

Aus der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. med. D. Naber

**Klinischer Validitätsvergleich zweier Selbstbeurteilungsfragebögen
unter besonderer Berücksichtigung der Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

Dissertation

**Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von**

**Yvonne Henkel
aus Haselünne**

Hamburg im Jahre 2006

Inhaltsverzeichnis

Seite

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
1.1 Begriffsbeschreibung und historischer Überblick.....	1
1.2 Diagnostik.....	4
1.2.1 DSM-IV-Kriterien.....	5
1.2.2 ICD-10-Kriterien.....	6
1.2.3 Strukturdiagnostik.....	8
1.2.4 Interviewverfahren.....	8
1.2.5 Selbstbeurteilungsverfahren.....	11
1.2.6 Differenzialdiagnostik und Komorbidität.....	13
1.2.7 Exkurs Borderline personality organization.....	16
1.3 Epidemiologie und Prävalenz.....	20
1.4 Verlauf und Prognose.....	22
1.5 Ätiologie und Pathogenese.....	23
1.6 Therapie.....	25
1.6.1 Psychoanalyse.....	27
1.6.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze.....	29
1.6.3 Interpersonelle Therapie.....	32
1.6.4 Gesprächspsychotherapie.....	34
1.6.5 Pharmakotherapie.....	35
1.7 Zielsetzungen und Fragestellungen.....	37
2. Material und Methoden.....	39
2.1 Patientenkollektiv.....	39
2.1.1 Soziodemographische Merkmale.....	39
2.2 Verwendete Verfahren.....	43
2.2.1 IKP.....	43
2.2.1.1 Ansatz und Konstruktionsprinzip des IKP.....	47

2.2.1.2	Formaler und inhaltlicher Aufbau.....	48
2.2.1.3	Herleitung und Begründung neu konzipierter PA.....	52
2.2.2	BPI.....	75
2.2.3	SCL-190.....	79
2.3	Statistik.....	81
3.	Ergebnisse.....	84
3.1	Mittelwertvergleiche und einfaktorielle Varianzanalyse.....	84
3.2	Varianzanalyse unter Einbezug von Alter und Geschlecht als Kovariate.....	89
3.3	Bivariate und partielle Korrelationen.....	95
3.4	Vergleich der Übereinstimmung der Diagnosen (IKP, BPI, Klinik).....	105
4.	Diskussion.....	107
4.1	Diskussion der Ergebnisse.....	107
4.2	Folgerungen und Ausblick.....	138
5.	Zusammenfassung.....	142
6.	Literaturverzeichnis.....	144
7.	Anhang.....	171
	Danksagung.....	202
	Lebenslauf.....	203
	Erklärung.....	204

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 1: Gleichzeitigkeitsdiagnosen von PS mit spezifischen psychischen Störungen	14
Tab. 2: Gleichzeitigkeitsdiagnosen von DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen	15
Tab. 3: Unterscheidungsmerkmale der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg	20
Tab. 4: Klinische Diagnosen (gemäß ICD-10) der drei Gruppen	39
Tab. 5: Alter, Geschlecht und Bildungsstatus der drei Gruppen	42
Tab. 6: Titel und Kennzeichnungen der IKP-G-Skalen	50
Tab. 7: Titel und Kennzeichnungen der IKP-Eg-Skalen	51
Tab. 8: Diagnostische Kriterien der von Andresen neu konzipierten Skala „Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung“ (IMP)	55
Tab. 9: Neu konzipierte DSM-IV-analoge Forschungskriterien der Asthenisch-nervösen PA	60
Tab. 10: Neu konzipierte DSM-IV-analoge Forschungskriterien der Dissoziativen PA	69
Tab. 11: Item-Skalen-Schlüssel zum BPI	77
Tab. 12: IKP, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse	86
Tab. 13: BPI, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse	87
Tab. 14: SCL-190, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse	88
Tab. 15: IKP, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariable	90
Tab. 16: IKP, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht als Kovariable	91
Tab. 17: BPI, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariate	92
Tab. 18: BPI, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht als Kovariate	92

Tab. 19: SCL-190, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariable	93
Tab. 20: SCL-190, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug Geschlecht als Kovariable	94
Tab. 21: IKP, bivariate Korrelationen der Skalen untereinander	95
Tab. 22: IKP, partielle Korrelationen der Skalen untereinander	96
Tab. 23: IKP, Korrelationen mit BPI	97
Tab. 24: IKP, Korrelationen mit SCL-190	100
Tab. 25: IKP, Korrelationen mit SCL-190	101
Tab. 26: IKP, Korrelationen mit SCL-190	102
Tab. 27: BPI, Korrelationen mit SCL-190	103
Tab. 28: BPI, bivariate und partielle Korrelationen der Skalen untereinander	104
Tab. 29: Vergleich der Anzahl der IKP-und BPI-Diagnosen einer Borderline PS	105
Tab. 30: Vergleich der Anzahl der IKP-Diagnosen mit der Anzahl der klinischen Diagnosen	105
Tab. 31: Vergleich der Anzahl der BPI-Diagnosen mit der Anzahl der klinischen Diagnosen	106
Tab. 32: Kriterienliste IKP-Skala OBS	189
Tab. 33: IKP, bivariate Korrelationen	190
Tab. 34: IKP, partielle Korrelationen	191

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Schematische Darstellung der Entwicklung der Objektbeziehungen	19
Abb. 2: Mittelwerte der IKP-Skalen BOR, DPR, STY, IMP	85

Abkürzungsverzeichnis

APA	= American Psychiatric Association
BPI	= Borderline Persönlichkeitsinventar
DSM	= „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
ICD	= „International Classification of Diseases“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
IKP	= Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen
PA	= Persönlichkeitsakzentuierung(en)
PS	= Persönlichkeitsstörung(en)
SCL	= Symptomcheckliste
SPSS	= „Statistical Package for the Social Science“ (Statistisches Paket für Sozialwissenschaften)
WHO	= „World Health Organization“ (Weltgesundheitsorganisation)

1. Einleitung

1.1. Begriffsbeschreibung und historischer Überblick der Borderline-Störungen

Die zunehmend verwendete Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung wurde ursprünglich in einem anderen Zusammenhang verwendet. Zunächst wurde der Begriff „Borderline“ zur symptomatischen Beschreibung von Phänomenen im Übergang zwischen Psychosen und Neurosen eingesetzt.

Dieser Grenzbereich umfaßt ein heterogenes Patientenspektrum:

Hierunter fallen zum einen Patienten an der Grenze zur Psychose, bezeichnet als „Borderline-Schizophrene“ (Kety et al., 1968, 1971) oder Patienten mit „schizotypischer Persönlichkeitsstörung“ (Spitzer et al., 1979; American Psychiatric Association, 1987, 1994).

Zum anderen zählen hierzu Patienten mit einer facettenreichen Symptomatik, affektiven Störungen sowie schweren Identitäts- und Interaktionsproblemen, bei denen von einer „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ (Gunderson und Singer, 1975; Spitzer et al., 1979; American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994) oder einer „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ (Kernberg, 1967, 1983, 1988) ausgegangen wird.

Ferner fallen auch zunächst unauffällig erscheinende Patienten in den Übergangsbereich zwischen Neurose und Psychose, so z.B. die „Als -ob- Persönlichkeiten“ (Deutsch, 1942), die „schizoiden Persönlichkeiten“ (Fairbairn, 1940; Khan, 1960), die „narzisstischen Persönlichkeiten“ (Kohut, 1973; Kernberg, 1983) sowie „blande Formen“ der Borderline-Störung (Rhode-Dachser, 1989, S.70).

Verschiedene auch heute noch bedeutsame Konzepte der Borderline- Störung mit entsprechenden diagnostischen Merkmalen sind :

- das Konzept der „Borderline- Schizophrenie“ (Kety et al., 1968, 1971), das in die psychiatrischen Klassifikationssysteme in Form der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung aufgenommen wurde (vgl. Leichsenring, 2003)

- die „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ von Gunderson und Mitarbeitern, (vgl. Gunderson und Kolb, 1978; Kolb und Gunderson, 1980), wobei die Einordnung der Borderline- Störung als Persönlichkeitsstörung davon ausgeht, dass hier Erlebnis- und Verhaltensweisen dauerhaft gestört sind
- die „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ des DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV (Spitzer et al., 1979; American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994)
- die „Borderline- Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1967, 1983, 1988)

Das von Kernberg beschriebene Störungsbild basiert auf psychoanalytischen Ansätzen.

Demgegenüber hat der Begriff „Borderline“ in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV in einem anderen Kontext Einzug gehalten, dort wird er auf einer deskriptiven Ebene im Sinne einer Persönlichkeitsstörung verstanden. Ferner ist auch in diesen beiden Systemen kein einheitlich definitives Konstrukt festzustellen. Das amerikanische System DSM spricht explizit von einer Borderline- Persönlichkeitsstörung, während die ICD-10 eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung beschreibt, welche in einen Borderline- und einen Impulsiven-Typus differenziert wird.

Auf diese Unterschiede soll später noch weiter eingegangen werden.

Historischer Überblick

Obgleich die Borderline- Persönlichkeitsstörung in den letzten Jahren verstärkt diagnostiziert wird, handelt es sich doch um kein „modernes“ Störungsbild sui generis.

Erstmalig taucht der Begriff bei Hughes 1884 unter der Nomenklatur „borderland“ auf. Die Bezeichnung „borderline“ hat somit eine ältere Tradition als die Schizophrenie, die erstmals von Kraepelin 1893 als „dementia praecox“ und 15 Jahre später explizit als Schizophrenie in einem Vortrag von Bleuler erwähnt wird.

Es entstanden zwei verschiedene Strömungen:

Die Borderline- Störungen wurden auf der einen Seite dem heute stigmatisierenden Begriff der „Psychopathien“ zugerechnet, zurückgehend auf Bleuler.

Auf der anderen Seite entwickelte sich eine Gruppierung, die die Borderline- Störung als zu den Hysterien zugehörig beschrieb, hierzu gehörten auch Breuer und Freud, die jedoch den Begriff selbst nicht benutzt haben.

Sie beschrieben in ihren „Studien über Hysterie“ (1895) Patienten, die nach heutiger Nosologie als Borderline Patienten eingeschätzt worden wären, so auch bei Kraepelin (1915) in seinen Abhandlungen über die Hysterie.

Daraus folgt, dass das Störungsbild schon damals existierte und nur unter einer anderen Terminologie aufgetaucht ist.

Später verfolgte Reich in seinem Werk „Der triebhafte Charakter“ (1925) den Ansatz die Borderline- Störungen von den Hysterien zu trennen.

Stern veröffentlichte 1938 den Artikel die „Borderline- Gruppe der Neurosen“ und beschrieb als erster umfassend Symptomatik, Psychodynamik sowie Therapie des Störungsbildes, das einen ausgeprägten Narzissmus einschließen sollte. Stern führte den Begriff „Borderline“ im Rahmen der psychoanalytischen Forschungsarbeiten zur Borderline- Störung zur Beschreibung von Phänomenen im „Übergangsbereich“ von Neurose und Psychose ein.

Diesen Zusammenhang griff auch Kernberg später in seinem Standardwerk „Borderline conditions and pathological narcissism“ (1975) auf.

1949 nannten Hoch und Polatin drei Hauptmerkmale Pan-Neurose, Pan-Angst sowie Pan-Sexualität als charakteristisch für die „pseudoneurotische Schizophrenie“. Dieser Begriff diente zur Kennzeichnung der auch in Folgearbeiten (Hoch und Catell, 1959, 1962) untersuchten Auffälligkeiten im Grenzbereich zur Schizophrenie. Des weiteren beschrieben die Autoren Störungen des Denkens, der Affekte, der Wahrnehmung und des Subjekterlebens, die sich nur durch eine geringere Quantität von der Symptomatik schizophrener Patienten unterscheiden sollen. Die genannten Hauptmerkmale haben auch heute noch Bedeutung für die psychoanalytisch ausgerichtete Diagnostik der Borderline-Störung.

-Pan-Neurosis: Dieser Begriff beschreibt eine neurotische Symptomvielfalt mit gleichzeitigen Bestehen von Zwangssymptomen, hysterischen und vegetativen Symptomen, die im Widerspruch zur eigentlichen Definition des Begriffs Neurose mit einem vordergründigem Symptom steht.

-Pan-Anxiety: Mit dieser Bezeichnung versuchten Hoch et al. eine allgegenwärtige Grundängstlichkeit zu kennzeichnen.

-Pan-Sexuality: „Pan-Sexuality“ als Borderline- Merkmal beschreibt jene Patienten, deren Sexualverhalten stark gehemmt ist, deren bewusste Phantasien jedoch multiple perverse Inhalte aufweisen. Diese werden von den Patienten als belastend empfunden und führen zu instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen.

Bereits hier kündigt sich die mögliche Symptomvielfalt im Rahmen der Borderline-Störung an, die sich auch in Kernbergs Arbeiten (1967, 1975, 1977, 1988) zeigt.

Dieser beschreibt die Borderline- Persönlichkeitsorganisation als eine „borderline spezifische Ebene des psychischen Funktionierens“ (vgl. Dulz und Schneider, 1995, S.5). Deskriptive Merkmale seien demzufolge lediglich „diagnostische Verdachtsmomente“, so dass spezifische Abwehrmechanismen sowie typische Triebhalte der Konflikte wegweisend für die Diagnostik seien.

In diesem Kontext sei wiederum auf zwei auch heute noch vertretende Strömungen verwiesen:

1. Die psychoanalytische Auffassung der Borderline- Störung im Sinne der Borderline- Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1967, 1983, 1988). Diese zeigt sich auch in den Arbeiten von Masterson (1980), Blanck und Blanck (1981) sowie Rhode-Dachser (1989).
2. Die psychopathologisch-deskriptive Definition des Begriffs Borderline, die sich in den modernen Klassifikationssystemen DSM IV sowie ICD 10 niederschlägt.

Diese Ambivalenz spiegelt sich auch in zwei unterschiedlichen sich einander bedingenden Ebenen der (psychoanalytischen) Diagnostik wider:

1. Der deskriptiven Symptomebene
2. Der strukturellen Ebene in Form der Abwehrmechanismen. Hier spielen vorrangig die Spaltung als Hauptabwehrmechanismus zur Angstreduktion sowie ferner die primitive Idealisierung, die projektive Identifizierung, die Identifizierung mit dem Angreifer, das Omnipotenzgefühl, die Entwertung sowie die Verleugnung eine Rolle.

1.2. Diagnostik

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung wurde bereits in DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen. Für die Diagnose reichten 5 von insgesamt 8 Kriterien. Im Mittelpunkt stehen hierbei Impulsausbrüche und eine Instabilität bezüglich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im affektiven Bereich.

In der revidierten Fassung, dem DSM III-R (1987) erscheint neben der Borderline die Schizotypische Persönlichkeitsstörung, bei welcher der Schwerpunkt im Bereich einer Eigentümlichkeit von Vorstellungen und äußerer Erscheinung liegt.

In der aktuell gültigen Fassung, dem DSM-IV (1994) treten als zusätzliches neuntes Kriterium der Borderline- Persönlichkeitsstörung ernste dissoziative Symptome oder stressabhängige paranoide Vorstellungen auf.

1.2.1

Die im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aufgelisteten Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung (301.83) sind in der deutschen Übersetzung (Saß et al., 1996b, S.739):

„Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein.

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“

1.2.2

Das ICD-10 (Dilling et al., 1991) nahm die Borderline- Persönlichkeitsstörung wesentlich später in das Klassifikationssystem auf. Unter der Ziffer F60.3 werden Kriterien für eine „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ beschrieben. Dabei werden zwei Formen unterschieden und zwar eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Impulsiven Typus (F60.30) und die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus (F60.31).

Gemeinsam ist beiden die wenig konkrete Feststellung von Instabilität.

Nach den *Forschungskriterien* der ICD-10 (Dilling et al., 1994) werden folgende zu erfüllende Bedingungen zur Diagnosefindung des impulsiven Typus (F60.30) genannt:

„A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2.:

1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;

4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung.“

Zur Diagnose des Borderline-Typus (F60.31) müssen mindestens drei der fünf eben erwähnten Kriterien des Impulsiven Typus vorliegen sowie zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere.

In den *Klinisch-diagnostischen Leitlinien* der ICD-10 (Dilling et al., 1991) werden demgegenüber keine strikt formulierten diagnostischen Kriterien vorgegeben. Dem klinisch tätigen Psychiater soll auf diese Weise ein gewisser diagnostischer Spielraum eingeräumt werden. Neben einer allgemeineren Darstellung des Störungsbildes der „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ werden daran anschließend folgende Beschreibungen der beiden Subtypen genannt (vgl. Dilling et al., 1991, S. 215):

-F60.30 *impulsiver Typ*: „Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.“

-F60.31 *Borderline-Typ*: „Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Dazugehöriger Begriff: Borderline Persönlichkeit(sstörung).“

Die in der ICD-10 für die „Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung“ vom „Borderline-Typus“ genannten Merkmale sind alle in denen der „Borderline- Persönlichkeitsstörung“ des DSM-IV enthalten. Darüber hinaus werden in DSM-IV Kriterien genannt, die in der ICD-10 keine Berücksichtigung finden: die Vermeidung des Alleinseins, Impulsivität, chronische Gefühle von Leere, unangemessener Zorn sowie vorübergehende, stressbedingte paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. Patienten, bei welchen Impulsdurchbrüche im Vordergrund stehen, werden unter Anwendung des ICD-10 vermutlich eher dem Impulsiven Typus anstelle des Borderline- Typus zugeordnet werden. Folglich könnte die Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-IV eine grössere Population umfassen als die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus des ICD-10.

1.2.3 Strukturdiagnostik

Die generelle Schwierigkeit in der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wird auch durch diese deskriptiven Klassifikationssysteme nicht gelöst, zumal sich die verschiedenen Persönlichkeitsdiagnosen nicht ausschließen, sondern auch Überschneidungen aufweisen. Vielfach sind demzufolge die Komorbiditäten. Insgesamt erscheint die Abgrenzung auf klinischer Ebene fragwürdig (vgl. Dulz und Schneider, 1995). Des weiteren finden vom psychoanalytischen Standpunkt aus betrachtet wichtige Aspekte zur Diagnosefindung, wie z.B. Abwehrmechanismen nur indirekt Berücksichtigung.

1.2.4 Interviewverfahren

a)

Als diagnostisches Verfahren wird auch das „Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom“ (DIB), das von Gunderson und Kolb als halbstrukturiertes Interview herausgegeben wurde, eingesetzt (vgl. Gunderson et al., 1981). Dieses findet vor allem in der Forschung seine Anwendung. Die Borderline- Störung wird hier als eine spezifische Persönlichkeitsstörung angesehen. In dieser Einschätzung besteht ein Unterschied zum weiter gefassten Konzept der Borderline- Persönlichkeitsorganisation Kernbergs. Anhand der vorliegenden deskriptiven Literatur identifizierten sie verschiedene Merkmale, die als charakteristisch für Borderline- Störungen angesehen werden.

Diese fanden Eingang in den folgenden fünf Bereichen, die durch das Interview erfaßt werden:

- Soziale Anpassung
- Impulshandlungsmuster
- Affekte
- Psychose
- Zwischenmenschliche Beziehungen

Um die Borderline- Persönlichkeitsstörung besser von anderen Persönlichkeitsstörungen trennen zu können als dies mit dem DIB möglich ist, haben Gunderson und Mitarbeiter eine Revision des DIB vorgenommen (DIB-R, Zanarini et al., 1989). Im DIB-R wurde der Bereich der „Psychose“ durch „Kognition“ ersetzt und vereint jetzt verschiedene Formen gestörten, aber nicht-psychotischen Denkens. Ferner entfiel aufgrund einer zu geringen Trennschärfe der Bereich „Soziale Anpassung“. Demzufolge umfasst der DIB-R folgende vier Bereiche:

- Affektivität
- Kognition
- Impulshandlungsmuster
- Zwischenmenschliche Beziehungen

Für jeden Bereich werden Skalenwerte ermittelt und zu einem Gesamtwert addiert. Anhand dieses Wertes wird bei Erreichen eines bestimmten empirisch gewonnenen Cut-Off-Wertes die Diagnose einer Borderline- Persönlichkeitsstörung gestellt. Zanarini et al. (2002) konnten eine gute Inter-Rater- und Re-Test- Reliabilität für das DIB-R sowohl auf Symptom- als auch auf Diagnose-Ebene nachweisen.

b)

Kernberg und Mitarbeiter haben ein „strukturelles Interview“ (Kernberg, 1977, 1988) entwickelt, das auf die Erfassung der drei „strukturellen Merkmale“ zielt: das Niveau der Abwehrmechanismen, das Ausmaß der Identitäts-Integration und die Fähigkeit zur Realitätsprüfung.

Dieses Interview basiert auf Kernbergs Theorie der „Borderline Personality Organization“ (vgl. Kernberg, 1967, 1975, 1983).

Ausgehend von der Annahme, dass eine Differentialdiagnose zwischen Psychose, Borderline- Störung und Neurose weniger auf der deskriptiven als vielmehr auf der strukturellen Ebene, auf dem die Patienten funktionieren möglich sei. Kernberg et al. (1981) vertreten die Auffassung, daß diese drei Kriterien eine sicherere Differentialdiagnose erlauben, als wenn man Verhaltensmanifestationen sowie Symptome allein in Betracht zieht. Im Vergleich zum genannten DIB, handelt es sich nicht um ein halbstrukturiertes Interview, sondern um eine spezifische Form des psycho-analytischen Interviews. Die beobachtbaren Erscheinungen der zuvor genannten Merkmale werden in dem Maße erfaßt wie sie in der „Hier und Jetzt“-Interaktion zwischen Patient und Therapeut in Erscheinung treten.

Für das strukturelle Interview werden klinische und speziell psychoanalytische Erfahrungen vorausgesetzt, was seiner Anwendung als empirisches Untersuchungsinstrument gewisse Grenzen setzt. Ferner ist eine hohe Vertrautheit mit dem Konzept Kernbergs erforderlich.

c)

Am DSM-IV orientiertes Strukturiertes Klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen (SKID II, Fydrich et al., 1997).

Bei Interview-Verfahren besteht generell das Problem des Trainings des Interviewers, das abhängig vom eingesetzten Verfahren an erforderlicher Intensität variiert. In diesem Kontext stellt das Erzielen einer möglichst hohen Übereinstimmung des Ergebnisses bei verschiedenen Interviewern (Inter-Rater- Reliabilität) eine besondere Herausforderung dieser Verfahren dar.

1.2.5 Selbstbeurteilungsverfahren

In den letzten Jahren sind verschiedene Selbstbeurteilungs-Fragebögen zur Diagnose einer Borderline- Störung entwickelt worden. Obgleich Patienten in einem Selbstbeurteilungsinstrument vorwiegend nur das einschätzen können, was ihnen bewußt ist und immer die Gefahr der Ergebnisverzerrung durch Antworten im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ besteht, bietet dieses Instrument gegenüber den zuvor genannten Interviewverfahren einige Vorteile. Zum einen entfallen hier die Probleme der Inter-Rater-Übereinstimmung sowie der Aufwand des Rater-Trainings, zum anderen ist eine effizientere Erhebung und Auswertung von erheblichem klinischem Nutzen. Voraussetzung bleibt hierbei, daß es sich um ein entsprechend reliables und valides Instrument handelt (vgl. Leichsenring, 2003).

a)

Der „Borderline-Syndrom- Index“ (BSI) von Conte et al. (1980), der sich an den Arbeiten von Gunderson und Singer (1975) sowie von Spitzer et al. (1979) orientiert. Dieser soll einen globalen Indikator für das Borderline- Syndrom darstellen.

b)

Der „Defense Style Questionnaire“ (DSQ) von Bond und Mitarbeitern (Bond et al., 1983), der die für Borderline- Patienten als charakteristisch angesehenen Abwehrmechanismen erfassen soll.

In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich jedoch, daß die Fragebögen nicht imstande waren zwischen Borderline- Patienten und anderen Patienten differentialdiagnostisch zu differenzieren (vgl. Mann et al., 1988; Bond, 1990).

c)

Der von Oldham et al. 1985 entwickelte Fragebogen, der auf der Theorie der Persönlichkeitsorganisation im Sinne Kernbergs basiert und dementsprechend die Bereiche Identitätsintegration, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung zu erfassen versucht.

Dieser erfuhr aufgrund mangelnder differentialdiagnostischer Trennschärfe eine Weiterentwicklung zum „Inventory of Personality Organization“ (Clarkin et al., 1998). Einer Untersuchung von Lenzenweger et al. (2001) zufolge, seien die ersten Ergebnisse erfolgsversprechend.

d)

Das von Leichsenring entwickelte „Borderline-Persönlichkeits-Inventar“ (BPI), das mittels vier Skalen die strukturellen Kriterien Kernbergs im Sinne der Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu erfassen versucht, d.h. die Identitäts-Diffusion, „primitive“ Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, mangelhafte Realitätsprüfung sowie Angst vor Nähe (Verschmelzungsangst). Leichsenring sieht die Skalen als diagnostische Merkmale, da sie direkt aus der Theorie Kernbergs abgeleitet worden seien. Weitere Items des BPI zielen auf mangelhafte Impulskontrolle und Angsttoleranz. Neben den vier Skalen wird durch Addieren der 20 trennschärfsten Items ein Cut-Off-Kriterium gebildet. Wenn ein empirisch bestimmter Cut-Off-Wert ($\text{Cut-20} \geq 10$) überschritten wird, kann die Diagnose Borderline- Störung gestellt werden.

Leichsenring schätzt seinen Fragebogen in verschiedenen eigenen Untersuchungen als reliabel und trennscharf ein (vgl. Leichsenring, 1994, 1997, 1999): Die innere Konsistenz wird mit 0.68-0.91 und die Re-Test- Reliabilität mit 0.73-0.89 angegeben.

In den genannten Arbeiten zum BPI lag die Sensitivität zwischen 0.85 und 0.90, d.h. 85 bis 90 % der untersuchten Patienten wurden mittels des Cut-Off-Wertes „richtig“ als „Borderliner“ identifiziert. Die Spezifität ergab Werte zwischen 0.78 und 0.89, d.h. 78 bis 89 % der Probanden, die keine Borderline-Störung aufweisen, werden als solche „richtig“ klassifiziert (vgl. Leichsenring, 2003).

Den möglichen Einsatzbereich des BPI sieht Leichsenring in den folgenden drei Bereichen: der klinischen Diagnostik, der Erfassung von Therapieeffekten sowie der Forschung, beispielsweise in Bezug auf die Differenzierung zu anderen Störungen oder in der Anwendung der strukturellen Kriterien Kernbergs auf andere Störungsbilder. Die Verwendung wird dahingehend eingeschränkt, daß die abschließende Diagnose nicht allein auf dem Fragebogenergebnis aufbauen sollte.

Leichsenring erachtet den BPI sowohl zur kategorialen als auch zur dimensionalen Untersuchung als geeignetes Instrument.

1.2.6 Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Trotz der Konzeptualisierungsversuche der modernen Klassifikationssysteme bleiben einige Fragestellungen offen, die im Zusammenhang mit einer differenzierten Diagnosefindung der jeweiligen Persönlichkeitsstörung sowie der Differentialdiagnose zwischen den spezifischen psychischen Störungen und den Persönlichkeitsstörungen stehen.

Diese ergeben sich bereits dadurch, dass die Persönlichkeit ein Abstraktum ist, das aufgrund seiner Vielfältigkeit schwierig definierbar und überprüfbar ist. Konsekutiv wirkt sich dieser Zusammenhang auch auf die entsprechende Störungsdiagnostik aus, wobei die Problemstellung hier noch weiter gefasst werden kann, die zunächst in der Herausforderung besteht, eine Grenzziehung gegenüber der Normalität vorzunehmen. Ferner wird von einigen Autoren die Ansicht vertreten, dass prämorbid Persönlichkeitsmerkmale existieren, die per se noch nicht pathologisch seien, aber einen Risikofaktor für die Entwicklung spezifischer psychischer Störungen, insbesondere im affektiven Bereich, darstellen würden.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten vor allem die „nicht-pathognomonischen“ Kriterien, die auf verschiedene Persönlichkeitsstörungen zutreffen, so dass Ähnlichkeiten zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen entstehen, die konsekutiv die Wahrscheinlichkeit für mögliche Komorbiditäten erhöhen.

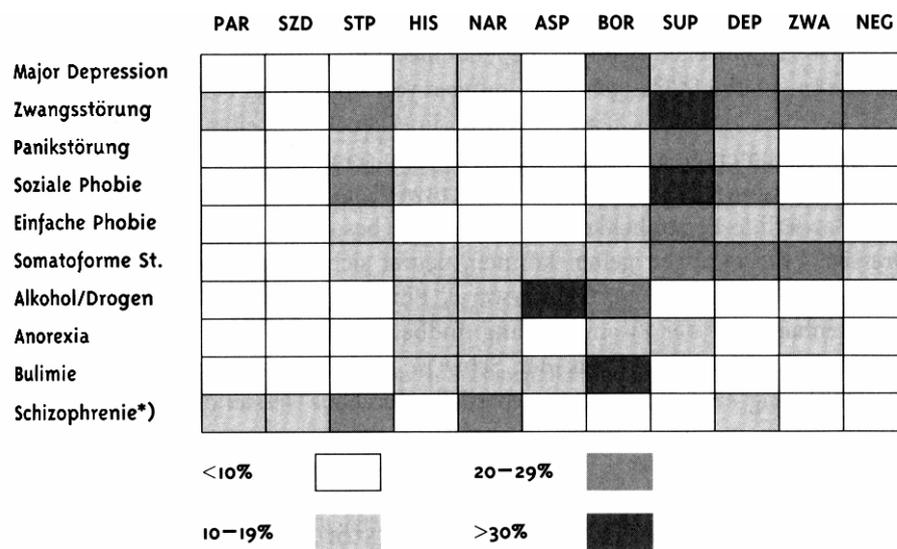
Die in den vergangenen Jahren stark expandierende Komorbiditätsforschung unterstreicht den Stellenwert der hohen Komorbiditätsrate der Persönlichkeitsstörungen untereinander sowie zwischen psychischen Störungen und den Persönlichkeitsstörungen. Die Komorbidität kann auf der einen Seite als gemeinsames Auftreten unabhängiger Störungen interpretiert werden, aber auf der anderen Seite auch Gemeinsamkeiten in der Entwicklung der Störungen, eine kausale Beziehung zwischen den Störungen oder ein Artefakt durch überlappende Kriterien reflektieren (vgl. Widiger und Frances, 1989).

Die auftretenden Ko-Diagnosen bereiten somit zwar einerseits differenzialdiagnostische Schwierigkeiten, eröffnen aber andererseits auch vielfältige neue Perspektiven. Das gemeinsame Auftreten der diagnostizierten Störungen spielt ferner für die Verlaufs- und Prognosebeurteilung sowie die angezielte Behandlung eine Rolle (vgl. Fiedler, 2001a).

Exemplarisch sollen einige Gleichzeitigkeitsdiagnosen von DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen untereinander sowie zwischen spezifischen psychischen Störungen und DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen in den nachfolgenden Tabellen 1 und 2 dargestellt werden (aus Fiedler, 2001a, S. 375 und S. 377).

Fiedler (2001a) weist darauf hin, dass bei der Borderline- PS insbesondere eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber schizophrenen und affektiven Störungen, der Schizotypischen und Narzisstischen PS sowie der Dissoziativen Identitätsstörung vorgenommen werden sollte. Diese Störungen sollten aber auch entsprechend den obigen Ausführungen in Komorbiditätsüberlegungen einbezogen werden.

Tab. 1: Gleichzeitigkeitsdiagnosen von PS mit spezifischen psychischen Störungen
(aus Fiedler, 2001a, S.375)



Anmerkung: **PAR** = Paranoide PS; **SZD** = Schizoide PS; **STP** = Schizotypische PS; **ASP** = Antisoziale PS; **BOR** = Borderline PS; **HIS** = Histrionische PS; **NAR** = Narzisstische PS; **SUP** = Selbstunsichere PS; **DEP** = Dependente PS; **ZWA** = Zwanghafte PS; **NEG** = Negativistische PS (in den Studien noch gemäß DSM-III-R als Passiv-aggressive PS)

Tab. 2: Gleichzeitigkeitsdiagnosen von DSM-III-R- Persönlichkeitsstörungen

(aus Fiedler, 2001a, S.377)

	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	ASP	BOR	SUP	DEP	ZWA	NEG
gesamt	13,9	3,9	3,0	21,3	8,3	4,2	15,3	24,8	18,0	16,4	14,4
<i>davon:</i>											
solitär*)	11,0	12,5	9,1	19,3	1,1	17,0	9,4	17,0	6,5	15,8	8,1
paranoid		34,4	66,7	27,3	38,7	21,3	28,7	26,7	23,9	33,3	32,3
schizoid	7,1		24,2	3,4	5,4	4,3	4,7	7,2	4,5	7,7	6,2
schizotyp	14,2	25,0		5,0	8,6	8,5	9,4	8,7	8,0	6,6	7,5
histrionisch	41,9	25,0	36,4		73,1	36,2	50,9	28,5	44,8	27,3	46,0
narzisstisch	23,2	15,6	24,2	28,6		17,0	21,1	13,0	21,9	16,4	20,5
antisozial	6,5	6,3	12,1	7,1	8,6		14,0	6,5	5,0	5,5	9,3
Borderline	31,6	25,0	48,5	36,6	38,7	51,1		28,2	41,8	24,0	36,6
selbstunsicher	47,7	62,5	72,7	33,2	38,7	38,3	45,6		59,2	53,0	51,6
dependent	31,0	28,1	48,5	37,8	47,3	21,3	49,1	43,0		33,9	42,9
zwanghaft	39,4	43,8	36,4	21,0	32,3	21,3	25,7	35,0	30,8		32,3
negativistisch	33,5	31,3	36,4	31,1	35,5	31,9	34,5	30,0	34,3	28,4	

Anmerkung: Die Daten in den Zeilen sind Prozentwerte.

solitär *) = Prozentangaben zu Personen, die nur eine Störungsdiagnose erhalten haben

In zahlreichen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer Borderline- PS im Vergleich zu Patienten mit anderen PS eine signifikant höhere Anzahl komorbider Achse-I-Störungen aufweisen (vgl. Zanarini et al., 1998a; Zimmerman und Mattia, 1999a). Borderline- Patienten erhalten doppelt so häufig wie Vergleichsgruppen (69.5% versus 31.1%) drei oder mehr komorbide Achse- I-Störungen.

Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Art der auftretenden komorbiden Störungen:

Affektive Störungen, Panikstörungen mit Agoraphobie, Posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und somatoforme Störungen treten bei Borderline- Patienten zahlreicher auf (vgl. Zimmerman und Mattia, 1999a). In diesem Zusammenhang sollte berücksichtigt werden, dass die Komorbiditätsraten je nach Studie beträchtlich schwanken.

Unter den genannten Störungen kommt der Major Depression die größte Bedeutung zu. Diese tritt bei Borderline- Patienten am häufigsten als komorbide Achse -I-Störung auf, wobei die Angaben studienabhängig zwischen 53% bis 83% (vgl. Bellino et al., 2005) bzw. 68% bis 100% (vgl. Comtois et al., 1999) variieren.

Diese ausgeprägte „Ko- Existenz“ ist Gegenstand zahlreicher gegenwärtiger Forschungsarbeiten, in denen die Gründe für diese Komorbidität kontrovers diskutiert werden (vgl. Abschnitt Diskussion).

Borderline- Patienten weisen ferner häufig weitere Persönlichkeitsstörungsdiagnosen auf. In der Regel erfüllen die Patienten die Kriterien für mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung (vgl. Widiger und Frances, 1989).

Im Vordergrund stehen hier die Paranoide, die Ängstlich-vermeidende, die Dependente, die Passiv-aggressive, die Antisoziale sowie die Histrionische PS (vgl. Bohus, 2002).

