkeit bestimmter Aktivitäten zwischen zwei Therapiesitzungen erhoben. Die Items erfragen beispielsweise, ob etwas davon ausprobiert wurde, das in der Therapie besprochen wurde, oder ob der Patient schon einmal versucht hat Therapeut zu spielen und sich selbst zu therapieren. Die Antwortmöglichkeiten sind: 1 = nie, 2 = 1–2 mal, 3 = 3–5 mal, 4 = fast täglich und 5 = mehrmals täglich.

4 Dimension ‚Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung‘: Diese Dimension versucht die emotionale Qualität der Auseinandersetzung mit der Therapie und dem Therapeuten zwischen den Therapiesitzungen, sowohl in positiver als auch in negativer Richtung, zu erfassen. Die Items messen die durchschnittliche Häufigkeit, wie oft man sich über den Therapeuten geärgert hat oder ob der Therapeut innerlich

abgewertet oder vor anderen Personen gelobt wurde. Die Antwortmöglichkeiten sind: 1 = nie, 2 = 1–2 mal, 3 = 3–5 mal, 4 = fast täglich und 5 = mehrmals täglich.

5 Therapiebewertungen und Therapieerfahrung: Diese Dimension besteht aus 8 Items und es wurden dieselben Antwortmöglichkeiten wie bei Dimension 4 verwendet. Diese Dimension misst den Durchschnitt der positiven sowie auch negativen Bewertung der Therapie zwischen zwei Therapiesitzungen. Es wird zum Beispiel gefragt, wie häufig die Therapie als etwas Tolles oder als nutzlos empfunden wurde. Auch hier werden positive und negative Therapieerwartungen unterschieden.

6 Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie: Diese Dimension versucht zu erfassen, welche Gefühle und Stimmungen eine Therapiesitzung durchschnittlich hinterlässt. Der Patient wird gefragt, wie oft er im Schnitt bestimmte Gefühle empfindet, wenn er nach einer Therapiestunde den Raum verlässt. Es wird sowohl nach positiven Gefühlen, wie Erleichterung und Freude, als auch nach negativen Gefühlen, wie etwa Traurigkeit und Entmutigung, zwischen zwei Therapiesitzungen gefragt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft bis 5 = jedes Mal.

7 Dimension „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“: Diese Dimension misst die Färbung der emotionalen Qualität der Gedanken und die Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Therapie. Es wird erfragt wie intensiv bestimmte Gefühle im Allgemeinen über den Verlauf der Therapie zwischen zwei Therapiesitzungen auftreten. Es werden Items, wie zum Beispiel freudig, ängstlich, aufgewühlt und neugierig, verwendet. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = intensiv bis hin zu 5 = sehr intensiv.“ (S. 101ff)

#### **4.2.2 Der Intrasession-Fragebogen (65-Item Version)**

Zur Ermittlung der wichtigsten Veränderungsprozesse innerhalb von Therapiesitzungen wurde der von Kaiser (2014) entwickelte und von Zettler (2016) erweiterte Intrasession-Fragebogen in seiner 65-Item Version verwendet (siehe Anhang F). Dieser untergliedert sich in die vier Skalen (und ihre dazugehörigen Subskalen) *Problembезogene Prozesse (Klärung, Erlebte Selbstwirksamkeit, Problemaktualisierung und Einsicht)*, *Beziehungserfahrungen (Loyalität und Sympathie, Selbstwertstützung, Unterstützung und Konflikte und Übertragung)*, *Emotionale Prozesse (Emotionale-Erleichterung/ Katharsis, Emotionales Erleben und Containment)* und *negative und unerwünschte Therapieereignisse (Missverständnis, Scham, Verwirrung, Zurückweisung und Verletzung)*.

Tabelle 3

Von Zettler (2016) ermittelte interne Konsistenzen für die Gesamtskalen

Skala	Cronbach's $\alpha$	Itemanzahl
Problembezogene Prozesse	.94	15
Beziehungserfahrungen	.95	20
Emotionale Prozesse	.93	14
negative und unerwünschte Therapieereignisse	.91	21

Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen sind, wie aus Tabelle 3 ersichtlich, ausreichend hoch, konvergente Validität konnte mit dem Verfahren WAI-SR nachgewiesen werden (Zettler, 2016).

Die durch die Subskalen repräsentierten Intrasession-Prozesse enthalten jeweils drei bis sechs Items. Diese werden mittels einer siebenstufigen Likert-Skala abgefragt. Das Antwortformat bezieht sich dabei auf die Häufigkeit der, während den bisherigen Psychotherapiesitzungen erlebten, IASP und ist folgendermaßen aufgegliedert: (1) – „nie“, (2) – „fast nie“, (3) – „selten“, (4) – „manchmal“, (5) – „oft“, (6) – „sehr oft“, (7) – „immer“.

Zettler (2016, S. 34f) beschreibt die einzelnen Skalen wie folgt:

„Die Skala *Problembezogene Prozesse* enthält 15 Items und erhebt vier Prozesse, die direkt mit dem Problem der Patientin zusammenhängen. Dabei geht es um das bloße Verständnis ihrer Probleme auf emotionaler (Einsicht) und kognitiver Ebene (Klärung) bis hin zum Gefühl, das Problem lösen zu können (Selbstwirksamkeit), sowie um die Einschätzung des eigenen Erlebens des Problems (Problemaktualisierung).

Die Skala *Beziehungserfahrungen* erhebt über weitere vier Skalen die Häufigkeiten verschiedener Empfindungen und Erlebnisse, die mit der Beziehung zur Therapeutin in Zusammenhang stehen. Beispielsweise kann die Beziehung der Patientin zur Therapeutin als loyal beschrieben werden und von Sympathie geprägt sein (Loyalität/Sympathie). Sie kann darüber hinaus angeben, wie sehr sich die Patientin auf Problemebene (Unterstützung) und auf der emotionalen Ebene (Selbstwertstützung) durch die Beziehung gestärkt fühlt, aber auch ob durch Übertragungsprozesse (Übertragung) frühere Beziehungserfahrungen und Wünsche für die aktuelle therapeutische Beziehung eine Rolle spielen.

Die dritte Skala *Emotionale Prozesse* erfasst auf drei Subskalen das bloße Erleben von Emotionen (Emotionales Erleben) oder das Entlasten von belastenden Emotionen (Katharsis/emotionale Erleichterung) und das Erkennen und Verbalisieren von Emotionen, die bisher eher diffus und unausgesprochen waren (Containment) (Kaiser, 2014). [...]

Nach genauerer Durchsicht der einschlägigen Literatur zu therapeutischen Veränderungen in der Psychotherapie zeigte sich, dass Bedarf an einer Erweiterung des Intra-session-Fragebogens von Kaiser (2014) um eine Skala zu ‚negativen und unerwünschten Therapieereignissen‘ besteht. Das Interesse gilt hier, wie auch bei den bereits vorhandenen Skalen, der Erhebung der Häufigkeit des Auftretens dieses Therapieprozesses.“ (Zettler, 2016, S. 34f)

Zur klaren Abgrenzung der IASP von den zuvor abgefragten ISP wurde der Fragebogen für die Online-Befragung um folgende Information erweitert: „Die folgenden Fragen beziehen sich, wenn bei den einzelnen Fragen nicht anders beschrieben, auf die Erfahrungen, welche Sie innerhalb Ihrer Therapiesitzungen gemacht haben. Bitte versuchen Sie diese intuitiv zu beantworten und sich nicht zu lange mit einzelnen Fragen aufzuhalten.“ Der Prä-Text für jedes Item lautet: „In den Therapiesitzungen...“ und wird mit den Items derart fortgesetzt: „...habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe.“

#### **4.2.3 Der Gesundheitsfragebogen für Patienten – Patient Health Questionnaire (PHQ-D)**

Der PHQ-D wurde für explorative Zwecke und zur Komplettierung der Stichprobenbeschreibung eingesetzt (Löwe, Spitzer, Zipfel, & Herzog, 2002). Dabei kamen seine beiden (Screening-)Module *Generalized Anxiety Disorder Scale-7* (GAD-7) (siehe Anhang G) und das *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (siehe Anhang H) zum Einsatz. Das zuerst Genannte misst den Schweregrad der generellen Ängstlichkeit (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), besteht aus 7 Items und weist eine interne Konsistenz von  $\alpha = .89$  auf (Löwe et al., 2008). Das PHQ-9 misst die Ausprägung depressiver Symptome (Löwe et al., 2002), besteht aus 9 Items und weist eine interne Konsistenz von  $\alpha = .88$  auf (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Beide Module wurden den TeilnehmerInnen in der deutschen Version vorgelegt.

#### **4.2.4 Die Hochsensitivitäts-Skala „Highly Sensitive Person Scale“ (HSP-Scale)**

Die HSP-Scale (Aron & Aron, 1997) und vorliegend ihre deutsche Übersetzung (Aron, 2014) dient dazu Hochsensibilität im Sinne von SPS zu erfassen. Für die Vorerhebung wurde sowohl eine Form dieser Skala im Antwortformat „Frage“ (HSP-Frage) (siehe Anhang I) und eine im Antwortformat „Aussage“ (HSP-Aussage) (siehe Anhang J) verwendet. Sie

besteht aus 27-Items und einem 7-stufigen Antwortformat welches von „nein überhaupt nicht“, über „teils - teils“, bis hin zu „ja absolut“ und den jeweiligen Zwischenabstufungen reicht. Die internen Konsistenzen bewegen sich zwischen  $\alpha = .64$  und  $\alpha = .75$  (Aron & Aron, 1997). Die zugrundeliegende Faktorenstruktur wird derzeit noch diskutiert, wobei einige Forschungsgruppen von einer ein-faktoriellen (Aron & Aron, 1997; Hofmann & Bitran, 2007), andere von einer zwei-faktoriellen (Evans & Rothbart, 2008), weitere von einer drei-faktoriellen Lösung (Smolewska et al. 2006; Lionetti et al., 2018) und Meyer et al. (2005) schließlich von vier Faktoren ausgehen. Derzeit wird angenommen, dass die HSP-Scale sowohl ein generelles Hochsensibilitätskonstrukt misst, als auch die drei Subskalen *Sensitivity to Sensory Stimuli / Low Sensory Threshold (LST)*, *Sensitivity to Overstimulation / Ease of Excitation (EOE)* und *Sensitivity to the Aesthetic Quality of the Environment / Aesthetic Sensitivity (AES)* (Lionetti et al., 2018).

#### **4.2.5 Die Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)**

Die BFAS (siehe Anhang K) von DeYoung, Quilty und Peterson (2007) messen die Big5-Persönlichkeitsvariablen Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Offenheit. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die beiden zu unterscheidenden Aspekte gelegt, welche den fünf Dimensionen jeweils zugrunde liegen (DeYoung et al., 2007):

- Für Neurotizismus die Aspekte – *Volatilität* und *Rückzug*
- Für Verträglichkeit die Aspekte – *Anteilnahme* und *Höflichkeit*
- Für Gewissenhaftigkeit die Aspekte – *Fleiß* und *Ordnungsliebe*
- Für Extraversion die Aspekte – *Begeisterung* und *Durchsetzungsvermögen*
- Für Offenheit die Aspekte – *Intellekt* und *Offenheit*

Je Aspekt beinhalten die Skalen zehn Items. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen reichen von  $\alpha = .75$  bis  $\alpha = .89$  (DeYoung et al., 2007).

#### **4.2.6 Vorerhebung: Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten – extrem kurze Version (FEE-US)**

Die deutsche Version der FEE-US (Petrowski, Paul, Zenger, & Brähler, 2012) (siehe Anhang L) wurde in vorliegender Studie verwendet um die Zusammenhänge von Neurotizismus, Introversion, Hochsensibilität und dem Erziehungsumfeld (Aron, 2014) an Hand der Ergebnisse der Vorerhebung abzubilden. Er besteht aus insgesamt zwölf Items, je sechs für das erinnerte Verhalten der Mutter, beziehungsweise des Vaters, wie es in der eigenen Kindheit wahrgenommen wurde. Die Items werden an Hand einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet (1 = „nie“, 2 = „gelegentlich“, 3 = „oft“, 4 = „immer“) mit zwei

zusätzlichen Ausweichantwortmöglichkeiten („Kann mich nicht erinnern“, „Ich bin ohne Vater / Mutter aufgewachsen“). Es werden keine Angaben zur internen Konsistenz gemacht, da laut AutorInnen die Berechnung derselben auf Grund der geringen Itemanzahl nicht sinnvoll wäre. Sowohl die konvergente, als auch die divergente, faktor-basierte Validität sind gegeben (Petrowski et al., 2012). Die deutsche Übersetzung der korrespondierenden Items wurde aus der der langen Version des *Fragebogens zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten* (FEE) übernommen (Schumacher, Eisemann, & Brähler, 2000).

## 5 ERGEBNISDARSTELLUNG

In diesem Kapitel werden zunächst die, für die Haupterhebung relevanten, Ergebnisse aus der Vorerhebung und anschließend jene der Haupterhebung selbst, welche die Beantwortung der Fragestellungen und ihre jeweiligen Hypothesen betreffen, beschrieben. Weiters wird auf interessierende Korrelate, wie beispielsweise die Sitzungsanzahl der TeilnehmerInnen oder deren Therapieform, welche sie in Anspruch nahmen, eingegangen. Zusätzlich werden diskussionswürdige, explorative Ergebnisse dargestellt. Weiters wird bei signifikanten Ergebnissen die, mit der Software G\*Power (Faul et al., 2009) ermittelte, Teststärke aufgelistet, wobei die dafür erforderliche Effektstärke mit der Formel  $R^2 / 1 - R^2$  berechnet wurde (Cohen, 1988).

## 5.1 ERGEBNISSE DER VORERHEBUNG

Im folgenden Abschnitt werden die relevanten Ergebnisse aus der Vorerhebung dargestellt. Dazu gehören die Reliabilitäten der verwendeten Skalen, die deskriptive Statistik der HSP-Skalen und die Zusammenhänge der Big5 mit SPS.

### 5.1.1 Test-Reliabilitäten der Vorerhebung

Tabelle 4

*Reliabilitäten der relevanten Skalen aus der Vorerhebung*

<b>Verwendete Skala</b>	<b>n</b>	<b>Interne Konsistenz</b>
HSP-Aussage	74	$\alpha = .852$
HSP-Frage	72	$\alpha = .927$
BFAS Neurotizismus	148	$\alpha = .916$
BFAS Verträglichkeit	148	$\alpha = .823$
BFAS Offenheit-Intellekt	148	$\alpha = .833$
BFAS Rückzug	148	$\alpha = .892$
BFAS Offenheit	148	$\alpha = .824$
BFAS Intellekt	148	$\alpha = .830$

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, wiesen alle relevanten Skalen aus der Vorerhebung ausreichend hohe interne Konsistenzen auf (Kubinger, 2009; Lienert & Raatz, 1994).

### 5.1.2 Deskriptive Statistik SPS

Der *Kolmogorov-Smirnov-Test* auf Normalverteilung zeigte kein signifikantes Ergebnis ( $p = .200$ ), daher ist von einer Normalverteilung des Merkmals SPS in der Stichprobe auszugehen.

Tabelle 5

*Deskriptive Statistik der Skalen HSP-Aussage-Frage*

<b>Skala</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>	<b><i>n</i></b>
HSP-Aussage-Frage	4.44	0.93	47	177	146

Die Verteilungen der zusammengefassten HSP-Skalen können aus Tabelle 5 entnommen werden. Sie entsprechen in etwa den in vorherigen Studien ermittelten Verteilungen vergleichbarer Populationen, bei denen Werte von  $M = 4.54$  ( $SD = 0.94$ ) in einem deutschsprachigen Sample (Borries, 2012) und  $M = 4.28$  ( $SD = 0.81$ ) in einem us-amerikanischen Sample (Aron & Aron, 1997) erreicht wurden.

Tabelle 6

Zusammenhänge der relevanten Big5-Aspekte mit SPS in der Vorerhebung (N =146)

Prädiktor	Kriterium	
	SPS	SPS
	Gesamt	
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
<b>Schritt 1</b>		
Neurotizismus	.632 (<.001)	
Offenheit / Intellekt	.157 (.016)	
Verträglichkeit	.214 (.001)	
<b>Schritt 2</b>		
Rückzug		.512 (<.001)
Offenheit		.354 (<.001)
Intellekt		-.117 (.072, n.s.)
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.454 (.443)	.492 (.481)
$F$ (df1, df2)	39.375 (3,142)	45.821 (3, 142)
(p)	(<.001)	(<.001)

Tabelle 6 bildet die bereits im Theorieteil beschriebenen Zusammenhänge zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der Big5, frühen Kindheitserfahrungen und SPS (siehe dazu Abschnitt 2.1.8), wie sie in der Vorerhebung mit Hilfe einer multiplen linearen Regression mit Rückwärtselemination ermittelt wurden, ab. Dies geschah für die Big5-Variablen in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden alle Big5-Variablen ins Modell

aufgenommen und im zweiten Schritt die Subdimensionen jener Big5-Variablen, welche im ersten Schritt einen signifikanten Beitrag zum Modell geleistet hatten.

Im ersten Schritt korrelierten die Big5-Variablen Neurotizismus, Offenheit/Intellekt und Verträglichkeit jeweils positiv mit SPS und leisteten einen signifikanten Beitrag zum Modell, wobei Neurotizismus die höchste Gewichtung mit  $\beta = .632$  aufwies. Das berechnete Modell war hoch-signifikant und zeigte eine erklärte Varianz von 45,4%, was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988). Im zweiten Schritt korrelierten die Subdimensionen Rückzug (Neurotizismus) und Offenheit positiv mit SPS, wobei das Persönlichkeitsmerkmal Rückzug mit  $\beta = .512$  den höchsten Beitrag zum Modell lieferte. Die Subdimension Intellekt korrelierte negativ mit SPS und erreichte keine Signifikanz. Das Modell zeigte eine erklärte Varianz von 49,2%, was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988) und war hoch-signifikant.

Tabelle 7

*Pearson Korrelationen der relevanten Big5-Aspekte und SPS in der Vorerhebung – Schritt 1 (N = 146)*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. SPS	1					
2. Neurotizismus	.604**	1				
3. Verträglichkeit	.190*	-.109	1			
4. Gewissenhaftigkeit	-.181*	-.361**	.035	1		
5. Extraversion	-.273**	-.352**	-.037	.323**	1	
6. Offenheit_Intellekt	.202*	-.025	.286**	.152	.229**	1

*Anmerkung.*

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

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

Tabelle 7 zeigt die Pearson-Korrelationen von SPS und den Big5-Merkmalen im ersten Berechnungsschritt (s.o.). SPS wies mit allen Big5-Merkmalen signifikante Korrelationen auf, wobei SPS und Neurotizismus stark miteinander korrelierten  $r(144) = .604, p < .001$ .

Tabelle 8

*Pearson Korrelationen der relevanten Big5-Aspekte und SPS  
in der Vorerhebung – Schritt 2 (N = 146)*

	1.	2.	3.	4.
1. SPS	1			
2. Intellekt	-.133	1		
3. Offenheit	.448**	.251**	1	
4. Rückzug	.621**	-.206*	.242**	1

*Anmerkung.*

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

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

Die Korrelationen zwischen SPS und den Big5-Subdimensionen des zweiten Berechnungsschritts (s.o.) werden in Tabelle 8 dargestellt. Hierbei erreichte die Korrelation von SPS und Intellekt keine statistische Signifikanz. SPS und Offenheit zeigten eine mittlere Korrelation  $r(144) = .448, p < .001$  und SPS und Rückzug eine starke Korrelation  $r(144) = .621, p < .001$ .

Die Ergebnisse aus dem FEE-US zur Erfassung der frühen Kindheitserfahrungen erreichten keine statistische Signifikanz, daher wurde auf den Einsatz des FEE-US in der Haupterhebung verzichtet. Auf Grund dieser Ergebnisse wurden in der Haupterhebung die Subdimensionen der BFAS Rückzug, Offenheit und Intellekt miterfasst.

## 5.2 ERGEBNISSE DER HAUPTERHEBUNG

Inhalt dieses Kapitels sind sämtliche relevanten Ergebnisse der Haupterhebung, dazu gehören deskriptive Statistiken verschiedener Skalen und Variablen, die Reliabilitäten der verwendeten Skalen, Zusammenhänge zwischen Big5 und SPS, Korrelate zwischen ISP, IASP und interessierenden Variablen und die Hypothesenprüfung aus den einzelnen Fragestellungen.

## 5.2.1 Deskriptive Statistik SPS

Tabelle 9

*Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage*

<b>Skala</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>	<b><i>n</i></b>
HSP-Aussage	142.79	22.78	89	188	39

Der in Tabelle 9 angegebene, gemittelte Gesamtscore erreichte hier einen höheren Wert, als jene aus präklinischen Stichproben (siehe dazu Abschnitt 5.1.2). Der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung zeigte kein signifikantes Ergebnis ( $p = .200$ ), daher ist von einer Normalverteilung des Merkmals SPS in der Stichprobe auszugehen.

Tabelle 10

*Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage männliches Geschlecht*

<b>Skala</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>	<b><i>n</i></b>
HSP-Aussage	5.21	0.83	84	188	49

Der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung zeigte kein signifikantes Ergebnis ( $p = .106$ ), daher ist von einer Normalverteilung des Merkmals SPS beim männlichen Geschlecht in der Stichprobe auszugehen.

Tabelle 11

*Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage weibliches Geschlecht*

<b>Skala</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>	<b><i>n</i></b>
HSP-Aussage	132.90	20.78	84	156	10

Der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung zeigte kein signifikantes Ergebnis ( $p = .200$ ), daher ist von einer Normalverteilung des Merkmals SPS beim weiblichen Geschlecht in der Stichprobe auszugehen.

Die in den Tabellen 10 und 11 abgebildeten, gemittelten Gesamtscores und Minima und Maxima und deren Unterschiede bei männlichem (niedrigere Werte) und weiblichem Geschlecht (höhere Werte), entsprechen den bisherigen Erkenntnissen zu den Verteilungen der HSP-Scale (siehe dazu Abschnitt 2.1.7).

Tabelle 12

*Zusammenhänge der relevanten Big5-Aspekte mit SPS in der Haupterhebung*

	Kriterium
	SPS
	Gesamt
Prädiktor	$\beta$ (p)
Rückzug	.402 (.003)
Offenheit	.296 (.023)
Intellekt	
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.285 (.254)
$F$ (df1, df2)	9.151 (2, 46)
(p)	(<.001)
Teststärke	.696
Stichprobengröße	49

Es wurde eine multiple lineare Regression mit Rückwärtselemination gerechnet, um den jeweiligen Erklärungswert der Varianz der, durch die Ergebnisse der Vorerhebung festgelegten, BFAS Subdimensionen an SPS zu ermitteln (siehe Tabelle 12). Die

Subdimensionen Rückzug und Offenheit leisteten jeweils einen signifikanten Beitrag und wurden ins Modell aufgenommen. Die Subdimension Intellekt erreichte keine Signifikanz und wurde daher aus dem Modell ausgeschlossen. Das Modell war hoch-signifikant und zeigte eine Varianzaufklärung von 28,5% was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988).

Tabelle 13  
*Pearson Korrelationen Big5 mit SPS (N = 49)*

	1.	2.	3.	4.
1. SPS	1			
2. Intellekt	.161	1		
3. Offenheit	.356*	.561**	1	
4. Rückzug	.446**	-.085	.150	1

*Anmerkung.*

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

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

Auf Grund der Ergebnisse wurde die Subdimension Intellekt aus den Berechnungen zur Hypothesenprüfung der Haupterhebung ausgeschlossen.

### **5.2.2 Korrelate Sitzungsanzahl, Therapieform und Therapieerfahrung mit relevanten ISP und IASP**

Die Variablen Sitzungsanzahl und Therapieerfahrung lieferten jeweils keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung in den berechneten Regressionsmodellen mit den Regressanden der Relevanten aus ISP und IASP. Ebenso lieferten Modelle mit der Variable Therapieform als Prädiktor keine statistisch relevanten Ergebnisse.

### **5.2.3 Test-Reliabilitäten der Haupterhebung**

Tabelle 14

*Reliabilitäten der relevanten Skalen aus der Haupterhebung*

<b>Verwendete Skala</b>	<b>n</b>	<b>Interne Konsistenz</b>
HSP-Aussage	74	$\alpha = .852$
BFAS Rückzug	148	$\alpha = .892$
BFAS Offenheit	148	$\alpha = .824$
BFAS Intellekt	148	$\alpha = .830$
AISF	49	$\alpha = .918$
INTRA	49	$\alpha = .891$

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich, wiesen alle relevanten Skalen aus der Haupterhebung ausreichend hohe interne Konsistenzen auf (Kubinger, 2009; Lienert & Raatz, 1994).

**5.2.4 Hypothesenprüfung: Ergebnisse der Fragestellung 1 –  
Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP**

F1: Gibt es Zusammenhänge zwischen SPS und spezifischen ISP zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie unter Kontrolle der Persönlichkeitsvariablen Offenheit und Rückzug?

Tabelle 15

Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP (F1)

Prädiktor	Kriterium			
	AISF-IBT	AISF-AUT	AISF-EQNT	AISF-QiAT
	Gesamt			
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
SPS		.221 (.127, n.s.)	.337 (.032)	.276 (.061, n.s.)
Rückzug			-.384 (.015)	
Offenheit	.257 (.075, n.s.)			
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.066 (.046)	.049 (.029)	.146 (.109)	.076 (.056)
F (df1, df2)	3.319 (1, 47)	2.419 (1, 47)	3.929 (2, 46)	3.706 (1, 45)
(p)	(.075, n.s.)	(.127, n.s.)	(.027)	(.061, n.s.)
Teststärke			.608	
Stichproben- größe	49	49	49	47

*Anmerkung.* IBT = „Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten“; AUT = „Aktive Umsetzung von Therapieinhalten - Verwendung zur Alltagsbewältigung“; EQNT = „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie“; QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse, der mit multiplen linearen Regressionen mit Rückwärtselimination gerechneten, Hypothesenprüfung. Das Modell mit dem Regressanden EQNT erreichte Signifikanz ( $p = .027$ ), wobei die beiden Prädiktoren SPS und Rückzug jeweils einen signifikanten Beitrag zum Modell lieferten. Rückzug war hier negativ gepolt und leistete mit einem  $\beta$ -Gewicht von  $-.384$  einen etwas größeren Beitrag als SPS ( $\beta = .337$ ). Die erklärte Varianz des Modells betrug 14,6% was einem mittleren Effekt

entspricht (Cohen, 1988). Für die drei weiteren Modelle konnte keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden. Das Modell mit dem Regressanden QiAT zeigte nach Datenreduktion zweier Fälle auf Grund von SDR = 2,753 und SDR = 2,760 ein annähernd signifikantes Ergebnis ( $p = .061$ ) und mit einer erklärten Varianz von 7,6% durch SPS einen kleinen Effekt (Cohen, 1988). Das Modell mit dem Regressanden AISF-AUT wies mit 4,9% der erklärten Varianz durch SPS auf einen kleinen Effekt hin (Cohen, 1988), erreichte jedoch keine Signifikanz ( $p = .127$ ).

Tabelle 16

*Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und ISP (F1) (N = 49)*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. SPS	1						
2. Offenheit	.356*	1					
3. Rückzug	.446**	.150	1				
4. AISF-IBT	.122	.257	.213	1			
5. AISF-AUT	.221	.208	.115	.372**	1		
6. AISF-EQNT	.166	.173	-.234	.079	.320*	1	
7. AISF-QiAT	.186	-.073	.235	.437**	.201	.447**	1

*Anmerkung.*

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

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

IBT = „Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten“; AUT = „Aktive Umsetzung von Therapieinhalten - Verwendung zur Alltagsbewältigung“; EQNT = „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie“; QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“

Keine der Korrelationen von SPS mit den untersuchten ISP erreichte statistische Signifikanz (siehe Tabelle 16).

Zur Aufdeckung von etwaigen Geschlechtsunterschieden wurden Frauen und Männer in Hinblick auf Fragestellung 1 getrennt untersucht. Das ergab jeweils neue Stichprobengrößen von  $n = 39$  für Frauen und  $n = 10$  für Männer. Detailliertere Angaben zu den jeweiligen geschlechterspezifischen Stichprobenmerkmalen finden sich in Abschnitt 5.2.1.

### 5.2.5 Fragestellung 1: Explorative Datenanalyse – Geschlechtsunterschiede

Für die Stichprobe der Frauen ergaben die Berechnungen keine statistisch relevanten Ergebnisse in Bezug auf Fragestellung 1, daher wird auf deren Darstellung verzichtet.

Tabelle 17

*Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP (explorative Analyse, männliches Geschlecht)*

Prädiktor	Kriterium			
	AISF-IBT	AISF-AUT	AISF-EQNT	AISF-QiAT
	Gesamt			
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
SPS	.823 (.012)	.418 (.229, n.s.)	1.952 (.087, n.s.)	2.287 (.001)
Rückzug				-1.857 (.004)
Offenheit				
Intellekt				
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.677 (.623)	.175 (.071)	.323 (.238)	.853 (.805)
$F$ (df1, df2)	12.570 (1, 6)	1.693 (1, 8)	3.810 (1, 8)	17.473 (2, 6)
(p)	(.012)	(.229, n.s.)	(.087, n.s.)	(.003)
Teststärke	.667			.713
Stichprobengröße	8		10	9

*Anmerkung.* IBT = „Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten“; AUT = „Aktive Umsetzung von Therapieinhalten - Verwendung zur Alltagsbewältigung“; EQNT = „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie“; QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“

Tabelle 17 zeigt die Ergebnisse der explorativen Datenanalyse (männliches Geschlecht) in Bezug auf Fragestellung 1.

Auf Grund von Hinweisen auf Ausreißer aus der Residualanalyse wurde eine Datenreduktion für die beiden Modelle mit den Regressanden AISF-IBT und AISF-QiAT vorgenommen. Der Schwellenwert für auffällige Werte in Bezug auf den *zentrierten Hebelwert* (LEV) wurde mit der Formel „ $3 k / N$ “ (Urban & Mayerl, 2011) berechnet, wobei  $k$  der Anzahl der Prädiktoren im Modell entspricht. So ergab sich für das Modell mit dem Regressanden AISF-IBT ein Schwellenwert von 0.3 und für das Modell mit dem Regressanden AISF-QiAT ein Schwellenwert von 0.6. Dies führte, für das zuerst erwähnte Modell, zum Ausschluss eines Falles mit  $LEV = .685$  und einer *Cook-Distanz* (COOK) von  $= 3.023$  und in einem zweiten Schritt zum Ausschluss eines weiteren Falles mit  $LEV = .482$  (der Schwellenwert änderte sich hier auf 0,3, da nur noch ein Prädiktor im Modell verblieb) und  $COOK = 1.870$ . Für das Modell mit dem Regressanden AISF-QiAT führte die Residualanalyse ebenso zum Ausschluss eines Falles mit  $LEV = .529$ ,  $COOK = 2.489$  und  $SDR = -3.190$ . Die Entfernung der genannten Fälle führte bei beiden Modellen zu einem Anstieg der erklärten Varianz. So konnte für AISF-IBT eine Steigerung der erklärten Varianz von 51,0% (37,0%) mit  $p = .082$  auf 67,7% (62,3%) mit  $p = .012$  und statistische Signifikanz erreicht werden. Darüber hinaus verblieb im finalen Modell, gegenüber dem zuerst berechneten, der Prädiktor SPS, der Prädiktor Rückzug lieferte nach Datenreduktion keinen statistischen Beitrag zur Varianzaufklärung und wurde nicht mehr mit in das Modell aufgenommen. Der Ausschluss des Falles aus dem Modell mit dem Regressanden AISF-QiAT führte zu einem Anstieg der erklärten Varianz von 63,3% (52,8%) mit  $p = .030$  auf 85,3% (80,5%) mit  $p = .003$ .

Die Modelle mit den Regressanden AISF-EQNT und AISF-AUT erreichten jeweils keine statistische Signifikanz. Die Residualanalysen der Erwähnten zeigten keine Auffälligkeiten, auf eine Datenreduktion wurde daher nicht durchgeführt.

Tabelle 18

*Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und ISP (explorative Analyse, männliches Geschlecht) (N = 10)*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. SPS	1						
2. Offenheit	.294	1					
3. Rückzug	.830**	.167	1				
4. AISF-IBT	.237	.227	-.179	1			
5. AISF-AUT	.418	-.018	.055	.450	1		
6. AISF-EQNT	.568	.470	.382	.005	.483	1	
7. AISF-QiAT	.615	.176	.230	.479	.682*	.609	1

*Anmerkung.*

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

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

IBT = „Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten“; AUT = „Aktive Umsetzung von Therapieinhalten - Verwendung zur Alltagsbewältigung“; EQNT = „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie“; QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“

Tabelle 18 stellt die Pearson-Korrelationen von SPS, den untersuchten Big5 und ISP in der Stichprobe der Männer dar. SPS und die BFAS Subdimension Rückzug zeigten eine starke Korrelation  $r(8) = .830$ ,  $p < .001$ . Alle weiteren Korrelationen wiesen keine statistische Signifikanz auf, wobei die jeweils starken Korrelationen von SPS mit dem ISP AISF-EQNT  $r(8) = .568$ ,  $p = .087$  und SPS mit dem ISP AISF-QiAT  $r(8) = .615$ ,  $p = .059$  annähernd Signifikanz erreichten.

## 5.2.6 Hypothesenprüfung: Ergebnisse zur Fragestellung 2 – Einfluss von SPS auf IASP

F2: Gibt es Zusammenhänge zwischen SPS und der Ausprägung spezifischer IASP zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie unter Kontrolle der Persönlichkeitsvariablen Offenheit und Rückzug?

Tabelle 19

Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und IASP (F2) (N = 49)

Prädiktor	Kriterium	
	INTRA-Scham	INTRA-Verwirrung
	Gesamt	
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
SPS		.254 (.078, n.s.)
Rückzug	.423 (.002)	
Offenheit		
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.179 (.161)	.064 (.045)
$F$ (df1, df2)	10.234 (1, 47)	3.236 (1, 47)
(p)	(.002)	(.078, n.s.)

Die Berechnung linearer Regressionen mit Rückwärtselemination ergab, wie aus Tabelle 19 ersichtlich, zwei Modelle. Das Modell mit dem Regressand INTRA-Scham und dem Prädiktor Rückzug erreichte Signifikanz ( $p = .002$ ). Das Persönlichkeitsmerkmal Rückzug erklärt 17,9% der Varianz der Dimension Scham, was einem mittleren Effekt entspricht (Cohen, 1988). SPS hatte keine ausreichende Gewichtung, um in dieses Modell aufgenommen zu werden.

Das zweite Modell mit dem Regressanden INTRA-Verwirrung erreichte keine, jedoch annähernde Signifikanz ( $p = .078$ ). Der Prädiktor SPS erklärte hierbei 6,4% der Varianz der Dimension Verwirrung. Dies entspricht einem kleinen Effekt (Cohen, 1988).

Tabelle 20

*Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und IASP (F2) (N = 49)*

	1.	2.	3.	4.	5.
1. SPS	1				
2. Offenheit	.356*	1			
3. Rückzug	.446**	.150	1		
4. Scham	.226	.063	.423**	1	
5. Verwirrung	.254	-.028	.134	.493**	1

*Anmerkung.*

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

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

Wie in Tabelle 20 dargestellt, zeigten sich keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen SPS und den IASP Scham und Verwirrung.