Widiger und Frances (1989) konstatieren (unter Anwendung der DSM-III- Kriterien), dass die Borderline- Persönlichkeitsstörung viele Überschneidungen mit der Histrionischen, der Antisozialen, der Schizotypischen, der Narzisstischen sowie der Dependente Persönlichkeitsstörung zeigt.

Bezüglich der Achse -II- Komorbidität schwanken sowohl die Angaben zur Häufigkeit der angegebenen Störungen als auch zur Art der jeweiligen PS studienabhängig. In diesem Kontext sollte berücksichtigt werden, dass die Arbeiten je nach Erscheinungsjahr auf unterschiedlichen Versionen des jeweils zugrundegelegten Klassifikationssystems basieren, die ihrerseits keine konsequente Kriterienstabilität aufweisen.

1.2.7 Exkurs Borderline personality organization

Da die sich einige diagnostische Instrumente, insbesondere der noch später ausführlicher behandelte BPI, auf die Theorie Kernbergs beziehen, soll an dieser Stelle ein kurzer Überblick über das zugrundeliegende Konzept vorangestellt werden.

Kernberg führte den Begriff der „Borderline Persönlichkeitsorganisation“ ein und diagnostiziert die Störung auf der Basis von Identitätsdiffusion, primitiven Abwehrmechanismen wie der Spaltung, z.B. als forcierte Dichotomien von Gut und Böse, sowie des erhaltenen Realitätsbezuges mit Ausnahme der Wahrnehmung des Selbst und der Mitmenschen. Andreasen und Black (1993) stellen heraus, dass eine zuverlässige Diagnose mit diesen psychologischen Kriterien schwer zu stellen sei.

Kernbergs „Borderline- Persönlichkeitsorganisation“ ist als einflussreichstes Konzept innerhalb der psychoanalytischen Forschung zu sehen.

Kernberg analysiert die Störung unter deskriptiven, strukturellen sowie genetisch-dynamischen Gesichtspunkten.

Kernberg betont in seinen Arbeiten, dass die Kombination von bestimmten Symptomen eine diagnostische Relevanz besitzt. Diese seien aber nur „diagnostische Verdachtsmomente“, die Existenz von pathognomonischen Einzelsymptomen für die Borderline- Störung wird negiert. Die endgültige Diagnose hängt nicht von der Symptomatik, sondern vom Nachweis der charakteristischen Ich-Störung ab (Kernberg, 1983).

Zu den „diagnostischen Verdachtsmomenten“ im Sinne Kernbergs zählen die im folgenden genannten deskriptiven Kriterien. Die drei zuerst genannten entsprechen der „Pan-Angst“, „Pan-Neurose“ sowie „Pan-Sexualität“ im Rahmen der „pseudoneurotischen Schizophrenie“ (Hoch und Polatin, 1949; Hoch und Cattell, 1959).

- chronische, diffuse, frei flottierende Angst;
- polysymptomatische Neurose: Polyphobien, Zwangssymptome, Konversionssymptome, dissoziative Reaktionen, hypochondrische Besorgnis um die eigene Gesundheit sowie starke paranoide und hypochondrische Züge bei Symptomneurosen
- Polymorph-perverse Tendenzen im Sexualverhalten
- Impulsneurosen und Süchte
- Präpsychotische Persönlichkeitsstrukturen, wie die paranoide, schizoide sowie hypomanische Persönlichkeit, die Kernberg zufolge Verdachtsmomente für eine Borderline-Störung darstellen
- Charakterstörungen von „niedrigem“ Strukturniveau, hierzu wird die narzisstische Persönlichkeit gezählt

Entscheidender für die Diagnose seien jedoch bestimmte strukturelle Kriterien, hierzu zählen u.a. spezifische und unspezifische Anzeichen von Ich-Schwäche. Kennzeichnend für eine Borderline-Störung seien hier insbesondere (vgl. Kernberg, 1983):

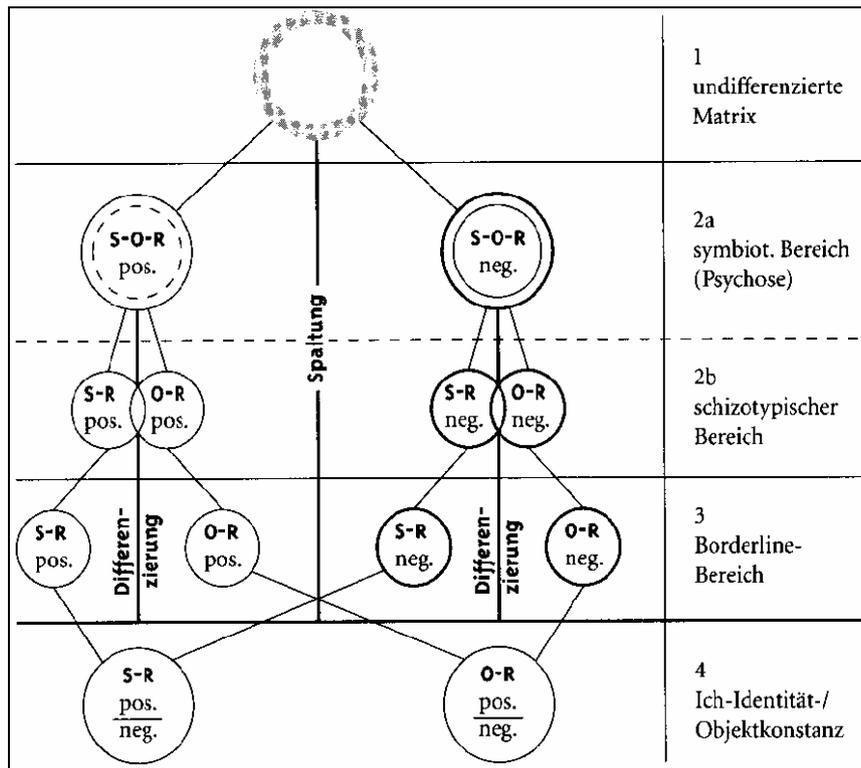
- mangelhafte Angsttoleranz
- mangelnde Impulskontrolle, wobei es bei der spezifischen Form zu intermittierend wiederkehrenden Triebdurchbrüchen kommt, wohingegen die unspezifische, globale Form durch unvorhersehbares, impulsives Verhalten gekennzeichnet ist
- mangelhaft entwickelte Sublimierungen, im Sinne von kreativer Genussfähigkeit und Leistungsfähigkeit

Ferner als „wichtigstes strukturelles Kriterium“ (Kernberg, 1983) das Auftreten von „primärprozeßhaften Denkformen“, die sich klinisch als mangelnde Denkgenauigkeit sowie fehlende logische Eindeutigkeit manifestieren können. Rudolf (1977) führt diese Form des Denkens auf das Fehlen einer eindeutigen „Gestimmtheit“ des Patienten zurück, welche wiederum mit verschiedenen widersprüchlichen Ich-Zuständen im Sinne Kernbergs (1981) zusammenhängen könnte (vgl. Rudolf, 1977).

Des weiteren können diesem Kriteriums-Bereich die „primitiven Abwehrmechanismen“ zugeordnet werden. Im Rahmen einer „normalen“ Entwicklung komme es zunächst zu einer Differenzierung von Selbst und Objekt. Im Gegensatz zur Psychose sei dieser Entwicklungsschritt lediglich beeinträchtigt, so dass Borderline- Patienten über die Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung und weitgehend intakte Ich-Grenzen verfügen und somit von Psychotikern unterschieden werden können. Das Misslingen der Borderline-Persönlichkeitsstruktur setze dann im zweiten Schritt der Entwicklung ein: der versagten Integration von „guten“ (libidinösen) und „bösen“ (aggressiven) Selbstrepräsentanzen einerseits und Objektrepräsentanzen andererseits (vgl. Kernberg, 1983; Leichsenring, 2003). Durch den Abwehrmechanismus der Spaltung werden diese dichotomen Inhalte zur Konflikt- und Angstreduktion des Ichs zu trennen versucht. In der Folge kann es zu einem massivem Umschlagen von Gefühlen und Vorstellungen sowohl im Selbstkonzept als auch in Bezug auf äußere Objekte kommen (vgl. Leichsenring, 2003). Die Entwicklung der Objektbeziehungen ist in der Abb. 1 schematisch dargestellt (aus Fiedler, 2001a, S.252).

Als weitere primitive Abwehrmechanismen begleitend zur Spaltung treten nach Kernberg (1967, 1983) auf: die primitive Idealisierung, die Entwertung, die Verleugnung sowie die projektive Identifizierung, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Abb. 1: Schematische Darstellung der Entwicklung der Objektbeziehungen



Anmerkungen: **S-R** = Selbst-Repräsentanzen; **O-R** = Objekt-Repräsentanzen.
 Zeitliche Zuordnung der Entwicklungsstufen (sensu Mahler et al., 1975):
(1) erste Lebenswochen; **(2a)** 2. bis 6. Lebensmonat;
(2b) 6. bis 18. Lebensmonat; **(3)** 18. bis 36. Lebensmonat; **(4)** ab 36. Lebensmonat

Neben der Borderline beschrieb Kernberg noch eine neurotische und psychotische Persönlichkeitsorganisation, die anhand der drei „strukturellen Merkmale“ (Ausmaß der Identitäts-Integration, Niveau der Abwehrmechanismen sowie Fähigkeit zur Realitätsprüfung) differenzialdiagnostisch zu unterscheiden seien (vgl. Kernberg, 1977, 1988). Die Borderline und die psychotische Persönlichkeitsstruktur unterscheiden sich von der neurotischen durch das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen und die resultierende Identitätsdiffusion. Die Psychotiker können von den Borderline- Patienten durch die beeinträchtigte Fähigkeit zur Realitätsprüfung differenziert werden (vgl. Leichsenring, 2003). Die drei Persönlichkeitsorganisationen nach Kernberg sind in der folgenden Tab. 3 gegenübergestellt (in Anlehnung an eine Tabelle von Leichsenring, 2003, S.35).

Tab. 3: Unterscheidungsmerkmale der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg

Strukturelle Kriterien	Neurotische Organisation	Borderline-Organisation	Psychotische Organisation
Ausmaß der Identitätsintegration	Identitäts-Integration	Identitäts-Diffusion	
	Widersprüchliche, voneinander abgegrenzte Selbst- und Objektvorstellungen sind in ein Gesamtkonzept integriert	Widersprüchliche Selbst- und Objektvorstellungen sind nicht in ein Gesamtkonzept integriert (Selbst- und Objektvorstellungen sind bei den Borderline-Pat. voneinander abgegrenzt, bei den Psychotikern demgegenüber nur unzureichend)	
Niveau der Abwehr	Reife Abwehr zentriert um Verdrängung	Unreife Abwehr zentriert um Spaltung	
Realitätsprüfung	Intakt: Differenzierung von Selbst und Nicht-Selbst gelingt		Beeinträchtigt: Differenzierung von Selbst und Nicht-Selbst verloren

Die „genetisch-dynamischen“ (triebbezogenen) Merkmale bilden die dritte Säule in Kernbergs Analyse der Borderline- Störung. Diese sind Kernberg zufolge u.a. durch ein Übermaß an prägenitaler, vor allem „oralen Aggression“ sowie die „Frustration oraler Bedürfnisse“ gekennzeichnet und münden in eine regellos anmutende „Pan-Sexualität“ (vgl. Leichsenring, 2003, S.34).

1.3. Epidemiologie und Prävalenz

Das Fehlen eindeutiger, konkretisierbarer und auf die Klinik anwendbarer diagnostischer Leitlinien schlägt sich auch konsequent in schwankenden Angaben zur Prävalenz der Störung nieder.

Die Prävalenz der Borderline- PS wird von Zimmermann und Coryell (1989) mit 1,6% angegeben.

In einer Studie von Swartz et al. (1990) auf der diagnostischen Grundlage des „Diagnostischen Interview für das Borderline-Syndrom (DIB)“ wird die Prävalenz mit 1,8% beziffert, wobei der Frauenanteil in der Borderline-Gruppe mit 73,2% deutlich höher war als in der Gesamtpopulation (52,2%).

Auch neueren Untersuchungen zufolge sind Personen mit einer Borderline- PS überwiegend (zu 70-76%) weiblichen Geschlechts (vgl. Gunderson und Sabo, 1993; Widiger und Weissman, 1991). In klinischen Stichproben wird der Frauenanteil mit etwa 70% angegeben (vgl. Bohus, 2002). In diesem Zusammenhang wird vermutet, dass männliche Borderline- Patienten vorwiegend ein fremdaggressives Verhalten zeigen und sich demzufolge eher in forensischen Einrichtungen bzw. im Strafvollzug befinden (vgl. Stiglmayr, 2002).

Widiger und Weissman (1991) analysierten alle ihnen vorliegenden epidemiologischen Daten und gaben die Prävalenzrate der Borderline- PS in den USA mit 1 bis 1,5% der Gesamtbevölkerung an.

Ferner sei den Autoren zufolge davon auszugehen, dass 8 bis 11% der ambulanten und 14 bis 20% aller stationär behandelten psychiatrischen Patienten die Kriterien einer Borderline- PS erfüllen.

Eine in Norwegen durchgeführte Feldstudie zeigte, dass sich etwa 80% der Personen mit dieser PS in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinden (vgl. Bohus, 2002).

Im DSM-IV (1994) wird angegeben, daß etwa 2 % der Allgemeinbevölkerung unter einer Borderline- Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des DSM-IV leiden.

In klinischen Populationen erstreckt sich der Prozentsatz von Patienten mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV von 30 % bis 60 % (American Psychiatric Association, 1994).

Bei einem Vergleich von früheren mit späteren Studien schwankt innerhalb der Gruppe der Patienten mit einer oder mehreren Persönlichkeitsstörung(en) der „Borderline- Anteil“ zwischen 27% und 51% (vgl. Widiger und Frances, 1989; Widiger und Trull, 1993). Die niedrigeren Werte resultieren hierbei aus Untersuchungen, die zu Beginn der 80er-Jahre durchgeführt wurden.

Fiedler (2001a) führt diese Differenzen auf eine zunehmende Bereitschaft die Borderline- PS- Diagnose zu vergeben zurück.

1.4. Verlauf und Prognose

Im Vergleich zur Schizophrenie wird der Verlauf von unterschiedlichen Autoren als günstiger eingestuft (Mc Glashan 1986; Plakun et al., 1985).

Nach intensiver psychoanalytisch orientierter Therapie (durchschnittliche Dauer 12,5 Monate) beobachteten Stone et al. (1987) bei 42% der Patienten eine Wiedererlangung der Gesundheit und bei 30,2% einen guten Verlauf.

Demgegenüber stellten andere Forscher fest, dass sich die Borderline- Persönlichkeit in Langzeituntersuchungen als stabil herausstellt sowie sowohl mit einer schlechten Prognose als auch mit einer Selbstmordrate von über 5% assoziiert sei (vgl. Andreasen und Black, 1993).

Auch von anderen Autoren wird der Verlauf als eher ungünstig eingestuft, da trotz oft langjähriger Psychotherapie die psychopathologischen Auffälligkeiten persistieren (vgl. Bohus und Berger, 1996; Jerschke et al., 1998). Als negative Prädiktoren werden neben einer ausgeprägten Impulsivität, wie mehrfache Suizidversuche und häufiges selbstverletzendes Verhalten, zusätzliche psychiatrische Diagnosen angesehen (vgl. Reekum et al., 1994).

Allerdings kann von einer Symptomreduktion mit zunehmenden Lebensalter ausgegangen werden (vgl. Stone, 1993).

Als bedeutend wird die Suizidrate eingeschätzt. Das Suizidrisiko geben Akiskal et al. (1985) mit 4% innerhalb eines 6-36 Monate- follow-ups und Paris et al. (1987) mit 5-10% an.

Diese Autoren geben als prädiktive Faktoren für einen Suizid einen höheren Bildungsstand, geringer ausgeprägte psychotische Symptome als die Vergleichsgruppe sowie vor allem die Existenz früherer Suizidversuche an.

Soloff et al. (1994) konnten bei Borderline- Patienten signifikante Zusammenhänge zwischen suizidalem Verhalten einerseits und vermehrten impulsiven Handlungsmustern, höherem Alter, depressivem Zustand und einer antisozialen Persönlichkeit andererseits feststellen.

Im DSM-IV (1994) wird der Verlauf als sehr variabel beschrieben. Das häufigste Muster besteht demnach aus chronischer Instabilität im frühen Erwachsenenalter, begleitet von Phasen schwerer impulsiver sowie affektiver Unkontrolliertheit und einer häufigen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

Das Suizid-Risiko und der Leidensdruck ist nach DSM-IV am stärksten im frühen Erwachsenenalter ausgeprägt, mit einer Abnahme mit zunehmenden Alter. Im 3. und 4. Lebensjahrzehnt wird dann eine höhere Stabilität im privaten sowie beruflichen Bereich erzielt. (American Psychiatric Association, 1994).

1.5. Ätiologie und Pathogenese der Borderline- Störung

Bislang ist keine spezifizierbare Ursache für die Entwicklung einer Borderline- Störung gefunden worden. Die im folgenden genannten Ansätze führten bislang zu keiner konsensfähigen Theorie, sondern nur zu Einzelaspekten (vgl. Tölle, 1999).

Eine genetische Anlage wurde durch die Lehre von den „psychopathischen Minderwertigkeiten“ (vgl. Koch, 1891-1893) postuliert. Auf einen genetischen Teilfaktor weisen zum einen Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien, zum anderen auch entwicklungspsychologische Beobachtungen hin: Die wesentlichen Züge der später dauerhaft ausgeprägten affektiven Struktur zeigen sich schon in der frühen Kindheit. Andreasen und Black (1993) gehen von einem starken genetischen Faktor bei der Antisozialen sowie der Borderline- Persönlichkeitsstörung aus.

Gleichermaßen seien Entwicklungsbedingungen zu berücksichtigen, die in Wechselbeziehung mit den genetischen Faktoren zu sehen sind. Huber (1999) konstatiert, daß die genetische „Grundausstattung“ nie in ihrer reinen Form beobachtet werden kann, sondern schon als Ergebnis einer Interaktion mit der Umwelt in Erscheinung tritt.

Des weiteren führt gerade diese biologische Mitgift zu einer bestimmten selektiven Umweltwahrnehmung und –verarbeitung. Huber schlußfolgert, daß die Formbarkeit umso geringer ausfällt je stärker die Anlage ausgeprägt ist.

Demgegenüber sehen psychoanalytische Schulen die Entstehung einer Borderline- Störung als entwicklungs- und konfliktpsychologisch bedingt an. Die Psychoanalyse geht von Reifungs- und Entwicklungsstörungen im Sinne einer „frühen Störung“ aus (vgl. Tölle, 1999, S.118).

Tölle (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einer instabilen seelischen Integrationsstruktur der Persönlichkeit in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation sowie Bindung. Diese sei Resultat einer mißlungenen zwischenmenschlichen Kommunikation in der frühen Kindheit. Huber (1999) sieht die narzißtischen Störungen der Selbstwertregulation als Ergebnis einer forcierten Autonomie an oder bedingt durch eine Entwertung bzw. Idealisierung der Objekte.

Als weiterer zentraler Begriff taucht die „strukturelle Ich-Störung“ auf (vgl. Kernberg, 1983, S.26). Hierunter wird eine Abfolge von früher Störung, dauerhafter Ich-Schwäche, unzureichenden Abwehrmöglichkeiten und Symptombildungen zusammengefaßt als „Modell des erhaltenen Entwicklungsschadens“ (vgl. Tölle, 1999, S.113). Die gestörten Ich-Funktionen persistieren und bedingen dann konsekutiv die Beziehungsstörungen im zwischenmenschlichen Bereich.

Des weiteren hielten Elemente der Narzissmus- Theorie sowie der Traumatisierung (auch der posttraumatischen Belastungsstörung) Einzug als mögliche Faktoren zur Entstehung einer Borderline- Störung. Ferner sind in das Borderline Konzept Auswirkungen von sexuellem Mißbrauch sowie der Dissoziation eingegangen. Auf diese Aspekte wird im Abschnitt 4. Diskussion näher eingegangen.

In den letzten Jahren wurden dann vermehrt neurobiologische Ursachen diskutiert. Andreasen und Black (1993) fanden bei Borderline Patienten unter anderem einen erniedrigten Wert der 5-Hydroindolacetatsäure in der Spinalflüssigkeit, die negativ mit Aggressionsneigung sowie einer Vorgeschichte von Selbstmordversuchen korreliert sei. Des weiteren fanden sich bei 38% mindestens kleine EEG-Abnormitäten. Einige Autoren vermuten, dass die Antisozialität bei Borderline Patienten mit einer minimalen zerebralen Dysfunktion einhergehe (vgl. Kunert et al., 2000).

1.6. Therapie

Die empirische Therapieforschung der Persönlichkeitsstörungen hat erst in den letzten Jahren zugenommen, was auf die frühere psychoanalytische Sichtweise der nicht vorhandenen bzw. nur geringen Beeinflussbarkeit dieser Störungsbilder mittels Psychotherapie zurückzuführen ist. Diese seit Freud bestehende Einschätzung der fehlenden therapeutischen Beeinflussbarkeit von Charakterstörungen hat sich seit den 50-er Jahren gewandelt als psychoanalytische Forscher begannen, das klassische Behandlungssetting in Frage zu stellen und es störungsrelevanten Anforderungen anzupassen.

Das lange tradierte Diktum der Unbehandelbarkeit spiegelt sich heute in verschiedenen Bereichen wider, so beispielsweise in dem noch ausstehenden Wirksamkeitsbeleg einzelner Therapieverfahren sowie fehlenden Indikationskriterien für die Zuweisung von Patienten zu den einzelnen Behandlungsansätzen. Diese sind häufig der Therapie anderer psychischer Störungen entlehnt und ohne weitere Spezifizierung auf die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen transferiert worden (vgl. Fiedler, 2001a).

Hinsichtlich der Therapie der Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich heute vor allem vier Grundrichtungen ab, innerhalb derer zum einen eine gewisse Tradition, aber zum anderen auch ein Fortschreiten in der Entwicklung von Behandlungsansätzen zu beobachten ist: Die Psychoanalyse, die interpersonelle Psychotherapie, die Verhaltenstherapie sowie die kognitive Psychotherapie. Diese werden im Rahmen der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch näher ausgeführt.

Bei der Behandlung der Borderline- Persönlichkeitsstörung bleibt, wie bei den anderen Persönlichkeitsstörungen auch, zu berücksichtigen, dass das Patientenkollektiv keine homogene Entität darstellt, sondern vielmehr die Heterogenität menschlichen Seins widerspiegelt. Infolgedessen kann es keinen einheitlichen Standardtherapieansatz geben, der für jeden einzelnen Patienten die optimale Therapie darstellt. Dieser Zusammenhang wird auch dadurch belegt, dass das gleiche Therapieverfahren bei verschiedenen Patientengruppen zu unterschiedlichen Behandlungserfolgen führt.

Der vielfältige Interaktionsprozess zwischen der Persönlichkeit des Patienten einerseits und seinem sozialen Umfeld im zwischenmenschlichen und beruflich-existentialen Bereich andererseits sollte bei der möglichst individuell angepassten Therapieauswahl Berücksichtigung finden, da sich hier ein Instrument zur Beeinflussung des Therapieerfolgs anbietet.

Ferner ist zu beachten, dass die Borderline- Persönlichkeitsstörung, ebenso wie die anderen Persönlichkeitsstörungen, selten als solitäre Störung in Erscheinung tritt und eine einzelne isoliert auftretende Persönlichkeitsstörung eher ein theoretisches Konstrukt als klinische Realität darstellt. Daher sind die auftretenden Komorbiditäten sowohl bei der Diagnostik als auch konsekutiv bei der Therapie zu berücksichtigen.

Dennoch sollte ein störungsspezifischer Therapieansatz verfolgt werden, da verschiedene Untersuchungen gezeigt haben, dass Patientengruppen mit bestimmten Störungen beispielsweise von einer psychotherapeutischen Therapie profitieren (vgl. Shea, 1993). Dies betrifft insbesondere die histrionische, zwanghafte, dependente und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung.

Bei anderen Störungen lassen sich hingegen Patientengruppen mit nur mäßigen Behandlungserfolgen beobachten, so z.B. bei der narzisstischen, der paranoiden, der schizotypischen sowie der Borderline- Persönlichkeitsstörung.

Bei Patienten mit einer antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung werden sogar nur geringe therapeutische Erfolgsraten erzielt (vgl. Fiedler, 2001a).

Als therapeutische Zielsetzungen können bei Borderline- Patienten die Festigung der instabilen Ich-Struktur und zwischenmenschlichen Beziehungsmuster sowie der Abbau der Angst hervorrufenden dichotomisierenden Emotionen (liebend versus hassend) in engen Beziehungen gelten (vgl. Clarkin et al., 1992).

1.6.1 Psychoanalyse

Der psychodynamisch orientierte Ansatz besitzt eine lange Tradition hinsichtlich der Entwicklung spezieller Behandlungsansätze der Borderline- Störung.

Eine Voraussetzung für diesen Ansatz stellt in aller Regel die Fähigkeit des Patienten zu ich-dystoner Reflexion dar, d.h. durch vorhandene Introspektionsfähigkeit die störungsassoziierten intrapsychischen und interpersonellen Vorgänge zu erkennen und anschließend durchzuarbeiten. Bei dominierenden ich- syntonen Persönlichkeitsmerkmalen, nicht zuletzt durch ein fehlendes Störungsbewusstsein, wird die für die Psychoanalyse existentielle Ebene intrapsychischer Vorgänge nicht erreicht.

Das Versagen der klassischen Psychoanalyse bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen verdeutlichte die Notwendigkeit einer störungsadaptierten Therapiestrategie (vgl. Kernberg, 1973).

Diese Therapieform wird daher auch nicht als klassisches Setting (Patienten liegen auf der Couch, Aufforderung zur freien Assoziation) durchgeführt, sondern wöchentlich vis-a-vis sitzend, wobei eine Zentrierung des Gesprächsinhaltes entsprechend den störungsspezifischen Anforderungen vorgenommen wird, hierdurch soll u.a. auch eine Verkürzung der Therapie erzielt werden. Bei diesem systematischen auch als Fokaltherapie bezeichneten Vorgehen stehen konfliktträchtige zwischenmenschliche Bereiche, die die spezielle Form der Borderline- Abwehr in Form der Spaltung hervorrufen im Mittelpunkt (vgl. Fiedler, 2001a).

Das klassische Behandlungssetting wurde zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen in zunehmenden Maße in Frage gestellt, beruhend auf der Annahme, dass hierdurch die ich- syntone Abwehr der Patienten in Form von Selbstschutz hervorgerufen bzw. verstärkt wird. Dieser den therapeutischen Zugangsweg versperrende Mechanismus würde durch das direkte Thematisieren der zwischenmenschlichen Verletzlichkeit und Frustrationserfahrungen provoziert werden.

Die Zielsetzung der Fokaltherapie besteht v.a. darin, dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Bewältigungsstrategien die Erkenntnis zu vermitteln, dass Schwächen und Stärken sowohl bei der eigenen Person als auch bei den Mitmenschen das Spektrum menschlichen Seins abbilden. Durch diesen integrativen den bisherigen Mechanismus der Spaltungsprovokation durchbrechenden Prozess soll eine verbesserte Realitätseinschätzung erzielt werden (vgl. Fiedler, 2001a).

Auf Kernbergs Konzept der Borderline- Persönlichkeitsorganisation basiert ein analytisch orientiertes übertragungsfokussiertes Therapieverfahren. Es handelt sich hierbei um die „Transference Focused Psychotherapy“ (TFP, vgl. Clarkin et al., 1999).

Das hinter diesem Ansatz stehende theoretische Konstrukt geht auf die von Kernberg beschriebene Objektbeziehungstheorie der Persönlichkeitsstörungen zurück. Diese basiert auf der Annahme, dass zum Selbstschutz der Abwehrmechanismus der Spaltung dann eingesetzt wird, wenn nicht miteinander vereinbare, oftmals traumainduzierte Emotionen hinsichtlich der Objekt- und Selbstrepräsentanzen auftauchen. Die Konsequenz besteht darin, dass Affekte (nur gute oder nur böse) nur als Teil der eigenen Person bzw. der Mitmenschen wahrgenommen und nicht als Ganzes integriert werden.

Ferner werden Beziehungsmuster aus der Vergangenheit auf die gegenwärtige Interaktion übertragen.

Problematisch können sich dann in der Behandlung die resultierenden wechselnden, oft gegensätzlichen Rollenmuster darstellen (vgl. Buchheim und Dammann, 2001).

Das empirisch gestützte, manualgeleitete Verfahren beinhaltet eine psychoanalytische Vorgehensweise in der Hinsicht, dass unbewusste Konflikte bearbeitet, Deutungen insbesondere der Übertragungs-Beziehung eingesetzt sowie strukturelle Veränderungen angestrebt werden. Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse nimmt der Therapeut eine aktiv-konfrontierende Haltung mit Schwerpunktsetzung im „Hier und Jetzt“ ein, bei der auch Abweichungen von der technischen Neutralität der Therapeuten zur Verhinderung von selbstdestruktivem Verhalten der Patienten genutzt werden.

Eine Sonderstellung innerhalb psychodynamisch orientierter Verfahren nimmt dieses Konzept auch dahingehend ein, dass die Themenbearbeitung einer hierarchischen Vorgehensweise folgt, bei der zunächst für den Patienten und seine Mitmenschen besonders bedrohlich Aspekte bearbeitet werden.

Die Therapie durchläuft drei Phasen: In der Eingangsphase erfolgt die Klärung typischer pathologischer Handlungsmuster des Patienten. Hieran schließt sich die mittlere Phase an, in der neben der Affektbearbeitung eine Deutung der Abwehrmechanismen unter Integration bisher kontrastierender Selbst- und Objektrepräsentanzen vorgenommen wird. Eine psychoanalytisch ausgerichtete Vorgehensweise mit distanzierterem Verhalten des Therapeuten kennzeichnet dann die Endphase der Behandlung (vgl. Buchheim und Dammann, 2001).

Eine weitere Besonderheit des Konzepts stellt die differenzierte Diagnostik dar, die sowohl anhand der modernen Klassifikationssysteme als auch auf psychodynamischer Ebene beispielsweise unter Einsatz des bereits erwähnten „Strukturellen Interviews“ erfolgt.

Vor Beginn der Behandlung werden gemeinsam Therapievereinbarungen getroffen, die einen wichtigen Baustein dieses Verfahrens darstellen. Diese umfassen u.a. den Umgang mit selbst- und/oder therapiegefährdenden Verhaltensweisen, die Option des Einbeziehens weiterer Therapieelemente sowie Grenzsetzungen.

Hinsichtlich des Therapieerfolgs stellte Kernberg (1973) in der sogenannten „Menninger – Projektstudie“ fest, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Ich-Stärke des Patienten einerseits und dem erzielten Behandlungserfolg andererseits besteht. Bei Patienten mit gering ausgeprägter Ich-Stärke konnte die therapeutische Zielsetzung nur in geringem Maße umgesetzt werden.

Zu den psychodynamischen Kurzzeit- und Fokaltherapieansätzen liegen inzwischen auch überzeugende empirische Nachweise zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien vor (vgl. Koss und Butcher, 1986; Grawe et al., 1994).

Ein zentrales Problem bei der Therapie der Borderline- Störung stellt der vorzeitige Behandlungsabbruch durch die Patienten dar. Gunderson et al. (1989) berichten beispielsweise von Dropout-Raten zwischen 23 und 60 Prozent sechs Monate nach begonnener psychoanalytischer Therapie.

1.6.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung

Diese therapeutischen Ansätze zur Behandlung der Borderline- Störung sind verstärkt in den vergangenen Jahren entwickelt worden.

Linehan (1993) etablierte die sog. “kognitiv-dialektische Verhaltenstherapie“, bestehend aus gewöhnlich parallel durchgeführter Einzel- und Gruppentherapie (vgl. Bohus und Bathruff, 2000). Das ursprünglich für den ambulanten Bereich vorgesehene Konzept setzt sich aus vier einander ergänzenden Bereichen zusammen, die hier nur kurz skizziert werden sollen:

-*Einzeltherapie*: Diese wird in der Regel über einen Zeitraum von zwei Jahren mit ein bis zwei Wochenstunden durchgeführt mit Schwerpunktlegung auf störungsspezifische persönliche Problembereiche, wie z.B. Thematisierung von Suchttendenzen, suizidalem bzw. selbstschädigendem Verhalten sowie Störungen der Affektregulation. Zur Festigung der Zielsetzungen im Alltag der Patienten dienen Transferübungen sowie die Unterstützung durch Sozialarbeiter.

-*Gruppentherapie mit Fertigkeitentraining (Skilltraining)*: Diese wöchentlich parallel stattfindende Therapie, die als psychoedukatives Sozialtraining ausgelegt ist, soll zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, der Stresstoleranz, der „inneren Achtsamkeit“ sowie der Emotionskontrolle beitragen und Wege zu neuen zwischenmenschlichen Interaktionsmustern aufzeigen. Die erfolgreiche Integration der in der Gruppe erlernten „Skills“ in den Alltag der Patienten obliegt dann dem Einzeltherapeuten.

-*Supervisionsgruppe für Therapeuten*: Diese dient nicht nur der Verhinderung einer Überlastung der Therapeuten, sondern rückt insbesondere das Vorwärtskommen der Patienten in der Therapie in den Vordergrund. Es besteht eine Schwerpunktsverlagerung von den Bedürfnissen des Therapeuten hin zu den Ansprüchen an die Therapie.

-*Telefonberatung*: Die Bezeichnung impliziert schon, dass es sich hierbei nicht primär um ein Instrument zur Therapie, sondern vielmehr um ein Medium handelt, das zur Krisenintervention z.B. bei akuter Suizidalität eingesetzt werden kann. Des Weiteren kann das Angebot des telefonischen Kontaktes aber auch im lerntheoretischen Sinne als positiver Verstärker gewünschter Verhaltensweisen eingesetzt werden.

Die „dialektisch“ ausgelegte Behandlung beschreibt eine Haltung des Therapeuten, bei der eine Verhaltensänderung der Patienten unter anderem durch das direkte Erleben miteinander kontrastierender Erfahrungen bei den Patienten erzielt werden soll. Linehan betont, dass die therapeutische Maxime aus einer Balance zwischen fordernden Veränderungen einerseits und einer ganzheitlichen Akzeptanz des Patienten andererseits bestehen sollte.

Die Rolle des Therapeuten ist im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse eine aktiv-ermutigende, für das Therapieziel Verantwortung übernehmende, die dem Patienten das Gefühl eines menschlich fassbaren Gegenübers vermittelt. Dies geschieht vornehmlich dadurch, dass der Therapeut Emotionen zulässt und die in der klassischen Psychoanalyse geforderte technische Neutralität sowie die Gegenübertragungsanalyse aufgibt (vgl. Bohus und Berger, 1996; Bohus und Bathruff, 2000).

Die Dialektisch- Behaviorale Therapie (DBT) greift auf verhaltenstherapeutische Methoden aus der Suizidforschung unter Einschluss neurobiologischer Grundlagen, buddhistischer Meditationstechniken sowie Erkenntnissen aus den Sozialwissenschaften zurück. Folglich wird auch eine interaktive, transparente Zusammenarbeit zwischen Einzeltherapeuten, Gruppentherapeuten, Sozialarbeitern sowie ggf. pharmakologisch geschulten Therapeuten verfolgt mit Einsatz eines breitgefächerten Methodenspektrums, wie z.B. Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung sowie Problemlöse-Techniken (vgl. Bohus, 2002).

Den theoretischen Hintergrund bildet die Annahme einer gestörten Emotionsregulation sowie eines „invalidisierenden Umfeldes“, die in diesem Ansatz als zentrale ätiopathogenetische Faktoren für die Entstehung einer Borderline- Störung angesehen werden (vgl. Linehan, 1989).