### **5.2.7 Fragestellung 2: Explorative Analyse – Moderierender Effekt des Lebensalters auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP Verwirrung**

Auf Grund der annähernden Signifikanz des Modells mit den Faktoren INTRA-Verwirrung und SPS, wurde jener Zusammenhang unter Einbeziehung verschiedener Variablen explorativ untersucht. Die Variable Lebensalter zeigte hierbei einen moderierenden Effekt. Die Boxplotanalyse (Baltes-Götz, 2017) führte zur Datenreduktion von einem Fall mit  $SDR = -2,539$ . Hierauf wurde eine Moderation mit dem *PROCESS-MACRO 2.16.3* (Hayes, 2012) für SPSS berechnet.

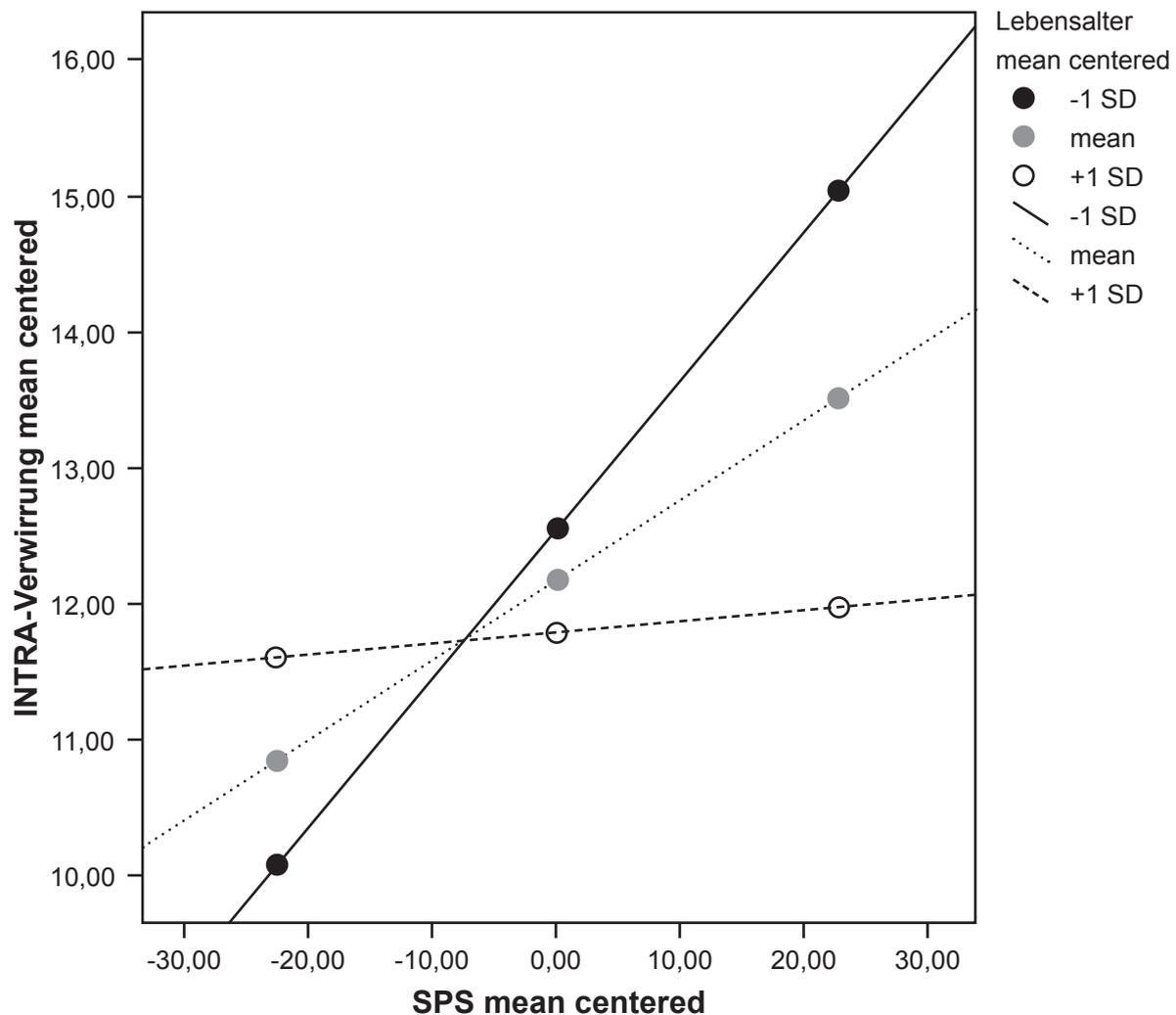
Tabelle 21

*Moderation der Altersvariable auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP  
Verwirrung (explorative Analyse) (N = 48)*

<b>Moderation durch Alter</b>	
	<b>Kriterium</b>
	INTRA-Verwirrung
	<b>Gesamt</b>
<b>Prädiktor</b>	$\beta$ (p)
Lebensalter	-.043 (.530, n.s.)
SPS	.059 (.025)
Alter x SPS	-.006 (.023)
$R^2$	.233
$F$ (df1, df2)	4.161 (3, 44)
(p)	(.011)

Abbildung 5

Moderatoreffekt des Lebensalters  
auf den Zusammenhang  
von SPS mit INTRA-Verwirrung



Wie aus Tabelle 21 ersichtlich, erreichte die Wechselwirkung von SPS und dem Lebensalter der TeilnehmerInnen auf den Regressanden INTRA-Verwirrung statistische Signifikanz ( $p = .023$ ). Dabei ergab sich ein  $R^2$ -Anstieg von .098, was einem kleinen Effekt entspricht (Cohen, 1988). Abbildung 3 zeigt die Moderation, welche Signifikanz vom niedrigsten zentrierten Wert -12.563 ( $p = .007$ ) des Prädiktors Lebensalter bis zum Wert 1.438 ( $p = .042$ ) erreichte. Höhere Werte, bis zum höchsten Wert von 27.438, erreichten keine statistische Signifikanz.

### 5.2.8 Hypothesenprüfung: Ergebnisse der Fragestellung 3 – Einfluss von SPS auf den Zusammenhang zwischen ISP und IASP

F3: Gibt es einen moderierenden Effekt von SPS auf den Zusammenhang zwischen IASP und der emotionalen Qualität von ISP?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde bei der statistischen Berechnung folgendermaßen vorgegangen. Für jede Hypothese wurde in einem ersten Schritt für die Prädiktoren ein *mean-centering* durchgeführt (Field, 2009). Im nächsten Schritt wurde aus diesen neu entstandenen Variablen ein *Interaktionsterm* berechnet (Field, 2009). Daraufhin wurde ein Regressionsmodell durch eine multiple Regression mit Einschlussverfahren mit diesem Interaktionsterm und den zuvor berechneten neuen Variablen erstellt. Falls dieses nicht signifikant war, wurde ein neues Regressionsmodell ohne dem Interaktionsterm berechnet (Field, 2009). Falls dieses wiederum keine Signifikanz erreichte, wurde in einem letzten Schritt eine Datenreduktion durchgeführt (Field, 2009).

H3.1: Der Zusammenhang von IASP der „Problemaktualisierung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

Tabelle 22

*Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Problemaktualisierung mit AISF-QiAT durch SPS*

Prädiktor	Kriterium		
	AISF-QiAT		
	Gesamt		
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
Analysemethode	mit IT	ohne IT	ohne IT nach DR
INTRA-P	.107 (.506, n.s.)	.120 (.443, n.s.)	.074 (.638, n.s.)
SPS	.124 (.451, n.s.)	.140 (.371, n.s.)	.248 (.118, n.s.)
INTRA-P x SPS	-.062 (.695, n.s.)		
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.050 (-.013)	.047 (.005)	.081 (.039)
F (df1, df2)	.792 (3, 45)	1.131 (2, 46)	1.933 (2, 44)
(p)	(.505, n.s.)	(.332, n.s.)	(.157, n.s.)
Stichprobengröße	49	49	47

*Anmerkung.* QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“; INTRA-P = INTRA-Problemaktualisierung; IT = Interaktionsterm; DR = Datenreduktion

Wie aus Tabelle 22 ersichtlich, erreichte das Regressionsmodell mit Interaktionsterm keine Signifikanz ( $p = .505$ ), worauf der Interaktionsterm aus der Berechnung des nächsten Regressionsmodells ausgeschlossen wurde. Hierbei erreichte das Regressionsmodell

ebenfalls keine Signifikanz ( $p = .332$ ), daher wurde eine Datenreduktion durchgeführt. Aufgrund der Boxplot-Analyse der SDR (Baltes-Götz, 2017) wurden zwei Fälle aus der Stichprobe entfernt, es ergab sich eine neue Stichprobengröße mit  $n = 47$ . Die Datenreduktion rief zwar eine Verringerung des  $p$ -Werts hervor, erreichte aber dennoch keine Signifikanz ( $p = .157$ ). Die vom IASP Problemaktualisierung und SPS erklärte Varianz betrug 8,1% was einem kleinen Effekt entspricht (Cohen, 1988).

H3.2: Der Zusammenhang von IASP der „Klärung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

Tabelle 23

*Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Klärung mit AISF-QiAT durch SPS durch SPS*

Prädiktor	Kriterium		
	AISF-QiAT		
	Gesamt		
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
Analysemethode	mit IT	ohne IT	ohne IT nach DR
INTRA-K	-.142 (.341, n.s.)	-.177(.222, n.s.)	-.252 (.079, n.s.)
SPS	.176 (.233, n.s.)	.201 (.167, n.s.)	.294 (.042)
INTRA-K x SPS	-.142 (.345, n.s.)		
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.084 (.023)	.066 (.025)	.139 (.100)
F (df1, df2)	1.378 (3, 45)	1.616 (2, 46)	3.565 (2, 44)
(p)	(.262, n.s.)	(.210, n.s.)	(.037)
Stichprobengröße	49	49	47

*Anmerkung.* QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“; INTRA-K = INTRA-Klärung; IT = Interaktionsterm; DR = Datenreduktion

Wie aus Tabelle 23 ersichtlich, erreichte das Regressionsmodell mit Interaktionsterm keine Signifikanz ( $p = .262$ ), worauf der Interaktionsterm aus der Berechnung des nächsten Regressionsmodells ausgeschlossen wurde (Field, 2009). Jenes Modell ohne Interaktionsterm erreichte mit  $p = .210$  keine statistische Signifikanz, daher wurde eine Datenreduktion in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt konnte ein Ausreißer auf Grund der Boxplot-Analyse der SDR entdeckt werden und wurde aus der Berechnung ausgeschlossen. Bei der Betrachtung der SDR des nun neu berechneten Regressionsmodells wurde ein zweiter Fall mit einem sehr hohen Wert identifiziert (SDR = 2.979) und wiederum aus der nachfolgenden Berechnung ausgeschlossen. Dabei stieg die erklärte Varianz bei  $n = 48$  von 10,3% (6,3%) mit  $p = .086$ , im zweiten Modell bei  $N = 47$  auf 13,9% (10,0%) mit  $p = .037$ . Die zuletzt angegebene Varianzaufklärung entspricht dabei einem mittleren Effekt (Cohen, 1988).

H3.3: Der Zusammenhang von IASP der „Einsicht“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

Tabelle 24

*Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Einsicht mit AISF-QiAT durch SPS*

Prädiktor	Kriterium		
	AISF-QiAT		
	Gesamt		
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
Analysemethode	mit IT	ohne IT	ohne IT nach DR
INTRA-E	-.127 (.410, n.s.)	-.153 (.305, n.s.)	-.238 (.112, n.s.)
SPS	.221 (.143, n.s.)	.223 (.138, n.s.)	.248 (.098, n.s.)
INTRA-E x SPS	.109 (.466, n.s.)		
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.068 (.006)	.057 (.015)	.089 (.049)
$F$ (df1, df2)	1.099 (3, 45)	1.378 (2, 46)	2.203 (2, 45)
(p)	(.363, n.s.)	(.262, n.s.)	(.122, n.s.)
Stichprobengröße	49	49	48

*Anmerkung.* QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“; INTRA-E = INTRA-Einsicht; IT = Interaktionsterm; DR = Datenreduktion

Das Regressionsmodell mit Interaktionsterm erreichte, wie in Tabelle 24 ablesbar, keine Signifikanz ( $p = .363$ ). Deshalb wurde der Interaktionsterm bei der Berechnung des nächsten Regressionsmodells entfernt (Field, 2009). Das Modell ohne Interaktionsterm erreichte mit  $p = .262$  keine statistische Signifikanz, woraufhin eine Datenreduktion durchgeführt wurde. Die Boxplot-Analyse der SDR (Baltes-Götz, 2017) führte zur Entfernung eines Falles, es ergab sich eine neue Stichprobengröße mit  $n = 48$ . Das Regressionsmodell erreichte keine statistische Signifikanz ( $p = .122$ ), die durch die Prädiktoren INTRA-Einsicht und SPS erklärte Varianz entsprach mit 8,9% einem kleinen Effekt (Cohen, 1988).

H3.4: Der Zusammenhang von IASP des „emotionalen Erlebens“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

Tabelle 25

*Moderation des Zusammenhangs von INTRA-emotionales Erleben mit AISF-QiAT durch SPS*

Prädiktor	Kriterium		
	AISF-QiAT		
	Gesamt		
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
Analysemethode	mit IT	ohne IT	ohne IT nach DR
INTRA-e E	-.067 (.652, n.s.)	-.073 (.625, n.s.)	-.079 (.598, n.s.)
SPS	.184 (.225, n.s.)	.200 (.181, n.s.)	.206 (.174, n.s.)
INTRA-e E x SPS	-.113 (.443, n.s.)		
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.052 (-.011)	.040 (-.002)	.042 (.000)
F (df1, df2)	.852 (3, 45)	.946 (2, 46)	.989 (2, 45)
(p)	(.487, n.s.)	(.396, n.s.)	(.380, n.s.)
Stichprobengröße	49	49	48

*Anmerkung.* QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“; INTRA-e E = INTRA-emotionales Erleben; IT = Interaktionsterm; DR = Datenreduktion

Das Regressionsmodell mit Interaktionsterm erreichte laut Tabelle 25 keine Signifikanz ( $p = .487$ ), worauf der Interaktionsterm aus der Berechnung des nächsten Regressionsmodells ausgeschlossen wurde (Field, 2009). Dieses erreichte mit  $p = .396$  keine statistische Signifikanz, daher wurde eine Datenreduktion durchgeführt. Auf Grund der Ergebnisse der Boxplot-Analyse der SDR (Baltes-Götz, 2017) wurde ein Fall aus der Berechnung ausgeschlossen, es ergab sich eine neue Stichprobengröße mit  $n = 48$ . Das Regressionsmodell erreichte keine statistische Signifikanz ( $p = .380$ ).

H3.5: Der Zusammenhang von IASP der „Selbstwertstützung“ mit den ISP „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ wird durch die Ausprägung von SPS moderiert, indem höhere SPS-Werte zu einem größeren positiven Zusammenhang beitragen.

Tabelle 26

*Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Selbstwertstützung mit AISF-QiAT durch SPS*

Prädiktor	Kriterium	
	AISF-QiAT	
	Gesamt	
	$\beta$ (p)	$\beta$ (p)
Analysemethode	mit IT	ohne IT nach DR
INTRA-S	-.197 (.196, n.s.)	-.169 (.243, n.s.)
SPS	.176 (.231, n.s.)	.188 (.193, n.s.)
INTRA-S x SPS	-.097 (.523, n.s.)	
$R^2$ ( $R^2$ korr.)	.072 (-.010)	.063 (-.022)
F (df1, df2)	1.156 (3, 45)	1.546 (2, 46)
(p)	(.337, n.s.)	(.224, n.s.)
Stichprobengröße	49	49

*Anmerkung.* QiAT = „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“; INTRA-S = INTRA-Selbstwertstützung; IT = Interaktionsterm; DR = Datenreduktion

Tabelle 26 zeigt, dass das Regressionsmodell mit Interaktionsterm keine Signifikanz erreichte ( $p = .337$ ). Die Entfernung des Interaktionsterms aus der Berechnung des nächsten Regressionsmodells lieferte ebenso kein signifikantes Ergebnis ( $p = .224$ ). Weder die Boxplot-Analyse der SDR (Baltes-Götz, 2017), noch die Überprüfung weiterer Residual-Statistiken, wie den COOK, dem *Mahalanobis-Abstand* (MAH) und dem *Zentrierten Hebelwert* (LEV) (Tabachnik & Fidell, 2007; Urban & Mayerl, 2011), gaben Hinweise auf statistisch bedeutsame Ausreißer. Ein weiterer Berechnungsschritt erübrigte sich daher.

## 6 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden zuerst die Ergebnisse der Vorerhebung diskutiert, anschließend jene der Haupterhebung.

### 6.1 VORERHEBUNG

Die Gründe für die Durchführung einer Vorerhebung wurden bereits an anderer Stelle (Abschnitt 4.1.1) detailliert erläutert. Die Ergebnisse der Vorerhebung bestätigen teilweise die aus früheren Studien gewonnenen Erkenntnisse. Offenheit/Intellekt (Smolweska et al., 2006) und Neurotizismus (Aron & Aron, 1997; Aron et al., 2005; Bar-Haim et al., 2009; Smolewska et al., 2006) erklärten zusammen mit Verträglichkeit in einem ersten Berechnungsschritt 45,4% der Varianz von SPS. Das Persönlichkeitsmerkmal Introversion, welches in den verwendeten BFAS seine Entsprechung in der Skala Extraversion findet, lieferte keinen Beitrag zum Regressionsmodell, obwohl der Zusammenhang in diversen Studien eingehend untersucht und bestätigt wurde (Aron, 2014; Aron & Aron, 1997). Dies liegt wahrscheinlich an der Konzeption der Skalenstruktur der BFAS. Diese messen mit den Subdimensionen Begeisterung und Durchsetzungsvermögen der Skala Extraversion (und somit des Gegenpols Introversion) Aspekte jenes Persönlichkeitsmerkmals, welche am ehesten denen der *Extraversion Scale* des *Big Five Inventory* (Kentle et al., 1991) entsprechen. Für dieses Verständnis von Extraversion konnten auch in früheren Studien keine signifikanten Zusammenhänge mit SPS gefunden werden (Aron, 2014; Aron & Aron 1997). Das für HSPen als typisches Merkmal beschriebene Rückzugsverhalten, – welches oftmals auch als Teilaspekt von Introversion beschrieben wird (Aron, 2004; Jung, 1921) – das bei Überforderung durch Reizüberflutung zum Tragen kommt und durch das erhöhte Regenerationsbedürfnis von HSPen für deren Psychohygiene notwendig ist (Aron, 2014), wird in den BFAS deutlicher mit der Subdimension Rückzug der Skala Neurotizismus abgebildet. Dies konnte in einem zweiten Berechnungsschritt bestätigt werden. Hierbei wurden die jeweiligen Subdimensionen der statistisch signifikanten Prädiktoren des ersten Schritts verwendet. Im dabei erstellten Regressionsmodell erklärten die Prädiktoren Rückzug, Offenheit und Intellekt 49,2% der Varianz von SPS innerhalb der Stichprobe, wobei Intellekt keinen signifikanten Beitrag zum Modell lieferte.

Beim Vergleich der Reliabilitäten der, bei der Vorerhebung verwendeten, unterschiedlichen Versionen der HSP-Scale zeigte sich eine höhere interne Konsistenz bei jener Skala mit dem Antwortformat „Frage“ mit  $\alpha = .927$  gegenüber  $\alpha = .852$  beim Antwortformat „Aussage“. Dennoch wurde für die Haupterhebung die Aussage-Variante, welche als Standard-Version im Forschungsbereich Hochsensibilität gilt (Aron & Aron 1997), zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewählt.

Weitere bekannte Korrelate von SPS, wie etwa Einflüsse aus dem Kindheitsumfeld (Aron et al., 2005), lieferten in der Vorerhebung keine statistisch relevanten Ergebnisse, daher wurde in der Haupterhebung auf die Verwendung der entsprechenden Skalen verzichtet.

## **6.2 HAUPTERHEBUNG**

Anschließend werden die studienrelevanten Ergebnisse der Haupterhebung diskutiert. Dazu gehören die Verteilungsparameter der HSP-Scale, die Zusammenhänge der Big5 mit SPS, die Ergebnisse der Fragestellungen (1,2 und 3) und zugehörige explorative Analysen, die Limitationen und Implikationen der Studie, Ratschläge für zukünftige Studien im Themenbereich und ein abschließendes Fazit.

### **6.2.1 Verteilungsparameter HSP-Scale**

Die Verteilung des Merkmals SPS in der Stichprobe der Haupterhebung (TeilnehmerInnen derzeit in ambulanter Psychotherapie) weist – wie erwartet – gegenüber jener der Vorerhebung (präklinisches Sample), höhere Maxima und einen höheren Mittelwert auf. Dies liegt unter anderem an der Erwähnung des Themas Hochsensibilität bei der Rekrutierung der TeilnehmerInnen für die Haupterhebung, was möglicherweise zur Überrepräsentation der HSPen im Sample geführt haben könnte. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass Personen aus einem klinischen Sample durchschnittlich höhere Werte bei SPS aufweisen, als jene aus einer allgemeinen Population, was den vermutet größeren Anteil von HSPen in Psychotherapie (Aron, 2014) widerspiegelt. Ebenso entsprechen die geschlechtsspezifischen Verteilungen von SPS aus der Haupterhebung den Erkenntnissen aus der bisherigen Forschung. So erreichen Frauen in einer Stichprobe aus dem „westlichen Kulturkreis“ im Schnitt höhere Werte als Männer, da Hochsensibilität bei Männern in westlich geprägten Kulturen eher als negatives Merkmal gesehen wird und Männer daher zu kulturkonformen Antworttendenzen neigen (Aron, 2004; Aron, 2014; Aron & Aron, 1997; Chen et al., 1992).

### **6.2.2 Zusammenhänge der relevanten Big5-Persönlichkeitsfaktoren mit SPS**

Der Zusammenhang zwischen den bereits in der Vorerhebung ermittelten, relevanten Big5-Merkmale und SPS konnte in der Haupterhebung teilweise repliziert werden. Die erklärte Varianz von SPS durch die Prädiktoren Rückzug und Offenheit fiel mit 28,5% in der Stichprobe der Haupterhebung geringer aus, als jene der Vorerhebung (s.o.), zeigt jedoch ebenso einen starken Effekt (Cohen, 1988). Die Tatsache, dass das Persönlichkeitsmerkmal Intellekt bei der Berechnung nicht mehr in das Modell aufgenommen wurde, könnte ein Hinweis darauf sein, dass Intellekt bei der Vorerhebung nur auf Grund von

artefiziellen Einflüssen in das Modell aufgenommen wurde, daher auch nicht signifikant zum Modell beitrug. Die Höhe der erklärten Varianz bestätigt die Ergebnisse vorhergehender Studien, SPS steht zwar in Beziehung mit anderen Persönlichkeitskonstrukten wie Neurotizismus und Offenheit, wird jedoch nicht vollständig von diesen erklärt (Aron, 2014; Aron & Aron, 1997; Smolewska et al., 2006).

### **6.2.3 Fragestellung 1: Zusammenhänge zwischen SPS und ISP**

Die Ergebnisse führen zu der Annahme, dass Hochsensibilität vornehmlich mit den emotionalen Aspekten der ISP von PatientInnen in ambulanter Psychotherapie assoziiert ist.

Der ISP AISF-EQNT beschreibt die direkten emotionalen Nachwirkungen einer Therapiesitzung, Hochsensibilität zeigt zusammen mit dem Faktor Rückzug der BFAS einen mittleren Effekt auf diesen ISP. Die Skala Rückzug beinhaltet Items, welche die Ängstlichkeit, depressive Stimmungen, Sorgen und Zweifel von ProbandInnen messen. Personen die hier niedrigere Werte erreichen, sollten weniger Scheu zeigen, sich während ihren Therapiesitzungen mit ihren Problemen auseinanderzusetzen (Aron, 2014). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass HSPen gegenüber Non-HSPen mehr Interesse für psychologische Themen zeigen und auch mehr Bereitschaft zur Selbstreflexion aufweisen (Aron, 2104). Diese Annahmen bestätigen die Ergebnisse, TeilnehmerInnen mit höheren SPS-Werten und niedrigeren Werten beim Faktor Rückzug zeigen stärkere emotionale Reaktionen direkt nach einer Therapiesitzung. Hierbei spielt auch die tiefere emotional-kognitive Verarbeitung bei HSPen eine Rolle (Belsky & Pluess, 2009; Hedden et al., 2008; Jagiellowicz et al., 2011; Pluess, 2015), d.h. ähnliche Stimuli führen bei HSPen zu stärkeren Reaktionen als bei Non-HSPen und HSPen mit niedrigen Werten beim Faktor Rückzug zeigen weniger Scheu sich mit den zumeist ernstesten Inhalten einer Therapiesitzung auseinanderzusetzen. Folglich fallen die emotionalen Reaktionen ebendieser HSPen noch stärker aus. Somit kann die H1.3 angenommen werden. Je höher die Ausprägung von SPS bei einer Person, desto stärker die EQNT, jedoch unter Berücksichtigung des Einflusses vom Faktor Rückzug.

Die H1.1, H1.2 und H1.4 müssen auf Grund nicht erreichter Signifikanz verworfen werden, wobei SPS bei H1.4 als einziger Prädiktor in diesem Modell mit  $p = .061$  annähernd Signifikanz erreichte und mit 7,6% der erklärten Varianz des ISP QiAT auch einen kleinen Effekt (Cohen, 1988) zeigte. Dies ist in explorativem Sinne ein diskussionswürdiges Ergebnis und wird daher im nächsten Abschnitt genauer betrachtet.

### **6.2.4 Fragestellung 1: Explorative Datenanalyse – Geschlechtsunterschiede**

Es besteht die Annahme, dass hochsensible Frauen und Männer sich in Hinblick auf ihren Umgang mit der eigenen Hochsensibilität unterscheiden, da Hochsensibilität in

verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlich bewertet wird (siehe dazu Abschnitt 2.1.6). Daher wurden beide Gruppen in einer explorativen Datenanalyse getrennt in Bezug auf Fragestellung 1 untersucht. Für die Gruppe der Frauen ergaben sich keine statistisch relevanten Ergebnisse. Für die Gruppe der Männer konnten jedoch durchaus große Effekte beobachtet werden. Zwei Regressionsmodelle erreichten statistische Signifikanz. In jenem mit dem Regressanden AISF-IBT konnte durch den Prädiktor SPS 67,7% der Varianz erklärt werden, was einer Effektstärke von  $f^2 = 2,096$  und somit einem starken Effekt entspricht (Cohen, 1988). Das Modell mit dem Regressanden AISF-QiAT wies eine durch die Prädiktoren SPS und Rückzug erklärte Varianz von 85,3% auf, was einer Effektstärke von  $f^2 = 5,803$ , also ebenfalls einem starken Effekt entspricht (Cohen, 1988).

In diesem Modell war das Merkmal Rückzug wiederum negativ gepolt, was die gleiche Interpretation, wie jene bereits in vorhergehendem Abschnitt (6.2.3) zum Modell mit dem Regressanden AISF-EQNT beschriebene, zulässt. Die Effektstärken von  $f^2 = 2,096$  und von  $f^2 = 5,803$ , stellen tatsächlich sehr hohe Werte dar, sollten jedoch auf Grund der kleinen Stichproben ( $n = 8$ , respektive  $n = 9$ ) und den geringen Teststärken .667 und .713 – angestrebt werden hier Werte ab .8 bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  (Cohen, 1969) – nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Dennoch ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung der Stichprobengröße zwar zu geringeren, aber doch weiterhin starken Effekten für jene Modelle führen sollte (Lind, 2014).

Mögliche Erklärungen für die Geschlechtsunterschiede in vorliegender Studie beziehen sich hier auf die bereits erwähnte, kulturspezifische Wahrnehmung bzw. Bewertung des Merkmals Hochsensibilität (Aron, 2004; Chen et al., 1992). Es ist davon auszugehen, dass Männer eher unter ihrer Hochsensibilität leiden, da von ihnen in unserem westlichen Kulturkreis – unter anderem – Entscheidungsfreudigkeit, Distanz zu Emotionalität und Tatkraft verlangt werden, welche Merkmale sind, die nicht im Spektrum der Hochsensibilität liegen und daher bei betroffenen Personen auf Grund sozialer Kritik zu psychischen Spannungen führen können (Aron, 2014). Es liegt daher nahe zu behaupten, dass einige oder möglicherweise auch viele Männer gerade auf Grund ihrer Hochsensibilität ambulante Psychotherapie aufsuchen und dass deren Hochsensibilität daher einen größeren Einfluss auf die Ergebnisse vorliegender Studie nimmt, als dies bei der Gruppe der Frauen der Fall ist. Denn bei Frauen gelten Empathie, Zurückhaltung und viele weitere Merkmale der Hochsensibilität in unserem Kulturkreis als erwünschte Persönlichkeitseigenschaften (Aron, 2014). Der Einfluss von Hochsensibilität von Frauen auf Prozesse der ambulanten Psychotherapie sollte daher geringer ausfallen, wie sich dies auch in den Ergebnissen vorliegender Studie darstellte.

### **6.2.5 Fragestellung 2: Zusammenhänge zwischen SPS und IASP**

Die H2.1 und H2.2 müssen auf Grund nicht erreichter Signifikanz des Prädiktors SPS abgelehnt werden. Dennoch zeigte sich ein signifikanter, mittlerer Effekt (Cohen, 1988) des Prädiktors Rückzug im Modell mit dem Regressanden INTRA-Scham: Ein naheliegendes Ergebnis, je höher die „Rückzugstendenzen“ einer Person, desto mehr ist Scham ein relevantes Thema für sie.

Das HSPen gegenüber Non-HSPen gerade am Beginn einer Psychotherapie verstärkt Verwirrung erfahren sollten (Aron, 2104), konnte demnach in vorliegender Studie statistisch nicht nachgewiesen werden. Es zeigte sich jedoch ein annähernd signifikantes Ergebnis und ein kleiner Effekt (Cohen, 1988) des Prädiktors SPS mit dem Regressanden INTRA-Verwirrung, was eine weiterführende, explorative Analyse der Daten sinnvoll erscheinen ließ.

### **6.2.6 Fragestellung 2: Explorative Datenanalyse – Moderierender Effekt des Lebensalters auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP Verwirrung**

Die Variable Alter hatte hierbei einen moderierenden Effekt auf den linearen Zusammenhang von SPS und Verwirrung. Jüngere TeilnehmerInnen und TeilnehmerInnen im mittleren Alter, erlebten somit mit steigenden Werten des Merkmals SPS eher verwirrende, psychische Zustände während ihren Therapiesitzungen. Bei älteren TeilnehmerInnen leistete das Merkmal SPS keinen statistisch signifikanten Beitrag mehr zu diesem Zusammenhang. Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass HSPen mit steigendem Alter lernen, mit ihrer Hochsensibilität umzugehen und daher gefasster auf neuartige Situationen reagieren. Ebenso liegt die Vermutung nahe, dass ältere HSPen schon öfter ähnlich geartete Situationen, wie jene zu Beginn einer Psychotherapie, erlebt haben, sie diese daher nicht mehr als neuartig wahrnehmen und daher weniger starke Reaktionen zeigen, als jüngere HSPen.

### **6.2.7 Fragestellung 3: Moderierender Effekt von SPS auf den Zusammenhang zwischen ISP und IASP**

Die H3.1, H3.2, H3.3, H3.4 und H3.5 müssen alle auf Grund nicht erreichter statistischer Signifikanz verworfen werden. SPS hatte auf keine der zuvor festgelegten Zusammenhänge zwischen dem ISP QiAT und den ausgewählten IASP einen moderierenden Effekt. Lediglich im Regressionsmodell mit den Prädiktoren SPS und INTRA-Klärung konnte SPS einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung von AISF-QiAT als Haupteffekt leisten. Da der Prädiktor INTRA-Klärung in diesem Modell jedoch keinen signifikanten Beitrag

leistete, wird an dieser Stelle auf eine Interpretation verzichtet. Der durchweg ausgebliebene moderierende Effekt lässt sich am besten mit dem stark explorativen Charakter der Fragestellung 3 erklären. Diese basiert rein auf Beobachtungen und daraus theoretisch abgeleiteten Annahmen Arons (2014) und der eigenen Interpretation jener Annahmen durch den Autor der vorliegenden Studie. Daher und möglicherweise auf Grund der relativ kleinen Stichprobe ist es durchaus möglich, dass solch komplexe Zusammenhänge, wie jene einer Moderation, keine statistisch relevanten Ergebnisse liefern.

### **6.3 LIMITATIONEN DER STUDIE**

Die Hauptlimitation vorliegender Studie stellt die zu kleine Stichprobengröße dar. Wie bereits ausgeführt, wurde eine Mindestgröße der Stichprobe von  $N = 77$  berechnet (siehe dazu Abschnitt 4.1.4). Erreicht wurde jedoch lediglich eine Stichprobengröße von  $N = 49$ . Der Erhebungszeitraum vorliegender Studie betrug etwa sechs Monate, was den sinnvollen zeitlichen Rahmen für eine Masterarbeit bereits vollständig ausreicht. Daher konnte die Dauer der Erhebung nicht mehr verlängert werden. Abgesehen davon kann ein weiterer Grund für die Schwierigkeiten bei der Gewinnung einer genügenden Anzahl an TeilnehmerInnen, die sehr enggefaste Stichprobenspezifikation sein. Ein häufiges Feedback der per Email kontaktierten PsychotherapeutInnen, welche bei der Rekrutierung von TeilnehmerInnen helfen sollten, war, dass es für sie und ihre PatientInnen eine große Belastung darstellen würde, noch eine „dritte Person“ in diese „heikle Phase“ zu Beginn der Psychotherapie miteinzubeziehen.

Ebenso ist es gut vorstellbar, dass Personen, welche sich dazu entschlossen haben eine Psychotherapie zu beginnen, ihre Ressourcen und ihren Fokus auf die Linderung ihrer Symptome legen und daher wenig Interesse und Motivation für die Teilnahme an wissenschaftlichen Erhebungen aufbringen können. Darüber hinaus gibt es nur eine begrenzte Anzahl an Personen, die gerade eine Psychotherapie beginnen und ein noch geringerer Teil davon ist überhaupt mit einer „Bewerbung“ solcher Studien erreichbar.

Nun handelt es sich bei vorliegender Studie jedoch um eine explorativ orientierte Untersuchung, welche hauptsächlich auf Beobachtungen und Einschätzungen einer Expertin im Themenbereich Hochsensibilität beruht (Aron, 2014), es bestehen daher kaum bzw. keine statistisch belegten Vorannahmen zum spezifischen Themenkomplex. Diese Tatsache und die Berechnungsart der Regressionsanalyse schmälern den Einfluss der Stichprobengröße ein wenig, da der Fokus bei vorliegender Studie nicht unbedingt auf replizierbaren Ergebnissen liegt, sondern auf der Ermittlung tatsächlich einflussreicher Variablen, welche in zukünftigen Studien zum Themenbereich Hochsensibilität, ISP und IASP, bzw. Hochsensibilität im psychotherapeutischen Kontext, eingehender untersucht werden sollten. Es wird empfohlen, das Hauptaugenmerk im regressionsanalytisch-ex-

plorativen Kontext nicht auf die Erreichung festgelegter Signifikanzniveaus zu legen, sondern auf die Effektstärken der Regressionsmodelle, welche bei Vergrößerung der Stichprobe häufig gleichbleiben und ab einer gewissen Stichprobengröße dann auch signifikant werden (Lind, 2014). Für zukünftige Studien zum Thema sollten daher die vorliegenden Ergebnisse hauptsächlich auf Grund ihrer Effektstärken bewertet und diese als richtungsweisende Fingerzeige gesehen werden.