Die Therapie folgt einem hierarchisch strukturierten Stufenplan, wobei das Bearbeiten selbst- und therapieschädigender sowie die Lebensqualität beeinträchtigender Verhaltensweisen im Vordergrund stehen. Die bei Borderline- Patienten beobachtbaren maladaptiven Handlungsmuster, wie Selbstverletzungen, Suizidversuche oder Impulskontrollverlust können diesem Ansatz zufolge als missglückter Versuch einer Spannungsreduktion der mit dominierenden negativen Affekten besetzten Gefühlswelt verstanden werden. Im lerntheoretischen Sinn können diese (Inter-) aktionen als negativer Verstärker fungieren, da sie kurzfristig zu einem Abbau der quälenden Spannungen führen (vgl. Bohus, 2002).

Die bereits im Kindesalter feststellbare gestörte Introspektionsfähigkeit im Sinne einer nicht fassbaren Gefühlsebene, lässt sich diesem Ansatz zufolge auf ein Ineinandergreifen von neurobiologisch determinierten Faktoren und zu Traumatisierung führenden Umwelteinflüssen zurückführen. Symptomatisch wird dieser Zusammenhang z.B. in der oftmals zu beobachtenden Selbstattributierung von Schuld, Ekel sowie Wut nach traumatischen Erfahrungen. Gegenüber dem Täter entwickelt sich ein Abhängigkeitsgefühl, die entstandenen Missempfindungen werden mit den erlernten maladaptiven Verhaltensweisen beantwortet (vgl. Leichsenring, 2003).

Die DBT wurde zunächst für die ambulante Therapie von chronisch suizidalen Borderline-Patienten entwickelt mit anschließender Spektrumserweiterung im Bereich der Suchtbehandlung (vgl. Linehan et al., 1999).

Aufgrund eines oftmals unzureichend ausgebauten ambulanten Netzwerks, erfolgt häufig eine weite Indikationsstellung für eine stationäre Therapie. Bisher liegt noch keine gesicherte Datenlage vor, die zu einem Überlegenheitsnachweis von einem der beiden Konzepte (ambulant versus stationär) geführt hätte (vgl. Bohus, 2002). Ein Verfahren zur Durchführung einer stationären Therapie, verstanden als Teil eines langfristigen Behandlungskonzepts, wurde an der Universitätsklinik Freiburg in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie entworfen (vgl. Bohus und Bathruff, 2000).

Erfolgsversprechende Ergebnisse der DBT legten Linehan et al. (1993) in einer einjährigen Therapiestudie an 40 als parasuizidal eingestuften Frauen mit schwerer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. Die Dropout-Raten lagen in der Gruppe, die entsprechend ihrem Behandlungskonzept therapiert wurden über 40 % unter der Kontrollgruppe in Standardsettings. Ferner ließ sich eine Abnahme des parasuizidalen Verhaltens sowie eine verkürzte stationäre Therapiedauer beobachten. Demgegenüber differierten die beiden Gruppen in anderen Symptombereichen, wie z.B. Depressivität oder Lebenszufriedenheit nur wenig.

In einer einige Jahre später im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studie (vgl. Bohus et al., 2000) ließen sich über die schon von Linehan dargestellten vorteilhaften Aspekte hinausgehend Verbesserungen in verschiedenen Symptombereichen feststellen, so z.B. hinsichtlich der Ängste, der Depressivität oder der dissoziativen Störungen.

1.6.3 Interpersonelle Therapie

Diese steht in der Tradition Sullivans (1953) und seiner neoanalytischen Kollegen. „Persönlichkeit ist das überdauernde Muster wiederkehrender interpersoneller Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren“ (Sullivan, 1953 in Fiedler, 2001a, S.79). Dementsprechend lässt die Analyse aktueller und früherer Beziehungsstrukturen und der daraus resultierenden Konflikte Rückschlüsse auf die im Vordergrund stehende Persönlichkeitsstörung zu. Die Identifizierung dieser kontextunabhängigen typischen Interaktionsstile des Patienten erfolgt auch durch Übertragung der in der Beziehung zum empathisch zugewandten Therapeuten sichtbarwerdenden Verhaltensstrukturen (sog. Transaktionsanalyse, vgl. Fiedler, 2001a). Die Therapie soll dem Patienten dazu verhelfen, frühere und aktuelle (maladaptive) Verhaltensmuster in einem Zusammenhang zu sehen.

Selbstschädigende Interaktionsstile sollen, im Sinne einer Zwischenstufe innerhalb der Therapie, erkannt und durch das Aufzeigen von alternativen Gestaltungsmöglichkeiten ersetzt werden. Das Aufdecken und die konsekutive Modifizierung der gestörten Interaktionsstile stehen im Mittelpunkt der Interpersonellen Therapie der Persönlichkeitsstörungen (vgl. Benjamin, 1995).

Im Unterschied zur psychodynamischen Behandlung setzt der Therapeut auch häufig über die Gesprächstherapie hinausgehende Therapietechniken ein.

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung wird in diesem Zusammenhang auch nicht als psychopathologisches Konstrukt sui generis verstanden, sondern als eine Form der Anpassung, wobei sich durch das Angebot einer alternativen, besseren Adaptationsmöglichkeit innerhalb der Therapie eine Behandlungsoption der Störung eröffnet (vgl. Benjamin, 1996).

Gestörte Interaktionsstile, die besonders häufig bei Borderline- Patienten beobachtet werden, sind insbesondere solche, die sich um den Bereich der Destruktivität zentrieren. Diese ist sowohl gegen die eigene Person in Form von selbstschädigender Dependenz als auch gegenüber den Mitmenschen in Form von fremdschädigender Abgrenzung feststellbar. Unter Berücksichtigung der Annahme, dass diese Muster auch als Bewältigungsstrategien beispielsweise bei Missbrauchserfahrungen fungieren, sollte ein Vorgehen gewählt werden, bei dem die aktuell möglichen Bewältigungsmöglichkeiten der Patienten Berücksichtigung finden (vgl. die oben erwähnten Ausführungen zur Psychoanalyse).

Mögliche therapeutische Angebote stellen die Erweiterung der sozial-bezogenen Autonomie, die Vermittlung von Selbstbewusstsein und Einsicht in eigenverantwortliches Handeln dar.

Bisher liegen nur Fallbeschreibungen und keine empirischen Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie vor (vgl. Benjamin, 1995).

1.6.4 Gesprächspsychotherapie

Aktuelle Ansätze gehen unter anderem auf Swildens (1988) zurück, der mit seiner sog. prozessorientierten Gesprächspsychotherapie eine Weiterentwicklung des Rogerschen Therapieansatzes etabliert hat (vgl. Fiedler, 2001a).

Innerhalb dieses Ansatzes lässt sich eine Weiterentwicklung zu einem vermehrt störungsbezogenem Konzept gegenüber der von Roger als ausreichend betrachteten therapeutischen Maximen („Empathie“, „Kongruenz“ sowie „unbedingte Wertschätzung“) feststellen. Dieses findet nicht nur bei der Borderline, sondern auch bei der narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung seine Anwendung.

Über die emotional zugewandte Haltung des Therapeuten hinausgehend, steht insbesondere angesichts der störungsrelevanten Identitäts- und Beziehungsproblematik der Patienten die Strukturierung im „Hier und Jetzt“ im Vordergrund. Swildens (1988/1991) weist darauf hin, dass die gestörten Interaktionsstile Ausdruck eines adaptativen Selbstschutzes sind, die durch ambivalente Inhalte schwierig behandelbar sind. Bei den therapeutischen Zielsetzungen sollten diese für den Patienten notwendige „Strategien“ nicht aus dem Auge verloren werden. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen können dann sozial akzeptablere und weniger symptomatische Beziehungsstile erarbeitet werden. Swildens sieht als entscheidenden Schritt zum Therapieerfolg die sog. „existentielle Transferphase“ an (vgl. Fiedler, 2001a, S.489).

Dem kritischen Übergang zwischen scheinbar gewonnener Selbstsicherheit der Patienten und der nach der beendeten, sicherheitsvermittelnden Therapie einsetzenden Sinninstabilität mit resultierenden selbstverletzenden Tendenzen, sollte durch eine an die Therapie anschließende Phase begegnet werden. In dieser Zeit sollte explizit die Frage nach dem Sinn des Lebens thematisiert werden, da das Ausklammern dieses Bereichs zu einem Rückfall der Patienten im Sinne einer das Leben dominierenden Instabilität führt und den bisherigen Therapieerfolg in Frage stellt.

1.6.5 Pharmakotherapie

Hinsichtlich der psychopharmakologischen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen derzeit nur wenige kontrollierte randomisierte Studien vor (vgl. Bohus, 2002).

Die pharmakologische Therapie der Borderline-Störung wird heute „symptomorientiert“ eingesetzt (vgl. Schmahl und Bohus, 2001). Angesichts der vielseitigen Symptomatik erscheint eine Monotherapie auch wenig erfolgsversprechend. Bisher durchgeführte Untersuchungen konzentrieren sich v.a. auf den Einsatz von Benzodiazepinen, Antidepressiva sowie Neuroleptika (vgl. Moleman et al., 2000).

Neuere Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit dem Einsatz des Opiatantagonisten Naltrexon, wobei Einzelfallstudien vorliegen, dass durch diesen Wirkstoff die psychotherapeutisch schwierig behandelbare dissoziative Symptomatik günstig zu beeinflussen sei (vgl. Schmahl et al., 1999). Allerdings weisen diese Untersuchungen nur geringe Fallzahlen auf, so dass ein empirischer Wirksamkeitsnachweis noch aussteht.

Therapeutische Ausblicke

Bei der Diagnostik sollte insbesondere Gewicht auf die Identifizierung von schwerwiegenden Identitäts- und Interaktionsstörungen gelegt werden, da Untersuchungen darauf hinweisen, dass bei diesen Patientengruppen nur mäßige psychotherapeutische Behandlungserfolge erzielt werden können (vgl. Linehan et al., 1991). Die Weiterentwicklung von Behandlungsmöglichkeiten der Kernsymptome der Borderline-Störung (Identitätsdiffusion, Gefühle der inneren Leere, instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit extremen Schwankungen zwischen Idealisierung und Abwertung, Angst vor realem und imaginiertem Alleinsein) könnte eine Schlüsselfunktion zur Steigerung der Erfolgszahlen darstellen (vgl. Horwitz et al., 1996). Hinweise darauf liefert beispielsweise die von Hull et al. (1993) über einen Zeitraum von 6 Monaten durchgeführte Untersuchung an stationär behandelten Borderline-Patienten: Bei Patienten mit ausgeprägten Kernsymptomen war während der Therapie ein Sistieren bzw. eine Verschlechterung der Symptome zu beobachten. Demgegenüber profitierten Patienten mit gering ausgeprägter Kernsymptomatik von der Behandlung.

Bei der Therapiegestaltung der Borderline- Störung sollten einige Faktoren besondere Berücksichtigung finden, da ihnen eine erhebliche Bedeutung hinsichtlich des Behandlungserfolges beigemessen werden kann.

Der Aufbau einer sicherheitsvermittelnden therapeutischen Beziehung stellt insbesondere bei der Borderline- Störung die wesentliche Voraussetzung für die Therapie dar. Diese wird von den Patienten wiederholt in Frage gestellt, da bisher eingesetzte Interaktionsmuster, die als Überlebensstrategie in belastenden Beziehungen und traumatischen Situationen fungierten, auch auf die gegenwärtige Interaktion zwischen Therapeut und Patient transferiert werden (vgl. Bohus, 2002).

In diesem Kontext sind auch die, bei Zusammenbruch der früheren gelernten Rollenmuster, auftretenden Krisen zu sehen. Neben der Herausforderung der aktuellen Bewältigung geben diese Krisen dem Therapeuten und konsekutiv auch dem Patienten ein Werkzeug an die Hand, eingefahrene Verhaltensmuster und kognitive Prozesse zu erkennen und mögliche Alternativen zu erarbeiten.

Einen bedeutenden Stellenwert bezüglich der langfristigen Sicherung der erzielten therapeutischen Änderungen nimmt dann die Strukturierung des sozialen Umfeldes der Patienten ein. Die vielfältigen psychosozialen Problemstellungen können als mitbedingende Ursache, Folgeerscheinung sowie aufrechterhaltender Faktor des Störungsbildes angesehen werden (vgl. Waltz und Trautmann-Sponsel, 1999). Folglich stellt die psychologische Therapie oftmals einen wichtigen, aber nicht den alleinigen Baustein auf dem Weg zum Therapieerfolg dar.

Weitere Aspekte, die bei der Therapieplanung Berücksichtigung finden sollten, sind der Umgang mit traumatischen Erlebnissen bzw. Missbrauchserfahrungen, die bei vielen Borderline- Patienten anamnestizierbar sind. In der Behandlung auftretende Aggressionstendenzen der Patienten werden insbesondere dadurch hervorgerufen, dass es bei Ansprechen von subjektiv als bedrohlich empfundenen Themen zu einem Verlust des Sicherheitsgefühls innerhalb der therapeutischen Beziehung kommt. Das gelernte Misstrauen führt zu einer „Reinszenierung“ des Traumas (vgl. Benjamin, 1995; Fiedler, 2001a). Fiedler geht von einer lernpsychologischen Sichtweise aus: Stress als auslösendes Moment würde bisher eingesetzte, konditionierte Traumabewältigungsmuster, insbesondere Dissoziationsphänomene beispielsweise in Form von Depersonalisation sowie Erinnerungsverlust hervorrufen.

Infolgedessen sollte den Patienten ein Umgang mit diesen Erlebnissen angeboten werden, der sich deutlich positiv von den früheren pathogenen Lebenserfahrungen unterscheidet. Zum einen ergibt sich durch die Thematisierung die Möglichkeit der Integration bisher abgespaltener Gehirnfunktionen durch ein abgemildertes Erleben ähnlicher kognitiver und affektiver Prozesse. Zum anderen birgt dieses Vorgehen bei Überschreiten der Grenze zur Stressreaktion auch die Gefahr einer erneuten Retraumatisierung. Diesen *circulus vitiosus* gilt es in der psychotherapeutischen Therapie zu unterbrechen.

Die dissoziative Abspaltung von emotionalen und körperlichen Missbrauchserfahrungen kann als überlebensnotwendiger Bewältigungsmechanismus verstanden werden, Sullivan (1953) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Sicherheitsoperation“ (vgl. Fiedler, 2001a, S.488), die erst bei möglicher Adaptation alternativer Copingstrategien aufgegeben werden könne. Auf einer sachlich-verstehenden Ebene sollte den Patienten die Option angeboten werden, die häufig mit den Missbrauchserfahrungen assoziierten Schuldgefühle abzubauen (vgl. die oben genannten Ausführungen zur Interpersonellen Therapie).

1.7. Zielsetzungen und Fragestellungen der Arbeit

In der vorliegenden Untersuchung sollen drei klinische Gruppen (Patienten mit Borderline-PS, mit anderen PS und ohne PS) auf diagnostische Übereinstimmungen der Selbstbeurteilungsverfahren IKP (dimensional ausgerichteter Fragebogen, Andresen, im Druck) und BPI (auf die Borderline- PS begrenzter Fragebogen, Leichsenring, 1997) sowie der klinischen Diagnose (Basisdokumentation) untersucht werden.

Die Gruppe der Patienten mit klinisch diagnostizierter Emotional-instabiler PS soll hierbei im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen bezüglich möglicher qualitativer und quantitativer Differenzen hinsichtlich der Ausprägungen auf den Persönlichkeitsakzentuierungsskalen des IKP sowie den Skalen des BPI, die sich auf das psychoanalytische Borderline- Konzept beziehen, betrachtet werden. Die beiden Selbstbeurteilungsfragebögen werden gleichfalls im Hinblick auf Skalenkorrelationen untereinander untersucht. Ferner wird ein Fragebogen zur Akutsymptomatik (SCL-190) eingesetzt, um zu überprüfen, ob sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen feststellen lassen.

In diesem Kontext soll ferner der Frage nachgegangen werden, ob statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den „stabileren“ Persönlichkeitsmerkmalen und der Akutsymptomatik in der Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS existieren.

1. Unterscheidet sich die Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS hinsichtlich des psychopathologischen Schweregrades hinsichtlich der Merkmalsausprägung von den anderen beiden Patientengruppen?
2. Welche Persönlichkeitsmerkmale bzw. -akzentuierungen sind bei Anwendung des IKP in der Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS spezifisch erhöht oder erniedrigt im Vergleich zu Patienten mit anderen PS und ohne PS? Sind die Borderline- und die Impulsiv- explosible Skala des IKP für diese Patientengruppe spezifisch erhöht und zeigen diese Skalen eine starke Trennung der Gruppen an?
3. Inwiefern stimmen diese im IKP festgestellten Merkmalsausprägungen mit den Skalenausprägungen des BPI überein?
4. Erlauben diese Ergebnisse Schlussfolgerungen für die Diagnostik von Personen mit einer Borderline-PS?
5. Ist der vorliegende Fragebogen IKP geeignet, um die Diagnose einer Borderline-PS bzw. Emotional-instabilen-PS zu stellen? Ist dieses Selbstbeurteilungsinstrument dem BPI in der klinischen Anwendung überlegen?

2. Material und Methoden

2.1. Patientenkollektiv

2.1.1. Soziodemographische Merkmale

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Fragebögen von 71 stationären Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf untersucht, die sich aufgrund von Persönlichkeitsstörungen oder anderer, hier v.a. affektiver Störungen in stationärer Behandlung befanden.

Die Einteilung der Patienten in drei Gruppen erfolgte anhand der aus der Basisdokumentation gewonnenen klinischen Diagnosen (verschlüsselt nach ICD-10). In die Gruppe 1 wurden hierbei nur solche Patienten mit einer Emotional-instabilen PS aufgenommen, die keine weitere PS als Ko- Diagnose aufwiesen. Die einzelnen Diagnosen der Subgruppen sind in Tabelle 4 dargestellt:

Tab. 4: Klinische Diagnosen (gemäß ICD-10) der drei Gruppen

Gruppe 1 (n=19)	Gruppe 2 (n=24)	Gruppe 3 (n=28)*
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Emotional-instabile PS: <ul style="list-style-type: none"> -Borderline-Typus (n=17) (ICD-10: F60.31) - Impulsiver-Typus (n=2) (ICD-10: F60.30) <p><u>Kodiagnosen:</u></p> <p><u>Affektive Störungen (n=7)¹</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1, n=6) ▶ schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2, n=1) <p><u>Psychische und Verhaltens-Störungen durch psychotrope Substanzen (n=8)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide (ICD-10: F12.2, n=6), durch multiplen Substanzmissbrauch (ICD-10: F19.2, n=2) <p><u>Essstörungen (n=2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Atypische Anorexia nervosa (ICD-10: F50.1, n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kombinierte PS (n=10) (ICD-10 : F61.0) ▶ Sonstige spezifische PS (n=6) (F60.8) ▶ Ängstliche PS (n=4) (F60.6) ▶ Nicht näher bezeichnete PS (n=2) (F60.9) ▶ Histrionische PS (n=1) (F60.4) ▶ Schizoide PS (n=1) (F60.1) <p><u>Kodiagnosen* :</u></p> <p><u>Affektive Störungen (n=19)²</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2, n=3), gegenwärtig mittelschwere Episode (F33.1, n=3) ▶ mittelgradige depressive Episode (F32.1, n=11) ▶ Angst und depressive Störung gemischt (F41.2, n=2) 	<p><u>Affektive Störungen (n=22)³</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1, n=5) ▶ Mittelgradige depressive Episode (F32.1, n=4) ▶ leichte depressive Episode (F32.0, n=3) ▶ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2, n=2) ▶ Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode (F31.3, n=2), gegenwärtig manische Episode (F=31.1, n=1), gegenwärtig manische Episode mit psychot. Symptomen (F31.2, n=1)

<p><u>Angststörungen (n=1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Panikstörung (ICD-10: F41.0, n=1) 	<p><u>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n=9)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (F10.2, n=2), durch Cannabinoide (F12.2, n=3) ▶ schädlicher Gebrauch Alkohol (F10.1, n=2) ▶ schädlicher Gebrauch multipler Substanzen (F19.1, n=2) <p><u>Essstörungen (n=3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anorexia nervosa (F50.0, n=2) ▶ Bulimia nervosa (F50.2, n=1) <p><u>Dissoziative Störungen (n=1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (F44.9, n=1) <p><u>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (n=1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F23.0, n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schwere depressive Episode (F32.2, n=1) ▶ Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch (F25.0, n=1) ▶ Dysthymia (F34.1, n=1) ▶ Postschizophrene Depression (F20.4, n=1) <p><u>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n=9)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide (F12.2, n=2), durch Alkohol (F10.2, n=4), durch Kokain (F14.2, n=1), durch multiplen Substanzmissbrauch (F19.2, n=2) <p><u>Phobische Störungen (n=5)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Soziale Phobien (F40.1, n=2) ▶ Spezifische Phobien (F40.2, n=1) ▶ Phobie mit Panikstörung (F40.1, n=1) ▶ Agoraphobie (F40.0, n=1) <p><u>Schizophrenie (n=4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3, n=1) ▶ Paranoide Schizophrenie (F20.0, n=3)
---	--	---

Anmerkungen: * Es wurden auch Mehrfachdiagnosen berücksichtigt, so dass die Diagnosenanzahl die Patientenanzahl übertrifft.

¹ Anzahl entspricht einem Anteil von 36,8 % in Gruppe 1

² Anzahl entspricht einem Anteil von 79,2 % in Gruppe 2

³ Anzahl entspricht einem Anteil von 78,6 % in Gruppe 3

1.) Hiervon erfüllten 19 Patienten die Kriterien einer Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10, wobei hiervon 17 Patienten dem Borderline- und 2 Patienten dem Impulsiven-Typus zugeordnet werden können. Die bei 15 Patienten (78,94%) vorhandenen Kodiagnosen (auch Mehrfachdiagnosen) sind in der Tabelle aufgeführt, isoliert wurde die Diagnose einer Emotional-instabilen PS (Borderline- Typus) bei vier Patienten (21,04%) gestellt.

2.) Die zweite Gruppe umfasst 24 Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 als denen die der Gruppe 1 zuzuordnen sind. Hiervon erfüllten 10 Patienten (41,67%) die Kriterien einer kombinierten PS nach ICD-10.

Bei 22 Patienten (91,66%) wurde eine Kodiagnose (siehe Tabelle) vergeben, eine isolierte Persönlichkeitsstörungsdiagnose wiesen 2 Patienten (8,33%) auf.

3.) In die dritte Gruppe können 28 Patienten eingeordnet werden, wobei diese durch Patienten charakterisiert ist, die keine Persönlichkeitsstörung aufweisen und sich größtenteils durch affektive Störungen auszeichnen. Ferner umfasst diese Gruppe Diagnosen aus den Bereichen der schizophrenen Psychosen, der phobischen Störungen sowie der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Bezogen auf die Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe sind 27 (38.0%) männlichen und 44 (62.0%) weiblichen Geschlechts.

Der Bildungsstatus verteilt sich folgendermaßen: 20 (28.2%) haben einen Hauptschulabschluss, 26 (36.6%) einen Realschulabschluss und 25 (35.2%) die allgemeine Hochschulreife.

Der Altersdurchschnitt der untersuchten Patienten beträgt 32.56 Jahre. Die untersuchten Patienten sind alle deutscher Nationalität. Eine Übersicht über die wichtigsten soziodemographischen Parameter liefert die Tabelle 5.

Tab. 5: Alter, Geschlecht und Bildungsstatus der drei Gruppen

	Gesamt	Gruppe 1 (Gru1)	Gruppe2 (Gru2)	Gruppe3 (Gru3)
Anzahl (n)	71	19	24	28
Männer	27	3	14	10
Frauen	44	16	10	18
Alter (Jahre) Mittelwert (M) Standardabweichung (SD)	32,56 11,07	26,05 4,84	34,82 9,50	35,71 13,90
Familienstand ledig verheiratet geschieden	60 3 8	16 1 2	22 1 1	22 1 5
Bildungsstatus Hauptschule (1) Realschule (2) Abitur (3)	20 26 25	5 8 6	8 8 8	7 10 11

- ▶ **Gruppe 1:** Pat. mit Emotional instabiler PS (gemäß ICD-10)
- ▶ **Gruppe 2:** Pat. mit anderen PS außer der unter Gruppe 1 genannten (gemäß ICD-10)
- ▶ **Gruppe 3:** Pat. ohne PS (gemäß ICD-10)

Die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS besteht aus 3 Männern (15,8%) und 16 Frauen (84,2%) und ist im Durchschnitt 26.05 Jahre alt. Bezüglich des Bildungsstatus weisen 6 (31.6%) der Patienten Abitur, 8 (42.1%) einen Realschulabschluss und 5 (26.3%) einen Hauptschulabschluss auf.

Hinsichtlich des Familienstandes sind 16 (84.2%) ledig, 1 (5.3%) Patient verheiratet und 2 (10.5%) geschieden.

Von den Patienten mit anderen PS sind 14 (58.3%) männlich und 10 (41.7%) weiblich, durchschnittliches Alter ist 34.82 Jahre. Abitur, Real- und Hauptschulabschluss haben jeweils 8 (33.3%) der Patienten. Die Anzahl der ledigen Patienten beträgt 22 (91.7%), die der verheirateten und geschiedenen jeweils 1 (4.2%).

In der Gruppe der Patienten, die keine PS aufweisen befinden sich 10 (35.7%) Männer und 18 (64.3%) Frauen. Das durchschnittliche Alter liegt bei 35.71 Jahren.

Abitur haben 11 (39.3%), Realschulabschluss 10 (35.7%) und Hauptschulabschluss 7 (25.0%) der Patienten. Diese Gruppe setzt sich ferner aus 22 (78.6%) ledigen, 1 (3.6%) verheirateten und 5 (17.9%) geschiedenen Patienten zusammen.

Geschlecht und Alter wurden mittels Chi²-Test und einfaktorieller Varianzanalyse auf Gruppenunterschiede geprüft. Für das Geschlecht ergab sich eine Tendenz ($\chi^2 = 3.082$, $df = 1$, $p = .079$), für das Alter ein signifikanter Effekt ($F = 5.417$, $df = 2$, $p = .007$).

Daher wurde für bestimmte Skalen (vgl. Abschnitt 2.3 Statistik) zusätzlich eine Kovarianzanalyse durchgeführt, um eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch Alters- oder Geschlechtsdifferenzen auszuschließen.

Dieses Vorgehen wurde auch aufgrund der unterschiedlichen Geschlechterverteilung notwendig, welche insbesondere die Gruppe 1 mit einem weit überwiegender Frauenanteil betrifft.

Die klinischen (anhand der ICD-10 verschlüsselten) Diagnosen werden im Rahmen dieser Arbeit u.a. hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit Ergebnissen zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bzw. -akzentuierungen verglichen, die sich durch den Einsatz der im nachfolgenden beschriebenen Selbstbeurteilungsfragebögen ergeben (siehe Abschnitt 3. Ergebnisse und 4. Diskussion).

2.2. Verwendete Verfahren

2.2.1. Das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)

Vor dem Hintergrund des bereits im Einleitungsteil erwähnten Spannungsfeldes in Bezug auf die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bzw. -ausprägungen konzipierte Andresen (im Druck) ein klinisches multivariates Selbstbeurteilungsfragebogeninventar.

Die Problematik Persönlichkeitsstörungen zu erfassen und zu klassifizieren ergibt sich auf inhaltlicher Ebene durch das Nichtvorhandensein eines konsensfähigen Krankheitsmodells im Bereich der psychologischen und medizinischen Theoriebildung.

Dieser Tatbestand wird sowohl an der mangelnden Kongruenz zwischen den heute gültigen ICD-10 und DSM-IV- Kriterien (vgl. Dilling et al., 1991; Saß et al., 1996b) als auch im Hinblick auf die im deutschen Sprachraum tradierten Konzepte Schneiders und Kretschmers deutlich (vgl. Tölle, 1994).

Somit war und ist die Konzeption der PS durch keine kontinuierliche Weiterentwicklung *eines* zugrundeliegenden Konzeptes, sondern durch das Ineinanderfließen und Nebeneinander unterschiedlicher theoretischer Bezüge (z.B. verhaltenstherapeutische vs. psychoanalytische Bezugnahmen) gekennzeichnet. Auf diesen Sachverhalt soll im Rahmen dieser Arbeit am Beispiel der Borderline- Persönlichkeitsstörung noch näher eingegangen werden.

Folglich steht das Bemühen um valide Diagnostik einem Dissens im Bereich der Theoriebildung gegenüber.

Vor diesem Hintergrund entwickelte Andresen das vorliegende vollständig neu erarbeitete Persönlichkeitsinventar, das durch den Ansatz einer formalen strukturell-methodischen Verklammerung der beiden Diagnosesysteme einerseits und der deutschen Psychiatrietradition andererseits zu einer inhaltlichen Zusammenführung der vorliegenden theoretischen Bezüge führen soll (Andresen, im Druck). Ferner soll mittels des diagnostischen „Mediums“ multivariater klinischer Persönlichkeitsfragebogen die Perspektive einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem theoretischen Bezugsrahmen der klassifikatorisch gesetzten Diagnoseeinheiten für die PS eröffnet werden.

Als Grundlage der IKP- Konzeption ging Andresen von den nachfolgend genannten Ansätzen sowie Zielvorstellungen aus:

- 1.) Dimensionaler statt typologisch-kategorialer Ansatz:** Ausgangspunkt für das vorliegende Inventar bildet die Annahme eines dimensional Kontinuitätsmodells im Bereich der Persönlichkeit, bei dem keine dichotome Abgrenzung zwischen „gesund“ und „krank“ vorgenommen wird. Entsprechende Vorschläge zu dieser offeneren Betrachtungsweise finden sich u.a. in den Arbeiten von Klein (1993) und Saß et al., (1996a). Das entsprechend abzubildende Spektrum weist demzufolge fließende Übergänge zwischen „gestörter“ und „normaler“ Persönlichkeitsausprägung auf. Diese Kontinuitätshypothese mit der Annahme einer lediglich graduellen Unterscheidbarkeit von Störungsgraden wird seit einiger Zeit verstärkt diskutiert (vgl. Watson et al., 1994; Widiger und Costa, 1994).

Ferner werden einige übergeordnete Persönlichkeitsdimensionen angenommen, die als maßgeblich für die Struktur der „normalen“ sowie „erkrankten“ Personen angesehen werden (sog. Universalitätstheorie). Dieses Modell impliziert somit auch eine zu fordernde Neuanpassung des Störungsbegriffs, der den heute gültigen kategorial ausgerichteten Klassifikationssystemen zugrunde liegt, bei denen das Erzielen einer bestimmten vorgegebenen Kriteriumsanzahl die diagnostische Grundlage für die Klassifikation einer Persönlichkeitsstörung bildet. Demzufolge ergibt sich für die dimensional gefassten Selbstbeurteilungsfragebögen, die sich inhaltlich auf die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV beziehen, die Schwierigkeit diese „prototypischen“ Störungen auf kategorialer Basis klinisch valide zu erfassen.

Auf formaler Ebene lässt sich im deutschen Sprachraum zum einen ein Mangel an diagnosespezifischen Fragebogeninventaren konstatieren. Zum anderen führen die etablierten Fragebögen zu einer Überschätzung der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen und hierdurch auch zu Komorbiditätsproblematiken und differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten (vgl. Andresen, im Druck).

Hieraus wurde die Notwendigkeit einer neutraleren Konzeptbildung abgeleitet, die sich anstelle von Persönlichkeitsstörungen auf Persönlichkeitseigenarten (Fiedler, 2001a) respektive Persönlichkeitsakzentuierungen in Anlehnung an den „Akzentuierung“-Begriff nach Leonhard (1976) bezieht und diese dimensional operationalisiert.

Im IKP wird deshalb durchgängig von Persönlichkeitsakzentuierungen gesprochen, die sich allerdings eng an den DSM-IV- und ICD-10- Störungskriterien orientieren.

2.) Integration von DSM-IV und ICD-10: Das Fragebogeninventar enthält sowohl 10 Standardskalen, die sich auf das für die Forschung vorteilhaftere und empirisch gesichertere DSM- System beziehen, als auch zusätzliche Skalen, deren Verrechnung für die DSM-IV- und ICD-10-Differenzialdiagnostik genutzt werden können. Da einige inhaltliche nicht unwesentliche Unterschiede zwischen beiden Systemen bestehen, wurde ein konstruktiver Lösungsansatz darin gesehen, den DSM-IV- Kriterien bei der Konstruktion von zehn Störungseinheiten den Vorzug zu geben. Diese Vorgehensweise wurde aufgrund der breiteren empirischen Basis und der höheren Forschungsrelevanz des DSM-IV gewählt.

Lediglich bei der Diagnose „Emotional-instabile Persönlichkeit, Impulsiver Typus“ wurde die Vorrangigkeit der ICD-10 zugesprochen. Eine korrigierende

Abweichung von diesem Prinzip wurde bei einigen Störungseinheiten notwendig, beispielsweise bei der Schizotypischen PS.

Bei dieser wurden die Kriterienvorgaben beider Diagnosesysteme zum Erzielen einer syndromalen Homogenität teilweise abgeändert (vgl. Andresen, im Druck und Abschnitt 4. Diskussion).

Ferner erfolgte die Einbeziehung der abweichenden ICD-Kriterien vor allem durch Hineinnahme neuer Skalen. Ferner erscheint ein solches plurales Vorgehen aufgrund der klinischen Praxisrelevanz mit vorherrschender Anwendung des ICD-Klassifikationssystems im deutschen Sprachraum notwendig.

3.) Psychopathologische Homogenisierung und Inhaltsvalidität: Eine weitere Zielsetzung des vorliegenden Verfahrens besteht darin, die Entwicklung inhaltlich geschlossener Kriterienzusammenstellungen voranzutreiben, um die differenzialdiagnostischen Abgrenzungsprobleme zu minimieren. Bei der Entwicklung waren sowohl das Erzielen von deskriptiver Effizienz und Durchsichtigkeit als auch von konsistenten, faktorenanalytisch validen Itemzusammenstellungen intendiert. In mehrschrittigen, zeitlich versetzten Untersuchungen an mehreren Teilstichproben (vgl. Andresen, im Druck) wurden schließlich Skalen mit einheitlicher Itemzahl von jeweils 18 pro Diagnoseeinheit (Langformen) gebildet.

4.) Veränderungssensitivität: Das IKP bezieht zeitlich sich auf die „letzten Jahre“. Hintergrund hierfür ist die Annahme einer zwar höheren Zeitstabilität der Persönlichkeitsstörungen und –akzentuierungen gegenüber der Mehrzahl der Achse-I- Störungen, ohne hierbei jedoch eine „kategorische“ retrospektive Stabilität der PS bzw. PA bis in das frühe Erwachsenenalter hinein anzunehmen. Diese Ansicht, verbunden mit einer impliziten geringen therapeutischen Beeinflussbarkeit, liegt allerdings den allgemeinen Kriterien der PS in den Klassifikationssystemen zugrunde.

Entsprechend werden in der vorliegenden Konzeption PS und PA auch prospektiv nicht als stabil angesehen, da spontane Remissionen und günstige Verläufe möglich sind, so beispielsweise auch bei der Borderline- Störung (vgl. Hartkamp et al., 2002).

Konsekutiv flossen diese Annahmen auch in die Itemformulierungen bei der Fragebogenkonzeption ein, so dass das IKP zusätzlich als Messinstrument zur Verlaufsdiagnostik eingesetzt werden kann. Parallel zu dieser offeneren Betrachtungsweise mit unverbindlicherer Festlegung von Beginn und Verlauf der PS bzw. PA, liegt der IKP- Konzeption auch die Annahme einer stärkeren Verbindung zwischen Achse- I –und Achse- II- Störungen zugrunde als dies durch die kategoriale „dichotomisierende“ Achsen- Lehre tradiert wird.