Eine weitere Limitation besteht in der Konzipierung der Studie als Querschnitts-Onlineerhebung. Vorliegende Studie wurde ursprünglich als Longitudinalstudie mit täglichen Erhebungen konzipiert, um die Verläufe der ISP und IASP genauer abbilden zu können (Kaiser & Laireiter, 2018). Auf Grund noch größerer Schwierigkeiten bei der Stichprobengewinnung – wie bereits weiter oben beschrieben – musste dieses Konzept jedoch verworfen und ein neues entwickelt werden. Dieses sollte sich, wegen den bereits erfolgten Aufwendungen für die erste Konzeption, möglichst ökonomisch gestalten. Es fiel daher die Wahl auf eine reine Onlineerhebung im Querschnittsdesign. Die Nachteile einer Onlineerhebung gegenüber einer „Face to Face“-Befragung sind bekannt, niedrigere Objektivität der Messungen bzw. Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der einzelnen Fälle auf Grund unterschiedlicher Erhebungssituationen, Möglichkeit der mehrmaligen Teilnahme (Vadillo & Matute, 2009) und die fehlende Prüfbarkeit der Stichprobenrepräsentativität (Batinic, 2004). Zumindest der letzte Punkt konnte in vorliegender Studie durch die strikten Teilnahmebedingungen teilweise relativiert werden, da ohnehin eine eng gefasste, sehr spezifische Population untersucht wurde.

## **6.4 IMPLIKATIONEN**

Der explorative Charakter der vorliegenden Studie und die eng gefasste Stichprobe, erlauben keine verallgemeinernden Aussagen in Bezug auf größere Populationen oder Empfehlungen für praktische Anwendungen im psychotherapeutischen Umgang mit HSPen. Dies war auch nicht Anspruch der vorliegenden Studie. Vielmehr sollten jene psychotherapiebegleitenden Prozesse identifiziert werden, welche mit dem Merkmal Hochsensibilität assoziiert sind.

## **6.5 ZUKÜNFTIGE STUDIEN**

Für zukünftige Psychotherapiestudien im Themenkomplex SPS, ISP und IASP wird empfohlen die Teilnahmevoraussetzungen weiter zu fassen. In vorliegender Studie wurde kein statistisch relevanter Einfluss auf die Zusammenhänge zwischen ISP, IASP und SPS und der Sitzungsanzahl gefunden, daher kann auf diese als notwendige Teilnahmebedingung verzichtet werden. Außerdem wäre es denkbar das Sample aus einer Population

mit Personen zu ziehen, welche bereits mehr als 10–15 Sitzungen einer Psychotherapie absolviert haben, also solche Personen auszuschließen, welche noch am Beginn ihrer Therapie stehen. Diese Vorgehensweisen sollten auch ein longitudinales Studiendesign zulassen, wobei die Prozesshaftigkeit der ISP und IASP besser dargestellt werden könnte.

Des Weiteren zeigten sich nicht nur moderierende Effekte der Altersvariable auf den IASP Verwirrung, sondern auch Hinweise auf derartige Effekte auf einige ISP. Es bietet sich daher an, entweder ältere Personen ab etwa 40 Jahren aus der Stichprobe auszuschließen, da bei dieser Kohorte Hochsensibilität eine geringere Bedeutung für ISP und IASP zeigte oder ein Studiendesign zu wählen, das bessere Vergleiche zwischen den verschiedenen Altersstufen zulässt.

Eine weitere interessante zu beforschende Variable zeigte sich im Geschlecht. Es erscheint sinnvoll eine Stichprobe mit Teilnehmern von ausschließlich männlichem Geschlecht zu akquirieren und diese auf den Einfluss von Hochsensibilität auf die ISP AISF-IBT und AISF-QiAT hin zu untersuchen. Die beiden anderen in vorliegender Studie beforschten ISP AISF-EQNT und AISF-AUT zeigten bei Männern ebenso mittlere bis starke durch SPS erklärte Effekte, welche jedoch keine statistische Signifikanz erreichten. Dennoch erscheint die Miteinbeziehung dieser beiden Variablen in einer zukünftigen Studie sinnvoll. Ebenfalls denkbar wäre die Wahl eines Studiendesigns zur Unterschiedsmessung im Hinblick auf die Variable Geschlecht und deren Einfluss auf die eben genannten ISP und Hochsensibilität.

Die in der Haupterhebung verwendeten Messinstrumente zeigten alle mit Werten über .82 ausreichend hohe interne Konsistenzen. Sie eignen sich daher auch für zukünftige Studien zum Themenbereich SPS, ISP und IASP.

Der offensichtliche Einfluss von Hochsensibilität auf emotionale Aspekte bei der Wahrnehmung psychotherapeutischer Prozesse, hat sich in vorliegender Studie als wichtigster Aspekt herausgestellt. Diese Prozesse, wie in vorliegender Studie mit den ISP AISF-QiAT und AISF-EQNT erhoben, sollten in zukünftigen Studien untersucht werden, denn in Bezug mit diesen Variablen zeigte Hochsensibilität den größten, messbaren Zusammenhang.

Die weiterhin bestehende Relevanz des Themenkomplexes Hochsensibilität im psychotherapeutischen Setting, die auf den offenbaren Unterschieden zwischen HSPen und Non-HSPen in der Wahrnehmung psychotherapeutischer Prozesse und der noch ausbaufähigen Forschungslage gründet, liefert also genügend spannende Aspekte für zukünftige Studien.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abdi, H. (2007). Bonferroni and Sidak corrections for multiple comparisons. In: N. J. Salkind (Ed.): *Encyclopedia of Measurement and Statistics* (pp. 103–107). Thousand Oaks: Sage.
- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: An fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*, 4 (4), 580-594. doi:10.1002/brb3.242
- Acevedo, B., Aron E., Pospos, S., & Jessen, D. (2018). Review: The functional highly sensitive brain: a review of the brain circuits underlying sensory processing sensitivity and seemingly related disorders. *Philosophical Transactions*, 373 (1744), 20170161. doi:10.1098/rstb.2017.0161
- Acevedo, B. P., Jagiellowicz, J., Aron, E. N., Marhenke, R., & Aron, A. (2017). Sensory processing sensitivity and childhood quality's effects on neural responses to emotional stimuli. *Clinical Neuropsychiatry*, 14 (6), 359-373.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 38 (11), 1203-1208.
- Aron, E. N. (1996). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you* (Rev. ed.). New York, NY: Broadway Books.
- Aron, E. N. (2000). High sensitivity as one source of fearfulness and shyness: Preliminary research and clinical implications. In L. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 251-272). New York, NY: Oxford University Press.
- Aron, E. N. (2004). Revisiting Jung's concept of innate sensitiveness. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 337-367. doi:10.1111/j.1465-5922.2004.00465.x
- Aron, E. N. (2012). *Author's Note, 2012, for The Highly Sensitive Person* [Online-Dokument]. Verfügbar unter [http://hsperson.com/pdf/Authors\\_note\\_HSPbk\\_Preface.pdf](http://hsperson.com/pdf/Authors_note_HSPbk_Preface.pdf) [10.09.2018].
- Aron, E. N. (2014). *Hochsensible Menschen in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (2), 345-368.
- Aron, E. N., Aron, A., & Davies, K. M. (2005). Adult shyness: The interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31 (2), 181-197. doi:10.1177/0146167204271419
- Aron, E. N., Aron, A., & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: A review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16 (3), 262-282. doi:10.1177/1088868311434213
- Aron, A., Ketay, S., Hedden, T., Aron, E. N., Markus, H. R., & Gabrieli, J. D. E. (2010). Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6 (2-3), 38-47. doi:10.1093/scan/nsq028
- Asay, T., & Lambert, M. (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (Hrsg.): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-81). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Pijlman, F. T., Mesman, J., & Juffer, F. (2008). Experimental evidence for differential susceptibility: Dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 44 (1), 293-300. doi:10.1037/0012-1649.44.1.293
- Baltes-Götz, B. (2017). *Statistisches Praktikum mit SPSS für Windows* [Online-Dokument]. Verfügbar unter <http://www.uni-trier.de/index.php?id=22552> [08.09.2018].
- Bar-Haim, Y., Fox, N. A., Benson, B., Guyer, A. E., Williams, A., Nelson, E. E., Perez-Edgar, K., Pine, D. S., & Ernst, M. (2009). Neural correlates of reward processing in adolescents with a history of inhibited temperament. *Psychological Science*, 20 (8), 1009-1018. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02401.x
- Batinic, B. (2004). Online-Research. In R. Mangold, P. Vorderer, & G. Bente (Eds.), *Lehrbuch der Medienpsychologie* (S. 251-270). Göttingen: Hogrefe.

- Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to rearing influences: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8, 182-186. doi:10.1007/2288-6729-7-2-15
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis-stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135, 885-908. doi:10.1037/a0017376
- Bembenneck, C. (2006). *Welche Merkmale kennzeichnen die Inanspruchnahme-patienten ambulanter Psychotherapie?* Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover. Verfügbar unter <https://d-nb.info/983917981/34> [07.09.2018]
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B Nr. 57*, pp. 289-300. doi:10.2307/2346101
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 217-270). New York, NY: Wiley.
- Berman, S. M., & Noble, E. P. (1997). The D2 dopamine receptor (DRD2) gene and family stress; Interactive effects on cognitive functions in children. *Behavior Genetics*, 27, 33-43. doi:10.1023/A:1025611208475
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Borries, F. (2012). *Gibt es ‚die Hochsensiblen‘? - Eine taxometrische Untersuchung des Persönlichkeitskonstruktes Sensory-Processing Sensitivity*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Bowirrat, A., & Oscar-Berman, M. (2005). Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and reward deficiency syndrome. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 132, 29-37. doi:10.1002/ajmg.b.30080

- Boyce, W. T. (1996). Biobehavioral reactivity and injuries in children and adolescents. In M. H. Bornstein & J. Genevro (Eds.), *Child development and behavioral pediatrics: Toward understanding children and health* (pp. 35-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Boyce, W. T., Chesney, M., Alkon–Leonard, A., Tschann, J., Adams, S., Chesterman, B., Cohen, F., Kaiser, P., Folkman, S., & Wara, D. (1995). Psychobiologic reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: Results of two prospective studies. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 411-422.  
doi:10.1097/00006842-199509000-00001
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary–developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, *17*, 271-301.  
doi:10.1017/S0954579405050145
- Boyce, W. T., Quas, J., Alkon, A., Smider, N., Essex, M., & Kupfer, D. J. (2001). Autonomic reactivity and psychopathology in middle childhood. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 144-150. doi:10.1192/bjp.179.2.144
- Briggs Myers, I., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A Guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Sunnyvale, CA: Consulting Psychologists Press.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017). *PsychotherapeutInnenliste* [Online-Ressource]. Verfügbar unter <http://psychotherapie.ehealth.gv.at/> [20.01.2017]
- Buss, D. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, *12* (1), 1-14.  
doi:10.1017/S0140525X00023992
- Carver, C. S., & White, T. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 319-333.  
doi:10.1037/0022-3514.67.2.319
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., ..., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, *297*, 851-854. doi:10.1126/science.1072290

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ..., & Poulton, R. (2003, July 18). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, *301*, 386-389. doi:10.1126/science.1083968
- Chen, X., Rubin, K. H., & Sun, Y. (1992). Social reputation and peer relationships in Chinese and Canadian children: A cross-cultural study. *Child Development*, *63* (6), 1336-1343. doi:http://dx.doi.org/10.2307/1131559
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEOFFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- DeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93* (5), 880-896. doi:1037/0022-3514.93.5.880
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation* (10., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R., & Thompson, L. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*, 775-785. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01328.x
- Ellis, B. J., Essex, M. J., & Boyce, W. T. (2005). Biological sensitivity to context: II. Empirical explorations of an evolutionary-developmental theory. *Development and Psychopathology*, *17* (2), 303-328. doi:10.1017/S0954579405050157

- Elovainio, M., Jokela, M., Kivimaki, M., Pulkki-Raback, L., Lehtimaki, T., Airla, N., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2007). Genetic variants in the DRD2 gene moderate the relationship between stressful life events and depressive symptoms in adults: The Cardiovascular Risk in Young Finns study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 391-395. doi:10.1097/psy.0b013e31806bf365
- Ersner-Hershfield, H., Cooper, J., Ghahremani, D. G., Aron, A., Aron, E. N., Lichty, W., Mazaika, P. K., Gabrieli, S., & Gabrieli, J. D. E. (2007). *Do highly sensitive people have different brains?* Vorgelegt bei der APA Convention, San Francisco, USA.
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. doi:10.1037/h0063633
- Eysenck, H. J. (Hrsg.) (1981). *A Model for Personality*. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E., & Biederman, J. (2001). Metaanalysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1052-1057. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1052
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Fischer, B., & Wolf, M. (2009). *Leitfaden zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch* [Online Dokument]. Verfügbar unter [https://transvienna.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/z\\_translationswiss/Studium/Wissenschaftliches\\_Arbeiten/Geschlechtergerechtes\\_Formulieren\\_FischerWolf.pdf](https://transvienna.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/z_translationswiss/Studium/Wissenschaftliches_Arbeiten/Geschlechtergerechtes_Formulieren_FischerWolf.pdf) [14.09.2018]
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, 2 (4), 167-73.

- Geller, J. D. (1987). The process of psychotherapy: Separation and the complex interplay among empathy, insight, and internalization. In J. Bloom-Feshbach & S. Bloom-Feshbach (Eds.), *The Jossey-Bass social and behavioral science series. The psychology of separation and loss: Perspectives on development, life transitions, and clinical practice* (pp. 459-514). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and social psychology, Vol. 1* (pp. 141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Gräfe, K., Zipfel, K., Herzog, W., & Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica, 50*, 171-181.  
doi:10.1026/0012-1924.50.4.171
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau, 43*, 132-162.
- Grawe, K. (1997): Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7* (1), 1-19. doi:10.1080/10503309712331331843
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 338-361.
- Gunthert, K. C., Conner, T. S., Armeli, S., Tennen, H., Covault, J., & Kranzler, H. R. (2007). Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety reactivity in daily life: A daily process approach to gene– environment interaction. *Psychosomatic Medicine, 69*, 762-768. doi:10.1097/PSY.0b013e318157ad42
- Hartmann, A. (1997). *Therapie zwischen den Stunden: Explorationen von Intersession-Prozessen*. Frankfurt: Peter Lang.
- Hartmann, A., Orlinsky, D., Geller, J., & Zeeck, A. (2003). Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – ein Instrument zur Erfassung von psychotherapie relevanten Prozessen zwischen Sitzungen [The inter-session-questionnaire – an inventory for the measurement of psychotherapy between sessions]. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 53*, 464-468.

- Hartmann, A., Orlinsky, D., Weber, S., Sandholz, A., & Zeeck, A. (2010). Session and intersession experience related to treatment outcome in bulimia nervosa. *Psychotherapy, 47* (3), 355-70. doi:10.1037/a0021166.
- Hartmann, A., Zeeck, A., Herzog, W., Wild, B., de Zwaan, M., Herpertz, S., ..., & Zipfel, S. (2016). The intersession process in psychotherapy for anorexia nervosa: Characteristics and relation to outcome. *Journal of Clinical Psychology, 72* (9), 861-879. doi:10.1002/jclp.22293
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS-MACRO (Version 2.16.3) [Computer Software]. Verfügbar auf: <https://www.processmacro.org/index.html> [07.08.2018]
- Hedden, T., Ketay, S., Aron, A., Markus, H. R., & Gabrieli, J. D. E. (2008). Cultural influences on neural substrates of attentional control. *Psychological Science, 19*, 12-17. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02038.x
- Hofmann, S. G., & Bitran, S. (2007). Sensory-processing sensitivity in social anxiety disorder: Relationship to harm avoidance and diagnostic subtypes. *Journal of Anxiety Disorders, 21* (7), 944-954. doi:10.1016/2Fj.janxdis.2006.12.003
- Jagiellowicz, J. A. (2012). *The relationship between the temperament trait of sensory processing sensitivity and emotional reactivity*. Unveröffentlichte Dissertation, Stony Brook University.
- Jagiellowicz, J., Xu, X. M., Aron, A., Aron, E., Cao, G. K., Feng, T. Y., & Weng, X. C. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *SCAN: Social Cognitive and Affective Neuroscience, 6*, 38-47. doi:10.1093/scan/nsq001
- Jöchler, N. (2010). *Inter-Session-Prozesse: Die Auseinandersetzung zwischen den Therapiesitzungen – Merkmale, Determinanten und Effekte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big-Five Inventory-Version 4a and 54* [Online Ressource]. Verfügbar unter <https://www.ocf.berkeley.edu/~johnlab/bfi.htm> [10.09.2018].