5.) Prozesscharakter des IKP: Das IKP wurde von Andresen über einen Zeitraum von acht Jahren entwickelt. Das Konzept bestand von Beginn an in einer sukzessiv optimierenden Vorgehensweise über verschiedene umfangreiche Studien hinweg. In der vorliegenden Untersuchung wurde noch eine vorläufige Version bestehend aus der 18-Item-Langform verwendet. Aus ökonomischen Gesichtspunkten enthält die aktuelle Fassung des IKP nur noch 10 Items für alle Skalen, wobei hierbei sehr hohe Lang- vs. Kurzform-Korrelationen erzielt werden konnten (vgl. Andresen im Druck). Ferner hat sich das Skalenrepertoire bezüglich der Ergänzungsskalen des IKP-Eg zeitlich gestaffelt bis in die letzten Studien zum IKP fortwährend erweitert. In der letztgültigen Version enthält das IKP-Eg 13 ergänzende Skalen, während dieser Anteil zum Zeitpunkt der hier durchgeführten Untersuchung noch aus 7 Skalen bestand.

2.2.1.1 Ansatz und Konstruktionsprinzip des IKP

Andresen konstruierte das Fragebogeninventar ausgerichtet an der klassischen Testtheorie mit der Zielsetzung einer guten internen Konsistenz innerhalb der Skalen sowie einer guten selektiven Item-Trennschärfe für die betreffende Skala (vgl. Andresen, im Druck).

Ausgangspunkt war zunächst die Zusammenstellung von 30 verschiedenen Items, die die jeweiligen Einzelkriterien der einzelnen DSM-IV -Diagnosen gleichberechtigt erfassen sollten.

Anhand von Trennschärfebestimmungen erfolgte die Analyse der Item-Skalen-Zuweisungen hinsichtlich ihrer Validität und Differenzierbarkeit in einem mehrschrittigem Verfahren an unterschiedlichen Teilstichproben.

Die Entwicklung erfolgte zunächst an einem unausgelesenen Kollektiv von Normalprobanden.

Aus diesem Ansatz konnten später Langskalen mit jeweils 18 Items bezogen auf die jeweilige Diagnoseeinheit gebildet werden, die wie bereits erwähnt schließlich zu einer 10-Item-Kurzform verdichtet werden konnten (vgl. Andresen, im Druck).

Generell wurde bei Annahme einer prinzipiellen, aber im Detail nur graduellen Übereinstimmung zwischen den Diagnosen des DSM-IV sowie der ICD-10 die überlegene Gültigkeit derjenigen Skalen angenommen, die sich an ersterem Klassifikationssystem orientieren. Hiervon abweichende Ausnahmen werden in den Einzelkapiteln zu den Störungen erläutert.

Besondere methodische Berücksichtigung bei der statistischen Auswertung erfordert das Nicht-Vorhandensein einer Gauß'schen Normalverteilung der IKP- Scores bei Normalprobanden. Diese schiefe Verteilung resultiert aus den klinischen Item-Formulierungen, die in der Regel problematische Verhaltensweisen oder Ansichten wiedergeben. Je nach Untersuchungsstichprobe ergibt sich damit die Notwendigkeit zur Berücksichtigung von Modellverletzungen bei parametrischen Verfahren, wie beispielsweise den Pearson-Korrelationen, da diese eine Normalverteilung der Daten verlangen. Mögliche Lösungswege bestehen hier in der Bildung von T-Werten über die Normalverteilungstransformation oder in dem Vertrauen in die „Unempfindlichkeit“ der testanalytischen Verfahren gegenüber diesen Modellverletzungen.

Weitgehend relativiert wird diese abweichende Verteilung bei Anwendung des Fragebogens in klinisch-psychiatrischen Settings bei alleiniger Betrachtung der Zielgruppe von Persönlichkeitsgestörten bzw. Psychatriepatienten, wie in der vorliegenden Studie.

2.2.1.2 Formaler und inhaltlicher Aufbau des IKP

Das IKP setzt sich aus zwei separaten Teilfragebögen zusammen: Das IKP-G und das IKP-Eg.

Das IKP erfasst die 10 offiziellen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV, ergänzt um den Impulsiven Subtypus der Emotional instabilen PS nach ICD-10; wohingegen das IKP-Eg weitere 13 von Andresen zusätzlich aufgenommene Persönlichkeitsakzentuierungen erfasst, die differenzialdiagnostisch relevant sind (vgl. Andresen, im Druck).

In der vorliegenden Studie wird aus dem IKP-Eg wie bereits erwähnt nur eine Auswahl von 7 Skalen berücksichtigt.

Bei diesen handelt es sich zum einen um 5 von Andresen neu konzipierte PA, wie die Anforderungs- und leistungsängstliche, die Asthenisch-nervöse, die Furchtsame, die Dissoziative sowie die Obsessiv- selbstunsichere PA. Zum anderen erfassen zwei Skalen die DSM-IV- Forschungsdiagnosen „Depressive“ und „Passiv-aggressive (Negativistische) PS“ über die 10 bekannten DSM-IV- Persönlichkeitsstörungsdiagnosen hinaus.

Im Gegensatz zum IKP-Eg genügt das IKP-G allein, um DSM-IV- und ICD-10-Screening-Diagnosen zu erstellen. Eine Kombination aus beiden Bögen wird aber als differenzialdiagnostisch überlegen angegeben.

Im allgemeinen werden deshalb beide Bögen (IKP-G mit nachfolgendem IKP-Eg) vorgegeben.

Die Langform des IKP enthält pro Skala jeweils 18 Items, die alle eine Polung in symptomatischer Richtung aufweisen. Aufgrund der testanalytischen Problematik verneinender Items fanden diese hier keine Anwendung (vgl. Andresen, im Druck).

In den entsprechenden Skalen werden im Regelfall die Einzelkriterien einer Persönlichkeitsstörung durch mindestens zwei Items abgebildet. Abweichungen davon werden explizit begründet, so vor allem bei Nachweis einer mangelnden Trennschärfe.

Die Antworten erfolgen anhand einer vierstufig-symmetrischen Skala, wobei jede Stufe mit einem entsprechenden Punktwert von 1-4 belegt ist (4: völlig richtig, 3: eher richtig, 2: eher falsch, 1: völlig falsch).

Durch Addition der 18 Item-Punktwerte ergibt sich entsprechend eine Rohpunktsomme für eine Skala.

Der Item-Skalen-Schlüssel ist im Anhang dargestellt.

Aus einer Studie mit 450 freiwilligen Probanden leitete Andresen vorläufige Normwerte (T-Werte) ab, die als vorläufiger diagnostischer Beurteilungsmaßstab dienten.

Diese wurden bei den Screeningdiagnosen dieser Studie zugrundegelegt. Für die Varianz- und Korrelationsanalysen wurden Rohwerte verrechnet.

Die Tabellen 6 und 7 stellen die Skalen von IKP-G und IKP-Eg mit ihren Referenzdiagnosen und Spektrumsbezügen nach DSM-IV und ICD-10 dar.

Tab. 6: Titel und Kennzeichnungen der IKP-G-Skalen

IKP-G-Skala	Skalen-Titel <i>(Spektrumsbezüge zu Achse- I in DSM-IV und ICD-10)</i>	Zentrale Referenzdiagnose DSM-IV und ICD-10
PAR	Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PA) <i>(DSM-IV/ICD-10: Wahnhafte Störung)</i>	DSM-IV/ICD-10 Paranoide Persönlichkeitsstörung (PS)
SCH	Schizoide PA <i>(DSM-IV/ICD-10: Schizophrenie; DSM-IV: Residualer Typus, ICD-10: Schizophrenes Residuum)</i>	DSM-IV/ICD-10 Schizoide PS
STY	Schizotypische (Schizotype) PA <i>(DSM-IV/ICD-10 Schizophrenie; DSM-IV Paranoider Typus, ICD-10: Paranoide Schizophrenie)</i>	DSM-IV Schizotypische PS, ICD-10 Schizotype Störung (unter F2)
ANT	Antisoziale (Dissoziale) PA <i>(Im Kinder -und Jugendpsychiatrischen Bereich: DSM-IV/ICD-10: Störung/en des Sozialverhaltens)</i>	DSM-IV Antisoziale PS, ICD-10 Dissoziale PS
BOR	Borderline PA <i>(DSM-IV: Störungen der Impulskontrolle, ICD-10: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle)</i>	DSM-IV Borderline PS, ICD-10 Emotional instabile PS, Borderline Typus
IMP	Impulsiv-explosible PA <i>(DSM-IV: Intermittierende Explosible Störung, ICD-10: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle)</i>	ICD-10 Emotional instabile PS, Impulsiver Typus
HIS	Histrionische PA <i>(keine)</i>	DSM-IV/ICD-10 Histrionische PS
NAR	Narzisstische PA <i>(keine)</i>	DSM-IV/ICD-10 Narzisstische PS (in ICD-10 nur vorläufige Kriterien, Anhang)
VER	Vermeidend-selbstunsichere (Ängstlich-vermeidende) PA <i>(DSM-IV/ICD-10: Soziale Phobie)</i>	DSM-IV Vermeidend-selbstunsichere PS, ICD-10 Ängstliche (vermeidende) PS
DEP	Dependente (Abhängige) PA <i>(Kinder- und Jugendpsychiatrischer Bereich: DSM-IV: Störung mit Trennungsangst, ICD-10: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters)</i>	DSM-IV Dependente PS, ICD-10 Abhängige PS
ZWA	Zwanghafte (Anankastische) PA <i>(keine)</i>	DSM-IV Zwanghafte PS, ICD-10 Anankastische PS

Tab. 7: Titel und Kennzeichnungen der verwendeten IKP-Eg-Skalen

IKP-Eg Skala	Skalen-Titel <i>(Spektrumsbezüge zu Achse- I in DSM-IV und ICD-10)</i>	Diagnostische (D) und Differenzialdiagnostische (DD) Funktionen für DSM-IV- und ICD-10-Diagnosen
DPR	Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (PA) <i>(DSM-IV: Dysthyme Störung, ICD-10: Dysthymia)</i>	D: DSM-IV Depressive PS (Forschungskriterien, Anhang B)
PAS	Passiv-aggressive (Negativistische) PA <i>(keine)</i>	D: DSM-IV Passiv-aggressive (Negativistische) PS (Forschungskriterien), ICD-10 Passiv-aggressive (Negativistische) PS (vorläufige Kriterien)
ANF	Anforderungs- und leistungsängstliche PA <i>(DSM-IV: Soziale Phobie, ICD-10: Soziale Phobie)</i>	DD: DSM-IV Vermeidend-selbstunsichere PS, ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS
AST	Asthenisch-nervöse PA <i>(ICD-10: Neurasthenie)</i>	DD: DSM-IV Dependente PS, ICD-10 Abhängige PS
FUR	Furchtsame (körperlich-bedrohungssensible) PA <i>(DSM-IV: Spezifische Phobie, ICD-10: Spezifische (isolierte) Phobie)</i>	DD: ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS
DIS	Dissoziative PA <i>(DSM-IV: Dissoziative Störungen, Depersonalisationsstörung, ICD-10: Dissoziative Störungen, Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (-störung))</i>	DD: DSM-IV Schizotypische PS, ICD-10 Schizotype Störung (F 2), DD: DSM-IV Borderline PS, ICD-10 Emotional instabile PS, Borderline Typus
OBS	Obsessiv-selbstunsichere PA <i>(DSM-IV: Zwangsstörung, ICD-10: Zwangsstörung)</i>	DD: DSM-IV Vermeidend-selbstunsichere PS, ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS

2.2.1.3 Herleitung und Begründung der von Andresen neu konzipierten Persönlichkeitsakzentuierungen bzw. -störungen

1.) Die Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung

Das Konzept des cholерischen Temperaments besitzt eine lange Tradition und lässt sich bis zur Antike zurückverfolgen (im Rahmen der durch Galen im 2. Jahrhundert nach Christus von Hippokrates überlieferten Lehre von den vier Temperamenten) und wirkte auch bis zum letzten Jahrhundert fort. Im deutschen Sprachraum nahm Schneiders Konzept starken Einfluss auf die deutsche Psychiatrietradition. Dieser veröffentlichte 1923 die wegweisende Monographie „Die psychopathischen Persönlichkeiten“, so dass neben Kretschmers konstitutionstheoretisch geprägter Arbeit „Körperbau und Charakter“ (1921) andere Systematiken in den Hintergrund traten (vgl. Tölle, 1986).

Schneider knüpft an Kraepelins Werk an, wobei er jedoch die moralisierende, sozialwertende Haltung verlässt, die dessen Nomenklatur prägten.

Ziel war es, sowohl ein breites Spektrum möglicher Persönlichkeitsbesonderheiten zu erfassen als auch die Persönlichkeitsstörungen auf phänomenologischer Ebene genauer abzubilden (vgl. Fiedler, 2001a). Schneider differenzierte in diesem Zusammenhang 10 unterschiedliche psychopathische Persönlichkeiten. Entgegen der aus dieser Begrifflichkeit heute naheliegenden Assoziation zu „krankhaften Persönlichkeiten“ wandte sich Schneider entschieden gegen diese Einordnung.

Schneider konzipierte u.a. den „Explosiblen Charakter“ (1923, 1934), für den eine nach außen gerichtete Gewalt- und Entladungsbereitschaft kennzeichnend sei. Im Gegensatz hierzu charakterisierten Kraepelin (1909) sowie Bleuler (1943) den „Erregbaren Psychopathen“ in allgemeinerer Weise, wobei weder der Bereich der Verarbeitung-(innen versus außen) noch die Affektebene (Wut versus Angst) bestimmt wurden.

Schneider beschreibt die „Explosiblen“ wie folgt (1928, S.68):

„...allgemein zwar angepasst und ruhig, jedoch leicht erregbar und zur spontanen Gewalttätigkeit neigend; „Kurzschlussreaktionen“ im weitesten Sinne; die Beziehungen zu den anderen Psychopathen sind so zahlreich, dass man fragen kann, ob die Explosiblen nicht alle in ihnen aufgehen“ (aus Fiedler, 2001a, S.20).

Schneider verstand seine Systematik als grobe Orientierungshilfe zur Erfassung von Persönlichkeitseigenarten und nicht als diagnostisches Instrument sui generis. Fast erscheint es in diesem Kontext paradox, dass gerade seine Typologisierung entscheidenden Einfluss auf die Klassifikationssysteme ICD und DSM nahm.

Erregbare Persönlichkeitseigenschaften werden seit Einführung des DSM-III (APA, 1980) nicht mehr als eigenständige Persönlichkeitsstörungen klassifiziert, sondern finden sich zum einen auf der Achse- I des DSM als „intermittierende explosive Störung“ sowie als Teilkriterium der Borderline- PS des DSM und in der ICD-10 im Bereich der Emotional-instabilen PS.

Im DSM-II existierte noch eine „Explosive personality“, gemäß der Schneiderschen Systematik. Die zum DSM-III vollzogene Neueinordnung wurde damit begründet, dass die Patienten nach den aggressiven Ausbrüchen Reue zeigen und zu Selbstvorwürfen neigen würden. Dieses Verhalten wird als entscheidendes Charakteristikum für eine ich- dystone Einstellung gesehen, die damit bewusst ist und weitgehend unabhängig vom typischen Verhalten, Wahrnehmen und Fühlen. Als demzufolge zeitlich umschriebener Zustand erfolgt die Kodierung auf der Achse I (zur Syndromgruppe der Störungen der Impulskontrolle) im Gegensatz zu den als überdauernde Merkmale verstandenen PS, die auf Achse- II klassifiziert werden.

Im Gegensatz zu diesen theoretischen Ansätzen stellten Monopolis und Lion (1983) in ihren Arbeiten fest, dass die Diagnose „Intermittierende Explosible Störung“ in der praktischen Anwendung quasi als Persönlichkeitsstörungsäquivalent eingesetzt wird, wodurch das Schneidersche Konzept weitgehend abgebildet und bestätigt würde.

Als weiteres Indiz für diese Einschätzung lässt sich die vollzogene Kriterienänderung von DSM-III-R zu DSM-IV anführen. Das Teilkriterium C) in DSM-III-R lautete: “ Es fehlen Anzeichen von allgemeiner Impulsivität oder Aggressivität zwischen den Episoden“.

Dieses als mitentscheidend angeführte Kriterium für die Zuordnung zur Achse- I war mit der praktischen Problematik verbunden, dass die Störung fast gar nicht vergeben wurde (vgl. Zaudig et al., 2000, S.369).

Bei der Konzeption des DSM-IV wurde daher dieses Kriterium verlassen, ohne dass eine Neueingliederung zu den Achse- II-Störungen erfolgte.

Die Grundlage für die Konzeption einer eigenen Skala „Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung“ im IKP bildeten die Forschungskriterien der ICD-10 zur Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typus), die ICD-9-Diagnose der „Erregbaren Persönlichkeit“ sowie die Schneidersche Typologie des Explosiblen Charakters.

Trotz der klinischen Relevanz dieses Persönlichkeitsbereichs fand dieser bisher in der Forschung wenig Berücksichtigung und konsequent lässt sich auch keine stringente Einordnung auf nosologischer Ebene konstatieren (vgl. Zaudig et al., 2000).

Die explosibel-cholerischen Persönlichkeitszüge wurden in den Lehrbüchern vorzugsweise im Kontext organischer, v.a. neurophysiologischer Veränderungen gesehen (vgl. Schulte und Tölle, 1971).

Obwohl zahlreiche (psychologische) Forschungsarbeiten zur Aggressivität erschienen sind (vgl. Baron und Richardson, 1994), fanden diese im Bereich der Diagnostik der „Erregbar-explosiblen“ Persönlichkeitsstörungen wenig Berücksichtigung.

Die Zuordnung der impulsiv-erregbaren Verhaltensweisen zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen als „Erregbare Persönlichkeit“ erfolgte bis zur ICD-9.

Die ICD-9-Diagnose lautete (vgl. Degkwitz et al., 1980, S.57): „Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Unbeständigkeit der Stimmung und durch Neigung zu Temperamentsausbrüchen oder zu zügellosen Ausbrüchen von Ärger, Hass oder Gewalttätigkeit charakterisiert ist. Aggression kann verbal ausgedrückt werden oder in körperlicher Gewalttätigkeit bestehen. Personen mit dieser Störung, die sonst nicht zu antisozialem Verhalten neigen, können ihre Ausbrüche nicht genügend kontrollieren.“

Bei der Konzeption der ICD-10 wurde diese Klassifikation verlassen zugunsten einer Zu- und Unterordnung zum Bereich der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typus), der wiederum eng mit dem Borderline- Typus verzahnt wurde.

Die diagnostischen Kriterien dieses Subtypus wurden im Einleitungsteil dargestellt.

Die diagnostischen Kriterien der von Andresen (im Druck) neu konzipierten Skala „Impulsiv- explosible Persönlichkeitsakzentuierung“ (IMP) sind in der nachfolgenden Tabelle 8 aufgeführt.

Tab. 8: Diagnostische Kriterien der von Andresen neu konzipierten Skala „Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung“ (IMP):

- A. Ein tiefgreifendes Muster eruptiv-aggressiven Verhaltens, das zwar episodisch auftritt, aber als Persönlichkeitscharakteristikum seit dem frühen Erwachsenenalter persistiert. Auslösende Situationen sind eher unspezifisch, die Intensität und Unkontrolliertheit des Geschehens führen zu erheblichen sozialen und forensischen Komplikationen.
- Mindestens drei der nachfolgenden Beschreibungen müssen zutreffen:
- (1) Impulsives Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen, Neigung zu Konflikten mit anderen, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden,
 - (2) Brutalität, ungezügelter körperliche Gewalttätigkeit auch gegenüber Menschen, oft mit anschließender Reue,
 - (3) Ausbrüche von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens. Die auslösenden Momente stehen in keinem Verhältnis zur Intensität des Affektes,
 - (4) Schwierigkeiten in Durchführung und Abschluss von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, ausgeprägte Ungeduld,
 - (5) unbeständige und unberechenbare angriffslustige Stimmung, häufige Gereiztheit

Die Items der entsprechenden Skala (IMP) des IKP sind dem Item-Skalen-Schlüssel (siehe Anhang) zu entnehmen.

Andresens Entwurf sollte keine „einfache Cholerik- Skala“ darstellen, sondern mit den o.g. Bezügen ein inhaltlich weitreichenderes Spektrum im Bereich der mangelnden Frustrationstoleranz sowie Impulskontrolle erfassen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Skala im Rahmen der dargestellten Kriterien „aufgelockert“ bzw. „ausgedehnt“.

Andresen stellte in seinen Arbeiten zur IKP- Anwendung für diese Skala eine gute interne Konsistenz um 0.90 fest (vgl. Andresen, im Druck).

2.) Die Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung

Die historische Entwicklung des Konzepts der asthenischen Persönlichkeit begann Mitte des 19. Jahrhunderts mit Fluktuationen hinsichtlich der Ätiopathologie, wobei einerseits vorrangig traumatisch-organisch zentrierte und andererseits konstitutionell-psychologische Ansätze vorherrschten. Popularität gewann das Konzept der Asthenie vornehmlich durch den amerikanischen Neurologen Beard (1869), der den Entwurf von einem medizinischen Nervenleiden „Neurasthenie“ vorlegte. Diese sei durch eine Erschöpfung des Nervensystems gekennzeichnet, wobei hier (im Unterschied zur Neuropathie) das ursprünglich gesunde Nervensystem durch äußere Einflüsse erkrankt (vgl. Möller et al., 2002). Zu den Symptomen zählen neben der raschen Ermüdbarkeit ein körperlich und psychisches Schwächegefühl sowie weitere somatische Störungen (u.a. Schlafstörungen und Kopfschmerzen).

Allerdings schloß das Konzept schon zu dieser Zeit funktionelle Störungen ein, die kein morphologisch fassbares Korrelat bieten.

Auch in der deutschen Psychiatrie überwog um die Jahrhundertwende im Zusammenhang der Degenerationslehre von den „psychopathischen Minderwertigkeiten“ der Ansatz einer organischen Genese im Rahmen der „asthenischen Merkmale“ (vgl. Koch, 1891).

Freud (1895) griff Beards Konzept auf, sah allerdings als Ursache eine mangelnde sexuelle Triebabfuhr an. Er beschrieb eine der drei Aktualneurosen (neben der Hypochondrie und der Angstneurose) als Neurasthenie, die damit inhaltlich enger gefasst wurde. Die Ausgliederung der Angstneurose aus dem asthenischen Komplex war richtungweisend für spätere Ansätze.

Grundlegende Ausgangspunkte für die Persönlichkeitsauffassung des asthenischen Charakters finden sich bei Kraepelin (1883) sowie später bei Schneider (1923, 1934). Schneiders Typologie der „Asthenischen Persönlichkeit“ hat einen bedeutenden Stellenwert bei der Konzeption dieser Persönlichkeitsstörung, die bis in die heutige Zeit hineinreicht (vgl. Huber, 1994). Er beschrieb die „Asthenischen“ mit zwei Unterformen: Erstere als sich selbst seelisch unzulänglich Fühlende, die zweite Untergruppe bilden die körperlich leicht Versagenden, die überstark auf körperliche Symptome reagieren, beide gekoppelt mit einer allgemeinen Überempfindlichkeit.

Schneider grenzt hierbei die „asthenischen Psychopathen“ klar von der Typenlehre Kretschmers (1921) ab, der einen asthenischen Habitus mit dem leptosomen Körperbau assoziierte. Er betont die psychisch-psychopathologische Ätiologie der Asthenie, wobei phänomenologisch körperliche Symptome im Vordergrund stehen.

Schneider formulierte dies 1967 (S. 30) folgendermaßen:

„Das Primäre ist eine psychopathische Persönlichkeit. Sie bringt, wenn wir es grob so ausdrücken dürfen, durch ihre hypochondrische Kontrolle und Selbstbeobachtung einen an sich gar nicht labilen Organismus in Unordnung und so ergeben sich allerlei psychogene Körperstörungen.“

Die asthenische Persönlichkeit in den internationalen Klassifikationssystemen:

Diese unterlag in diesem Bereich einem nicht unerheblichem Wandel.

Während in DSM-I (APA, 1952) und DSM-II (APA, 1968) neben der Asthenischen PS noch eine „Inadäquate PS“ geführt wurde, wurden diese Störungsbilder in den nachfolgenden Auflagen aufgegeben. Seit dem DSM-III (APA, 1980) finden sich asthenische Merkmale in unterschiedlichen Störungsgruppen, insbesondere bei den somatoformen Störungen. Kennzeichnende asthenische Eigenschaften erscheinen in den DSM- IV-Kriterien (APA, 1994) der selbstunsicheren, depressiven, passiv-aggressiven sowie dependenten PS (vgl. Fiedler, 2001a).

In der ICD-8 und ICD-9 wurde noch eine asthenische Persönlichkeitsstörung geführt, wobei unter den dazugehörigen Begriffen die Abhängige Persönlichkeitsstörung genannt wird.

Die ICD-9 Beschreibung der Asthenischen Persönlichkeit bildet die traditionellen Konzepte im Zusammenhang mit der konstitutionellen Nervosität im Sinne Schneiders (1934) oder auch Hubers (1994) kaum ab. Ferner zeichnet sich diese durch allgemein gehaltene, uneinheitliche Kennzeichen bzw. Formulierungen aus, die aus heutiger Sicht auch auf inhaltlicher Ebene begrifflichen Konfusionen entsprechen (beispielsweise mangelnde Trennung von Dependenz, Asthenie und Anhedonie).

Die ICD-9-Kennzeichnung lautete:

„Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Willfährigkeit gegenüber den Wünschen älterer und anderer Personen charakterisiert ist und durch eine schwache, inadäquate Reaktion auf die Anforderungen des täglichen Lebens.“

Der Energiemangel kann sich intellektuell oder gefühlsmäßig zeigen. Die Fähigkeit sich zu freuen ist gering.“

Während sich in diesen älteren ICD-Versionen noch eine Unterordnung der Dependenz unter die „Asthenische Persönlichkeitsstörung“ feststellen lässt, nimmt erstere in der Weiterentwicklung der ICD immer mehr Raum ein. Demzufolge wird die asthenische Persönlichkeit in der 1. Auflage der ICD-10 (1991) der Abhängigen PS neben- bzw. untergeordnet als Abhängige (asthenische) PS. In der zwei Jahre darauf herausgegebenen 2. Auflage der ICD-10 (1993) erfolgt eine reine Einschränkung auf die Abhängige PS (analog zum DSM), wobei der Symptomkomplex der Nervosität und körperlichen Schwäche ausgeklammert wurde. Die Asthenische PS wird nur noch in den dazugehörigen Begriffen geführt.

Merkmale der asthenisch-nervösen Persönlichkeit stehen in enger Beziehung zur Neurasthenie (ICD-10: F48.0) als Form einer Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung, die weiterhin als Diagnose kodiert wird und keine eindeutige Entsprechung in DSM aufweist.

Allerdings ergeben sich inhaltliche Beziehungen zu den sowohl in der ICD-10 als auch in der DSM-IV (im Achse- I-Zustandsbereich) vorkommenden somatoformen Störungen.

Auf die von einigen Forschern (u.a. Fahrenberg, 1967, 1995) immer wieder herausgestellte Bedeutung der Nervosität und der damit assoziierten somatischen Symptome für den Bereich der Persönlichkeitsbeurteilung erfolgte keine entsprechende Umsetzung i.S. einer „Wiedereingliederung“ in die Diagnosesysteme in Form einer PS (vgl. Andresen, im Druck).

Andresen stellte im Bereich der Fragebogenverfahren einen ausgesprochenen Mangel bis hin zur expliziten Nichtexistenz von entsprechenden Abbildungen einer Asthenischen Persönlichkeit im Sinne Schneiders fest, woraufhin die Notwendigkeit einer entsprechenden Skalenkonzeption im IKP abgeleitet wurde.

Allerdings muss einschränkend eingeräumt werden, dass einige existierende Skalen, v.a. diejenigen, die körperliche Beschwerden fokussieren, teilweise ein solches Konstrukt abbilden. Ein Beispiel hierfür ist die von Fahrenberg et al. (1989) entworfene Nervositätsskala des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-A). In diesem Kontext bleibt insbesondere zu berücksichtigen, dass die Skala keine Items zur (interpersonellen) Dependenz enthält. Diese Skala entspricht weitgehend der von Andresen konzipierten

AST-Skala im IKP. Die Items dieser Skala sind im Item-Skalen-Schlüssel im Anhang aufgeführt.

Das Merkmal des Versagens und der Teilaspekt Angst wurden wegen einer Überlappung zur Skala Anforderungs- und leistungsängstliche PA (ANF) hier relativ schwach repräsentiert. Dies betrifft auch depressive Merkmalsbereiche, die der Skala Depressive PA zugeordnet wurden. Ein solches Vorgehen war aufgrund der starken korrelativen Zusammenhänge zwischen den Skalen AST sowie DPR und ANF notwendig, so dass eine direkte Berücksichtigung dieser Merkmalsbereiche im Itembereich zu einer artifiziellen Erhöhung geführt hätte.

Die von Andresen (im Druck) neu konzipierten Forschungskriterien der Asthenisch-nervösen Persönlichkeitsakzentuierung (PA) sind in der nachfolgenden Tabelle 9 aufgeführt.

Tab. 9: Neu konzipierte DSM-IV-analoge Forschungskriterien der Asthenisch-nervösen
PA

- A. Ein tiefgreifendes Muster nervöser Beschwerden, Erschöpfungszustände und vitaler Leistungsschwäche, das in einer Vielzahl von Situationen zu Leidensdruck und Leistungsminderungen führt und seit dem frühen Erwachsenenalter besteht. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
- (1) Nervöse Schlafstörungen, ungünstige Schlafbilanz, Erschöpfbarkeit und Mattigkeit
 - (2) Überreizungszustände, nervliche Anspannung, nervöse Handlungsimpulse, Irritabilität und labile affektive Hyperreagibilität (ohne Extrementladung), Hyperaktivität, Hektik und motorische Unruhe,
 - (3) Anhaltende Zustände multipler vegetativer Körperbeschwerden ohne erkennbare organische Ursache,
 - (4) Anhaltende kognitiv- perzeptive Überreizungs- und Ausfallerscheinungen (z.B. Konzentrationsstörungen), Psychasthenie,
 - (5) Versagen und Leistungsausfälle durch Schwächezustände, Erschöpfbarkeit, Kränklichkeit, Stressanfälligkeit oder Nervenzusammenbrüche, ohne körpermedizinischen Befund im engeren Sinne,
 - (6) Allgemeiner Schmerzempfindlichkeit oder spezieller Schmerzsyndrome (z.B. Kopfschmerzen) ohne erkennbare organische Ursache,
 - (7) Multiple muskuläre Körperbeschwerden ohne erkennbare organische Ursache
 - (8) Asthenische Hypochondrismen, exzessive Körperbeachtung, diese erreichen nicht die Stärke einer hypochondrischen somatoformen Störung (Achse- I).
- B. Die Symptomatik kann nicht besser durch eine Somatoforme Störung oder eine Konversionsstörung (Achse- I) erklärt werden. Im einzelnen sind definitive somatische Erkrankungen als Erklärung für die Körperbeschwerden auszuschließen.

Die Tabelle stellt eine Kriterienzusammenstellung dar, die an die Auffassungen von Schultz (1928), Schneider (1934), Petrilowitsch (1964) und Huber (1994) angelehnt ist. Somatoforme Störungen gemäß DSM-IV -Diagnostik wurden bei der Konzeption ebenfalls berücksichtigt.

Einige Merkmale wurden nur eingeschränkt einbezogen, da es ansonsten zu Differenzierungsproblemen hinsichtlich anderer nahestehender PA gekommen wäre. Dies betrifft Teilaspekte der Angst und des Versagens (und damit die „Anforderungs- und leistungsängstliche PA“, Skala ANF) sowie den depressiven Symptomkomplex (v.a. repräsentiert durch die Skala DPR hinsichtlich der „Depressiven PA“). Die Affinitäten dieser Merkmale zum Asthenischen Bereich ergeben sich bei der statistischen Auswertung bereits auf der Skalenebene, so dass eine zusätzliche itembezogene Überlagerung zu einer noch höheren Korrelation geführt hätte.

Dependente Merkmale fanden in der Skala keine Berücksichtigung, die in der ICD dem Asthenischen Bereich zeitweilig synonym zugeordnet (wie bereits angeführt) und zu einem untrennbaren Komplex „verschmolzen“ wurden.

Die Bereitschaft der Asthenisch-nervösen zu überreizten Emotionen sowohl auf ängstlicher als auch auf aggressiver Ebene soll durch eine entsprechend gleichwertige Berücksichtigung in der Kriterienzusammenstellung Rechnung getragen werden.

In seinen Arbeiten zur Anwendung des IKP stellte Andresen (im Druck) eine hohe interne Konsistenz von 0.91 für die AST-Skala fest.

3.) Die Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung

Zum Verständnis der Entwicklung dieser Persönlichkeitsakzentuierung sowie des damit assoziierten Bereichs der dissoziativen Störungen wird zunächst ein historischer Überblick vorangestellt, bevor explizit auf die Konzeption dieser Persönlichkeitsakzentuierung eingegangen wird. Insbesondere der Störungsbereich der Dissoziation unterlag (und unterliegt) einem facettenreichen Spektrum hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbildes und theoretischer Bezugsetzungen (vgl. Möller et al., 2002).

Dieser Exkurs erfolgt auch im Hinblick auf die damit verbundenen Beziehungen zur Borderline- PS, auf die noch später eingegangen wird (vgl. Abschnitt Diskussion).

Historische Wurzeln dieses Konzepts reichen unter dem Begriff der „Hysterie“ weit bis in die Zeit der frühgeschichtlichen Ägypter zurück und fanden auch durch Hippokrates Anwendung (vgl. Fiedler, 1995). Ursächlich nahm man über das ganze Mittelalter ein Umherschweifen der Gebärmutter im Körper und mangelnde sexuelle Befriedigung an, was die Vorstellung als vornehmlich weibliche Störung widerspiegelt.

Später verstand man darunter Krankheitsbilder, die nach heutigem Verständnis als psychosomatische oder auch konversionsneurotische Störungen subsummiert würden (vgl. Veith, 1965), jedoch zunächst nicht den hysterische Charakter.

Eine der ersten Beschreibungen eines näherungsweise „hysterischen“ Patienten erfolgte durch Sydenham (1682), vgl. Merskey, 1995. Einschränkend bleibt anzumerken, dass es sich bei diesem frühen Begriff der Hysterie nach heutiger Auffassung weder um eine PS noch um eine psychoanalytisch verstandene hysterische Neurose handelte.

Ende des 19. Jahrhunderts erlangte die Hysterie insbesondere durch Charcot (1825-1893) fast den Status einer neurologischen Erkrankung mit verschiedenen Symptomen, die sich v.a. im psychischen Bereich manifestieren sollten. Dieser bezeichnete hysterische Symptome, die sich durch traumatische Erlebnisse entwickelt haben als „Hystero-Neurose“ bzw. „traumatische Neurose“ (vgl. Fiedler, 1999, S.313f). Auch Briquet (1859) stufte die Hysterie als polysymptomatische, neurotische Störung ein (vgl. Andreasen und Black, 1993). Wie Carter (1853) beschrieb dieser die betroffenen Patienten als emotional labil und suggestibel.

Janet (1894), ein Schüler Charcots, verlagerte die neurologische Perspektive in Richtung einer psychologisch orientierten. Dieser fokussierte in seinen Arbeiten im Übergang zum 20. Jahrhundert die dissoziativen Phänomene des Identitätsverlustes und die spontanen Amnesien (1889; 1894; 1903; 1929). Als zentrales Symptom der Hysterie sah er einen tranceähnlichen Zustand (Somnambulismus) an, der mit dissoziativen Phänomenen i.S. eines Verlustes der bewussten Kontrolle über Verhalten oder Erinnerungen verbunden war. Die Dissoziationen träten dabei vornehmlich bei genetisch prädisponierten Patienten in der Folge traumatischer Erlebnisse auf. Die Arbeiten entstanden vor dem Hintergrund einer wachsenden Popularität des Störungsbildes, verbunden mit dem Bestreben diesem eine möglichst große Anzahl von Einzelmerkmalen zuzuordnen. So erarbeitete Janet (1894) beispielsweise auch 23 verschiedene Deskriptoren der Hysterie.

Im Zusammenhang mit Janets Ausführungen und in der Folgezeit setzte eine Neubewertung des Konzepts der „Grande Hysterie“ ein.

Es folgten Beschreibungen von multiplen Persönlichkeitszuständen, die zunächst unter Hypnose beobachtet wurden (Janet, 1889).

Ende des 19. Jahrhunderts folgten Fallschilderungen von Personen, die spontan Dissoziationen der Persönlichkeit zeigten. Prince (1905; 1924) führte den Begriff der multiplen bzw. alternierenden Persönlichkeit ein, beziehend auf Janets vorangegangene Arbeiten. Persönlichkeit würde Prince zufolge auf hirnorganischer Ebene durch Assoziation erlebt. Eine Verschiebung in Richtung Psychopathologie manifestiere sich durch Bewusstseinspaltung und Amnesie, die durch Unterbrechung der assoziativen Zentren im Gehirn zustande kämen. Die Dissoziation erhalte in der Hysterie eine pathologische Bedeutung durch den mehr oder weniger stark ausgeprägten Verlust dieser Assoziation. Prince forderte auch den Begriff des „Unterbewusstseins“ aufzugeben und durch „Kobewußtsein“ zu ersetzen (vgl. Fiedler, 1999, S.315f).

Die Diagnose „multiple Persönlichkeitsstörung“ wurde in die früheren Diagnosesysteme aufgenommen und erfuhr im DSM-IV (1994) eine inhaltlich sowie begriffliche Neusetzung als „Dissoziative Identitätsstörung“. Diese erfolgte vor dem Hintergrund der Betonung der Nichtzugehörigkeit dieser Störung zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen und einer Zuordnung zum Spektrum der dissoziativen Störungen. Nach wie vor bleibt die Diagnose jedoch umstritten. Bis in die achtziger Jahre gehörte zu den klassifikatorischen Merkmalen der „Multiplen PS“ das Vorhandensein von mindestens zwei oder mehr Persönlichkeiten in einer Person. Gegenüber den jeweils anderen „Identitäten“ bestehe dabei Amnesie (vgl. DSM-III, 1980). Diese Auffassung wurde mit der Neubezeichnung in DSM-IV revidiert.

Hinsichtlich der Genese der Störung wird überwiegend ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und dem Auftreten der Störung angenommen (vgl. Huber, 1995). Die „dissoziative Identitätsstörung“ ist den Kriterien zufolge durch vorübergehende durch Dissoziation veränderte Persönlichkeitseigenarten bzw. –zustände innerhalb ein und derselben Person charakterisiert. Diese übernehmen (abrupt) wechselnd die Kontrolle über die Person. Diese unterschiedlichen „Identitäten“ (hier als weit gefasster Begriff auch i.S. eines „Rollenwechsels“) sind teilweise bewusst, gegenüber anderen besteht Amnesie, so dass es zu Verlusten im zeitlichen Erleben kommen kann. Spiegel und Cardena (1991) beschreiben (pseudo-) halluzinatorische Phänomene, die im Rahmen dieser Störung auftreten.

Fiedler (2001b, S.185) sieht die fehlende Erfassung des Selbst als homogene Entität verbunden mit einem Mangel an Integration von Anteilen des Bewusstseins, des Gedächtnisses und der Identität als charakteristisch für diese Störung an.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung wird in den Arbeiten von Putnam (1989a) und Ross (1989) eine drei- bis neunmal höhere Prävalenz bei Frauen angegeben. (Parallele zur früheren Auffassung der Hysterie als „Frauenleiden“).

Ross et al. (1991) gehen von einer kontinuierlichen Abstufung zwischen „Normalität“ und „Störung“ im Bereich dissoziativer Merkmale aus, die sich demzufolge auch im „normalen“ Alltag beobachten lassen. Die Selbst- Induzierbarkeit dieser dissoziativen Phänomene wird von Fiedler (1999) als Unterscheidungskriterium zu den dissoziativen Störungen angeführt. „Normale“ dissoziative Erlebnisse ließen sich beispielsweise bei der Absorption und in Trance mit enger Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Tätigkeit oder Zustand beobachten. Von den meisten Forschern wird die Annahme vertreten, dass bei Vorliegen einer vermehrten Suggestibilität der Personen auch die Bereitschaft zum Erfahren dissoziativer Phänomene zunimmt.

In diesem Zusammenhang wird auch eine personengebundene Neigung zur Absorption vermutet (Fiedler, 1999). Bliss (1983; 1984) geht darüber hinaus davon aus, dass die Suggestibilität und damit nachfolgend das Eintreten von dissoziativen Phänomenen durch Traumaerfahrungen noch verstärkt wird.

Die Auffassung, dass dissoziative Merkmale auch in einem „normalen“ Kontext auftreten, wird u.a. durch Franklin (1990), Spiegel und Cardena (1991) vertreten. Diese Autoren betonen, dass breit gefächerte, schwächere dissoziative Symptome sowohl als relativ „ubiquitäres“ multiples Persönlichkeitsmerkmal anzusehen sind als auch bei multiplen PS vorkommen.

Diese Ansicht fand insbesondere bei der von Andresen konzipierten Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung Berücksichtigung. Die DSM-IV Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung gingen somit vor diesem Hintergrund nur untergeordnet in die Kriterienzusammenstellung ein.

Andresen (im Druck) sieht ferner Teilaspekte des dissoziativen Spektrums auf differentiell-psychologischer Ebene durch den Basisfaktor der Persönlichkeit „openness to experience“ verwirklicht. Der bereits erwähnte Vorgang der „Absorption“ wird gleichfalls als Subkonstrukt dieses Basisfaktors angesehen.

Verschiedene Autoren sehen in der deutschen Fassung der von Tellegen und Atkinson (1974) konzipierten „Absorptions-Skala“ ein Pendant zu „normalen“ Aspekten aus dem dissoziativen Merkmalspektrum (vgl. Ritz und Dahme, 1995).

Hinsichtlich des Hysterie-Konzepts innerhalb der Psychoanalyse gewannen Ende des 19. Jahrhunderts Freuds Ansichten an Popularität, der diese als Ergebnis psychologischer Verdrängungs- und Abwehrprozesse ansah. Hiermit distanzierte er sich sowohl von den bis dato vorherrschenden genetisch bedingten Ätiologiemodellen als auch von seiner früheren eigenen mit Breuer konzipierten Traumagenese (z.B. 1893; vgl. Fiedler, 1999). Freud (1896) ging davon aus, dass unakzeptable Bewusstseinsinhalte ins Unbewusste verdrängt werden. Auf dieser Ebene entwickeln diese eine Eigendynamik, die sich der bewussten Kontrolle entzieht und konsekutiv hysterische Symptome zur Folge hat. Freud konzentrierte sich hierbei v.a. auf die Psychodynamik der Konversionssymptome und anderer somatoformer Störungen innerhalb eines weit gefassten Hysterie-Komplexes. Die beobachtbaren Phänomene (im Sinne neurotischer Symptome) seien Ausdruck emotionaler Konflikte für das „Ich“, die ihre Wurzeln in der sexuell-ödipalen Phase haben und sich durch Widersprüche zwischen „Über-Ich“ und „Es“ ergeben. In Erscheinung träten diese dann in Form von Konversionsstörungen (z.B. Sehstörungen sowie Störungen im HNO-Bereich), dissoziativen Störungen (beispielsweise Amnesien, Bewusstseinsstörungen) sowie Charakterauffälligkeiten (z.B. theatralisches, dramatisierendes Verhalten).

Freud lehnte demzufolge die Ansichten von Janet, Prince und anderen ab, die von einer post-ödipalen (also später) einsetzenden Traumatisierung bei der Störungsentstehung ausgingen (vgl. Gay, 1987).

Dieser Dissens wirkte auch auf die Entwicklung der psychiatrischen Klassifikationssysteme zurück, wobei Uneinigkeit darüber herrschte, wie man die dissoziativen Störungen einordnen sollte (vgl. Fiedler, 1999). Konsekutiv wurde der störungsübergreifende Hysterie-Begriff in den Diagnosesystemen verlassen, zuerst im DSM-III (APA, 1980), später auch in der ICD-10 (WHO, 1991). Diese Aufgabe kam der seit langem geforderten Präzisierung in diesem Bereich nach, da der Hysterie-Begriff nicht nur mit einer Stigmatisierungsproblematik und deskriptiver Ungenauigkeit vergesellschaftet ist, sondern auch sehr heterogene ätiologische Bezüge beinhaltet (vgl. Fiedler, 2001a).

Die Kontroverse zwischen den Positionen Freuds und Janet reicht bis in die Gegenwart hinein. Den Kern der Problematik bildet die Frage, ob die somatoformen und dissoziativen Störungen wie von Freud postuliert durch *aktive* Verdrängung (als psychodynamischer Prozeß) oder durch *passive* kognitive Vorgänge (wie von Janet angenommen) im Rahmen einer autoregulativen, nicht intendierten Verarbeitung traumatischer Erlebnisse zustande kommen.

Bis in die achtziger Jahre dominierte der psychoanalytische Ansatz in den Diagnosesystemen, erkennbar an den Begrifflichkeiten und Zuordnungen in DSM-II und ICD-9, vgl. APA, 1968; Degkwitz et al., 1980.

Die „Hysterischen Neurosen“ (als Zusammenfassung von Dissoziation und Konversion) wurden unter dem Einfluss der Psychoanalytiker in DSM-II in die Subtypen „hysterische Neurose, Konversionstypus“ und „hysterische Neurose, dissoziativer Typus“ unterteilt.

In DSM-III (1980) wurden die „somatoformen Störungen“ dann streng von den „dissoziativen Störungen“ getrennt, zurückgehend auf die Arbeiten von Briquet (1859) sowie Guze (1964).

Diese Entwicklung vollzog sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund der seit Mitte der siebziger Jahre zunehmend einsetzenden Erforschung der psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen. Diese führten u.a. auch zur Konzeption der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung.

In diesem Rahmen entstanden ebenfalls alternative (traumagenetische) Hypothesen zur psychoanalytisch geprägten (frühkindlich bedingten) Genese der Borderline- PS (vgl. Herman und Van der Kolk, 1987).

Trotz der erfolgten Aufgliederung der beiden früheren Hauptstörungsgruppen der Hysterie (Konversion und Dissoziation) in DSM und ICD, bleibt die Zuordnung der Konversion nach wie vor umstritten: In DSM-IV wird diese den somatoformen Störungen zugeordnet, im Gegensatz hierzu erfolgt in der ICD-10 eine Einordnung als dissoziative Störung, erkennbar an der synonymen Begriffssetzung, vgl. „F 44- dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)“.

Der beschriebene Wandel bezüglich des Hysterie-Konzepts in den Klassifikationssystemen vollzog sich auch auf dem damit assoziierten Gebiet der Persönlichkeitsstörungen.

In den sechziger Jahren wuchs das Bestreben, die hysterischen Neurosen von der Persönlichkeit konzeptionell zu spalten.

Entsprechend des zunächst noch verwendeten Hysterie- Begriffs konnte bis 1980 in DSM-II und bis 1991 in ICD-9 eine „hysterische PS“ von den „hysterischen Neurosen“ differenziert werden. Entsprechend der oben ausgeführten Weiterentwicklung entstand schließlich das Konzept der „Histrionischen PS“ („Histrione“ in Anlehnung an die Bezeichnung für einen Schauspieler im antiken Rom, vgl. Fiedler, 2001a). Diese ist gemäß den DSM-IV- Kriterien durch eine extravertierte und sogleich emotional labile Persönlichkeit charakterisiert, die bestrebt ist im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Soziale Kompetenzdefizite bzw. eine „Schadenszufügung“ gegenüber den Mitmenschen gehören nicht zum Kriterienrepertoire, womit eine implizite Distanzierung von der ursprünglich stark wertenden traditionellen psychiatrischen Lehre i.S. der „hysterischen Psychopathie“ (Schneider, 1923) stattgefunden hat (vgl. Schulte und Tölle, 1971).

Grundlagen für die von Andresen neu konzipierte „Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung“:

Der dissoziative Subtypus des hysteroiden Persönlichkeitskomplexes wird in der deutschen Literatur auch als „hysterische Neurose, dissoziativer Typ“ (vgl. Hoffmann, 1986) beschrieben, wobei dieser bereits in früheren psychoanalytischen Konzepten antizipiert wurde (z.B. in den „hysterischen Traumzuständen“ bei Abraham, 1971).

Innerhalb der Psychoanalyse bleibt eine Verzahnung zwischen Neurose und Persönlichkeitsstörung zu konstatieren (vgl. Huber, 1994), in Abgrenzung zu akuten traumatischen und Stressreaktionen (hier i.S. von dissoziativen Reaktionen und Krisen).

Einfluss auf die Kriterienzusammenstellung der o.g. Persönlichkeitsakzentuierung nahm in diesem Zusammenhang der „Charakter“-Neurosetypus auf einer deskriptiv-psychopathologischen Ebene. Einschränkend bleibt anzumerken, dass psychoanalytische Ätiologie- und Therapievorstellungen nicht in das vorliegende Konzept eingegangen sind.

Weitere Bezüge für die neu entworfene Persönlichkeitsakzentuierung bildeten die Feindarstellung des (allgemeinen) hysterischen Stils durch Shapiro (1965) sowie die „oneiroide Erlebnisform“ von Schmidt-Degenhard (1992). Eine wichtige psychiatrische Anregung bot auch die Abgrenzung eines psychasthenisch-dissoziativen Subtypus der Asthenischen Persönlichkeit durch Schneider (1934).

Ferner fand der phänomenale Bereich der dissoziativen Störungen (im Sinne von „trait“-ähnlichen Merkmalen) gemäß DSM-IV Eingang in die Konzeption.

Berücksichtigt wurden gleichfalls aktuellere Arbeiten innerhalb der differenziellen Psychologie, die „dissoziative Tendenzen“ von „dissoziativen Störungen“ differenzieren (vgl. z.B. Kihlstrom et al., 1994). Dieser Ansatz postuliert das „physiologische“ Vorkommen dissoziativer Phänomene in der „Normalbevölkerung“, ohne dass die (psychiatrische) Diagnose einer Achse- I-Störung gemäß DSM-IV zu stellen wäre (vgl. auch obige Ausführungen zur „Dissoziativen Identitätsstörung“).

Um keine differenzialdiagnostische Abgrenzungsproblematik zwischen der neu konzipierten Persönlichkeitsakzentuierung und der „Histrionischen PS“ zu provozieren, wurde von Andresen der Versuch unternommen, überlappende Bereiche möglichst präzise zu separieren.

Des Weiteren bleibt auch im Hinblick auf die später erfolgende Korrelationsbetrachtung (z.B. bezüglich der Skalen NAR, STY, BOR und ANT) zu berücksichtigen, dass bei der Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung markante aggressive Wesenszüge nicht in die Konzeption eingegangen sind.

Entsprechendes gilt für die somatoformen Konversionssymptome, die auf der Skala allenfalls ansatzweise repräsentiert sind.

Die Items der Skala „Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung“ des IKP sind im Item-Skalen-Schlüssel (siehe Anhang) aufgeführt.

Die von Andresen (im Druck) neu konzipierten Forschungskriterien der „Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung“ sind in der nachfolgenden Tabelle 10 aufgelistet.

Tab. 10: Neu konzipierte DSM-IV-analoge Forschungskriterien der Dissoziativen PA:

A. Ein tiefgreifendes Muster veränderter Selbst- und Realitätserfahrung, verbunden mit psychogenen Bewusstseinsveränderungen sowie subjektiv beklagten kognitiven Ausfallerscheinungen. Die Störung besteht seit dem frühen Erwachsenenalter und ist nicht an bestimmte situative oder Befindlichkeits-Bedingungen (Stress, Müdigkeit) gebunden.

Mindestens 4 der nachfolgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Pseudohalluzinationen, oneiroide (traumähnliche) Wahrnehmungserlebnisse, lebhaft Tagträume, Schwierigkeit, Traum und Wirklichkeit zu unterscheiden,
- (2) Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen, Entfremdungserlebnisse, subjektive Erlebnisse des Zusammenbruchs der Vertrautheits-Fremdheits-Erfahrungen,
- (3) hypnoide Beziehungserlebnisse (z.B. extreme mentale Abhängigkeitserlebnisse, dramatische Hypnoseerfahrungen), extreme Erlebnisse von tranceähnlichem Vertieft- und Versunkensein,
- (4) multiple Persönlichkeitstendenz; intensive Erfahrungen mit eigenen Wesensänderungen, Rollenübernahmen und spaltungsanalogem Persönlichkeitswechsel,
- (5) subjektive dissoziative Ausfallerscheinungen (z.B. Gedächtnis und Orientierung),
- (6) dramatischer subjektiver Wechsel örtlicher und zeitlicher Bezugssysteme, sowie in der Vergangenheits-Zukunftsunterscheidung (z.B. zielblindes Weglaufen, Erlebnisse wie „in einem Film sein“),
- (7) Diffus-impressionistischer kognitiv -perzeptiver Stil, mangelnde Detailorientierung („Verschwommenheit oder Nebelhaftigkeit“ von Erleben und Denken).

B. Nicht besser erklärbar durch eine Dissoziative Störung auf Achse- I.

Einen weiteren historischen Bezug für das von Andresen intendierte Konzept bildet die frühe Auffassung eines Subtypus der hysterischen Persönlichkeit, die „Pseudologia fantastica“, zurückgehend auf Schneider (1934) und Bleuler (1943). Entgegen den klassischen Beschreibungen, die dieser Persönlichkeit eine kriminelle antisoziale Komponente („Schwindler und Hochstapler“) zuschreiben, wird diese hier in einer abgeschwächten „Normalform“ verstanden. Die unter Umständen auftretenden nicht bewusst intendierten „äußeren“ Täuschungen sind vielmehr als Folge der „inneren“ Selbsttäuschung dieser leicht- und abergläubigen, magisch-fantasieorientierten Personen zu sehen.

Kahn (1928) trennte das Konstrukt der Pseudologisch-fantastischen Persönlichkeitsakzentuierung weiter, indem er eine Gruppe der „phantastischen Persönlichkeiten“ separierte. Die „pseudologische“ Komponente ordnete er dem „hysterischen“ Typus zu.

Andresen (im Druck) vermutet, dass in Analogie zu den hier operationalisierten PA, explizit der Histrionischen und der Dissoziativen, das pseudologisch-fantastische Konstrukt in diesem Kontext eine Zwischenstellung einnimmt. Demzufolge stände das „Pseudologische“ dem „Histrionischen“ und das „Fantastische“ dem „Dissoziativoneiroiden“ nahe.

4.) Die Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung

Frühe Wurzeln dieses Konzepts gehen auf den Bereich der Zwangsstörungen sowie der *Zwanghaften Persönlichkeitseigenarten* zurück, letztere waren bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts durch Esquirol (1839) beschrieben worden. Westphal (1877) bereitete in seiner Arbeit „Über Zwangsvorstellungen“ die Einordnung von Zwangsphänomenen als eigenständige syndromale Kategorie vor (vgl. Möller et al., 2002). Es entstand das Konzept der durch ihre auffälligen Symptome imponierenden relativ „stabilen“ *Zwangsneurose*, die somit eine Nähe zur „Charakterneurose“ aufweist.

Während empirische Studien zu diesem Themenbereich v.a. in England und Amerika durchgeführt wurden, konzentrierte man sich im deutschen Sprachraum auf die psychopathologische Beschreibung dieses Komplexes (vgl. Fiedler, 2001a).

In den beiden Forschungstraditionen werden dabei uneinheitlich Zwangssymptome der Zwangsstörung von der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung separiert bzw. nicht-separiert oder fließende Übergänge zwischen beiden Störungseinheiten postuliert.

So wurde in der deutschen Psychiatrie die Auffassung vertreten, dass es sich bei der „Zwanghaftigkeit“ einer Person um eine prämorbid Persönlichkeitsstruktur handle, die zum späteren Auftreten von (symptomatischen) Zwangsstörungen prädisponiere (vgl. Scharfetter, 1976).

Ähnliche Zusammenhänge zwischen einem Zwangscharakter und Zwangsstörungen i.S. einer charakterlich präformierten Zwangsneurose wurden auch durch die klassische Psychoanalyse vertreten, zurückgehend auf Freuds Arbeit „Charakter und Analerotik“ (1908). Freud sah als Ursache beider Störungen triebdynamische Konflikte an und beschrieb den daraus resultierenden „anal Charakter“ mit der Trias ordentlich, sparsam und eigensinnig. Diese Beschreibungen des „Analcharakters“ prägten auch das spätere Konzept der „Zwanghaften Persönlichkeitsstörung“ im DSM-IV.

Schneider (1934) betrachtete die „Anankastische Persönlichkeit“ als Unterform der „Selbstunsicheren Psychopathie“. In seinen Ausführungen wird dabei eine mehrseitige Darstellung der Zwangssymptomatik vorangestellt, was zu der Mutmaßung Anlass gibt, dass auch Schneider von einem Kontinuumcharakter dieser Persönlichkeitsstörung ausging. Die Zwangssymptome (aus heutiger Sicht i.S. einer Achse-I-Störung nach DSM-IV zu verstehen) würden demzufolge nahtlos in eine Persönlichkeitsauffälligkeit übergehen und wären somit auf phänomenologischer Ebene nicht zu unterscheiden. Eine ähnliche Sichtweise des „Ineinanderübergehens“ beider Störungen vertrat auch Petrilowitsch (1964).

Im weiteren Verlauf entwickelte sich das Konzept des „Anankastischen Charakters“ innerhalb der deutschen Psychiatrie zu einem Bindeglied zwischen dem von Freud beschriebenen Analcharakter einerseits und dem von Schneider erarbeiteten Subtypus der selbstunsicher-asthenischen Persönlichkeit mit obsessiv-kompulsiver Symptomatik andererseits. Entsprechende Beschreibungen dieser Persönlichkeitseigenarten finden sich in den zu dieser Zeit verfassten Lehrbüchern (z.B. Schulte und Tölle, 1971, S.87) sowie in den früheren Klassifikationssystemen, explizit der ICD-9 (vgl. hierzu auch die entsprechenden Ausführungen von Dekgwitz et al., 1980, S.57).

In den fünfziger und sechziger Jahren nahmen empirische Forschungsarbeiten zu, die letztlich zu einer Aufsplitterung der oben beschriebenen „Verkettung“ der Positionen Freuds und Schneiders führten. So ergaben beispielsweise die faktorenanalytischen Betrachtungen von Sandler und Hazari (1960) Hinweise auf mindestens zwei Persönlichkeitsfaktoren im Bereich des obsessiv-kompulsiven Spektrums. Dieses Ergebnis konnte in mehreren weiteren Studien nachvollzogen werden (u.a. Kline, 1968; Meares, 1971; Andresen, 1987).

Der eine Faktor erfasst den vorwiegend symptomarmen, ich-syntonen Zwangscharakter mit relativer emotionaler Stabilität sowie Rigidity bzgl. Moral, Ethik und Werten. Hinsichtlich der Eigenarten dominieren sog. „Sekundärtugenden“ wie beispielsweise übermäßige Gewissenhaftigkeit, Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, etc. . Demzufolge bildet dieser Faktor sowohl den Analcharakter Freuds als auch die entsprechende DSM-IV-Konzeption ab.

Der zweite Faktor ist durch eine obsessiv-kompulsive Komponente gekennzeichnet, die mit Neurotizismus sowie emotionaler Labilität vergesellschaftet ist. Im Gegensatz zum erwähnten Zwangscharakter weist dieser Typus vielfältige Symptome bei erheblichem Leidensdruck auf. Dabei wird jedoch der Ausprägungsgrad einer Zwangskrankheit noch nicht erreicht (vgl. Andresen, im Druck).

Somit stände diese Dimension am ehesten Schneiders Konzept nahe.

Allerdings legt die letztgenannte Dimension eine Abgrenzungsproblematik auf der Fragebogenebene zu der chronischen obsessiv-kompulsiven Störung nahe (vgl. Klepsch et al., 1985).

Von einer anderen (sozusagen spiegelbildlichen) Seite wird die obige Separierung dahingehend bestätigt, dass mittels operationalisierter Verfahren in aktuelleren Studien gezeigt werden konnte, dass der Zwangscharakter nicht als prämorbid Persönlichkeitsstruktur für die Achse- I-Zwangsstörungen (bzw. obsessiv-kompulsiven Störungen) angesehen werden kann (vgl. Pfohl und Blum, 1991).

Diese differenzialdiagnostischen Entwicklungen wirkten sich auch auf die Operationalisierung in den Klassifikationssystemen aus: Lediglich die Zwanghafte PS (im Sinne der „anal“ Struktur) wird hier noch mit unterschiedlichen Begriffssetzungen klassifiziert.

Die Bezeichnungen lauten „Kompulsive“ (in DSM-I, DSM-III), „Obsessiv-kompulsive“ (in DSM-II, DSM-III-R, DSM-IV) sowie „Anale“ Persönlichkeit(störung).

Im deutschen Sprachraum ferner die Betitelung als „Zwanghafte“ PS sowie in der ICD-10 „Anankastische PS“. Somit bleibt auf sprachlich-begrifflicher Ebene eine mangelnde Präzisierung (und somit auch unzureichende Abgrenzung) der konzeptionell separierten Störungen zu konstatieren.

***Grundlagen des von Andresen neu konzipierten Konzepts der Obsessiv-selbstunsicheren
Persönlichkeitsakzentuierung:***

Trotz des durch die früheren genannten Arbeiten im deutschen Sprachraum naheliegenden Vorhandenseins einer (symptomnahen) obsessiv-kompulsiven PS (als Gegenstück zur obsessiv-kompulsiven Achse- I-Störung) war dieses Konzept bisher noch nicht Gegenstand weitergehender empirischer Untersuchungen.

Andresen nahm die im Folgenden als „Obsessiv-selbstunsichere PA“ bezeichnete Dimension in Anlehnung an das historische Konzept Schneiders (1934) des „anankastischen“ Subtyps der Selbstunsicheren Psychopathie in den experimentellen Teil des IKP auf.

Die Items der entsprechenden Skala „OBS“ sind im Item-Skalen-Schlüssel im Anhang aufgeführt. In Tabelle 32 (siehe Anhang) sind die Forschungskriterien dargestellt.

Die Begriffssetzung „Obsessiv-selbstunsicher“ erfolgte zum einen vor dem Hintergrund eine (weitere) begriffliche Konfundierung in diesem Bereich zu vermeiden, zum anderen um die obsessive (Vorstellungs-) Seite der in dieser Skala eingeschlossenen Zwangssymptomatik hervorzuheben.

Entsprechend den obigen Ausführungen setzte Andresen die Kriterien dieser PA in Bezug zum vorwiegend ich- dystonen „Gedankenzwang“ -Hauptfaktor des Hamburger Zwangsinventar HZI. Andresen (1987) stellte eine deutlich erhöhte Korrelation dieses Faktors mit Neurotizismus fest.

Demgegenüber steht der eher ich-syntone „Handlungszwang“ –Hauptfaktor, der inhaltliche Überschneidungen mit dem Analcharakter Freuds aufweist und mit diesem entsprechend korreliert (Andresen, 1987).

Die Annahme einer zweifaktoriellen Struktur im Bereich der Zwangssymptomatik konnte auch in aktuelleren Inventaren belegt werden, so beispielsweise durch McKay et al., 1995.

5.) Die Furchtsame (körperlich bedrohungssensible) und die Anforderungs- und leistungängstliche Persönlichkeitsakzentuierung

Auf die Hintergründe der Konzeption dieser beiden von Andresen neu entwickelten PA soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Die Entwicklung erfolgte mit der Zielsetzung einer differenzierten (separaten) Erfassung der unterschiedlichen Komponenten im Gesamtbereich der „Ängstlichen Persönlichkeit“ . Ferner soll eine entsprechende Abbildung der von DSM-IV abweichenden Besonderheiten der ICD-10-Kriterien Rechnung getragen werden. Dies betrifft insbesondere die inhaltliche Diskrepanz zwischen der Selbstunsicher (vermeidenden) PS gemäß DSM-IV (im IKP repräsentiert durch die Skala „VER“) sowie die weiter gefasste Ängstlich (vermeidende) PS nach ICD-10.

Die Skala „VER“ bildet hierbei v.a. den Bereich der Selbstunsicheren Persönlichkeit mit sozialer Gehemmtheit ab, wohingegen die Skala „ANF“ (bezogen auf die o.g. neu konzipierte PA) eher eine ängstliche Reaktionsbereitschaft im Leistungs- und Anforderungskontext erfasst.

„Trait“- analoge Befürchtungen, die mit den (äußeren) Basisbedingungen der menschlichen Existenz zusammenhängen, wie beispielsweise Krankheit, Tod und Sterben, sieht Andresen (im Druck) als charakteristisch für die Furchtsame PA (Skala „FUR“ im IKP) an. Diese „furchtsame“ Persönlichkeitsauffälligkeit zeige demzufolge vornehmlich Ängste in Bezug auf vital (umweltbedingte) körperliche Risiken, die sich hierdurch auch von der Skala „ANF“ unterscheidet.

2.2.2. Das Borderline Persönlichkeitsinventar (BPI)

Bei dem von Leichsenring (1994; 1997) entwickelten Inventar handelt es sich um einen deutschsprachigen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der „Borderline-Störung“, in diesem Kontext im Sinne der „Borderline- Persönlichkeits-Organisation“ nach Kernberg (1967; 1988).

Der Begriff „Borderline- PS“ wurde in diesem Zusammenhang bewusst vermieden. Obwohl sich einige Items an dem (deskriptiven) Ansatz von Gunderson et al. (Gunderson und Singer, 1975; Gunderson und Kolb, 1978; Kolb und Gunderson, 1980) orientieren, die diese Störung im Sinne einer überdauernden PS verstehen, liegt der Schwerpunkt auf Kernbergs Ansatz. Bei letzterem wird die Störung aus einer psychoanalytischen Perspektive heraus zwar auch als permanent angesehen, hier aber im Rahmen eines bestimmten Niveaus der Persönlichkeitsorganisation.

Während die erste Version des BPI (Leichsenring, 1994) noch speziell für die Forschung entwickelt wurde, ist der Anwendungsbereich der aktuellen Version erweitert worden. Gegenüber der ursprünglichen Forschungsversion erfolgten nach faktorenanalytischen Betrachtungen Änderungen hinsichtlich der Skalenzuordnung einiger Items sowie der Interpretation der Skalen. Die Grundform des Fragebogens mit den entsprechend formulierten Items blieb hiervon jedoch inhaltlich unberührt.

Der Einsatzbereich des BPI umfasst laut Autor (Leichsenring, 1997) die klinische Diagnostik in Beratungsstellen, ambulanten Praxen sowie in psychotherapeutischen und psychiatrischen Kliniken.

Ferner sei dieser für epidemiologische und klinische Untersuchungen sowie die Erforschung psychotherapeutischer Effekte geeignet.

Theoretische (inhaltliche) Bezüge der Fragebogenentwicklung

Die von Leichsenring (1994) konzipierten Skalen des BPI basieren auf der Theorie Kernbergs und orientieren sich an dessen zentralen „strukturellen Kriterien“ der Borderline- Störung: „Identitäts-Diffusion“, „Realitätsprüfung“, „primitive Abwehrmechanismen“ sowie „primitive Formen verinnerlichter Objektbeziehungen“.

In diesem Kontext sei bereits erwähnt, dass Leichsenring (1994) später die Korrelation des BPI mit den von Kernberg (1967, 1988) vertretenen „diagnostischen Verdachtsmomenten“ für die Borderline- Störung untersucht hat.

Hierbei handelt es sich, wie bereits im Eingangsteil ausgeführt, um vielfältige Symptome, wie beispielsweise frei flottierende Angst, Polyphobien oder Selbst- und Fremdverletzungen. Als Ergebnis stellte er eine signifikante Korrelation zwischen der Zahl der „diagnostischen Verdachtsmomente“ nach Kernberg und dem Gesamtwert des BPI sowie den vier einzelnen Skalen fest (vgl. Leichsenring, 1997, S.57).

Neben den o.g. „zentralen“ Kriterien Kernbergs sollen gleichfalls Merkmale erfasst werden, die gemäß dieses Autors als für Borderline- Patienten typische „unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche“ gelten: Zum einen im affektiven Bereich in Form einer mangelnden Angsttoleranz, zum anderen in Form einer ungenügenden Impulskontrolle. Bezüglich affektiver Symptomauffälligkeiten sieht Leichsenring insbesondere Depressionen und Angst als charakteristisch für ein bestimmtes Kollektiv von Borderline-Patienten an und nahm diese in die Fragebogenkonzeption auf.

Einen weiteren Bezugspunkt bei der Zusammenstellung der Fragebogenitems bildet die Theorie zur „Schizoiden Persönlichkeit“ (vgl. König, 1992), aus der die Nähe-Distanz- Problematik entlehnt wurde: In diesem Zusammenhang speziell die Ambivalenz in engen zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen dem Wunsch nach Nähe einerseits und der Angst vor Selbstverlust andererseits.

Die entsprechenden Fragebogenitems zu den letztgenannten Bereichen (Impulskontrolle, Affekte, Beziehungsproblematik) wurden von Leichsenring neu konzipiert.

Die Items, die die zentralen strukturellen Kriterien Kernbergs erfassen sollen, sind zum einen bereits existierenden diagnostischen Instrumenten entlehnt, wie beispielsweise dem DIB im Bereich der „Realitätsprüfung“ und der „Abwehrmechanismen“. Zum anderen bildet ein Item im Bereich der „Identitätsdiffusion“ das entsprechende Kriterium aus dem Klassifikationssystem des DSM-III (1980) zur Borderline- Persönlichkeitsstörung ab.

Formaler Aufbau

Zunächst stellte Leichsenring einen Fragebogen aus 100 Items zusammen, der an einer Stichprobe aus 20 Borderline- Patienten und 23 Patienten mit neurotischen Störungen untersucht wurde. Die durchgeführten Item-Analysen lieferten 46 Items, die hinsichtlich ihrer Trennschärfe von differenzialdiagnostischer Bedeutung sind (vgl. Leichsenring, 1997, S.11). Zusätzlich wurden 7 Items aus dem Bereich „Realitätsprüfung“ aufgenommen, die psychotische Erfahrungen erfassen sollen.

Resultierend entstand eine verkürzte Fassung aus insgesamt 53 Items, die in mehreren Untersuchungen empirisch überprüft worden ist (Leichsenring, 1994, 1997, 1999) und die derzeit eingesetzte Version des BPI darstellt.

Aus den 53 Items des BPI können vier Skalen abgeleitet werden: „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“ (ID), „primitive Abwehr und Objektbeziehungen“ (AB), „Mangelhafte Realitätsprüfung“ (R) sowie „Angst vor Nähe“ (N). Die letztgenannte Skala, die sich auf „Verschmelzungsangst bzw. Selbstverlust“ bezieht und demzufolge nicht explizit auf die strukturellen Kriterien Kernbergs, wurde (wie die anderen Skalen auch) auf der Grundlage faktorenanalytischer Betrachtungen der untersuchten Stichprobe aus 495 Patienten und Probanden erstellt (vgl. Leichsenring, 1994).

Des weiteren umfasst das BPI einige Items, die sich auf mangelnde Impulskontrolle und Angsttoleranz beziehen. Leichsenring (1994, 1997, 1999) kam nach statistischer Auswertung der Daten zu dem Schluss, dass für den Bereich der ungenügenden Impulskontrolle keine eigene Skala erstellt werden kann.

Der Fragebogen BPI mit den entsprechenden Items ist im Anhang aufgeführt.

Die Zuordnung der Items zu den Skalen wird in Tab. 11 dargestellt:

Tab. 11: Item-Skalen-Schlüssel zum BPI

▶ Identitätsdiffusion (ID):	3*, 6, 8*, 15*, 26, 27*, 33, 34, 36*, 37, 42, 46* (insgesamt 12 Items)
▶ Angst vor Nähe (N):	5*, 14*, 19*, 20*, 23, 25*, 28*, 50* (insgesamt 8 Items)
▶ Primitive Abwehrmechanismen (AB):	1, 9*, 10*, 16, 29, 39, 40*, 48 (insgesamt 8 Items)
▶ Realitätsprüfung (R):	7, 12, 13, 21, 41 (insgesamt 5 Items)

* Die markierten Items gehen zusammen mit den Items (4, 43, 47 und 49) in die Berechnung des Cut-20-Kriteriums ein.