- Jokela, M., Keltikangas-Jarvinen, L., Kivimaki, M., Puttonen, S., Elovainio, M., Rontu, R., & Lehtimaki, T. (2007). Serotonin receptor 2A gene and the influence of childhood maternal nurturance on adulthood depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 356-360. doi:10.1001/archpsyc.64.3.356
- Jokela, M., Raikkonen, K., Lehtimaki, T., Rontu, R., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2007). Tryptophan hydroxylase 1 gene (TPH1) moderates the influence of social support on depressive symptoms in adults. *Journal of Affective Disorders*, *100*, 191-197. doi:10.1016/j.jad.2006.10.016
- Jung, C. G. (1921). *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher.
- Jung, C.G. (1946). *Die Psychologie der Übertragung*. Zürich: Rascher.
- Kagan, J. (1994). *Galen's Prophecy: Temperament in human nature*. New York, NY: Basic Books.
- Kaiser, T. (2014). *Bedeutung und Zusammenhänge psychotherapeutischer Intra- und Intersessionprozesse*. Unveröffentlichte empirische Arbeit, Universität Salzburg.
- Kaiser, T. (2015). *Intra- und Intersessionprozesse im Verlauf der Psychotherapie: eine Zeitreihen-Panelanalyse*. Masterarbeit, Universität Salzburg. doi:10.13140/RG.2.1.3528.2403
- Kaiser, T., & Laireiter, A. R. (2018) Daily dynamic assessment and modelling of intersession processes in ambulatory psychotherapy: A proof of concept study. *Psychotherapy Research*, *16*, 1-12. [Online Vorabveröffentlichung]. doi:10.1080/10503307.2018.1497213.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, *65* (2), 110-136. doi:10.1037/h0022911
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene– environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, *11*, 903-913. doi:10.1038/sj.mp.4001851

- Kjellgren, A., Lindahl, A., & Norlander, T. (2009). Altered states of consciousness and mystical experiences during sensory isolation in flotation tank: Is the highly sensitive personality variable of importance? *Imagination, Cognition and Personality, 29*, 135-146. doi:10.2190/IC.29.2.d
- Kluger, A. N., Siegfried, Z., & Ebstein, R. P. (2002). A meta-analysis of the association between DRD4 polymorphism and novelty seeking. *Molecular Psychiatry, 7*, 712-717. doi:10.1038/sj.mp.4001082
- Knox, S., Goldberg, J. L., Woodhouse, S. S., & Hill, C. E. (1999). Clients' internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46* (2), 244-256. doi:10.1037/0022-0167.46.2.244
- Korte, S. M., Koolhaas, J. M., Wingfield, J. C., & McEwen, B. S. (2004). The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29* (1), 3-38. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.08.009
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. überarb. u. erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R., & Jöchler, N. (2010). Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF). In N. Jöchler (Hrsg.), *Inter-Session-Prozesse: Die Auseinandersetzung zwischen den Therapiesitzungen – Merkmale, Determinanten und Effekte*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Laireiter, A. R., Jöchler, N., Schilcher, C., Mittendorfer, A., & Kaiser, T. (2015). Inter-session-Prozesse in der ambulanten Psychotherapie – Ein Forschungsprojekt. In Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.), *Praxisorientierte Psychotherapieforschung Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung. Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2014* (S. 86-91). Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Landman, J. T., & Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome. Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist, 37* (5), 504-16. doi:10.1037//0003-066X.37.5.504
- Leiner, D. J. (2016). SoSci Survey (Version 2.6.00) [Computer software]. Verfügbar auf <https://www.sosicisurvey.de> [10.09.2018].

- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lind, G. (2014). *Effektstärken: Statistische, praktische und theoretische Bedeutsamkeit empirischer Befunde* [Online Dokument]. Verfügbar unter: [https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2014\\_Effektstaerke-Vortrag.pdf](https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2014_Effektstaerke-Vortrag.pdf) [09.09.2018].
- Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, G. L., Jagiellowicz, J., & Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: Evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*, 8, Artikel: 24. doi:10.1038/s41398-017-0090-6
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181-1209. doi:10.1037//0003-066X.48.12.1181
- Liss, M., Timmel, L., Baxley, K., & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1429-1439. doi:10.1016/j.paid.2005.05.007
- Liznar, J. (2017). *Einfluss von PsychotherapeutInnenmerkmalen auf Intersession- und Intrasession-Prozesse der KlientInnen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Wien.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266-274. doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen* (2. Aufl). Karlsruhe: Pfizer.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference*. New York, NY: Basic Books.

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995-1008.
- McCall, G. J., & Simmons, J. L. (1978). *Identities and interactions*. New York, NY: Free Press.
- Meyer, B., Ajchenbrenner, M., & Bowles, D. P. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of Personality Disorders*, 19 (6), 641-658.  
doi:10.1521/pedi.2005.19.6.641
- Meyer, B., & Carver, C. S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: a study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of Personality Disorders*, 14 (3), 233-248. doi:10.1521/pedi.2000.14.3.233
- Neal, J. A., Edelman, R. J., & Glachan, M., (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41 (4), 361-374.  
doi:10.1348/014466502760387489
- Orlinsky, D. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung: Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. [What would I like to read in the next 10 years of psychotherapy research? A critique and suggested correction of the therapy research paradigm]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58 (9-10), 345-354. doi:10.1055/s-2008-1067444
- Orlinsky, D. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (4), 319-339. doi:10.1037/a0017973
- Orlinsky, D., Geller, J. D., Tarragona, M., & Farber, B. A. (1993). Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 596-610. doi:10.1037/0022-006X.61.4.596
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376.). New York, NY: Wiley.

- Orlinsky, D., & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 311-384). New York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D., & Howard, K. (1987) A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004): Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed.) (pp. 307-389). New York, NY: Wiley.
- Owen, J., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2013). Interaction among alliance, psychodynamic–interpersonal and cognitive–behavioural techniques in the prediction of post-session change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 513–522. doi:10.1002/cpp.1792
- Owen, J., Quirk, K., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2012). Working through: In-session processes that promote between-session thoughts and activities. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 161-167. doi:10.1037/a0023616
- Petrowski, K., Paul, S., Zenger, M., & Brähler, E. (2012). An ultra-short screening version of the Recalled Parental Rearing Behavior Questionnaire (FEE-US) and its factor structure in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 169. doi:10.1186/1471-2288-12-169
- Piaget, J. (1950). *The Psychology of Intelligence*. New York, NY: Routledge Classics.
- Plomin, R., & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from each other? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 1-16. doi:10.1093/ije/dyq148
- Pluess, M. (2015). Individual differences in environmental sensitivity. *Child Development Perspectives*, 9 (3), 138-143. doi:10.1111/cdep.12120
- Pluess, M., Assary, E., Lionetti, F., Lester, K. J., Krapohl, E., Aron, E. N., & Aron, A. (2018). Environmental sensitivity in children: Development of the highly sensitive child scale and identification of sensitivity groups. *Developmental Psychology*, 54 (1), 51. doi:10.1037/dev0000406

- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, *139*, 901-916.  
doi:10.1037/a0030196
- Pluess, M., & Boniwell, I. (2015). Sensory-processing sensitivity predicts treatment response to a school-based depression prevention program: Evidence of vantage sensitivity. *Personality and Individual Differences*, *82*, 40-45.  
doi:10.1016/j.paid.2015.03.011
- Pomnitz, F., & Strauß, B. (2016). Was erleben Patienten in stationärer Psychotherapie zwischen den Gruppentherapie-Sitzungen? Eine Erprobung des Inter-Session-Fragebogens in der Klinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *66* (1), 21-30. doi:10.1055/s-0035-1569269
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear. The Inner Experience of a Psychoanalyst*. New York: Farrar, Straus.
- Retz, W., Freitag, C. M., Retz-Junginger, P., Wenzler, D., Schneider, M., Kissling, C., ..., & Rösler, M. (2008). A functional serotonin transporter promoter gene polymorphism increases ADHD symptoms in delinquents: Interaction with adverse childhood environment. *Psychiatry Research*, *158*, 123-131.  
doi:10.1016/j.psychres.2007.05.004
- Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (1999). Motivation and reward. In M. J. Zigmond, F. E. Bloom, S. C. Landis, J. L. Roberts, & L. R. Squire (Eds.), *Fundamental neuroscience* (pp. 1246-1260). San Diego, CA: Academic Press.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G. Kohnstamm, J. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187-248). Chichester Wiley.
- Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization*. Madison, CT: International Universities Press, Inc..
- Schlessinger, N., & Robbins, F. P. (1983). A developmental view of the psychoanalytic process: Follow-up studies and their consequences. *Emotions & Behavior Monographs*, *1*, 228.
- Schumacher, J., Eisemann, M., & Bräehler, E. (2000). *FEE. Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten*. Bern: Huber.

- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 581-604. doi:10.1037//0033-2909.92.3.581
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32 (9), 752-760. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smolewska, K. A., McCabe, S. B., & Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences*, 40 (6), 1269-1279. doi:10.1016/j.paid.2005.09.022.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- SPSS Inc. (2009). *PASW Statistics for Windows (Version 18.0)* [Computer software]. Chicago: SPSS Inc..
- Stein, M. B., Schork, N. J., & Gelernter, J. (2008). Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 33, 312-319. doi:10.1038/sj.npp.1301422
- Suhara, T., Yasuno, F., Sudo, Y., Yamamoto, M., Inoue, M., Okubo, Y., & Suzuki, K. (2001). Dopamine D2 receptors in the insular cortex and the personality trait of novelty seeking. *NeuroImage*, 13, 891-895. doi:10.1006/nimg.2001.0761
- Suomi, S. J. (1991). Uptight and laid-back monkeys: Individual differences in the response to social challenges. In S. E. Brauth, W. S. Hall, & R. J. Dooling (Eds.), *Plasticity of development* (pp. 27-56). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Sweller, J., Ayres, P., & Kalyuga, S. (2011). *Cognitive load theory*. Springer: Heidelberg.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson.

- Taylor, S. E., Way, B. M., Welch, W. T., Hilmert, C. J., Lehman, B. J., & Eisenberger, N. I. (2006). Early family environment, current adversity, the serotonin transporter promoter polymorphism, and depressive symptomatology. *Biological Psychiatry*, *60*, 671-676. doi:10.1016/j.biopsych.2006.04.019
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, *17* (3), 305-314. doi:10.1080/10503300600608116
- Urban, D., & Mayerl, J. (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Vadillo, M. A., & Matute, H. (2009). Learning in virtual environments: Some discrepancies between laboratory- and Internet-based research on associative learning. *Computers in Human Behavior*, *25*, 402-406. doi:10.1016/j.chb.2008.08.009
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment and Human Development*, *8*, 291-307. doi:10.1080/14616730601048159
- Wolf, M., van Doorn, G. S., & Weissing, F. J. (2008). Evolutionary emergence of responsive and unresponsive personalities. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *105*, 15825-15830. doi:10.1073/pnas.0805473105
- Zeeck, A., Hartmann, A., & Orlinsky, D. E. (2003). Inter-Session-Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *54*, 236-242. doi:10.1055/s-2003-814790
- Zettler, C. M. (2016). „Intrasession-Prozesse in der Psychotherapie“ Operationalisierung und psychometrische Eigenschaften der Intrasession-Skalen sowie bedeutende Einflussfaktoren. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Wien.

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1. Gegenwärtiges („veraltetes“) Modell der Prozessforschung (adaptiert nach Orlinsky, 2008)	27
Abbildung 2. Erweitertes Modell der Prozessforschung, POLM (adaptiert nach Orlinsky, 2008)	27
Abbildung 3. Determinanten des Inter-Session-Prozesses (adaptiert nach Zeeck et al., 2003)	30
Abbildung 4. Verteilung des Lebensalters in Jahren in der Stichprobe der Haupterhebung	40
Abbildung 5. Moderatoreffekt des Lebensalters auf den Zusammenhang von SPS mit INTRA-Verwirrung	66

## **TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 1. Formale Bildung der TeilnehmerInnen in der Vorerhebung	36
Tabelle 2. Formale Bildung der TeilnehmerInnen in der Haupterhebung	41
Tabelle 3. Von Zettler (2016) ermittelte interne Konsistenzen für die Gesamtskalen	44
Tabelle 4. Reliabilitäten der relevanten Skalen aus der Vorerhebung	49
Tabelle 5. Deskriptive Statistik der Skalen HSP-Aussage-Frage	50
Tabelle 6. Zusammenhänge der relevanten Big5-Aspekte mit SPS in der Vorerhebung	51
Tabelle 7. Pearson-Korrelationen der relevanten Big5-Aspekte und SPS in der Vorerhebung – Schritt 1	52
Tabelle 8. Pearson-Korrelationen der relevanten Big5-Aspekte und SPS in der Vorerhebung – Schritt 2	53
Tabelle 9. Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage	54
Tabelle 10. Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage männliches Geschlecht	54

Tabelle 11. Deskriptive Statistik der Skala HSP-Aussage weibliches Geschlecht	54
Tabelle 12. Zusammenhänge der relevanten Big5-Aspekte mit SPS in der Haupterhebung	55
Tabelle 13. Pearson Korrelationen Big5 mit SPS	56
Tabelle 14. Reliabilitäten der relevanten Skalen aus der Haupterhebung	57
Tabelle 15. Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP (F1)	58
Tabelle 16. Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und ISP (F1)	59
Tabelle 17. Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und ISP (explorative Analyse, männliches Geschlecht)	60
Tabelle 18. Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und ISP (explorative Analyse, männliches Geschlecht)	62
Tabelle 19. Zusammenhänge zwischen SPS, Big5 und IASP (F2)	63
Tabelle 20. Pearson Korrelationen von SPS, Big5 und IASP (F2)	64
Tabelle 21. Moderation der Altersvariable auf den Zusammenhang zwischen SPS und dem IASP Verwirrung (explorative Analyse)	65
Tabelle 22. Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Problemaktualisierung mit AISF-QiAT durch SPS	68
Tabelle 23. Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Klärung mit AISF-QiAT durch SPS	70
Tabelle 24. Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Einsicht mit AISF-QiAT durch SPS	72
Tabelle 25. Moderation des Zusammenhangs von INTRA-emotionales Erleben mit AISF-QiAT durch SPS	74
Tabelle 26. Moderation des Zusammenhangs von INTRA-Selbstwertstützung mit AISF-QiAT durch SPS	76

## ZUSAMMENFASSUNG

*Hochsensibilität* oder *Sensory Processing Sensitivity* ist ein relativ neues, psychologisches Konzept und beschreibt eine genetisch determinierte Persönlichkeitseigenschaft von Individuen, die, je höher die Ausprägung, Umweltreize jeglicher Art intensiver wahrnehmen und tiefer verarbeiten. Ziel vorliegender Studie ist es dieses Konzept im Rahmen psychotherapeutischer Forschung erstmalig zu untersuchen und aus den dabei gewonnenen Erkenntnissen relevante Variablen für zukünftige Studien abzuleiten. Dafür bedient sich die Studie an den Konzepten der *Inter-* und *Intrasession-Prozesse*, welche die subjektive Wahrnehmung der StudienteilnehmerInnen über den Verlauf ihrer Psychotherapie mittels Online-Fragebogen sichtbar machen. Die Stichprobe setzt sich aus deutschsprachigen Personen ( $N = 49$ ) zusammen, welche am Beginn einer ambulanten Psychotherapie stehen. Davon sind 39 Frauen und 10 Männer, der Altersbereich liegt zwischen 18 und 58 Jahren ( $M = 30.51$ ;  $SD = 8.76$ ). Als relevante, von Hochsensibilität beeinflusste Variablen stellten sich regressionsanalytisch die Intersession-Prozesse „Emotionale Qualität der Nachwirkungen der Therapie“ ( $R^2 = .146$ ,  $F(2, 46) = 3.929$ ,  $p = .027$ ) und bei männlichem Geschlecht „Intensität der Beschäftigung mit Therapieinhalten“ ( $R^2 = .677$ ,  $F(1, 6) = 12.570$ ,  $p = .012$ ) und „Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie“ ( $R^2 = .853$ ,  $F(2, 6) = 17.473$ ,  $p = .003$ ) heraus. Für Intrasession-Prozesse konnten keine einflussreichen Variablen identifiziert werden, wobei hier das Lebensalter eine moderierende Funktion auf den Zusammenhang zwischen Hochsensibilität und den Intrasession-Prozess „Verwirrung“ ( $B = -.006$ ,  $p = .023$ ) einnimmt. In weiterführenden Studien zur Thematik bietet sich vornehmlich die Beforschung emotionaler Aspekte im individuellen Umgang mit einer Psychotherapie an, dies unter Berücksichtigung der Einflüsse von Lebensalter und Geschlecht.

## ABSTRACT

*High Sensitivity* or *Sensory Processing Sensitivity* is a relatively new psychological concept, which describes a genetically determined personality trait of individuals who, the higher the severity, perceive and process more deeply environmental stimuli of any kind. The aim of this study is to investigate high sensitivity in psychotherapeutic research for the first time and to derive relevant variables for further studies. For this purpose, this study makes use of the concepts of *inter-* and *intrasession processes*, which provide information about the subjective perception of study participants concerning the course of their psychotherapy through an online questionnaire. The sample consists of German-speaking persons ( $N = 49$ ; 39 females, 10 males) who just begun an outpatient psychotherapy. Age ranges between 18 and 58 years ( $M = 30.51$ ,  $SD = 8.76$ ). Intersession processes „emotional quality of the after-effects of therapy“ ( $R^2 = .146$ ,  $F(2, 46) = 3.929$ ,  $p = .027$ )

and, in case of male gender, „intensity of examination of therapeutic contents“ ( $R^2 = .677$ ,  $F(1, 6) = 12.570$ ,  $p = .012$ ) and „quality of the inner examination of therapy“ ( $R^2 = .853$ ,  $F(2, 6) = 17.473$ ,  $p = .003$ ) were relevant variables. For intrasession processes, no influential variables could be identified, with age taking a moderating role in the relationship between high sensitivity and the intrasession process „confusion“ ( $B = -.006$ ,  $p = .023$ ). Therefore, it is primarily the emotional aspects in dealing with psychotherapy that should be investigated further, taking into account the influences of age and gender.