Auswertung des BPI

Die entsprechenden Aussagen des BPI sind jeweils mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Die resultierenden bejahten Antworten werden addiert und die zugrundeliegenden Items der entsprechenden Skala sowie dem Cut-Off-Wert zugeordnet. Der letztgenannte Wert ergibt sich durch Zusammenzählen der 20 trennschärfsten Items. Anhand des Cut-Off-Wertes (Rohwert) kann die Diagnose „Borderline- Störung“ gestellt werden, wenn ein empirisch bestimmter Wert (hier $\text{Cut-20} \geq 10$) überschritten wird (vgl. Leichsenring, 1997, S.60). Dieser soll auch zur Abgrenzung der Borderline- Störung von Neurosen einerseits und Schizophrenien andererseits dienen. Bei „Nicht-Erfüllen“ dieses Kriteriums wird von einer anderen oder keiner psychischen Störung ausgegangen.

Anzumerken bleibt, dass die „offen“ formulierten Items 52 und 53 weder in die vier Skalen noch in den Cut-20-Wert eingehen. Bei diesen ergibt sich hingegen die Möglichkeit einer qualitativen Auswertung, wenn von diagnostischer oder therapeutischer Seite das Interesse besteht, unter welchen Umständen psychotische Erlebnisse auftreten.

Die durch Addition erhaltenen Rohwerte für jede Skala entsprechen in ihrer maximalen Ausprägung der Itemanzahl der jeweiligen Skala. Da Leichsenring (1997 , S.42) feststellte, dass diesen Rohwerten keine Normalverteilung zugrunde liegt, wurden diese über Prozentränge in T-Werte umgerechnet. Die daraus resultierenden T-Werte weisen einen Mittelwert von $M = 50$ (Standardabweichung $= 10$) bei angenähert normalverteilter Wertekonstellation auf.

Prozentränge und T-Normen liegen für den Gesamtwert im BPI, für den Cut-Off-Wert sowie für die einzelnen Skalen vor. Zur Erleichterung der Auswertung können die aus dem Fragebogen ermittelten Skalenwerte in ein Profilblatt (siehe Anhang) eingetragen werden, auf dem Rohwerte und T-Werte graphisch abgebildet sind (aus Leichsenring, 1997). Die maximal möglichen Rohwerte auf einer Skala entsprechen der Itemanzahl der jeweiligen Skala. Die Normen liegen sowohl für die Gesamtstichprobe ($n=538$) als auch für einzelne diagnostische Gruppen vor. Darüber hinaus wurden für die Stichprobe der „Normalen“ sowie der Patienten mit neurotischen Störungen nach dem Geschlecht differenzierte Normen ermittelt.

2.2.3. Die Symptom Check List-190 (SCL-190)

Die im Rahmen dieser Arbeit eingesetzte SCL-190 stellt eine erweiterte und neu entwickelte Version (durch Andresen et al., nicht veröffentlicht) der vielfach eingesetzten SCL-90-R dar. Das Einsatzgebiet des Vorgängermodells, der SCL-90-R, umfasste den ambulanten und stationären psychiatrischen Bereich.

Die SCL-190 kann vorläufig zunächst nur bei Erwachsenen angewendet werden. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens beläuft sich auf 20 bis 30 Minuten.

Die Zielsetzung des SCL-190 besteht, wie bei der ursprünglichen Version, in der Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Dieses Instrument dient vorrangig der Abbildung der Akutsymptomatik der Patienten. Entsprechend wird in der Fragebogenanleitung auf den Zeitraum der Betrachtung der vorangegangenen sieben Tage verwiesen.

Formaler Aufbau

Die SCL-190 umfasst die 90 Items der SCL-90-R von Derogatis (1977) in der deutschen Version von Franke (1995) sowie zusätzlich 100 neue Items zur Optimierung und psychopathologisch-inhaltlichen Erweiterung der vorhandenen Skalen.

Der Fragebogen SCL-190 findet sich im Anhang.

Jedes der 190 Items kann mit fünf unterschiedlichen Ausprägungsstufen beantwortet werden (0 „überhaupt nicht“, 1 „ein wenig“, 2 „ziemlich“, 3 „stark“ und 4 „sehr stark“).

Die SCL-90-R als Vorläuferkonzept umfasst 9 Skalen, die sich aus 83 der insgesamt 90 Items zusammensetzen. Die übrigen sieben Items gehen in die Berechnung dreier Globaler Kennwerte¹ ein. In dieser Fassung sind im Gegensatz zur SCL-190 für jede der Skalen drei Werte berechenbar, der Summenwert, der Skalenwert sowie die Belastungstendenz.

Die entsprechenden Skalen der SCL-90-R werden im Anhang aufgelistet.

Die SCL-190 enthielt in der vorläufigen Fassung 19 Skalen bzw. Syndrome. Die Faktorenanalyse der Items auf Zusammenhänge ergab jedoch, dass sich die 190 Items auf nur 16 Faktoren verteilen (vgl. Wolfen, 2005).

¹ Diese umfassen den global severity index (GSI), der die grundsätzliche psychische Belastung erfasst, den positive symptom distress index (PSDI), welcher die Intensität der Antworten misst sowie den positive symptom total (PST), der eine Aussage über die Summe der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, zulässt.

Derzeit ist zur Auswertung der SCL-190 nur die Berechnung von Summenwerten möglich. Diese Einschränkung ergibt sich aus einer noch nicht ausreichend vorhandenen Normierungsdatenlage, die ebenso die noch nicht durchführbare Umrechnung in T-Werte erklärt.

In der vorliegenden Studie werden ausgehend von den Ergebnissen der Faktorenanalyse entsprechend nur 16 Skalen der SCL-190 berücksichtigt. Der zugehörige Item-Skalen-Schlüssel der SCL-190 ist im Anhang dargestellt.

Inhaltlicher Aufbau

Ausgangspunkt der Neuentwicklung ist die mehrfach bestätigte faktorielle Invalidität der SCL-90-R- Skalen (vgl. Cyr et al., 1985; Brophy et al., 1988). Die dimensional aufgebauten 16 Skalen der SCL-190 werden im Folgenden genannt:

- 1.) „Belastung, Stress und Überforderung“ (Belastung *)
- 2.) „Suizidalität, Selbstverletzung und Selbstabwertung“ (Suizid *)
- 3.) „Affektiv-kommunikative Desorganisation, hypomanes Kontaktverhalten“ (Desor *)
- 4.) „Hypochondrisches Syndrom“ (Hypochond *)
- 5.) „Drogenprobleme“ (Drogen *)
- 6.) „Schlafstörungen“ (Schlaf *)
- 7.) „Agoraphobisches und Panik-Syndrom“ (Agoraphobie *)
- 8.) „Impulsiv-cholerische Aggressivität“ (Aggress *)
- 9.) „Paranoid-querulatorische Haltung“ (Paranoid *)
- 10.) „Nervosität und Ruhelosigkeit, körperliche Beschwerden“ (Nervös *)
- 11.) „Gehemmtheit und soziale Angst, Schüchternheit“ (Gehemmt *)
- 12.) „Kognitive Dysfunktionen“ (Dyskog *): die subjektive Seite von kognitiven Beeinträchtigungen
- 13.) „Paranoid-halluzinatorisches Syndrom“ (Schiz *)
- 14.) „Obsessiv-kompulsives Syndrom“ (Obsess *)
- 15.) „Depressivität, Verlusterlebnisse“ (Melancholie/Depress *)
- 16.) „Posttraumatische Störung“ (Posttraum *)

Anmerkung: * Die in dieser Studie verwendeten Skalenabkürzungen sind in Klammern aufgeführt

2.3. Statistik

Die vorliegenden Daten wurden mit SPSS 10.0 für Windows eingegeben und entsprechend der SPSS- Analyseprogramme ausgewertet.

Die Darstellung der Häufigkeitsverteilungen erfolgt mit Angabe von Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD).

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob und welche Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeitsskalen und der Skalen zur Akutsymptomatik zwischen den drei Gruppen bestehen. Zu diesem Zweck wurde nach Berechnung der Häufigkeitsverteilung für die jeweilige Skala in den drei Gruppen eine einfache Varianzanalyse durchgeführt.

Alle abhängigen Variablen (Skalen) werden einer einfaktoriellen, univariaten Varianzanalyse (ANOVA) unterzogen, um Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Gruppen zu untersuchen. Einfaktoriell bedeutet hierbei, dass zwei oder mehrere Gruppen auf Mittelwertsunterschiede verglichen werden, die aus einem übergeordneten Verteilungsgesichtspunkt abgeleitet sind.

Als univariat bezeichnet man ein Modell mit nur einer abhängigen Variablen.

Voraussetzung ist u.a. eine Normalverteilung der Variablen in der Grundgesamtheit.

Obwohl diese hier nicht gegeben ist (bei bekannter Verteilungsauffälligkeit der Variablen), wurde auf eine rangversierte Varianzanalyse, wie z.B. die parameterfreie Varianzanalyse nach Kruskal-Wallis, verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Varianzanalyse als robust gegenüber Modellverletzungen erweist. Ferner hätte die Kovarianzanalyse (s.u.) nicht rangversiert durchgeführt werden können.

Bei Vorliegen von homogenen Varianzen wird als Stufentest zum multiplen Mittelwertsvergleich der Scheffé- Test und bei inhomogenen Varianzen der Tamhane T2 angewendet. Für die ANOVA wird die 1%- und für die Stufentests ebenfalls die 1%-Signifikanzgrenze festgelegt.

Die Varianzhomogenität wird mit dem Levene-Test geprüft, wobei eine Signifikanzgrenze von $p = .01$ gesetzt wird.

In einem weiteren Analyseschritt erfolgte eine Kontrollberechnung mittels Kovarianzanalyse hinsichtlich der Kovariablen Alter und Geschlecht für die auf 5%-Niveau signifikanten Variablen der Varianzanalyse.

Dieses Vorgehen war aufgrund der Gruppenunterschiede hinsichtlich der Alters- und Geschlechterverteilung (vgl. Tab.5) erforderlich, um eine mögliche Einflussnahme auf die Signifikanz auszuschließen.

Ferner wurden für die drei Gruppen gemeinsam sowohl Rangkorrelationen nach Spearman als nichtparametrisches Verfahren vorgenommen, als auch die parametrischen Korrelationen nach Pearson durchgeführt. Die bivariaten Korrelationen nach Spearman sind hierbei geeignet, Extremwerte zu nivellieren, wodurch eine potentielle Verzerrung der Ergebnisse besser kontrollierbar ist. Parametrische Verfahren wie die Pearson-Korrelation verlangen eine Normalverteilung der Daten. Auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Modellverletzungen bei parametrischen Verfahren wurde bereits im Abschnitt 2.2.1.1. eingegangen.

Für alle Analyseschritte galt: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Dieses Vorgehen wurde gewählt, um mögliche korrelative Zusammenhänge zwischen den beiden Persönlichkeitsfragebögen sowie dem Fragebogen zur Akutsymptomatik aufzudecken als auch fragebogeninterne Korrelationen zu untersuchen.

Zur Untersuchung der fragebogeninternen Zusammenhänge werden zunächst bivariate und partielle Korrelationen zwischen den signifikantesten ($p < .05$) IKP- Skalen der einfaktoriellen Varianzanalyse (einschließlich der Skala ANT) sowie den gesamten IKP- Skalen berechnet.

Parallel zu diesem Vorgehen werden auch die bivariaten und partiellen Korrelationen zwischen den vier BPI- Skalen untersucht.

Ferner wird geprüft, ob und welche Beziehungen zwischen den beiden Persönlichkeitsfragebögen IKP und BPI bestehen. Zu diesem Zweck werden Korrelationen nach Spearman und Pearson zwischen den gesamten Skalen des IKP und des BPI vorgenommen.

Zur Aufdeckung möglicher Zusammenhänge zwischen der Akutsymptomatik der Patienten und der überdauernden Persönlichkeitsmerkmale werden bivariate und partielle Korrelationen zwischen den jeweiligen Persönlichkeitsfragebögen (IKP sowie BPI) und dem Fragebogen zur Akutsymptomatik (SCL-190) berechnet. Hierbei werden diejenigen SCL-190-Skalen ausgewählt, die in der einfaktoriellen Varianzanalyse mindestens ein Signifikanzniveau von $p < .05$ erreichen. Diese Voraussetzung erfüllen die Skalen: Aggress, Drogen, Suizid, Belas, Posttraum und Agoraphobie.

Darüber hinaus werden vier weitere Skalen (Depress, Paranoid, Dyskog sowie Schiz) berücksichtigt, bei denen eine Beziehung auf symptomatischer bzw. konzeptioneller Ebene zur Borderline-PS angenommen wird. Diese Skalen zeigen in der einfaktoriellen Varianzanalyse ein geringeres Signifikanzniveau als die zuvor genannten SCL-190-Skalen (vgl. Tab.14).

Durch die in dieser Untersuchung zahlreich durchgeführten parallelen Testungen wird das konventionelle Signifikanzniveau entwertet (sog. alpha- Niveau -Entwertung). Es entsteht das Problem zufälliger Signifikanz. Daher wurde auch das übliche 5%- Signifikanzniveau für die ANOVA und die Stufentests auf 1%-Niveau verschärft.

Es sollte daher berücksichtigt werden, dass es sich in der vorliegenden Untersuchung um eine rein explorative Studie handelt, die keine statistische Beweisfunktion erfüllen soll.

Demzufolge werden anhand der vorliegenden Ergebnisse Hypothesen generiert, die unabhängig erneut und gezielt überprüft werden müssen.

3. Ergebnisse

3.1. Mittelwertvergleiche und einfaktorielle Varianzanalyse

Aus der nachfolgenden Tabelle 12 geht hervor, dass bei einem Mittelwertvergleich aller drei Gruppen elf IKP-Skalen signifikante Unterschiede aufweisen, dies sind die Skalen BOR^{***}, STY^{***}, IMP^{***}, DPR^{***}, AST^{**}, PAS^{**}, DIS^{**}, OBS^{**}, SCH^{**}, PAR^{**} und HIS^{*}. Die Skala BOR erreicht hier mit einem F-Wert von 16,835 die höchste Signifikanz.

In all diesen Skalen zeichnet sich die Gruppe 1 (Patienten mit Emotional-instabiler PS) durch die höchsten Mittelwerte aus, gefolgt von der Gruppe 2, die Patienten mit anderen PS umfasst. Die geringsten Mittelwerte weist die Patientengruppe 3, die keine PS einschließt, auf. Dies betrifft auch die Skala DPR, bei der die Patienten mit Emotional instabiler PS (Gru1) deutlich höhere Mittelwerte erzielen als die Patientengruppe 3 (Gru3), die vorwiegend affektive Störungen aufweisen. Eine gewisse Ausnahme hiervon bilden die Skalen OBS sowie HIS, in denen sich die Gruppe 3 durch marginal höhere Mittelwerte als die Gruppe 2 auszeichnet. Dieses Ergebnis der annähernden Gleichheit hinsichtlich der Mittelwerte spiegelt sich auch in den Post-hoc-Tests wider, in denen bezüglich dieser beiden Skalen keine signifikanten Unterschiede zwischen Gruppe 2 und 3 bestehen.

Hiervon abgesehen verdeutlichen die Ergebnisse der Post-hoc-Tests die oben beschriebene Tendenz, da sich die gefundenen signifikanten Unterschiede auf den Kontrast zwischen der Patientengruppe mit Emotional instabiler PS (Gru1) einerseits und den beiden anderen Gruppen mit einer anderen (Gru2) oder keiner PS (Gru3) andererseits zurückführen lassen. In fast allen signifikanten IKP-Skalen werden Gru1/Gru2 sowie Gru1/Gru3 signifikant, jeweils in leicht unterschiedlicher Ausprägung. Lediglich die Skala SCH nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, da hier Gru1/Gru2 nicht signifikant wird, während Gru1/Gru3 aber signifikante Unterschiede aufweist. In keiner der genannten IKP-Skalen unterscheidet sich die Gruppe der Patienten mit anderen PS als der Emotional instabilen (Gru2) signifikant von derjenigen ohne PS (Gru3).

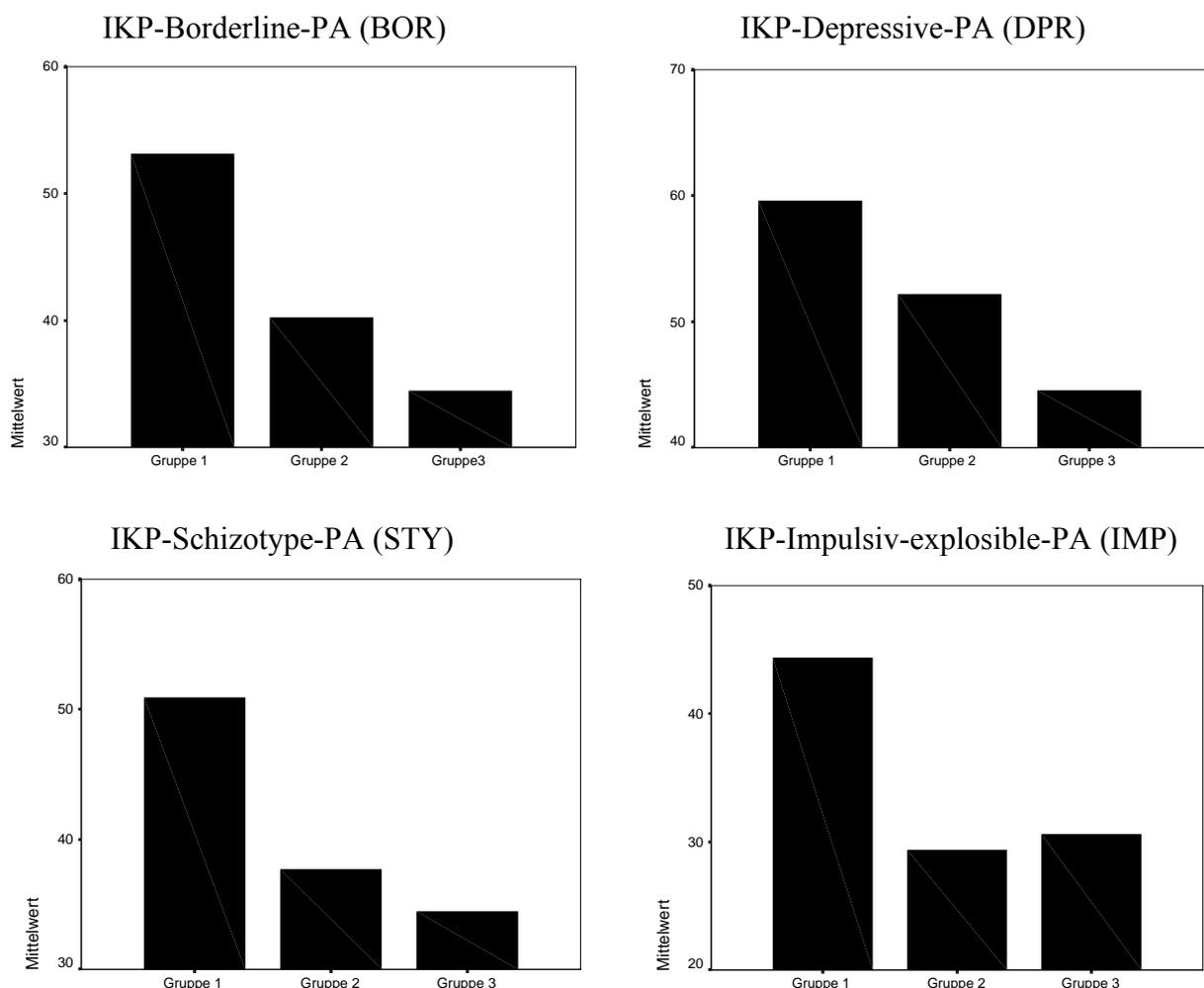
Wider Erwarten weist die Patientengruppe mit Emotional instabiler PS (Gru1) für die Skalen ANT sowie NAR die geringsten Mittelwerte aller IKP-Skalen auf. Die anderen beiden Gruppen (Gru2 und Gru3) zeigen hier auch ihr niedrigstes Mittelwertniveau.

In den Post-Hoc-Tests bezüglich dieser beiden Skalen zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Auffallend sind auch die relativ niedrigen Mittelwerte aller drei Gruppen bezüglich der Skala FUR. Diese wird ebenso wie die Skala ANF, die hingegen ein höheres Mittelwertniveau für alle drei Gruppen aufweist, nicht signifikant. Die verwandte Skala Agora der SCL-190, die sich auf die Akutsymptomatik bezieht, zeigt demgegenüber statistisch schwach signifikante Gruppenunterschiede ($p = ,035$), wobei in den Post-Hoc-Tests der Gruppenvergleich Gru1/Gru2 signifikant wird, während Gru1/Gru3 sowie Gru2/Gru3 keine Signifikanz aufweisen.

In der nachfolgenden Abbildung werden die vier signifikantesten IKP-Skalen ($p = ,000$) BOR, STY, IMP sowie DPR zur Veranschaulichung dargestellt.

Abb. 2: Mittelwerte der IKP-Skalen BOR, DPR, STY und IMP



Tab. 12: IKP, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse

IKP	Gesamtstichprobe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (Gru1-3)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	df	F	p	Post-Hoc-Test
ZWA	40.37	7.64	42.95	9.29	40.17	6.82	38.79	6.83	2	1.728	.158	n.s.
ANT	29.62	8.93	33.05	9.90	28.83	8.82	27.96	7.96	2	2.039	.138	n.s.
ANF	48.94	11.30	52.26	7.96	47.83	12.48	47.64	12.07	2	1.124	.331	n.s.
AST	46.55	11.14	54.47	8.15	45.13	10.27	42.39	11.12	2	8.429	.001**	Gr1/Gr2*, Gr1/Gr3**
VER	47.55	10.74	50.32	9.01	47.29	11.02	45.89	11.53	2	0.970	.384	n.s.
BOR	41.69	12.41	53.16	9.42	39.37	10.87	35.89	10.35	2	16.835	.000***	Gr1/Gr2***, Gr1/Gr3***
DEP	44.83	11.10	47.74	10.59	43.21	10.74	44.25	11.75	2	0.944	.394	n.s.
DIS	34.07	12.35	42.79	12.93	31.83	10.99	30.07	10.32	2	7.897	.001**	Gr1/Gr2**, Gr1/Gr3***
DPR	52.17	11.23	59.63	6.99	52.71	10.56	46.64	11.33	2	9.448	.000***	Gr1/Gr2*, Gr1/Gr3***
IMP	40.44	12.52	50.95	10.41	37.58	10.70	35.75	11.35	2	12.279	.000***	Gr1/Gr2***, Gr1/Gr3***
HIS	37.51	10.25	42.37	10.43	35.08	8.74	36.29	10.56	2	3.194	.047*	n.s.
NAR	32.63	9.43	36.95	9.78	31.21	7.91	30.93	9.79	2	2.863	.064	n.s.
OBS	43.06	10.62	50.26	8.86	39.83	8.76	40.93	11.14	2	7.100	.002**	Gr1/Gr2**, Gr1/Gr3**
PAR	42.55	10.28	48.47	9.79	41.67	9.30	39.29	9.98	2	5.218	.008**	Gr1/Gr3**
PAS	40.92	8.73	46.74	9.60	40.79	7.17	37.07	7.30	2	8.402	.001**	Gr1/Gr3***
FUR	36.25	9.67	37.95	7.61	34.92	11.29	36.25	9.57	2	0.513	.601	n.s.
SCH	43.28	11.02	49.32	7.81	44.29	11.04	38.32	10.86	2	6.739	.002**	Gr1/Gr3**
STY	35.68	9.75	44.37	7.38	33.67	8.70	31.50	8.41	2	14.837	.000***	Gr1/Gr2***, Gr1/Gr3***

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001; n.s. = nicht signifikant

Tab. 13: BPI, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse

BPI	Gesamtstichprobe		Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (Gruppe1-3)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	df	F	p	Post-Hoc-Test
N	4.380	2.257	5.9474	1.544	4.416	2.041	3.286	2.258	2	9.867	.000***	Gr1/Gr3***
ID	5.521	3.206	7.6842	2.829	5.083	2.918	4.429	3.060	2	7.280	.001**	Gr1/Gr2*, Gr1/Gr3**
AB	4.239	2.327	5.789	1.903	4.083	2.145	3.321	2.262	2	7.681	.001**	Gr1/Gr2*, Gr1/Gr3**
R	0.732	1.276	1.156	1.537	0.583	0.974	0.571	1.289	2	1.463	.239	n.s.

Anmerkungen: * p<.05, ** p<.01 und *** p<.001; n.s. = nicht signifikant

N = Angst vor Nähe; **ID** = Identitätsdiffusion; **AB** = Primitive Abwehrmechanismen
R = Realitätsprüfung

Aus Tabelle 13 wird ersichtlich, dass im Vergleich der drei Gruppen aus dem BPI die Skalen Angst vor Nähe (N)^{***}, Identitätsdiffusion (ID)^{**} sowie primitive Abwehrmechanismen (AB)^{**} signifikante Unterschiede aufweisen. Demgegenüber wird die vierte Skala des BPI Realitätsprüfung (R) nicht signifikant (p= .239). Die meisten der festgestellten signifikanten Unterschiede ergeben sich wie schon in der vorherigen Tabelle aus der Kontrastierung der Gruppen 2 und 3 zur Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS (Gru1). Auch in dieser Tabelle zeigt die letztgenannte Gruppe die höchsten Mittelwerte, gefolgt von der Gruppe mit anderen PS als der Emotional instabilen (Gru2). Die Post-hoc-Tests werden wieder zwischen der Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS (Gru1) zur Gruppe 2 und 3 signifikant, wohingegen die Skala Realitätsprüfung ebenso wie Gru2/Gru3 keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede aufweisen.

Tab. 14: SCL-190, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzanalyse

SCL-190	Gesamtstichprobe		Gruppe 1 (Gru1)		Gruppe 2 (Gru2)		Gruppe 3 (Gru3)		Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse (Gruppe 1-3)			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	df	F	p	Post-Hoc-Test
Aggression	5.127	5.469	9.895	6.332	3.875	3.893	2.964	3.958	2	13.671	.000***	Gr1/Gr2***,Gr1/Gr3***
Agoraphobie	13.451	10.021	18.316	9.470	10.667	9.106	12.536	10.290	2	3.513	.035*	Gr1/Gr2*
Belastung	11.690	6.205	15.842	3.760	10.333	5.730	10.361	6.769	2	6.785	.002**	Gr1/Gr2*,Gr1/Gr3**
Depress	18.437	8.979	22.421	8.242	17.583	8.145	16.464	9.559	2	2.790	.068	n.s.
Desor	4.301	5.233	5.421	5.540	3.667	3.901	4.101	6.021	2	0.624	.539	n.s.
Drogen	7.930	7.910	14.421	8.710	5.375	4.407	5.714	7.410	2	11.292	.000***	Gr1/Gr2***,Gr1/Gr3***
Dyskog	11.437	9.563	14.789	8.357	10.375	9.559	10.712	10.091	2	1.630	.204	n.s.
Gehemmt	12.394	8.492	15.158	7.603	12.917	9.325	10.073	7.945	2	2.169	.122	n.s.
Hypochond.	10.422	9.127	11.737	11.488	10.83	6.750	9.821	9.353	2	0.269	.765	n.s.
Nervosität	9.480	6.460	11.737	6.806	8.0	6.587	8.214	5.795	2	2.273	.111	n.s.
Obsessiv	7.296	7.253	9.156	8.636	6.500	6.972	6.714	6.471	2	0.857	.429	n.s.
Paranoid	5.958	5.391	8.421	6.585	5.292	4.349	4.857	4.942	2	2.899	.062	n.s.
Posttraum.	8.113	6.454	11.105	6.454	7.875	5.472	6.286	6.241	2	3.618	.032*	Gr1/Gr3*
Schiz.	2.986	3.944	4.421	4.868	3.0	3.856	2.0	3.067	2	2.206	.118	n.s.
Schlaf	9.113	5.379	10.947	5.244	9.0	5.242	7.964	5.432	2	1.788	.175	n.s.
Suizid	13.352	11.194	21.421	10.117	12.208	10.026	8.857	10.153	2	8.988	.000***	Gr1/Gr2*,Gr1/Gr3***

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01 und *** p<.001; n.s. = nicht signifikant

Die Tabelle 14 veranschaulicht, dass aus der SCL-190 die Skalen Aggressivität***, Drogen**, Suizidalität***, Belastung*, Trauma* sowie Agoraphobie* signifikante Unterschiede im Vergleich der drei Gruppen zeigen. In den vier statistisch signifikantesten Skalen wird wieder Gru1/Gru2 sowie Gru1/Gru3 signifikant, während dies für Gru2/Gru3 nicht zutrifft. Die Skala Trauma weist signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS (Gru1) und der Patientengruppe ohne PS (Gru3) auf, wohingegen der Vergleich zur Gruppe mit anderen PS (Gru2) nicht signifikant wird. In der Skala Agoraphobie wird im Gruppenvergleich demgegenüber nur Gru1/Gru2 signifikant. Während im IKP die Skala DPR hochsignifikante Werte zeigt, wird im SCL-190 die Skala Melancholie (Depress) nicht signifikant, wobei hier alle Gruppen gegenüber den anderen Skalen jeweils ihre höchsten Mittelwerte aufweisen.

Auch in sämtlichen SCL-190-Skalen weist die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS die höchsten Mittelwerte auf. Die Mittelwerte der Patienten der Gruppe 2 liegen in der Mehrzahl der Skalen über denjenigen der Patienten ohne PS (Gru 3) mit Ausnahme der folgenden Skalen: Drogen, Agoraphobie, Nervosität, Zwang sowie Desor. In diesen Skalen zeigt die Patientengruppe 3 höhere Mittelwerte als die Gruppe der Patienten mit anderen PS als der Emotional instabilen (Gru 2).

Während die Skala OBS im IKP in den Post- Hoc -Tests signifikante Gruppenunterschiede zeigt, wird die auf symptomatischer Ebene verwandte Skala Zwang des SCL-190 nicht signifikant ($p = .429$).

3.2. Varianzanalyse unter Einbezug von Alter und Geschlecht als Kovariate

Aufgrund der nicht gleichverteilten Alters- und Geschlechterzusammensetzung zwischen den drei Gruppen wurde der folgende Analyseschritt durchgeführt, um eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch diese Variablen zu überprüfen.

Die Berechnung erfolgte für die IKP-Skalen, die ein Signifikanzniveau von $p < .05$ aufweisen, sowie darüber hinaus für die Skala ANT, bei der a priori eine Einflussnahme durch das Geschlecht vermutet werden kann (s. 1.4. und 1.5. Einleitung).

Für das Borderline Persönlichkeits-Inventar (BPI) sowie die Symptom-Check-List (SCL-190) wurden die entsprechenden Kovarianzanalysen für sämtliche Skalen durchgeführt.

Da keine Veränderung der Mittelwerte und Standardabweichungen erfolgt, werden diese hier nicht erneut aufgeführt (zum Verfahren s. 2.3. Statistik).

Die Ergebnisse werden im folgenden tabellarisch dargestellt.

Tab. 15: IKP, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariable

IKP	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ANT	61.78	2	30.89	.440	.646
AST	1981.74	2	990.87	9.903	.000***
BOR	2391.59	2	1195.79	11.643	.000***
DIS	2017.70	2	1008.85	7.871	.001**
DPR	2108.99	2	1054.50	10.518	.000***
IMP	1929.98	2	964.99	8.311	.001**
HIS	268.13	2	134.07	1.423	.248
OBS	1282.46	2	641.22	6.598	.002**
PAR	760.41	2	380.20	3.987	.023*
PAS	967.95	2	483.98	7.580	.001**
SCH	1529.38	2	764.69	7.359	.001**
STY	1548.48	2	774.24	11.307	.000***

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Die Tabelle veranschaulicht, dass in einer die drei Gruppen einschließenden Varianzanalyse die signifikanten Gruppenunterschiede bestehen bleiben, so dass die Ergebnisse, explizit die statistische Signifikanz, nicht auf die festgestellten Altersdifferenzen zurückführbar sind (s. Abschnitt 4. Diskussion). Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang die Skala PAR und in geringerem Umfang auch die Skala HIS. Die Extraktion der Variablen Alter führt bei diesen beiden Skalen zu einer Verminderung der Signifikanz um einen Trend, so dass die Skala PAR nur noch ein unteres Signifikanzniveau von $p = .023$ aufweist, während die Skala HIS, die in der einfaktoriellen Varianzanalyse grenzwertig signifikant wurde, hier keine Signifikanz mehr zeigt ($p = .248$).

Tab. 16: IKP, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht als Kovariable

IKP	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ANT	504.90	2	252.45	3.484	.036*
AST	1507.79	2	753.89	7.326	.001**
BOR	3396.81	2	1698.40	15.790	.000***
DIS	2072.68	2	1036.34	8.079	.001**
DPR	1823.79	2	911.89	8.879	.000***
IMP	2736.67	2	1368.34	11.380	.000***
HIS	812.20	2	406.10	4.181	.019*
OBS	1181.30	2	590.65	6.072	.004**
PAR	1001.99	2	500.99	5.256	.008**
PAS	967.95	2	483.98	7.580	.001**
SCH	1348.39	2	674.19	6.397	.003**
STY	2011.51	2	1005.76	14.631	.000***

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Aus Tab. 16 geht hervor, dass in der Varianzanalyse aller drei Gruppen unter Einbezug von Geschlecht als Kovariate die signifikantesten Skalen der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Kovariate es auch in dieser Berechnung bleiben.

Hinsichtlich der mitgetesteten Skala ANT bestätigt sich in der vorliegenden Berechnung die vermutete Einflussnahme durch das Geschlecht, da diese Skala in der entsprechenden Kovarianzanalyse signifikant wird ($p = .036$). Bei der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Kovariate lag hingegen keine statistische Signifikanz ($p = .138$) bezüglich der Skala ANT vor.

Die verwandten Skalen IMP sowie PAS erweisen sich demgegenüber in der Kontrollberechnung auf einem hohen Signifikanzniveau von mindestens $p < .001$ unabhängig gegenüber Alters- und Geschlechtsdifferenzen.

Die statistische Signifikanz der geprüften IKP-Skalen hat demzufolge insgesamt Bestand.

Tab. 17: BPI, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariate

BPI	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Identitätsdiffusion	134.757	2	67.379	7.739	.001**
Angst vor Nähe	70.256	2	35.128	8.512	.001**
Prim. Abwehrm.	57.100	2	28.550	6.197	.003**
Realitätsprüfung	4.413	2	3.718	2.392	.099 (n.s.)

Anmerkungen: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001; n.s. = nicht signifikant
Prim. Abwehrm. = Primitive Abwehrmechanismen

Tab. 18: BPI, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht als Kovariate

BPI	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Identitätsdiffusion	106.762	2	53.381	6.126	.004**
Angst vor Nähe	70.915	2	35.457	8.935	.000***
Prim. Abwehrm.	62.781	2	31.390	6.854	.002*
Realitätsprüfung	7.437	2	3.718	2.392	.099 (n.s.)

Anmerkungen: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001; n.s. = nicht signifikant
Prim. Abwehrm. = Primitive Abwehrmechanismen

Die Tabellen 17 und 18 zeigen, dass die Extraktion der Variablen Alter und Geschlecht zu keiner Beeinflussung der statistischen Signifikanz der zuvor durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalyse führen. Die Skala Realitätsprüfung wird auch in diesem Analyseschritt nicht signifikant. Parallel zu den IKP-Skalen weisen auch die BPI-Skalen konstante statistische Analysewerte auf.

Demzufolge erweisen sich die Ergebnisse der Persönlichkeitsfragebögen insgesamt (von wenigen Ausnahmen abgesehen) als unabhängig gegenüber den Einbezug von Alter und Geschlecht als Kovariate.

Tab. 19: SCL-190, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Alter als Kovariable

SCL-190	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Aggress	568.277	2	284.158	12.820	.000***
Agoraphobie	568.354	2	284.177	2.948	.057
Belas	396.688	2	198.344	5.916	.004**
Depress	428.036	2	214.018	2.790	.068
Desor	36.415	2	18.208	.649	.526
Drogen	981.872	2	490.936	9.987	.000***
Dyskog	418.476	2	209.238	2.353	.103
Gehemmt	290.746	2	145.373	2.054	.136
Hypochon	51.026	2	25.513	.296	.745
Nervös	157.663	2	78.832	1.929	.153
Obsess	134.375	2	67.187	1.273	.287
Paranoid	231.962	2	115.981	4.350	.017*
Postraum	301.667	2	150.834	4.119	.021*
Schiz	96.430	2	48.215	3.284	.044*
Schlaf	110.995	2	55.498	1.943	.151
Suizid	1984.505	2	992.252	9.814	.000***

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Die Tabelle 19 veranschaulicht, dass sich bei Berechnung der Varianzanalyse unter Einbezug der Kovariaten Alter keine wesentlichen Änderungen hinsichtlich der statistisch signifikantesten SCL-190-Skalen (Aggress^{***}, Belas^{**}, Drogen^{***}, Postraum^{*} sowie Suizid^{***}) der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Kovariate (s. Tab.14) ergeben. Eine Ausnahme bildet die Skala Agoraphobie, die in der vorliegenden Berechnung mit p= .057 jedoch nur knapp das untere Signifikanzniveau verfehlt, so dass im Vergleich mit dem Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Kovariate (s.Tab.14) mit p= .035 keine einschneidende Verminderung des Signifikanzniveaus resultiert.

Demgegenüber weisen die Skalen Schiz sowie Paranoid erst nach Extraktion der Altersdifferenzen eine gering ausgeprägte statistische Signifikanz (p jeweils < .05) auf, so dass auf eine Einflussnahme des Alters auf diese beiden Skalen geschlossen werden kann.

Tab. 20: SCL-190, Kontrollberechnung für Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht als Kovariate

SCL-190	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Aggress	586.065	2	293.033	13.180	.000***
Agoraphobie	601.490	2	300.745	3.158	.049*
Belas	353.511	2	176.756	5.368	.007**
Depress	272.167	2	136.083	1.886	.160
Desor	60.676	2	30.338	1.107	.336
Drogen	1069.070	2	534.535	10.906	.000***
Dyskog	219.825	2	109.913	1.215	.303
Gehemmt	295.726	2	147.863	2.088	.132
Hypochon	122.588	2	61.294	.743	.480
Nervös	137.259	2	68.629	1.692	.192
Obsess	103.995	2	51.997	.974	.383
Paranoid	167.953	2	83.976	3.014	.056
Postraum	223.300	2	111.650	3.054	.054
Schiz	85.285	2	42.643	2.912	.061
Schlaf	82.566	2	41.283	1.459	.240
Suizid	1550.706	2	775.353	7.680	.001**

Anmerkung: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Aus Tab. 20 geht hervor, dass in Analogie zu den Ergebnissen der Varianzanalyse unter Einbezug der Kovariaten Alter die statistische Bedeutsamkeit der signifikantesten SCL-190-Skalen auch hier Bestand hat. Demzufolge erweisen sich die Ergebnisse unabhängig gegenüber Geschlechtsdifferenzen zwischen den drei Gruppen. Eine Ausnahme bildet die Skala Posttraum. Während diese in der einfaktoriellen Varianzanalyse ohne Kovariate noch ein unteres Signifikanzniveau ($p = .032$) aufweist, verliert sich die statistische Signifikanz nach Extraktion der Geschlechtsdifferenzen ($p = .054$). Folglich kann für die Skala Posttraum eine Geschlechtsabhängigkeit abgeleitet werden.

Eine geringgradige Signifikanzminderung von $p = .000$ in der einfaktoriellen Varianzanalyse (vgl. Tab.14) auf $p = .001$ nach Einbezug des Geschlechts als Kovariate ergibt sich für die hochsignifikante Skala Suizid.

Demzufolge lässt sich eine gewisse Einflussnahme durch das Geschlecht feststellen, die jedoch keine substantielle Bedeutsamkeit besitzt.

3.3. Bivariate und partielle Korrelationen

Eine Erläuterung des Verfahrens findet sich in Abschnitt 2.3. Statistik.

Tab. 21: IKP, bivariate Korrelationen der Skalen untereinander (Gruppe 1-3)

IKP	BOR		STY		IMP		DPR		AST	
	r_s	p_s	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$
ZWA	.232	.048*	.328	.005**	.296	.011*	.295	.011*	.308	.008**
ANT	.501	.000***	.517	.000***	.623	.000***	.192	.104	.248	.034*
ANF	.461	.000***	.463	.000***	.441	.000***	.546	.000***	.662	.000***
AST	.589	.000***	.561	.000***	.584	.000***	.695	.000***	1.0	...
VER	.185	.118	.262	.025*	.157	.185	.473	.000***	.388	.001**
BOR	1.0	...	.620	.000***	.799	.000***	.558	.000***	.589	.000***
DEP	.348	.003*	.187	.113	.248	.034*	.416	.000***	.319	.006*
DIS	.593	.000***	.796	.000***	.604	.000***	.504	.000***	.718	.000***
DPR	.558	.000***	.455	.000***	.511	.000***	1.0	....	.695	.000***
IMP	.799	.000***	.668	.000***	1.0	...	.511	.000***	.584	.000***
HIS	.559	.000***	.413	.000***	.573	.000***	.115	.335	.240	.040*
NAR	.457	.000***	.405	.000***	.507	.000***	.097	.415	.193	.102
OBS	.595	.000***	.564	.000***	.590	.000***	.585	.000***	.682	.000***
PAR	.492	.000***	.587	.000***	.643	.000***	.501	.000***	.405	.000***
PAS	.554	.000***	.659	.000***	.677	.000***	.659	.000***	.573	.000***
FUR	.174	.141	.249	.034*	.281	.016*	.422	.000***	.567	.000***
SCH	.512	.000***	.570	.000***	.490	.000***	.640	.000***	.589	.000***
STY	.620	.000***	1.0	...	.668	.000***	.455	.000***	.561	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tab. 22: IKP, partielle Korrelationen der Skalen untereinander (Gruppe 1-3)

IKP	BOR		STY		IMP		DPR		AST	
	r _p	p _p	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}
ZWA	.312	.007**	.372	.001**	.393	.001**	.364	.002**	.384	.001**
ANT	.498	.000***	.505	.000***	.588	.000***	.224	.057	.227	.054
ANF	.494	.000***	.460	.000***	.451	.000***	.566	.000***	.661	.000***
AST	.607	.000***	.560	.000***	.587	.000***	.720	.000***	1.0	...
VER	.214	.070*	.244	.037*	.175	.139	.547	.000***	.418	.000***
BOR	1.0	...	.655	.000***	.793	.000***	.604	.000***	.607	.000***
DEP	.415	.000***	.229	.052	.296	.011	.473	.000***	.373	.001**
DIS	.606	.000***	.783	.000***	.573	.000***	.490	.000***	.696	.000***
DPR	.604	.000***	.442	.000***	.506	.000***	1.0	...	.720	.000***
IMP	.793	.000***	.676	.000***	1.0	...	.506	.000***	.587	.000***
HIS	.593	.000***	.450	.000***	.594	.000***	.153	.197	.260	.026*
NAR	.460	.000***	.409	.000***	.541	.000***	.118	.321	.192	.104
OBS	.598	.000***	.557	.000***	.587	.000***	.643	.000***	.698	.000***
PAR	.498	.000***	.618	.000***	.631	.000***	.508	.000***	.432	.000***
PAS	.568	.000***	.668	.000***	.681	.000***	.604	.000***	.551	.000***
FUR	.112	.344	.219	.062	.227	.054	.383	.001**	.541	.000***
SCH	.522	.000***	.571	.000***	.509	.000***	.632	.000***	.579	.000***
STY	.655	.000***	1.0	...	.676	.000***	.442	.000***	.560	.000***

Anmerkungen: r_p = Korrelation partiell nach Pearson. * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Die Tabellen 21 und 22 zeigen, dass die signifikantesten IKP- Skalen der einfaktoriellen Varianzanalyse bivariat und partiell mit einem Großteil der IKP- Skalen korrelieren.

Fast alle Skalen erreichen bivariat und partiell statistische Signifikanz. Diese Ergebnisse sollen an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

Vor allem die Skala BOR korreliert mit einer großen Bandbreite an IKP- Skalen:

Bivariat und partiell werden folgende Skalen hochsignifikant (p< .001):

ANT^{***}, ANF^{***}, AST^{***}, DIS^{***}, DPR^{***}, IMP^{***}, HIS^{***}, NAR^{***}, OBS^{***}, PAR^{***}, PAS^{***}, SCH^{***} sowie STY^{***}. Ein niedrigeres Signifikanzniveau erreichen die Skalen DEP^{**} (p< .01) sowie ZWA^{*} (p< .05). In den partiellen Korrelationen steigen sowohl der Korrelationskoeffizient als auch das Signifikanzniveau für diese beiden Skalen an: DEP^{***} (p< .001) sowie ZWA^{**} (p< .01). Die Skalen VER und FUR in ihrer Korrelation zu BOR erzielen weder bivariat noch partiell statistische Signifikanz.

Die höchsten bivariaten und partiellen Korrelationen zeigen die Skalen IMP^{***} ($r_s = .799 / r_p = .793$) sowie STY^{***} ($r_s = .620 / r_p = .655$).

Die Skalen AST^{***}, DIS^{***}, DPR^{***}, HIS^{***}, OBS^{***} und PAS^{***} zeigen ebenfalls hohe Korrelationskoeffizienten mit Werten zwischen $r = .55$ und $r = .60$. Etwas schwächer sind die Skalen ANT^{***}, ANF^{***}, DEP^{**/**}, NAR^{***}, PAR^{***}, PAS^{***} sowie SCH^{***} mit der BOR-Skala korreliert, die Werte zwischen $r = .40$ und $r = .50$ annehmen. Die Skala ZWA^{*/**} wird zwar signifikant, unterschreitet aber $r = .30$.

Die Tabellen der bivariaten und partiellen Korrelationen der anderen IKP-Skalen sind im Anhang aufgeführt.

Tab. 23: IKP, Korrelationen mit BPI (Gruppe 1-3)

IKP	BPI Angst v. Nähe				BPI Identitätsdiffusion				BPI Prim. Abwehr				BPI Realitätsprüfung			
	r_s	p_s	r_p	p_p	r_s	p_s	r_p	p_p	r_s	p_s	r_p	p_p	r_s	p_s	r_p	p_p
ZWA	.130	.273	.177	.134	.151	.203	.183	.120	.146	.218	.248	.034*	.125	.294	.243	.083
ANT	.218	.064	.269	.021*	.241	.040*	.244	.038*	.218	.064	.235	.045*	.160	.177	.161	.172
ANF	.380	.001**	.390	.001**	.482	.000***	.490	.000***	.576	.000***	.596	.000***	.425	.000***	.445	.000***
AST	.555	.000***	.595	.000***	.663	.000***	.678	.000***	.583	.000***	.623	.000***	.552	.000***	.560	.000***
VER	.330	.004**	.342	.003**	.280	.017*	.299	.010*	.437	.000***	.475	.000***	.216	.066	.244	.037*
BOR	.602	.000***	.657	.000***	.572	.000***	.620	.000***	.631	.000***	.646	.000***	.397	.001**	.387	.001**
DEP	.206	.081	.226	.055	.201	.089	.216	.067	.392	.001**	.418	.000***	.143	.227	.229	.051
DIS	.541	.000***	.541	.000***	.804	.000***	.809	.000***	.566	.000***	.602	.000***	.686	.000***	.715	.000***
DPR	.566	.000***	.590	.000***	.548	.000***	.569	.000***	.619	.000***	.660	.000***	.371	.001**	.372	.001**
IMP	.566	.000***	.573	.000***	.535	.000***	.551	.000***	.586	.000***	.595	.000***	.331	.004**	.336	.004**
HIS	.188	.111	.247	.035*	.271	.020*	.338	.003**	.144	.224	.228	.053	.141	.234	.193	.102
NAR	.059	.622	.113	.342	.219	.062	.193	.102	.076	.523	.078	.512	.075	.530	.048	.685
OBS	.551	.000***	.554	.000***	.640	.000***	.673	.000***	.628	.000***	.671	.000***	.496	.000***	.542	.000***
PAR	.394	.001**	.415	.000***	.300	.010*	.415	.000***	.358	.002**	.369	.001**	.205	.082	.173	.142
PAS	.353	.002**	.376	.001**	.497	.000***	.479	.000***	.451	.000***	.460	.000***	.331	.004**	.279	.017*
FUR	.290	.013*	.182	.123	.332	.004**	.289	.013	.318	.006**	.292	.012*	.184	.119	.281	.016*
SCH	.509	.000***	.548	.000***	.500	.000***	.499	.000***	.534	.000***	.548	.000***	.349	.002**	.325	.005**
STY	.491	.000***	.501	.000***	.603	.000***	.606	.000***	.503	.000***	.517	.000***	.606	.000***	.505	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, r_p = Korrelation partiell nach Pearson.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aus Tab.23 geht hervor, dass sich parallel zu den Ergebnissen der internen Korrelationen des IKP ein ähnliches Bild für die Betrachtung der beiden Persönlichkeitsfragebögen ergibt, da der Großteil der IKP- Skalen bivariat und partiell signifikant mit den vier BPI-Skalen korreliert. Im folgenden wird auf die für die jeweilige Skala höchsten Korrelationen eingegangen, bei Zugrundelegung eines Signifikanzniveaus von $p < .001$.

Die BPI-Skala Angst vor Nähe korreliert mit Ausnahme der Skalen ZWA, ANT, DEP, HIS und NAR mit den übrigen signifikant, am höchsten mit der IKP- Skala BOR^{***} mit einem Korrelationskoeffizienten von $r > .60$, gefolgt von den Skalen DPR^{***}, IMP^{***}, AST^{***} sowie OBS^{***}, die Werte zwischen $r = .55$ und $.59$ annehmen.

Die Skala Identitätsdiffusion erreicht bivariat erwartungsgemäß die höchsten Korrelationen mit der Skala DIS^{***} ($r > .80$). Stark ausgeprägt mit Werten zwischen $r = .66$ und $r = .55$ sind auch die Korrelationen für die IKP- Skalen AST^{***}, OBS^{***}, STY^{***}, BOR^{***} sowie DPR^{***}. wobei der Korrelationskoeffizient in der partiellen Korrelation noch jeweils etwas ansteigt.

Die Korrelationen für die Skalen ZWA, DEP und NAR werden demgegenüber nicht signifikant.

Die Skala Primitive Abwehr korreliert bivariat mit der Skala BOR^{***} ($r = .63$) und partiell mit der Skala OBS^{***} ($r = .67$) am stärksten. Etwas geringer ausgeprägt sind die Korrelationskoeffizienten für die Skalen DPR^{***}, IMP^{***}, AST^{***}, ANF^{***} sowie DIS^{***}, die in den bivariaten Korrelationen Werte zwischen $r = .62$ und $.57$ annehmen, wobei auch hier die Werte in den Korrelationen nach Pearson jeweils geringgradig höher liegen.

Nicht signifikant werden die Skalen ZWA, HIS und NAR; die Skala ANT erreicht nur hinsichtlich der partiellen Korrelation ein unteres Signifikanzniveau.

Die Skala Realitätsprüfung korreliert verglichen mit den anderen drei BPI-Skalen insgesamt mit weniger IKP- Skalen statistisch signifikant. Den höchsten bivariaten und partiellen Korrelationskoeffizienten ($r_s = .69/ r_p = .71$) erreicht erwartungsgemäß die Skala DIS^{***}. Hohe Korrelationen liegen auch für die Skalen STY^{***} sowie AST^{***} vor, die Werte von $r = .61$ bzw. $r = .55$ annehmen, mit einer Verminderung der Skala STY in der partiellen Korrelation auf $r = .50$ sowie einer geringgradigen Erhöhung der Skala AST auf $r = .56$.

Bei Betrachtung der IKP- Skala BOR fällt auf, dass diese mit allen vier BPI-Skalen statistisch signifikant korreliert. Das höchste Signifikanzniveau erzielen hierbei die Skalen Angst vor Nähe^{***}, Identitätsdiffusion^{***} sowie Primitive Abwehr^{***}, die $r = .60$ überschreiten.

Bezüglich der Skala Realitätsprüfung^{**} fallen sowohl das Signifikanzniveau als auch der Korrelationskoeffizient mit $r < .40$ für diese Skala ab.

Mit diesem Ergebnis zeichnet sich an dieser Stelle ein abgeschwächter, aber parallel verlaufender Trend im Vergleich zu den Ergebnissen der einfaktoriellen Varianzanalyse ab (s. Tab.13). Hier erreicht die Skala Realitätsprüfung bezogen auf die Gruppe 1 (Pat. mit Emotional instabiler PS) den geringsten Mittelwert und wird im Gruppenvergleich nicht signifikant.

Tab. 24: IKP, Korrelationen mit SCL-190 (Gruppe 1-3)

IKP	SCL-190 Aggress				SCL-190 Belas				SCL-190 Drogen				SCL-190 Suizid			
	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p
ZWA	.263	.025*	.354	.002**	.091	.442	.146	.217	.103	.388	.057	.634	.205	.082	.250	.033*
ANT	.336	.004**	.396	.001**	.110	.353	.087	.466	.272	.020*	.262	.025*	.108	.365	.165	.163
ANF	.570	.000***	.532	.000***	.483	.000***	.506	.000***	.293	.012*	.299	.010*	.492	.000***	.480	.000***
AST	.641	.000***	.603	.000***	.608	.000***	.643	.000***	.407	.000***	.396	.001**	.600	.000***	.615	.000***
VER	.408	.000***	.322	.006**	.277	.017*	.336	.004**	.103	.385	.130	.272	.455	.000***	.472	.000***
BOR	.599	.000***	.678	.000***	.481	.000***	.511	.000***	.575	.000***	.578	.000***	.487	.000***	.508	.000***
DEP	.216	.066	.252	.032*	.314	.007**	.324	.005**	.201	.089	.165	.163	.347	.003**	.333	.004**
DIS	.507	.000***	.576	.000***	.397	.001**	.393	.001**	.382	.001**	.345	.003**	.471	.000***	.493	.000***
DPR	.567	.000***	.532	.000***	.500	.000***	.554	.000***	.353	.002**	.336	.004**	.690	.000***	.660	.000***
IMP	.600	.000***	.669	.000**	.461	.000***	.503	.000***	.404	.000***	.412	.000***	.368	.001**	.378	.001**
HIS	.212	.072	.341	.003**	.199	.091	.191	.105	.305	.009**	.305	.009**	.047	.693	.106	.370
NAR	.129	.278	.246	.036*	.034	.777	.050	.677	.251	.032*	.198	.093	.016	.894	.028	.811
OBS	.510	.000***	.554	.000***	.530	.000***	.536	.000***	.323	.005**	.322	.005**	.542	.000***	.566	.000***
PAR	.443	.000***	.468	.000***	.260	.026*	.268	.022	.283	.015*	.254	.030*	.245	.037*	.232	.049*
PAS	.464	.000***	.527	.000***	.370	.001**	.347	.003**	.333	.004**	.325	.005**	.379	.001**	.348	.003**
FUR	.354	.002**	.272	.020*	.351	.002**	.301	.010	.016	.891	.015	.898	.302	.009**	.295	.011*
SCH	.494	.000***	.487	.000***	.301	.010*	.317	.006**	.315	.007**	.282	.016*	.449	.000***	.426	.000***
STY	.559	.000***	.620	.000***	.378	.001**	.376	.001**	.430	.000***	.412	.000***	.446	.000***	.457	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, r_p = Korrelation partiell nach Pearson.
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Tab. 25: IKP, Korrelationen mit SCL-190 (Gruppe 1-3)

IKP	SCL-190 Postraumatisch				SCL-190 Agoraphobie				SCL-190 Depress				SCL-190 Paranoid			
	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p
ZWA	.151	.203	.150	.205	.127	.283	.177	.135	.189	.110	.261	.026*	.229	.051	.355	.002**
ANT	.125	.294	.096	.419	.056	.640	.047	.695	.014	.904	.017	.887	.237	.044	.215	.068
ANF	.352	.002**	.366	.001**	.582	.000***	.591	.000***	.459	.000***	.489	.000***	.449	.000***	.482	.000***
AST	.532	.000***	.561	.000***	.544	.000***	.578	.000***	.518	.000***	.555	.000***	.467	.000***	.526	.000***
VER	.314	.007**	.316	.006**	.322	.006**	.335	.004**	.379	.001**	.428	.000***	.473	.000***	.439	.000***
BOR	.396	.001**	.415	.000***	.427	.000***	.475	.000***	.449	.000***	.498	.000***	.355	.002**	.439	.000***
DEP	.292	.012*	.269	.022*	.507	.000***	.477	.000***	.493	.000***	.504	.000***	.273	.019*	.324	.005**
DIS	.327	.005**	.367	.001**	.388	.001**	.452	.000***	.182	.124	.217	.065	.295	.011*	.411	.000***
DPR	.525	.000***	.526	.000***	.430	.000***	.451	.000***	.614	.000***	.666	.000***	.564	.000***	.560	.000***
IMP	.364	.002**	.365	.002**	.343	.003**	.324	.003**	.359	.002**	.364	.002**	.402	.000***	.430	.000***
HIS	.128	.279	.143	.227	.106	.370	.183	.122	.038	.749	.077	.520	.160	.177	.296	.011*
NAR	.005	.965	.036	.760	.124	.295	.099	.403	.108	.365	.067	.571	.089	.454	.130	.274
OBS	.393	.001**	.441	.000***	.490	.000***	.500	.000***	.428	.000***	.470	.000***	.322	.005**	.447	.000***
PAR	.402	.000***	.381	.001**	.158	.182	.198	.093	.337	.004**	.341	.003**	.488	.000***	.501	.000***
PAS	.381	.001**	.383	.001**	.317	.006**	.301	.010*	.377	.001**	.390	.001**	.633	.000***	.620	.000***
FUR	.258	.028*	.265	.024*	.348	.003**	.395	.001**	.316	.006**	.277	.018*	.301	.010*	.307	.008**
SCH	.293	.012*	.274	.019*	.373	.001**	.359	.002**	.216	.067	.242	.039*	.389	.001**	.381	.001**
STY	.358	.002**	.378	.001**	.339	.003**	.378	.001**	.190	.107	.213	.070	.325	.005**	.424	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, r_p = Korrelation partiell nach Pearson.
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Tab. 26: IKP, Korrelationen mit SCL-190 (Gruppe 1-3)

IKP	SCL-190 Dyskog				SCL-190 Schiz			
	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p
ZWA	.189	.110	.211	.073	.208	.077	.241	.040*
ANT	.052	.662	.099	.405	.227	.053	.151	.203
ANF	.549	.000***	.546	.000***	.447	.000***	.488	.000***
AST	.563	.000***	.551	.000***	.533	.000***	.587	.000***
VER	.383	.001**	.362	.002**	.390	.001**	.330	.004**
BOR	.475	.000***	.487	.000***	.301	.010*	.337	.004**
DEP	.257	.028*	.244	.037*	.088	.460	.200	.090
DIS	.461	.000***	.486	.000***	.474	.000***	.587	.000***
DPR	.475	.000***	.454	.000***	.480	.000***	.478	.000***
IMP	.375	.001**	.379	.001**	.368	.001**	.371	.001**
HIS	.158	.181	.275	.018*	.041	.731	.156	.186
NAR	.037	.757	.035	.770	.045	.703	.014	.907
OBS	.586	.000***	.590	.000***	.395	.001**	.529	.000***
PAR	.222	.059	.250	.033*	.370	.001**	.336	.004**
PAS	.313	.007**	.353	.002**	.491	.000***	.465	.000***
FUR	.283	.015*	.245	.037*	.282	.015*	.324	.005**
SCH	.300	.010*	.291	.013*	.518	.000***	.396	.001**
STY	.386	.001**	.396	.001**	.484	.000***	.473	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman,
r_p = Korrelation partiell nach Pearson.
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Die Tab. 24-26 zeigen, dass die BOR-Skala bivariat und partiell mit allen dargestellten SCL-190-Skalen statistisch signifikant korreliert. Die partiellen Korrelationen fallen hierbei für alle im folgenden genannten Skalen etwas höher aus als die bivariaten. Die höchsten Korrelationskoeffizienten erzielen die Skalen Aggress^{***} (r_s = .60/ r_p = .68) sowie Drogen^{***} (r_s = .57/ r_p = .58). Bei gleich hohem Signifikanzniveau fallen die Korrelationen für die Skalen Belas^{***}, Suizid^{***} und Dyskog^{***} etwas geringer aus, die Werte um r = .50 annehmen, gefolgt von Depress^{***} sowie Agora^{***} mit r > .40. Für die Skalen Posttraumatisch^{**} sowie Paranoid^{*} verringert sich bei den bivariaten Korrelationen das Signifikanzniveau sowie der Korrelationskoeffizient (r < .40), wohingegen die partiellen Korrelationen mit p < .001 ebenso hoch wie bei den zuvor genannten Skalen liegen.

Schwächer ausgeprägt ist die Korrelation für die Skala Schiz*, die zwar signifikant wird, aber einen Korrelationskoeffizienten aufweist, der $r = .30$ nur knapp überschreitet.

Tab. 27: BPI, Korrelationen mit SCL-190 (Gruppe 1-3)

SCL-190	BPI Angst vor Nähe				BPI Identitätsdiffusion				BPI Prim. Abwehrm.				BPI Realitätsprüfung			
	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p
Aggress	.691	.000**	.650	.000***	.505	.000***	.533	.000***	.558	.000***	.572	.000***	.432	.000***	.452	.000***
Drogen	.350	.002**	.380	.001**	.451	.000***	.440	.000***	.322	.005**	.369	.001**	.358	.002***	.195	.098
Suizid	.651	.000***	.629	.000***	.608	.000***	.628	.000***	.588	.000***	.610	.000***	.420	.000***	.513	.000***
Belas	.606	.000***	.588	.000***	.531	.000***	.541	.000***	.514	.000***	.546	.000***	.230	.050	.246	.036*
Postraum	.517	.000***	.526	.000***	.503	.000***	.518	.000***	.514	.000***	.541	.000***	.319	.006**	.407	.000***
Agoraphobie	.473	.000***	.477	.000***	.520	.000***	.539	.000***	.499	.000***	.524	.000***	.351	.002**	.466	.000***
Depress	.494	.000***	.491	.000***	.423	.000***	.443	.000***	.532	.000***	.572	.000***	.146	.218	.172	.146
Paranoid	.431	.000***	.411	.000***	.475	.000***	.504	.000***	.531	.000***	.547	.000***	.214	.070	.338	.003**
Dyskog	.501	.000***	.448	.000***	.600	.000***	.582	.000***	.544	.000***	.506	.000***	.382	.001**	.397	.001**
Schiz	.452	.000***	.407	.000***	.584	.000***	.544	.000***	.600	.000***	.593	.000***	.418	.000***	.667	.000***

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, r_p = Korrelation partiell nach Pearson.
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001; Prim. Abwehrm. = Primitive Abwehrmechanismen

Aus Tab. 27 geht hervor, dass bis auf die SCL-190 Skala Depress alle übrigen Skalen zur Erfassung der Akutsymptomatik mit allen vier BPI-Skalen statistisch signifikant korrelieren. Parallel zu den Ergebnissen der Korrelationen zwischen den beiden Persönlichkeitsfragebögen (vgl. Tab.23), weist auch hier die Skala Realitätsprüfung insgesamt die niedrigsten Korrelationskoeffizienten auf. Die anderen drei BPI-Skalen korrelieren alle durchgehend hoch mit den SCL-190-Skalen ($p < .005$).

Die Skala Angst vor Nähe korreliert mit $r > .60$ am deutlichsten mit den Skalen Aggress***, Suizid*** und Belas***.

Die Skala Identitätsdiffusion weist mit Korrelationskoeffizienten um $r = .60$ die höchsten Korrelationen mit den SCL-190-Skalen Dyskog***, Suizid*** und Schiz*** auf.

Ähnlich hoch korrelieren die Skalen Schiz***, Suizid*** sowie Aggress*** mit der Skala Primitive Abwehrmechanismen.

Diese drei SCL-190-Skalen korrelieren ebenso mit der BPI-Skala Realitätsprüfung am deutlichsten, erreichen hier aber nur bivariate Korrelationskoeffizienten von $r < .50$, wobei die partiellen Korrelationen hier deutlich höher liegen: Für Schiz*** $r = .67$ und für Suizid*** $r = .51$.

Tab. 28: BPI, bivariate und partielle Korrelationen der Skalen untereinander

BPI	BPI N				BPI ID				BPI AB				BPI R			
	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p	r _s	p _s	r _p	p _p
N	1.0	...	1.0	...	.678	.000***	.677	.000***	.686	.000***	.693	.000***	.438	.000***	.436	.000***
ID	.678	.000***	.677	.000***	1.0	...	1.0	...	.757	.000***	.767	.000***	.632	.000***	.623	.000***
AB	.686	.000***	.693	.000***	.757	.000***	.767	.000***	1.0	...	1.0	...	.484	.000***	.511	.000***
R	.438	.000***	.436	.000***	.632	.000***	.623	.000***	.484	.000***	.511	.000***	1.0	...	1.0	...

Anmerkungen: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, r_p = Korrelation partiell nach Pearson.

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001;

N = Angst vor Nähe; **ID** = Identitätsdiffusion; **AB** = Primitive Abwehrmechanismen
R = Realitätsprüfung

Die Tab. 28 zeigt, dass alle vier BPI- Skalen bivariat und partiell statistisch hochsignifikant (p< .001) untereinander korrelieren.

Die Skalen Angst vor Nähe, Identitätsdiffusion sowie Primitive Abwehrmechanismen erzielen mit r > .65 alle durchgehend hohe Korrelationskoeffizienten. Bei gleich hohem Signifikanzniveau fallen die Korrelationen zwischen der Skala Realitätsprüfung und den anderen BPI- Skalen etwas geringer aus, die Werte zwischen r = .44 und r = .63 annehmen.

3.4. Vergleich der Übereinstimmung der Diagnosen (IKP, BPI, Klinik)

Im folgenden wird zunächst die Anzahl der Diagnosen einer Borderline- PS in der getesteten Stichprobe anhand der Selbstbeurteilungsfragebögen IKP sowie BPI anhand einer Kreuztabelle gegenübergestellt. Ferner wird die Häufigkeit dieser Diagnosen im Vergleich zu der Anzahl der basisdokumentierten klinischen Diagnosen einer Emotional-instabilen PS (gem. ICD-10) in der untersuchten Stichprobe tabellarisch dargestellt.

Als Maß für die Übereinstimmung zwischen den jeweiligen Diagnosen wurde der Kappa-Wert berechnet.

Tab. 29: Vergleich der Anzahl der IKP -und BPI-Diagnosen einer Borderline-PS

		IKP-BOR-Diagnose		Gesamt
		nein	ja	
BPI-BOR-Diagnose	nein	30	5	35
	ja	11	25	36
Gesamt		41	30	71

Kappa- Wert (klinische Diagnose/ IKP- BOR-Diagnose) = .533

Anmerkung: „Ja“ bei Vorliegen einer Borderline- PS bzw. einer Emotional-instabilen PS sowie „Nein“ falls diese Diagnosen nicht zutrafen

Tab. 30: Vergleich der Anzahl der IKP -Diagnosen mit der Anzahl der klinischen Diagnosen

		IKP- BOR-Diagnose		Gesamt
		nein	ja	
KlinischeDiagnose (Emotional-instabile PS gem. ICD-10)	nein	38	14	52
	ja	3	16	19
Gesamt		41	30	71

Kappa- Wert (klinische Diagnose/ IKP- BOR-Diagnose) = .484

Tab. 31: Vergleich der Anzahl der BPI -Diagnosen mit der Anzahl der klinischen Diagnosen

		BPI- BOR-Diagnose		Gesamt
		nein	ja	
Klinische Diagnose (Emotional-instabile PS gem. ICD-10)	nein	33	19	52
	ja	2	17	19
Gesamt		35	36	71

Kappa- Wert (klinische Diagnose/ BPI- BOR-Diagnose) = .412

Aus den Tabellen 30 und 31 geht hervor, dass die Anzahl der klinischen Diagnosen einer Emotional-instabilen PS (n = 19) in der getesteten Stichprobe deutlich geringer ausfällt als die Anzahl der Diagnosen einer Borderline-PS anhand der Selbstbeurteilungsfragebögen. Im Bereich dieser Erhebungsinstrumente erreicht die Anzahl der als Borderline „Identifizierten“ bei Anwendung des BPI mit n = 36 den höchsten Wert. Bei Einsatz des IKP fällt demgegenüber nur bei 30 Patienten die Diagnose einer Borderline-PS positiv aus (vgl. Tab.29).

Die Übereinstimmung der Diagnosen ist mit einem kappa-Wert von .533 zwischen den beiden Fragebogenverfahren am höchsten. Bei Vergleich dieser auf diese Weise ermittelten Diagnosen mit den klinischen Diagnosen fällt auf, dass die Übereinstimmung zwischen dem IKP und den klinischen Diagnosen gemäß ICD-10 mit kappa = .484 höher ausfällt als diejenige unter Einbeziehung des BPI (kappa = .412), wobei beide Werte insgesamt in einem mittleren Bereich einzuordnen sind.

4. Diskussion

Zunächst sollen die in dieser Studie erzielten Ergebnisse entsprechend der vorgenommenen Analyseschritte diskutiert werden, wobei auf die Fragestellungen dieser Arbeit eingegangen und allgemeinere Schlussfolgerungen gezogen werden.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Im ersten Analyseschritt, der einfaktoriellen Varianzanalyse, ergeben sich für die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS (Gru1) im IKP nicht nur signifikante Gruppenunterschiede für die erwartete Skala BOR, sondern für neun weitere Skalen: Die Asthenische (AST), Dissoziative (DIS), Depressive (DPR), Impulsiv-explosible (IMP), Obsessiv-selbstunsichere (OBS), Schizotypische (STY), Paranoide (PAR), Passiv-aggressive (PAS) sowie Schizoide (SCH) Persönlichkeitsakzentuierung (PA). Die drei letztgenannten PA erweisen sich im Stufenvergleich als lediglich auf den Unterschied zur Gruppe der Patienten ohne PS (vornehmlich affektive Störungen, Gru3) beruhend, wobei keine signifikanten Unterschiede zur Gruppe mit anderen PS (Gru2) bestehen. Hinsichtlich der sechs ersterwähnten PA unterscheidet sich die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS sowohl von der Gruppe mit als auch von der Gruppe ohne PS signifikant.

Diese Ergebnisse leiten weiterhin zu folgenden Fragestellungen:

- 1.) Wodurch könnten diese heterogenen Ausprägungen in den Persönlichkeitsskalen für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS auf inhaltlich-konzeptioneller und operationalisierter Ebene möglicherweise bedingt sein?
- 2.) Reicht die BOR-Skala des IKP isoliert nicht aus, um (vorausgesetzte) bestehende differenzierende Unterschiede zwischen der Gruppe mit (klinisch gemäß ICD-10) diagnostizierter Emotional-instabiler PS und den beiden anderen Gruppen zu beschreiben? Könnte die starke Skalenausprägung in den anderen Skalen des IKP auch durch eine mangelnde Trennschärfe der BOR-Skala zu den anderen Skalen bedingt sein?

3.) Inwieweit lassen sich die vorliegenden Ergebnisse mit den aktuellen Forschungsschwerpunkten zur affektiven Instabilität, Impulsivität sowie Dissoziation vereinbaren?