## ANHANG A

### Soziodemographische Daten der Vorerhebung

#### Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
- männlich
- andere

#### In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

#### Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- Schule beendet ohne Abschluss
- Noch Schüler
- Volks-, Hauptschulabschluss, Quali
- Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss
- Abgeschlossene Lehre
- Fachabitur, Fachhochschulreife
- Abitur, Matura, Hochschulreife
- Fachhochschul-/Hochschulabschluss
- Anderer Abschluss, und zwar:

## ANHANG B

### Soziodemographische und therapierelevante Daten der Haupterhebung

**Um an vorliegender Studie teilnehmen zu können, darf eine gewisse Anzahl an bisherigen Sitzungen Ihrer derzeitigen Psychotherapie nicht überschritten werden.**

Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer bisherigen Sitzungen an.

- 1-3 Sitzungen
- 4-6 Sitzungen
- 7-10 Sitzungen
- mehr als 10 Sitzungen
- noch keine Sitzung

**Welches Geschlecht haben Sie?**

- weiblich
- männlich
- andere

**Da sich bestimmte therapeutische Prozesse abhängig von der jeweiligen Therapieform unterscheiden, ist es notwendig zu erfahren, welche Art von Psychotherapie Sie beanspruchen.**

Bitte geben Sie die Art der Psychotherapie an, welche Sie derzeit in Anspruch nehmen.

- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie / Kognitive Verhaltenstherapie
- Andere

**Bitte geben Sie ihr Alter in Jahren an.**

Lebensalter in  
Jahren

**Welchen Bildungsabschluss haben Sie?**

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- Schule beendet ohne Abschluss
- Noch Schüler
- Volks-, Hauptschulabschluss, Quali
- Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss
- Abgeschlossene Lehre
- Fachabitur, Fachhochschulreife
- Abitur, Matura, Hochschulreife
- Fachhochschul-/Hochschulabschluss
- Anderer Abschluss, und zwar:

**Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse?**

- Schlecht
- Mittel
- Gut

## ANHANG B

### Soziodemographische und therapierelevante Daten der Haupterhebung

**Wie schätzen Sie Ihre Erfahrung im Umgang mit Computern ein?**

Bitte wählen Sie aus einer der folgenden Optionen jene aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- Keinerlei Erfahrung
- Basiskenntnisse (einfacher Umgang mit Office Programmen)
- Gute Kenntnisse (kann beispielsweise selbst einen Computer mit allen erforderlichen Programmen aufsetzen)
- Sehr gute Kenntnisse (IT- Spezialist)

**Wieviele Psychotherapien haben Sie bereits begonnen bzw. abgeschlossen (die derzeitige miteingeschlossen)?**

Bitte wählen Sie aus einer der folgenden Optionen.

- Eine.
- Zwei.
- Mehr als zwei.

**Um zu ermitteln, ob Sie auf Grund Ihrer Diagnose zur Mitwirkung an vorliegender Studie geeignet sind, ist es wichtig, den Grund, bzw. die Diagnose mitzuteilen, weswegen Sie sich dafür entschieden haben eine Psychotherapie zu beginnen.**

Bitte geben Sie den Grund, bzw. die Diagnose an, weswegen Sie sich für den Beginn einer Psychotherapie entschieden haben.

- Depression
- Angststörung
- Zwangsstörung
- Andere

## ANHANG C

### Rekrutierungs-Email an PsychotherapeutInnen

Sehr geehrte,

mein Name ist Valentin Füßl und ich bin Student an der Hauptuniversität Wien im Fachbereich Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie.

Für meine Masterarbeitsstudie suche ich volljährige TeilnehmerInnen, die im Begriff sind eine ambulante Psychotherapie zu beginnen oder noch am Beginn einer solchen stehen (höchstens zehn absolvierte Sitzungen). Thematisch beschäftigt sich die Arbeit mit dem Einfluss verschiedener Persönlichkeitsmerkmale und Hochsensibilität auf bestimmte Prozesse einer ambulanten Psychotherapie. Die Erhebung der Daten findet einmalig mit Hilfe eines Online-Fragebogens statt.

Im Anhang befindet sich der Flyer mit den nötigen Informationen in zwei Versionen. Die „Druck-Version“ ist mit Abrissmöglichkeiten versehen, diese können Sie gerne in Ihren Räumen aushängen, die „Web-Version“ dient zur Weiterleitung per Email an interessierte KlientInnen / PatientInnen, falls diese den oben genannten Kriterien entsprechen.

Über Ihre Unterstützung meiner Forschungsarbeit freue ich mich sehr freuen! Für Rückfragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Vielen Dank im Voraus!

Mit besten Grüßen

Valentin Füßl

## ANHANG D

### Flyer zur Rekrutierung von StudienteilnehmerInnen

TEILNEHMERINNEN FÜR  
ONLINE-STUDIE ZUM THEMA  
HOCHSENSIBILITÄT GESUCHT



universität  
wien  
Fakultät für Psychologie

**SIE SIND ÜBER 18 JAHRE ALT, STEHEN AM BEGINN  
EINER PSYCHOTHERAPIE UND WOLLEN EINEN  
WICHTIGEN BEITRAG ZUR THERAPIEFORSCHUNG  
UND ZUR VERBESSERUNG VON PSYCHOTHERAPIEN  
BEITRAGEN?**

**DANN FREUE ICH MICH SEHR, WENN SIE MICH BEI  
MEINEM FORSCHUNGSPROJEKT UNTERSTÜTZEN!**

#### Worum geht es?

Das Forschungsprojekt beschäftigt sich mit dem Einfluss von Hochsensibilität auf Vorgänge wie Reflexion und gedankliche Verarbeitung, die zwischen und innerhalb von Therapieeinheiten stattfinden.

Die Studie soll Aufschluss darüber geben, inwiefern sich hochsensible Personen und nicht-hochsensible Personen in Bezug auf ihr psychotherapeutisches Erleben unterscheiden. Dazu werden Gefühle und Gedanken über die Psychotherapie aus der Sicht der PatientInnen mittels eines Online-Fragebogens erhoben.

#### Wie läuft die Studie ab?

Sie füllen einmalig einen Online-Fragebogen aus, dies wird in etwa 15–30 Minuten Ihrer Zeit beanspruchen.

#### Was passiert mit Ihren Daten?

Die Studie wird im Rahmen meiner Masterarbeit an der Universität Wien nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt. Es wird allergrößter Wert auf Ihre Anonymität und auf den Schutz Ihrer persönlich Daten gelegt.

Deshalb werden alle Informationen zu Ihrer Person anonym und ohne Möglichkeit zur Rückverfolgung gespeichert und verarbeitet.

#### Hier geht's zur Studie:

<https://www.socsisurvey.de/studiepersoenlichkeit/>

Sie kennen eine Person, auf die die oben genannten Kriterien zutreffen? Gerne können Sie den Link weiterleiten!

#### Kontaktdaten

Bei Fragen zur Studie stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung!

Valentin Füßl, BSc  
studie.persoenlichkeit@outlook.com

<https://www.socsisurvey.de/studiepersoenlichkeit/>

## ANHANG E

### Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF)

In dem folgenden Fragebogen möchte ich von Ihnen gerne erfahren, wie sehr Sie sich mit Ihrer Therapie seit Ihrem Beginn bis zum jetzigen Zeitpunkt auseinandergesetzt haben, was Sie dabei gemacht und welche Emotionen Sie dabei im Allgemeinen erlebt haben. Achten Sie bitte darauf, dass der gesamte Zeitraum ihrer Therapie von Bedeutung ist. Dabei beziehen sich manche Fragen auf die **Zeit zwischen zwei Therapiesitzungen**, manche gehen **vom bisherigen gesamten Therapieverlauf** aus. Dies wird jeweils gesondert erfragt. Es geht dabei jeweils um ihre durchschnittliche Aktivität in diesen Zeiträumen. Ihre Antworten werden auch hier nur zu Forschungszwecken ausgewertet und anonymisiert verarbeitet und nicht an Ihre/n Therapeuten/in weitergegeben. Bitte lassen Sie keine Fragen aus und markieren Sie immer die Antwort, die für Sie am meisten passt, vielen Dank!

Wie häufig **zwischen zwei Therapiestunden** in Ihrer bisherigen Therapie – das ist innerhalb einer oder zwei Wochen – haben Sie im Durchschnitt...

	nie	1 bis 2 mal	3 bis 5 mal	fast täglich	mehrmals täglich
....an einen vergangenen Dialog der Therapie gedacht?	◇	◇	◇	◇	◇
....Aussagen und Meinungen Ihres/r Therapeuten/in im Kopf gehabt?	◇	◇	◇	◇	◇
....über das, was in der Therapie besprochen wurde, nachgedacht?	◇	◇	◇	◇	◇

**Insgesamt** betrachtet:

	gar nicht	nur wenig	mittel	stark	sehr stark
Wie präsent sind Ihnen die Therapieinhalte in Ihrem Alltagsleben?	◇	◇	◇	◇	◇
Wie intensiv ist Ihre innere Auseinandersetzung mit Ihrer Therapie?	◇	◇	◇	◇	◇
Wie sehr begleitet Sie Ihre Therapie in Ihrem Alltag?	◇	◇	◇	◇	◇

**Vor bzw. nach einer Therapiestunde....**

	gar nicht	bis ½ Stunde	½ bis 1 Stunde	1 bis 2 Stunden	mehr als 2 Stunden
Wie lange beschäftigen Sie sich im Schnitt mit Ihrer Therapie vor einer Stunde?	◇	◇	◇	◇	◇
Wie lange beschäftigen Sie sich mit Ihrer Therapie nach einer Sitzung?	◇	◇	◇	◇	◇
In welchem Ausmaß nehmen Sie sich nach einer Sitzung Zeit für sich und tun nichts anderes?	◇	◇	◇	◇	◇

## ANHANG E

### Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF)

Wie häufig haben Sie sich in **Ihrer bisherigen Therapie** auf folgende Weise mit dieser beschäftigt?  
Alle Antworten werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.

	nie	selten (weniger als 1mal/Monat)	gelegentlich (1 bis 2 mal/Monat)	regelmäßig (1 bis 2 mal/Woche)	häufig (mehrmals/ Woche)
Mit einer anderen Person über die Therapie gesprochen (persönlich, telefonisch)?	◇	◇	◇	◇	◇
Sich Gedanken über sich oder die Therapie kurz aufgeschrieben?	◇	◇	◇	◇	◇
Ein Tagebuch über Ihre Therapie geführt?	◇	◇	◇	◇	◇
Ihre Gedanken auf ein Tonband/Diktaphon gesprochen?	◇	◇	◇	◇	◇
Ein Internet-Forum genutzt, um über Ihre Therapie zu kommunizieren?	◇	◇	◇	◇	◇
An Selbsthilfegruppen teilgenommen und dort darüber gesprochen?	◇	◇	◇	◇	◇
Sich Aufnahmen von Therapiestunden, die sie mitbekommen haben, angehört/angesehen?	◇	◇	◇	◇	◇

Wie häufig in **Ihrer bisherigen Therapie** haben Sie....?

	nie	selten (weniger als 1mal/Monat)	gelegentlich (jede 3. bis 4. Stunde)	regelmäßig (jede 2. Stunde)	sehr häufig (fast immer)
...eine Hausaufgabe bekommen?	◇	◇	◇	◇	◇
.... Ihre Hausaufgabe/n auch gemacht?	◇	◇	◇	◇	◇

Wie häufig **zwischen zwei Therapiestunden in Ihrer bisherigen Therapie** – das ist innerhalb einer oder zwei Wochen – haben Sie im Durchschnitt....

	nie	1 bis 2 mal	3 bis 5 mal	fast täglich	mehrmals täglich
....etwas ausprobiert, das in der Therapie besprochen wurde?	◇	◇	◇	◇	◇
....Übungen gemacht, die Sie in der Therapie gelernt haben?	◇	◇	◇	◇	◇
....selbst Therapeut/in gespielt und versucht, sich selbst zu therapieren?	◇	◇	◇	◇	◇
....versucht, bewusst und aktiv ein eigenes Verhalten zu verändern?	◇	◇	◇	◇	◇

## ANHANG E

### Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF)

Wie häufig **zwischen zwei Therapiestunden in Ihrer bisherigen Therapie** – das ist innerhalb einer oder zwei Wochen – haben Sie im Durchschnitt...

Alle Antworten werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.

	nie	1 bis 2 mal	3 bis 5 mal	fast täglich	mehrmals täglich
....andere Personen, z.B. als Unterstützer/in oder Ko-Therapeuten/in, in den Veränderungsprozess eingebaut?	◇	◇	◇	◇	◇
....an aufmunternde Worte Ihres/r Therapeuten/in gedacht?	◇	◇	◇	◇	◇
....sich über Aussagen Ihres/r Therapeut/in geärgert?	◇	◇	◇	◇	◇
....Aggressionen gegenüber Ihrem/r Therapeuten/in empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇
....Ihre/n Therapeuten/in innerlich schlecht gemacht/abgewertet?	◇	◇	◇	◇	◇
....den/die Therapeuten/in als großartig empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇
....den/die Therapeuten/in vor anderen Personen gelobt?	◇	◇	◇	◇	◇
....über den/die Therapeuten/in vor anderen Personen geschimpft/geklagt?	◇	◇	◇	◇	◇
....vorwiegend positive Gefühle für Ihre/n Therapeuten/in empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇
....vorwiegend positive Gefühle für Ihre Therapie empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇
....freudige Erwartung auf die nächste Sitzung verspürt?	◇	◇	◇	◇	◇
....die Therapie als etwas Tolles empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇
....sich durch die Therapie getragen gefühlt?	◇	◇	◇	◇	◇
....sich durch die Therapie als geschützt gefühlt?	◇	◇	◇	◇	◇
....über Ihre Therapie Zufriedenheit empfunden?	◇	◇	◇	◇	◇

## ANHANG E

### Allgemeiner Inter-Session-Fragebogen (AISF)

Wenn Sie **nach einer Therapiestunde den Raum verlassen haben**, wie oft haben Sie dabei im Durchschnitt eines der folgenden Gefühle empfunden? Alle Antworten werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.

	nie	selten	manchmal	oft	jedes Mal
Traurigkeit	◇	◇	◇	◇	◇
Erleichterung	◇	◇	◇	◇	◇
Überforderung	◇	◇	◇	◇	◇
Entmutigung	◇	◇	◇	◇	◇
Gestärkt und voller Kraft	◇	◇	◇	◇	◇
sich unverstanden gefühlt	◇	◇	◇	◇	◇
positive Gefühle für sich selbst	◇	◇	◇	◇	◇
Freude	◇	◇	◇	◇	◇
Mut	◇	◇	◇	◇	◇
Zuversicht	◇	◇	◇	◇	◇
das Gefühl Fortschritte gemacht zu haben	◇	◇	◇	◇	◇

Denken Sie an die **Zeit zwischen den Sitzungen**. Wie ist die emotionale Qualität Ihrer Gedanken und Auseinandersetzung mit Ihrer Therapie gefärbt und wie intensiv sind diese Gefühle im Allgemeinen? Alle Antworten werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.

	gar nicht	etwas	deutlich	intensiv	sehr intensiv
freudig	◇	◇	◇	◇	◇
ängstlich	◇	◇	◇	◇	◇
enttäuscht	◇	◇	◇	◇	◇
verletzt	◇	◇	◇	◇	◇
beschuldigend	◇	◇	◇	◇	◇
abwertend	◇	◇	◇	◇	◇
neugierig	◇	◇	◇	◇	◇
verträumt	◇	◇	◇	◇	◇
verliebt	◇	◇	◇	◇	◇
hilfflos	◇	◇	◇	◇	◇
erwartungsvoll	◇	◇	◇	◇	◇

# ANHANG F

## Intrasession Fragebogen 65-Items

### Intrasession-Fragebogen

Prä-Text für jedes Item: „In den Therapiesitzungen...“

Skala:

1 = nie

2 = fast nie

3 = selten

4 = manchmal

5 = oft

6 = sehr oft

7 = immer

### Problembezogener Prozess

Klärung

...habe ich das Gefühl, dass ich meine Probleme verstehe.

...komme ich dem Kern meiner Probleme nahe.

...gelange ich zu einer plausiblen Erklärung meiner Probleme.

Selbstwirksamkeit

...traue ich mir zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

...habe ich das Gefühl, Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich sonst nicht gewachsen fühlte.

...glaube ich, dass ich mich besser so verhalten kann, wie ich möchte.

Problemaktualisierung

...erkenne ich, woran ich arbeiten muss.

...habe ich meine Probleme klar vor Augen.

...werde ich mit meinen Problemen konfrontiert.

...erlebe ich mein Problem als real.

Einsicht

...wird mir klar, weshalb ich auf bestimmte Menschen so und nicht anders reagiere.

...gewinne ich Einsichten über mich selbst.

...gewinne ich Verständnis und Einsicht in meine Situation.

...verstehe ich die Hintergründe meines Verhaltens gut.

### Beziehungsbezogener Prozess

Loyalität

...fühle ich mich in der Beziehung zur Psychotherapeutin wohl.

...verstehen meine Psychotherapeutin und ich einander.

...habe ich das Gefühl, dass meine Psychotherapeutin an meinem Wohlergehen interessiert ist.

...habe ich den Eindruck, dass meine Psychotherapeutin mir sagt, was sie über mich denkt.

...erlebe ich eine sehr starke Loyalität meiner Psychotherapeutin mir gegenüber.

## ANHANG F

### Intrasession Fragebogen 65-Items

#### Selbstwertstützung

- ...fühle ich mich als Mensch wertgeschätzt.
- ...erlebe ich mich als wertvolle Person.
- ...merke ich, dass ich trotz meiner Probleme angenommen werde.
- ...vermittelt mir meine Psychotherapeutin das Gefühl, viel von mir zu halten.
- ...fühle ich mich von meiner Psychotherapeutin wertgeschätzt.
- ...habe ich Angst meine Selbstachtung zu verlieren.

#### Unterstützung

- ...finde ich, dass meine Psychotherapeutin meine Probleme richtig einschätzt.
- ...habe ich das Gefühl, dass das Vorgehen meiner Psychotherapeutin richtig für mich ist.
- ...merke ich, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.
- ...fühle ich mich von meiner Psychotherapeutin sehr gut unterstützt.
- ...erlebe ich viel Rückhalt und Unterstützung seitens meiner Psychotherapeutin.

#### Übertragung

- ...merke ich, wie ich mich meiner Psychotherapeutin gegenüber so verhalte wie bei anderen Menschen, die mir nahe stehen.
- ...erlebe ich meiner Psychotherapeutin gegenüber ähnliche Gefühle, wie ich sie aus anderen intimen Beziehungen kenne.
- ...bemerke ich Ähnlichkeiten zwischen meiner Psychotherapeutin und anderen mir vertrauten Personen.
- ...habe ich meiner Psychotherapeutin gegenüber ähnliche Bedürfnisse, wie ich sie aus anderen intimen Beziehungen kenne.

### Emotionaler Prozess

#### Katharsis

- ...kann ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken.
- ...habe ich die Gelegenheit, Gefühle auszudrücken, die mich belasten.
- ...kann ich loslassen und meine Gefühle frei äußern.
- ...entledige ich mich unangenehmen Gefühlen, indem ich sie frei ausdrücke.
- ...kann ich meine Gefühle einfach so rauslassen.

#### Emotionales Erleben

- ...stehen meine Gefühle im Vordergrund.
- ...bin ich gefühlsmäßig stark beteiligt.
- ...kann ich spüren, was emotional in mir vorgeht.

#### Containment

- ...kann ich gemeinsam mit meiner Psychotherapeutin an negativen Gefühlen und Erfahrungen arbeiten.
- ...kann ich Gefühle in Worte fassen, bei denen mir das vorher nicht gelungen ist.
- ...nimmt die Psychotherapeutin meine Gefühle an und hilft mir, sie zu verstehen.
- ...äußere ich Gedanken und Gefühle, die ich vorher nie äußern konnte.
- ...kann ich meinen Gedanken und Gefühlen einen Sinn geben.

## ANHANG F

### Intrasession Fragebogen 65-Items

#### Negative Prozessmerkmale

##### Missverständnis

- ... habe ich das Gefühl meine Psychotherapeutin und ich reden aneinander vorbei.
- ... habe ich das Gefühl, dass meine Äußerungen über Gedanken und Gefühle missverstanden wurden.
- ...fällt mir immer wieder auf, dass meine Psychotherapeutin und ich uns missverstehen.
- ...schätzt meine Psychotherapeutin mich falsch ein.

##### Scham

- ...fühle ich mich schüchtern, beschämt oder entblößt.
- ...habe ich das Gefühl, am liebsten „im Erdboden versinken“ zu wollen.
- ...schäme ich mich.

##### Verwirrung

- ... erlebe ich Gefühle, die mich durcheinanderbringen.
- ... verwirrt mich das, was in der Psychotherapie passiert.
- ...fühle ich mich verwirrt.

##### Zurückweisung

- ...verhält sich meine Psychotherapeutin mit gegenüber kalt und distanziert.
- ...habe ich das Gefühl, die Psychotherapeutin kein Interesse an meinen Gedanken und Gefühlen hätte.
- ...fühle ich mich zurückgewiesen und missachtet.
- ...fühle ich mich von meiner Psychotherapeutin nicht wirklich ernst genommen.

##### Verletzung

- ...fühle ich mich durch meine Psychotherapeutin immer wieder einmal erpresst.
- ...fühle ich mich von meiner Psychotherapeutin emotional missbraucht.
- ...macht meine Psychotherapeutin manche Aussagen, die mich verletzen.
- ...fühle ich mich emotional ausgenutzt.

## ANHANG G

### Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)

#### Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert \_\_\_\_\_ = Addition \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
der Spaltensummen

## ANHANG H

### Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

#### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert \_\_\_\_\_ = Addition \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
der Spaltensummen

**Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:**

**Überhaupt nicht erschwert**

**Etwas erschwert**

**Relativ stark erschwert**

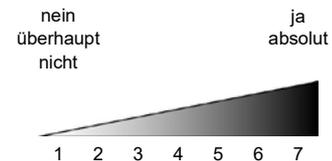
**Sehr stark erschwert**

# ANHANG I

## Highly-Sensitive-Person (Antwortformat Frage)

**Die folgenden Fragen beziehen sich vor allem auf Ihre Wahrnehmung der Umwelt und bestimmte Gewohnheiten.**

Nutzen Sie die verschiedenen Abstufungen von „nein, überhaupt nicht“ bis „ja sehr“, um anzugeben, wie sehr eine Aussage auf Sie zutrifft.



- |   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fühlen Sie sich leicht überwältigt von Sinneseindrücken?  | <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine feine Wahrnehmung für Unterschwelliges in Ihrer Umwelt?  | <input type="radio"/> |
| Beeinflussen Sie die Stimmungen anderer?  | <input type="radio"/> |
| Reagieren Sie eher empfindlich auf Schmerz?   | <input type="radio"/> |
| Haben Sie an geschäftigen Tagen das Bedürfnis, sich zurückzuziehen – entweder in ein dunkles Zimmer oder an einen anderen Ort, wo Sie allein sein und sich von der Stimulation erholen können?                            | <input type="radio"/> |
| Reagieren Sie heftiger auf Koffein als andere Menschen?   | <input type="radio"/> |
| Fühlen Sie sich schnell überwältigt von Dingen wie grelle Lichter, starke Gerüche, raue Textilien auf Ihrer Haut oder Martinshörner in Ihrer Nähe?  | <input type="radio"/> |
| Besitzen Sie ein reiches, vielschichtiges Innenleben?   | <input type="radio"/> |
| Bereiten Ihnen laute Geräusche Unbehagen?   | <input type="radio"/> |
| Bewegen Kunst und Musik Sie tief?   | <input type="radio"/> |
| Liegen manchmal Ihre Nerven derart blank, dass Sie nur noch alleine sein möchten?   | <input type="radio"/> |
| Sind Sie ein gewissenhafter Mensch?   | <input type="radio"/> |
| Sind Sie schreckhaft?   | <input type="radio"/> |
| Bringt es Sie leicht aus der Fassung, wenn Sie in kurzer Zeit viel erledigen müssen?  | <input type="radio"/> |
| Wenn andere Menschen sich in einer Umgebung unwohl fühlen, wissen Sie eher als manche andere, was notwendig ist, um Wohlbefinden herzustellen (zum Beispiel durch eine Veränderung der Beleuchtung oder der Sitzordnung)? | <input type="radio"/> |
| Werden Sie ärgerlich, wenn man von Ihnen erwartet, zu viele Dinge gleichzeitig zu tun?  | <input type="radio"/> |
| Geben Sie sich große Mühe, Fehler zu vermeiden oder Dinge nicht zu vergessen?   | <input type="radio"/> |
| Meiden Sie Fernsehsendungen und Spielfilme mit Gewaltszenen?  | <input type="radio"/> |
| Fühlen Sie sich unangenehm erregt, wenn sich um Sie herum viel abspielt?  | <input type="radio"/> |

## ANHANG I

### Highly-Sensitive-Person (Antwortformat Frage)

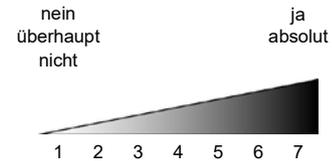
- |   |   |
|---|---|
| Stören Hungergefühle nachhaltig Ihre Konzentration und beeinträchtigen Ihre Stimmung?   | <input type="radio"/> |
| Treffen Veränderungen in Ihrem Leben Sie heftig?  | <input type="radio"/> |
| Bemerkten und genießen Sie feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke?  | <input type="radio"/> |
| Empfinden Sie es als unangenehm, wenn Sie sich mit mehreren Dingen gleichzeitig beschäftigen müssen?  | <input type="radio"/> |
| Ist es für Sie sehr wichtig, Ihr Leben so zu organisieren, dass Sie Situationen vermeiden, die aufregend oder überwältigend sind?                                     | <input type="radio"/> |
| Stören Sie laute Geräusche, chaotische Szenen und ähnliche starke Reize?  | <input type="radio"/> |
| Bemerkten Sie, dass Sie deutlich schlechter abschneiden, wenn Sie mit anderen Menschen konkurrieren müssen oder beobachtet werden, während Sie eine Aufgabe erfüllen? | <input type="radio"/> |
| Haben Ihre Eltern und Lehrer Sie als Kind als sensibel oder schüchtern angesehen?   | <input type="radio"/> |

## ANHANG J

### Highly-Sensitive-Person (Antwortformat Aussage)

**Die folgenden Fragen beziehen sich vor allem auf Ihre Wahrnehmung der Umwelt und bestimmte Gewohnheiten.**

Nutzen Sie die verschiedenen Abstufungen von „nein, überhaupt nicht“ bis „ja sehr“, um anzugeben, wie sehr eine Aussage auf Sie zutrifft.



- Ich fühle mich leicht überwältigt durch starke Sinneseindrücke.
- Offenbar habe ich eine feine Wahrnehmung für Unterschwelliges in meiner Umwelt.
- Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich.
- Ich reagiere eher empfindlich auf körperlichen Schmerz.
- Ich habe an geschäftigen Tagen das Bedürfnis, mich zurückzuziehen – entweder in ein dunkles Zimmer oder an einen anderen Ort, wo ich allein sein und mich von der Stimulation erholen kann.
- Auf Koffein reagiere ich heftiger als andere Menschen.
- Ich fühle mich schnell überwältigt von Dingen wie grelle Lichter, starke Gerüche, raue Textilien auf meiner Haut oder Martinshörner in meiner Nähe.
- Ich besitze ein reiches, vielschichtiges Innenleben.
- Laute Geräusche bereiten mir Unbehagen.
- Kunst und Musik bewegen mich tief.
- Manchmal liegen meine Nerven derart blank, dass ich nur noch alleine sein möchte.
- Ich bin ein gewissenhafter Mensch.
- Ich bin schreckhaft.
- Es bringt mich leicht aus der Fassung, wenn ich in kurzer Zeit viel erledigen muss.
- Wenn andere Menschen sich in einer Umgebung unwohl fühlen, weiß ich eher als manche andere, was notwendig ist, um Wohlbefinden herzustellen (zum Beispiel durch eine Veränderung der Beleuchtung oder der Sitzordnung).
- Ich werde ärgerlich, wenn man von mir erwartet, zu viele Dinge gleichzeitig zu tun.

## ANHANG J

### Highly-Sensitive-Person (Antwortformat Aussage)

Ich gebe mir große Mühe, Fehler zu vermeiden oder Dinge nicht zu vergessen.

Fernsehsendungen und Spielfilme mit Gewaltszenen meide ich.

Ich fühle mich unangenehm erregt, wenn sich um mich herum viel abspielt.

Hungergefühle stören nachhaltig meine Konzentration und beeinträchtigen meine Stimmung.

Veränderungen in meinem Leben treffen mich sehr heftig.

Ich bemerke und genieße feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke.

Ich empfinde es als unangenehm, wenn ich mich mit mehreren Dingen gleichzeitig beschäftigen muss.

Für mich ist es sehr wichtig, mein Leben so zu organisieren, dass ich aufregende oder überwältigende Situationen vermeide.

Laute Geräusche, chaotische Szenen und ähnliche starke Reize stören mich.

Wenn ich mit anderen Menschen konkurrieren muss oder beobachtet werde, während ich eine Aufgabe erfülle, macht mich das so nervös und unsicher, dass ich weitaus schlechter abschneide, als ich eigentlich könnte.

Als Kind haben meine Eltern und Lehrer mich als sensibel oder schüchtern angesehen.

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

**Bei den folgenden Aussagen geht es darum, wie Sie sich selbst in verschiedenen Situationen erleben.**

Ihre Aufgabe ist es anzugeben, inwieweit Sie jeder Aussage zustimmen, indem Sie auf einer Skala eine der folgenden Abstufungen auswählen und anklicken:

- Sehr unzutreffend
- Unzutreffend
- Weder zutreffend noch unzutreffend
- Zutreffend
- Sehr zutreffend

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, also wählen Sie jeweils die Zahl, die Sie selbst bei jeder Aussage am besten charakterisiert. Lassen Sie sich ruhig Zeit und bedenken Sie jede Aussage genau. Wenn Sie alle Fragen ausgefüllt haben, klicken Sie ganz unten auf Abschicken.

		sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>						
bin schnell entmutigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
profitiere von anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin auf meinen persönlichen Vorteil aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin interessiert am Leben anderer Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
werde leicht ärgerlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mit anderen Menschen mit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehme mir für andere keine Zeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin selten irritiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bringe Dinge durcheinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich selten bedrückt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>						
habe vor vielem Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte meine Gefühle unter Kontrolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mag einen handfesten Streit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin leicht abgelenkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beleidige andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin eine Person mit schnell wechselnder Stimmung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
werde schnell aufgebracht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

werde von Ereignissen überwältigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erkundige mich nach dem Wohlbefinden anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle die Gefühle anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>					
verliere selten die Fassung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin schnell aufgewühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwirkliche meine Pläne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
setze andere selten unter Druck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin <b>nicht</b> interessiert an den Problemen anderer Leute.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erledige Dinge schnell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wechsele oft meine Stimmung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vermeide es, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
finde es schwierig, mich an die Arbeit zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin unberührt von Bedürfnissen anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>					
bin gleichgültig gegenüber den Gefühlen anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich selten deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
grübele über Dinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schiebe Entscheidungen auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin mit Gedanken <b>nicht</b> bei meiner Aufgabe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin voller Zweifel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich schnell bedroht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe keine zarte Seite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich wohl mit mir selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
respektiere Autorität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

	sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>					
bin ungern aufdringlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
werde <b>nicht</b> leicht ärgerlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bringe das zu Ende, was ich anfangen tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tue Dinge für andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte mich für besser als andere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suche den Konflikt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verschwende meine Zeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiß immer was ich tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich <b>nicht</b> schnell verlegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rege mich leicht auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

		sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>						
werde durch Unordnung <b>nicht</b> beunruhigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mag keine Poesie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte meine Meinungen zurück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehe Schönheit in Dingen, die anderen nicht auffällt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verstehe Dinge schnell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glaube daran, dass Kunst wichtig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann anderen Dinge einreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
will mich um jedes Detail kümmern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lache viel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lerne langsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich...</b>						
verrate wenig über mich selbst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
warte darauf, dass andere die Führung übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brauche eine kreative Ausdrucksmöglichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
denke schnell.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mag keine Routine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe einen großen Wortschatz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
werde durch unordentliche Leute <b>nicht</b> beunruhigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
meide philosophische Diskussionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe viel Spaß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
löse gerne komplexe Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ich...</b>						
bin keine sehr begeisterungsfähige Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

will, dass alles „genau richtig“ ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bemerke selten die emotionalen Aspekte von Gemälden und Bildern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
formuliere Ideen klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
achte darauf, Regeln einzuhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann viele Informationen verarbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mag Ordnung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
meide schwierige Texte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehe mich als guten Anführer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
übernehme Verantwortung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>					
werde mit anderen schnell warm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tauche tief in Musik ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
folge einem Plan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe eine starke Persönlichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zeige meine Gefühle wenn ich glücklich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte andere auf Distanz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verliere mich selten in Gedanken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte Dinge in Ordnung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liebe es, über Dinge nachzudenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tagträume selten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr unzutreffend	unzu- treffend	weder zutreffend noch unzutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
<b>Ich...</b>					
bin der Erste, der handelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
finde schnell Freunde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
genieße die Schönheit der Natur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe Schwierigkeiten, abstrakte Ideen zu verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
werde selten von Aufregung mitgerissen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANHANG K

### Big-Five Aspekte Skalen – Big Five Aspects Scales (BFAS)

habe keine durchsetzungsfähige Persönlichkeit.	<input type="radio"/>				
weiß, wie ich Leute fasziniere.	<input type="radio"/>				
bin schwer kennen zu lernen.	<input type="radio"/>				
lasse meine Sachen herumliegen.	<input type="radio"/>				
habe kein Talent, andere zu beeinflussen.	<input type="radio"/>				

## ANHANG L

### Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten – extrem kurze Version (FEE-US)

Bitte geben Sie an, wie oft das jeweilige Verhalten in Ihrer Kindheit vorkam. Wenn Sie sich absolut nicht daran erinnern können, oder wenn Sie ohne dieses Elternteil aufgewachsen sind, können Sie dies ebenfalls angeben.

	nie	gelegentlich	oft	immer	Kann mich nicht erinnern	Ich bin ohne Vater aufgewachsen
Wurden Sie von Ihrem Vater hart bestraft, auch für Kleinigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Kam es vor, dass Sie vom Vater ohne Grund Schläge bekamen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wurden Sie von Ihrem Vater getröstet, wenn Sie traurig waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Konnte Ihr Vater mit Ihnen schmusen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Versuchte Ihr Vater Sie anzutreiben, „Beste(r)“ zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Finden Sie, dass Ihr Vater übertrieben ängstlich war, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

**Bitte schätzen Sie das Gleiche auch noch zu Ihrer Mutter ein.**

	nie	gelegentlich	oft	immer	Kann mich nicht erinnern	Ich bin ohne Mutter aufgewachsen
Wurden Sie von Ihrer Mutter hart bestraft, auch für Kleinigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Kam es vor, dass Sie von der Mutter ohne Grund Schläge bekamen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wurden Sie von Ihrer Mutter getröstet, wenn Sie traurig waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Konnte Ihre Mutter mit Ihnen schmusen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Versuchte Ihre Mutter Sie anzutreiben, „Beste(r)“ zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Finden Sie, dass Ihre Mutter übertrieben ängstlich war, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				