Die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS weist gegenüber den beiden anderen Gruppen die stärksten Ausprägungen in allen Persönlichkeitsskalen des IKP auf, wobei wider Erwarten der höchste Mittelwert nicht in der Skala BOR, sondern in der Skala DPR erzielt wird. Dieses Ergebnis ist insbesondere im Hinblick auf den gefundenen signifikanten Unterschied zur Gruppe der Patienten ohne PS, die vornehmlich affektive Störungen aufweisen, zunächst nicht zu erwarten.

Zu berücksichtigen bleibt hier, dass die Skala BOR im IKP keine Items enthält, die explizit einen depressiven Merkmalsbereich erfassen, anlehnend an die DSM-IV –Kriterien 6 und 7 wird in diesem Bereich die „affektive Instabilität“ und die „innere Leere“ abgebildet.

Ferner lässt sich aus dem vorliegenden Ergebnis nicht unmittelbar auf eine vorhandene depressiv-affektive Störungssymptomatik (im Sinne einer DSM- Achse- I-Störung) schließen.

Die Skala DPR im IKP wurde zur Erfassung einer PA konzipiert, bei der kognitive, selbst- und interaktionell bezogene Negativbewertungen und Verstimmungen dominieren. Diese Annahme wird gestützt durch nicht bestehende signifikante Gruppenunterschiede in der Skala Verlustdepression (Depression) im SCL-190. Diese Skala erfasst zwar einige depressive Symptome, die im Zusammenhang mit Trennungs- bzw. Verlusterlebnissen auftreten (im Sinne einer reaktiven Depression), enthält aber zugleich eine Vielzahl von Items, die sich auf allgemeine depressive Symptome beziehen, die zum Erhebungszeitpunkt bestehen. Wäre die hohe Skalenausprägung im IKP isoliert auf eine zum Erhebungszeitpunkt bestehende depressive Symptomatik der Patienten zurückzuführen, wäre ein parallel ausfallendes Ergebnis im Gruppenvergleich bezüglich dieser Skala im SCL-190 zu erwarten gewesen.

Die ebenfalls diesem Bereich zuzuordnende Skala Belastungsdepression (Belastung im SCL-190), die eine im Leistungs- und Anforderungskontext auftretende depressive Symptomatik abfragt, zeigt demgegenüber signifikante Gruppenunterschiede zwischen den drei Gruppen (siehe Ergebnisteil).

Dieses Resultat könnte im Kontext der obigen Ausführungen dahingehend interpretiert werden, dass das negative Selbstbild innerhalb dieser Patientengruppe (repräsentiert durch die hohe Skalenausprägung in der IKP- Skala DPR) zu einem Überforderungsempfinden im Leistungsbereich führt. Gestützt wird diese Annahme auch durch die hohe Ausprägung in der Skala Passiv-aggressive PA, die eine indirekte Widerstandshaltung gegen Anforderungen gepaart mit einer negativistischen, angstgetönten und abwertenden Grundeinstellung dem Leben gegenüber erfasst (vgl. Andresen, im Druck).

Die Mutmaßung einer erhöhten Belastungssensitivität im Kontext eines negativen Selbstbildes wird auch durch die hohe Skalenausprägung hinsichtlich der Asthenischen PA in dieser Patientengruppe unterstützt. Die Skala Asthenische PA korreliert dementsprechend hoch mit der Depressiven- sowie der Borderline- PA (siehe Abschnitt Ergebnisse).

Der hiermit abgebildete Symptomkomplex der Nervosität mit neurasthenischer bzw. somatoformer Beschwerdeneigung (siehe Abschnitt Material und Methoden), kann auch in Beziehung gesetzt werden zum verhaltenstherapeutischen Konzept der Störung der Affektregulation (Übersicht: Skodol et al., 2002a,b). Die unterschiedlichen Emotionen, die bereits bei niedriger Reizschwelle auftreten und vielfach lediglich undifferenziert als Spannungs- und Erregungszustände wahrgenommen werden, können mit somatoformen Phänomenen und Körperwahrnehmungsstörungen einhergehen (vgl. Berger, 2004). Ähnlich der innerhalb dieses Konzepts vertretenden Annahme einer verzögerten Rückbildung auf das emotionale Ausgangsniveau (Linehan, 1989), wird in den ICD-10-Forschungskriterien der Neurasthenie, die eine enge Beziehung zu der genannten PA aufweist (siehe Abschnitt Material und Methoden), eine verzögerte Erholung von den anhaltenden Erschöpfungs- bzw. Schwächezuständen beschrieben.

Hinsichtlich der genannten Skala DPR (sowie auch der übrigen Skalen) konnte eine mögliche Beeinflussung durch das Geschlecht (im Hinblick auf den überwiegenden Frauenanteil in dieser Gruppe, siehe Tabelle 5) oder das Alter durch die durchgeführte Varianzanalyse unter Einbezug von Geschlecht und Alter als Kovariate ausgeschlossen werden (vgl. Ergebnisse, Tab. 15 und 16).

Ferner bleibt zu beachten, dass die in dieser Studie vorgenommene Gruppeneinteilung anhand der klinischen Hauptdiagnose erfolgte, wobei vorhandene Kodiagnosen (siehe Abschnitt Material und Methoden) unberücksichtigt blieben, so dass die nicht vorhandene klare Abgrenzung nur eingeschränkt Schlussfolgerungen zulässt.

Andererseits können, eine angenommene Beeinflussung der Ergebnisse durch diese komorbiden Diagnosen vorausgesetzt, die beschriebenen diskrepanten Ergebnisse zwischen IKP und SCL-190 bezüglich des Faktors Depression hierdurch nicht hinreichend erklärt werden.

Andererseits führt gerade diese klinisch festgestellte Komorbidität in Zusammenhang mit der starken Skalenausprägung in der Persönlichkeitsskala Depressive PA im IKP, zu der Frage, ob es sich hierbei immer um eine im Zusammenhang mit der PS auftretende isolierte spezifische (symptomatische) psychische Störung (im Sinne einer Achse-I-Störung des DSM) handelt oder ob es sich in einzelnen Fällen auch um eine komorbid auftretende weitere PS im Sinne einer depressiven PS handeln könnte, die in der ICD-10 nicht als Diagnose geführt wird und folglich auch nicht verschlüsselt werden kann. Ferner könnte es sich auch um eine spezifische Qualität der depressiven Symptomatik bei Borderline-Patienten handeln, die eine enge Verwandtschaft zur Depressiven PA aufweist und sich somit von der Patientengruppe mit affektiven Störungen unterscheidet. Diese Annahme wird auch im Kontext der signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Gruppe 1 und 2 hinsichtlich dieser Skala bei deutlich höherer Anzahl komorbider affektiver Störungen (79,2%) in der Gruppe der Patienten mit anderen PS gegenüber der relativ geringen Kodiagnose in der Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS (36,8%) gestützt (vgl. Abschnitt Material und Methoden).

Als Unterscheidungskriterium zwischen der depressiven Stimmung bei Borderline-Patienten und Patienten mit einer depressiven Episode wird von verschiedenen Autoren (u.a. Gunderson und Phillips, 1991) das weitgehende Fehlen von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen und das Vorherrschen einer depressiven Leere oder Wut („Spannungen“) gegen sich selbst angeführt. Auch im psychoanalytischen Konzept (vgl. Rohde-Dachser, 1986) der Borderline- PS wird die auftretende Depression dadurch charakterisiert, dass Schuldgefühle weitgehend fehlen und sich stattdessen in Form von Wut gegen sich selbst und andere äußert. Ob dieses Kriterium zur Differenzierung ausreicht, kann angezweifelt werden, da Selbstanklage (Kriterium 3) und Schuldgefühle (Kriterium 7) Teilkriterien der Depressiven PS in den Forschungskriterien des DSM-IV darstellen (neben der beschriebenen Abwertung der eigenen Person und interpersoneller Beziehungen), auf die sich die Depressive PA des IKP konzeptionell bezieht. Die häufig festgestellte Komorbidität zwischen den Borderline-PS und den affektiven Störungen gilt zwar als gesichert (vgl. Pfohl et al., 1991; Tyrer et al., 1997; Fiedler, 2001a), kann aber nicht zur Erklärung der hier vorliegenden Ergebnisse herangezogen werden.

Ferner bleiben die Gründe für diese festgestellte Komorbidität umstritten und werden in den zahlreichen gegenwärtigen Forschungsarbeiten kontrovers diskutiert.

Von einigen Autoren wird die Ansicht vertreten, dass diese Störungen im Hinblick auf physiopathologische Mechanismen unabhängig voneinander koexistieren und die festgestellte Komorbidität ein Artefakt des gegenwärtigen Klassifikationssystems sei. Demzufolge stelle die Borderline- PS keine Variante einer Achse- I-Störung dar (vgl. Paris, 2005). Diese Ansicht wird auch durch die unterschiedliche Beeinflussbarkeit der depressiven Merkmale bei Borderline Patienten gegenüber einer „klassischen Depression“ mittels antidepressiver Medikation gestützt (vgl. Shea et al., 1990; Soloff, 2000).

Andere Autoren wiederum postulieren eine engere familiäre Beziehung der Borderline PS zu den depressiven Störungen (u.a. Bellino et al., 2005) mit der Annahme eines zugrundeliegenden psychopathologischen Prozesses.

Paris (2004) wiederum sieht die Versuche einen gemeinsamen „Hintergrund“ von bipolaren affektiven Störungen und der Borderline Störung zu beweisen als fehlgeschlagen an.

Im Zusammenhang mit der Rolle der Zykllothymie in atypischer Depression, schlugen Perugi et al. (2003) eine Zugehörigkeit der Borderline- Störung zu einem expandierten „bipolaren Spektrum“ vor, dass die für Borderline- Patienten typischen rasch wechselnden Stimmungsschwankungen widerspiegeln würde. Die Annahme, dass die affektive Instabilität dieser Patienten eine mildere Form der „Gemütsschwingungen“ bipolarer Störungen darstellt, konnte jedoch nicht bestätigt werden (vgl. Koenigsberg et al., 2002).

Die affektive Instabilität bzw. die zugrundeliegende unangemessene Affektregulation wird innerhalb der Verhaltenstherapie als primäre Dysfunktion der Patienten angesehen (vgl. Linehan, 1993) und explizit in die Nähe der affektiv-depressiven Störungen gerückt.

In diesem Kontext wird von einigen Autoren auch die Annahme vertreten, dass die Borderline-PS einen möglichen Risikofaktor bzw. eine prämorbid Risikopersönlichkeit für die spätere Entwicklung von depressiv-affektiven Störungen darstellen könnte (vgl. Untersuchungen von Gunderson und Zanarini, 1987; Gunderson und Phillips, 1991). Diese Ansicht ist aber erst in Ansätzen erforscht (Fiedler, 2001a).

In diesem Bereich wird insbesondere durch Akiskal (1992) die weit reichende Forderung vertreten, die Borderline- Diagnose aufzugeben und dieses Patientenkollektiv unter die Subgruppen der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung einerseits und einer PS mit zyklotymen Temperamentsausstattung bzw. zyklotymen, affektiven Störung andererseits zu subsumieren.

Diese Auffassung unterstützt zwar die Annahme einer Depressiven PS, wie in dem vorliegenden IKP intendiert und könnte auch zur Erklärung der festgestellten starken Skalenausprägung der „Borderline- Gruppe“ im Bereich der Depressiven PA herangezogen werden, jedoch bleibt die Interpretation der bisher dazu vorliegenden Befunde problematisch (vgl. Nigg und Goldsmith, 1994; Paris, 2005).

Die Forderung verschiedener Autoren, eine depressive PS in die Klassifikationssysteme aufzunehmen (u.a. Fiedler, 2001a; McDermut et al., 2003), welche bisher nur im Anhang des DSM-IV als Forschungsdiagnose geführt wird, erscheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse auch im Hinblick auf die weitere Erforschung der Komorbidität auf empirischer und konzeptueller Ebene zwischen der Borderline- PS und den affektiven Störungen sinnvoll. Zumal in den heutigen Klassifikationssystemen nicht mehr grundsätzlich im Sinne einer klaren systematischen psychopathologischen Abgrenzung zwischen psychotischen und neurotischen bzw. zwischen endogenen und reaktiven Depressionsformen differenziert wird.

Die Etablierung einer Depressiven PS könnte auch hinsichtlich der möglicherweise notwendigen Revision der reinen Ich- Syntonie- Annahme der PS von Nutzen sein:

Eine Schwierigkeit bei der Feststellung depressiver Persönlichkeitsmerkmale sehen einige Autoren (u.a. Fiedler, 2001a) darin, dass es sich hierbei um Stimmungsmerkmale handelt, die von den Betroffenen selbst als ich- dyston erlebt bzw. geschildert werden. Von vielen Autoren wird aber die sog. Ich- Syntonie als zentrales Kriterium zur Bestimmung von PS betrachtet (vgl. Stone, 1993; Bronisch, 2002), während Symptome demgegenüber Ich- dyston seien.

Diese Auffassung liegt auch der DSM- Einteilung in Achse- I- Störungen (spezifische psychische Störungen, „states“ als zeitlich umschriebene Zustände) und Achse- II- Störungen (Persönlichkeitsstörungen, „traits“, im Sinne überdauernder Merkmale) zugrunde.

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass es sich beim IKP um ein Selbstbeurteilungsinstrument handelt. Diese theoretische Annahme einer klaren Abgrenzung von „ich-zugehörigen“ und „ich- fremden“ Merkmalen wird jedoch von verschiedenen Autoren als problematisch und empirisch kaum verifiziert eingestuft (vgl. Herpertz und Saß, 2003), da verschiedene Persönlichkeitszüge durchaus als ich- fremd erlebt werden könnten, wie beispielsweise emotionale Instabilität oder ein geringes Selbstwertgefühl mit demzufolge vorhandener therapeutischer Modulationsfähigkeit.

Fiedler (2001a) leitet aus den als ich- dyston erlebten Verstimmungen der Patienten mit einer depressiven PS die Entwicklung bestimmter interpersoneller Selbstschutzverhaltensgewohnheiten der Betroffenen ab, die wiederum ihre depressive PS ausmachen. Ein ähnliche Begründung für die Einführung einer Depressiven PS findet sich auch in den Arbeiten von Klein et al. (1993).

In diesem Kontext wird auch diskutiert, dass die selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Borderline- Patienten eine Möglichkeit zur Regulation eines unangenehmen (dysphorischen) emotionalen Zustandes darstellen (vgl. Herpertz, 1995; Kemperman et al., 1997). Dieser Zustand tritt häufig reaktiv in Folge negativer Erfahrungen, wie z.B. interpersonellen Konflikten, Zurückweisung und „Versagen“ auf (vgl. Russ et al., 1992; Herpertz, 1995).

Die festgestellten signifikanten Gruppenunterschiede mit starker Ausprägung der Skala Impulsiv-explosible PA für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS stehen im Einklang mit dem Konzept der Borderline- PS im DSM-IV, in welchem sowohl „Impulsivität“ (Kriterium 4, siehe Einleitung) als auch „Wut“ (Kriterium 8) als charakteristisch für diese PS angesehen werden. Die Borderline- Skala im IKP erfasst hingegen nur das Kriterium 4 direkt, der Merkmalsbereich des 8. Kriteriums wurde hauptsächlich auf der Explosibel-cholerischen PA platziert (vgl. Ausführungen im Abschnitt Material und Methoden). Dieser PA wurde wie bereits erläutert neben dem Konzept des „Explosiblen Charakters“ (Schneider, 1934) und der Explosiblen intermittierenden Störung nach DSM-IV auch der Impulsive Subtyp der Emotional-instabilen PS zugrundegelegt.

Die starke Skalenausprägung kann auch zunächst nicht nur durch die klinische Zusammensetzung dieser Patientengruppe hinreichend erklärt werden, da der Impulsive Subtyp der Emotional- instabilen PS nur bei zwei Patienten diagnostiziert wurde (siehe Tabelle 4). Aus dem Gesagten könnte somit die Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass der „Explosible“ Merkmalsbereich zentral im Borderline- Konzept verankert ist.

Die in dieser Patientengruppe ausgeprägte Aggressivität wird auch durch die signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der SCL-190 in der gleichnamigen Skala deutlich.

Einschränkend bleibt aber die bereits erwähnte starke Verzahnung des Borderline- Typus mit dem Impulsiven- Typus der Emotional-instabilen PS in den ICD-10- Kriterien anzumerken, die eine unabhängige Abgrenzung dieser beiden Subtypen wesentlich erschwert.

Da zudem der Borderline- Typus mehr Kriterien des Impulsiven- Typus erfüllen muss als aus dem eigenen Kriterienbereich, erscheint eine klare Unterscheidung klinisch nicht umsetzbar.

Ferner kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass sich in der Gruppe der Patienten mit klinisch diagnostizierter Emotional- instabiler PS ein Patientenanteil befindet, bei dem es sich um eine „Explosible“ PS handeln könnte, zumal in den „Dazugehörigen Begriffen“ der Leitlinien der Impulsive Typus mit der „Reizbar-explosiblen Persönlichkeit“ gleichgesetzt wird. Diese war im Sinne einer PS in der ICD-9 noch vorhanden (vgl. Degkwitz et al., 1980). Andererseits kann die hohe Skalenausprägung auch nicht allein auf diese mögliche „Kontamination“ zurückgeführt werden, da es sich dann um einen nicht unerheblichen Patientenanteil mit „Explosibler PS“ in dieser Patientengruppe handeln müsste.

Des Weiteren bleibt in diesem Kontext zu berücksichtigen, dass die Skala Antisoziale PA keine signifikanten Gruppenunterschiede aufweist. Diese bezieht sich auf die Dissoziale PS gemäß ICD-10 und die Antisoziale PS gemäß DSM-IV, wobei Impulsivität wegen der möglichen Überschneidung zur Impulsiv-explosiblen PA nicht in die Kriterienzusammenstellung aufgenommen wurde. Die Antisoziale PA erfasst vorwiegend ein rücksichtsloses, selbstbezogenes Verhalten unter Missachtung gesellschaftlicher Normen, verbunden mit einem Mangel an Empathie und Schuldbewusstsein. Die IKP-Itembeschreibungen dieser PA (vgl. Abschnitt 7.1 und 7.2 im Anhang) verdeutlichen, dass aggressives Verhalten vor allem beim Durchsetzen eigener Interessen auftritt. Insofern unterscheidet sich diese PA auch von der Impulsiv-explosiblen PA, bei der der Impulskontrollverlust im Mittelpunkt steht und mit (unvermittelten) Ausbrüchen von Wut und Gewalt einhergeht, die von der Person eher ich- dyston erlebt werden („Ich erlebe oft wahnsinnig starke Anfälle von Wut und Ärger, die mir eigentlich wesensfremd sind.“).

Vor diesem Hintergrund scheint in dieser Untersuchung in der Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS gegenüber den beiden anderen Gruppen -trotz der genannten Einschränkungen- ein erhöhtes Maß an impulsiver Aggressivität zu bestehen.

Impulsivität wird neben der bereits erwähnten affektiven Instabilität von vielen Autoren als zentraler Kernbereich des klinischen Störungsbildes angesehen (Siever und Davis, 1991; Links et al., 1999). Die Impulsivität manifestiert sich auf vielfältige Weise einerseits in selbstschädigenden Verhaltensweisen wie beispielsweise Substanzmissbrauch oder suizidalen Handlungen, andererseits in fremdschädigenden aggressiven Handlungen (vgl. Herpertz et al., 2000).

Die Korrelationen zwischen der Impulsiv-explosiblen PA und den SCL-190- Skalen Suizidalität, Selbstverletzung und Selbstabwertung (Suizid) sowie Drogenprobleme (Drogen) liegen in dieser Untersuchung nur in einem mittleren Bereich. Hierbei bleibt zu berücksichtigen, dass es sich um ein stationäres Patientenkollektiv handelt, die sich bereits in einer Therapiephase befinden. Dementsprechend ließen sich diese Akutsymptome zu diesem Erhebungszeitpunkt möglicherweise weniger auf impulsive Handlungsmuster zurückführen.

Auch Selbstverletzungen werden häufig als impulsive Verhaltensweisen beschrieben, wobei die Rolle von Impulsivität in diesem Rahmen bislang noch ungeklärt bleibt. Eine mangelnde Impulskontrolle wird als nicht notwendiger aber dennoch ausreichender Faktor für selbstverletzende Handlungsweisen diskutiert (vgl. Herpertz et. al., 1995).

Auch Linehan (1993/1996) berichtet über emotionale Erregungszustände bei Borderline-Patienten, die sehr schnell ansteigen, lange bestehen bleiben und häufig durch „Belanglosigkeiten“ evoziert werden. Diese Zustände (in Analogie zu den inneren Spannungszuständen z.B. bei Herpertz und Saß, 1997) seien häufig nur durch dysfunktionales Verhalten wie beispielsweise Selbstverletzungen beendbar.

Auch neurobiologische Studien zur Borderline PS, die biologische und genetische Ursachen untersuchten, zeigten eine stärkere Verbindung zu den „impulsive traits“ als zur klinischen Diagnose (Siever et al., 2002).

Aggressivität sowie impulsive Gewalttätigkeit lassen sich vor allem bei Männern feststellen (vgl. Fiedler und Mundt, 1996). In der betrachteten Gruppe überwiegt jedoch der Frauenanteil (siehe Material und Methoden), entsprechend den Ergebnissen anderer Studien an klinischen Stichproben (u.a. Akhtar et al., 1986; Gunderson und Sabo, 1993), so dass eine Beeinflussung durch das Geschlecht konsekutiv nicht angenommen werden kann, zumal diese zusätzlich durch die Kovarianzanalyse (siehe Ergebnisse) ausgeschlossen wurde.

Diese Ergebnisse sprächen demzufolge für das Zusammenführen der beiden Subgruppen in der ICD-10 zu einer Störungseinheit, wie es auch die Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten nahe legen (u.a. McGlashan, 1992), die über Aggressivität und Gewalt bei Borderline- Patienten berichten. Andererseits stehen weitere Arbeiten zur näheren Betrachtung dieser implizit geschlechtstypischen beiden Subgruppen (siehe Einleitung) noch aus (vgl. Fiedler, 2001a).

Die signifikanten Gruppenunterschiede der Skalen STY, SCH sowie PAR (siehe Ergebnisse), die historisch dem „Schizophreniespektrum“ entlehnt sind und sich konzeptuell auf die Schizoide, Paranoide und Schizotypische PS beziehen, stellen eine besondere Beziehung zwischen den historischen Wurzeln der Borderline- Störung (siehe Einleitung) und den gegenwärtigen Kontroversen hinsichtlich der Frage, inwieweit psychotische Phänomene im Bereich der Borderline- Störung verankert sind, her.

Diese Diskussion reicht bis in den Bereich der gegenwärtig expandierenden Traumaforschung hinein. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch der signifikante Gruppenunterschied mit starker Ausprägung der Skala Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung für die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS.

Hinsichtlich der Skala Schizoide PA weist die Gruppe der Patienten mit Emotional instabiler PS zwar den höchsten Mittelwert auf, die gefundenen signifikanten Gruppenunterschiede erweisen sich im Stufenvergleich aber ausschließlich auf den Unterschied zur Gruppe ohne PS beruhend. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zur Gruppe mit anderen PS. Demzufolge handelt es sich auch nicht um eine Borderline spezifische Merkmalsakzentuierung.

Entgegen den ursprünglichen Annahmen bietet die zugrundeliegende Schizoide PS keine besondere Nähe zum Schizophreniespektrum (vgl. Mellsop, 1972, 1973; Siever, 1981) und wird dementsprechend in den heutigen operationalisierten Diagnosesystemen als eigenständige, sozial distanzierte, kontaktarme PS aufgefasst (vgl. Kalus et al., 1995).

Ein weiterer Kernbereich neben der sozialen Isolation stellt die aus der Außenperspektive beobachtbare Einschränkung des Gefühlsausdrucks dar (vgl. Fiedler, 2001a).

Im Gegensatz zu den früheren Fassungen wird in DSM-IV und ICD-10 verstärkt eine anhedonische Komponente (vornehmlich im sozialen Kontext) betont. Durch diese freudlosen Persönlichkeitsmerkmale weist die Schizoide PA eine Nähe zur Depressiven PS auf, die als eine mögliche Ursache für die hohe Skalenausprägung in der Patientengruppe mit Emotional instabiler PS herangezogen werden kann, auf die entsprechenden Zusammenhänge wurde bereits eingegangen. Fiedler (2001a) weist in diesem Kontext darauf hin, dass sich schizoide Personeigenarten unter anderem auch im Gefolge von Extrembelastungen oder anhaltendem Substanzmissbrauch (z.B. Alkoholabhängigkeit) entwickeln können, die mit der Borderline- Störung assoziiert sind.

Die Schizoide PA spiegelt darüber hinaus einen von Leihener et al. (2003) vorgeschlagenen Subtyp der Borderline- Störung wider: den autonomen Typus.

Dieser steht in der von diesen Autoren vorgeschlagenen Zweiteilung der Borderline-Patienten hinsichtlich ihres selbstbeschriebenen interpersonellen Verhaltens einem dependenten Subtypus gegenüber. Borderline-Patienten, die ersterem Typus zugeordnet werden können, beschrieben sich selbst als zurückhaltend und kalt, hätten Schwierigkeiten Affekte zu zeigen und wären übermäßig darauf bedacht, ein limitiertes Maß an Intimität anderen gegenüber zuzulassen, verbunden mit der Schwierigkeit sich jemanden nah zu fühlen. Dieser vorgeschlagene Subtyp kann zwar zur Erklärung der in dieser Untersuchung gefundenen Skalenausprägung SCH in der Gruppe 1 herangezogen werden, erscheint aber als Begründung nicht hinreichend, zumal dem gegensinnigen Pol in Form des dependenten Typus keine entsprechenden signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Skala Dependente PA zugeordnet werden können.

Ferner korrelieren die Skalen der Borderline- und Dependente- PA im Vergleich zu den anderen IKP- Skalen nur auf einem schwach mittleren Niveau (siehe Ergebnisse). Diese Korrelation könnte auch unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass das A (1) Kriterium („Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden“) der Borderline- PS des DSM-IV, das kein entsprechendes Korrelat in der ICD-10 aufweist, Eingang in die Skalenkonzeption zur Borderline- PA im IKP fand.

Ferner können durch diese beiden (relativ eng gefassten dichotomen) Subtypen weder die insgesamt festgestellten sehr heterogenen Skalenausprägungen im IKP als Ergebnis eines Selbstbeurteilungsinstrumentes hinsichtlich der Patientengruppe mit Emotional instabiler PS noch die ebenfalls hohe Mittelwertausprägung der Skala SCH in der Gruppe mit anderen PS erklärt werden.

Bei Betrachtung der Skala Paranoide PA zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Patienten mit Emotional instabiler PS und der Gruppe ohne PS, wobei erstere den höchsten Mittelwert aller drei Gruppen aufweist. Der Vergleich zwischen den beiden PS-Gruppen (Gru1 und Gru2) erreicht hingegen keine statistische Signifikanz. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Beobachtung, dass die abzubildende Paranoide PS im Vergleich zu anderen PS die höchsten Komorbiditätsraten aufweist, wobei am häufigsten Gleichzeitigkeitsdiagnosen (gemäß DSM-IV) mit der Borderline, der Narzisstischen, der Selbstunsicheren, der Schizotypischen sowie der Passiv-aggressiven PS vorkommen (vgl. Bernstein et al., 1993).

Die Paranoide PA fokussiert das psychopathologische Leitmotiv Misstrauen in interpersonellen Beziehungen, wobei durch das Fehlen psychotischer Symptome (wie Wahnphänomene oder Halluzinationen) eine Abgrenzung zur Schizophrenie sowie den wahnhaften (paranoiden) Störungen, die den Achse- I- Störungen angehören, erfolgt. Demzufolge besitzt die festgestellte Skalenerhöhung der Paranoiden PA auch keine Bezüge zum A 9-Kriterium des DSM-IV („vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen...“) der Borderline- PS, wie die gleichnamige Bezeichnung suggerieren könnte.

Als Hauptursache für das Misstrauen der Paranoiden PS wird eine hohe Sensitivität gegenüber Kritik bzw. Kränkung angesehen, die konsekutiv zu einer Fehleinschätzung zwischenmenschlicher Ereignisse führt (vgl. Fiedler, 2001a). Das Merkmal einer übermäßigen Empfindlichkeit gegenüber Beanstandungen durch andere ist in den ICD-10-Kriterien der Emotional-instabilen PS (impulsiver Typus) im Zusammenhang mit der Bereitschaft auf Kritik durch andere mit impulsiven Verhalten zu reagieren, enthalten. Hierdurch ergeben sich auch Beziehungen zu den bereits beschriebenen Skalenerhöhungen der Passiv-aggressiven PA im IKP sowie der Belastungsdepression auch im Sinne einer Anforderungs- und Leistungsangst im SCL-190.

Die übermäßige Sensitivität gegenüber Kritik verband die Borderline- PS auch mit dem einstigen Kriterium A (1) („Reaktionen auf Kritik“) der Narzisstischen PS gemäß DSM-III-R (vgl. Gunderson, 1989), welches im DSM-IV wegen einer unzureichenden Abgrenzung zur Paranoiden und Borderline-PS zurückgestellt und durch ein „Arroganz“-Kriterium ersetzt wurde (vgl. Gunderson et al., 1995).

Entsprechend bilden die DSM-IV -Kriterien der Narzisstischen PS ein homogenes egozentrisch-arrogantes Persönlichkeitsbild ab, in welchem die hohe Sensibilität gegenüber Kritik infolge eines verletzlichen Selbstwertgefühls nur noch implizit enthalten ist (vgl. Kriterium A(4) „verlangt nach übermäßiger Bewunderung“).

Als Ursache für diese (relativ enge) gemeinsame „Schnittmenge“ einer erhöhten Kritikempfindlichkeit zwischen der Narzisstischen und der Borderline- PS kann die bei beiden Störungen vorhandene Selbstwertproblematik (Ronningstam und Gunderson, 1991; Fiedler, 2001a) angesehen werden.

Als Kernsymptom insbesondere zur Abgrenzung von der Borderline- PS kann die „Grandiosität“ im Selbstbild der narzisstisch gestörten Personen gelten (vgl. Ronningstam und Gunderson, 1991), ferner der relative Mangel an Impulsivität, selbstzerstörerischem Verhalten bei einer insgesamt stabileren Persönlichkeitsstruktur mit beständigeren Rollenfunktionen (vgl. Gunderson, 1989; Fiedler, 2001a).

Von psychoanalytischer Seite wird durch Kernberg (1975, 1976) die Auffassung vertreten, dass es sich bei der Borderline- und der Narzisstischen- PS um zwei ähnliche, verwandte Störungen handelt, wobei erstere, parallel zu den obigen Ausführungen, die psychopathologisch schwerer gestörte Form darstellt. Während der dominierende Abwehrmechanismus bei der Borderline- PS die „Spaltung“ mit verschiedensten Symptombildungen (siehe Einleitung) darstellt, zeigt die Abwehrstruktur der narzisstisch gestörten Personen weniger pathologische Auffälligkeiten (bessere soziale Integration, relativer Mangel an Impulskontrollstörungen), vgl. Fiedler, 2001a.

Kernberg (1975) zufolge stellt der Narzissmus eine lebensgeschichtlich spätere Bewältigung einer zugrundeliegenden Borderline- Persönlichkeitsstruktur dar, wobei die zwischenmenschlichen Unsicherheiten fortbestehen und beispielsweise in Form von Dependenzängsten oder Misstrauen zutage treten, wodurch wiederum eine Beziehung zur Paranoiden PS entsteht.

Demzufolge stimmt die fehlende signifikante Skalenerhöhung für die Narzisstische PA im IKP in der vorliegenden Untersuchung für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS auf inhaltlich-konzeptioneller Ebene mit den obigen Ausführungen überein, zumal sich diese als psychopathologisch auffälligste Gruppe in den Selbstbeurteilungsinstrumenten darstellt (siehe Ergebnisteil).

Die bereits erwähnten paranoiden Persönlichkeitszüge führen zu einer abnehmenden Bereitschaft anderen zu vertrauen sowie einem anklagenden Haltung anderen gegenüber, mit der Folge einer zunehmenden Schwierigkeit zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten (vgl. Benjamin, 1995). Mögliches Resultat wäre eine zunehmende soziale Isolierung. In diesem Zusammenhang könnten die paranoiden Züge neben der affektiven Instabilität der Patienten mit Emotional-instabiler PS als mitbedingende Ursache für die bei diesen Patienten besonders beobachtbaren Beziehungsstörungen angesehen werden. Die bereits beschriebenen Skalenerhöhungen für die Schizoide PA könnten in diesem Kontext auch als Resultat eines „paranoiden Verhaltens“ dieser Patienten in interpersonellen Beziehungen interpretiert werden, wobei im Gegensatz zur Schizoiden PS soziale Isolation sekundär entsteht, obwohl sie primär nicht intendiert ist.

Unterstützt wird diese Annahme durch die relativ hohe Korrelation zwischen den Skalen Schizoide und Paranoide PA (siehe Tab.33 und 34 im Anhang).

Ferner weisen in dieser Untersuchung weder die paranoiden noch die schizoiden Merkmalsbereiche durch den nicht-signifikanten Gruppenunterschied zur Gruppe mit anderen PS eine „Borderline- Spezifität“ auf (vgl. Tab.12).

Aufgrund des überwundenen historischen Borderline- Konzepts als Phänomen im Grenzbereich zu den schizophrenen Störungen (siehe Einleitung) sowie der erfolgten Trennung von Schizotypischer und Borderline- PS in der Folge der Arbeiten von Spitzer et al. (1979), ist die relativ hohe Skalenausprägung hinsichtlich der Schizotypischen PA für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS, die sich signifikant von den beiden anderen Patientengruppen unterscheidet, von besonderer Bedeutung. Relevant erscheint dieses Ergebnis auch hinsichtlich der aktuellen Kontroversen, inwieweit psychotische Phänomene eine diagnostische Signifikanz für die Borderline- PS besitzen (vgl. Dowson et al., 2000). Diese Diskussion betrifft auch das in DSM-IV neu aufgenommene A(9)- Kriterium, das deutliche Übergänge zu (reaktiven) dissoziativen und paranoid-halluzinatorischen Achse- I-Störungen aufweist und somit eine „psychosenahe“ Störungsform impliziert. Die Hinzufügung dieses Kriteriums wird von verschiedenen Autoren als beträchtliches Konstrukt- und Operationalisierungsproblem angesehen (vgl. Widiger et al., 1992). Dahl (1995) wies in seinen Arbeiten die primäre Zugehörigkeit dieses Kriteriums zur Schizotypen PS nach.

In den Klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird ein ähnliches Kriterium der Schizotypen Störung zugeordnet, welche wiederum nicht in den Bereich der PS eingeordnet wird, sondern im Kapitel „F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. Ferner sind in der ICD-10-Diagnose zur Emotional-instabilen PS auch keine psychosenahe oder dissoziativen Elemente enthalten.

Parallel wurden in die Konzeption der Borderline- Skala auch zur Abgrenzung zur Schizotypen PS im vorliegenden IKP keine diesbezüglichen Items aufgenommen. Fiedler (2001a) konstatiert, dass die Diagnosekriterien der Schizotypen und Borderline- PS nach wie vor in nur etwa der Hälfte der Fälle eine klare Zuordnung zu einer der beiden Störungen ermöglichen (vgl. auch Perry und Klerman, 1980; Khouri et al., 1980; Gunderson et al., 1983). Hierbei bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass sich die genannten Arbeiten noch an früheren DSM- Versionen orientieren, die zum einen keine konsekutive Übertragung auf das gegenwärtige Klassifikationssystem erlauben und zum anderen unterschiedliche Erhebungsinstrumente zur Diagnosefindung eingesetzt wurden.

Andererseits können die in diesen Arbeiten festgestellten „Überlappungen“ beider Diagnosen nicht auf psychotische Erlebensweisen oder dissoziative Phänomene zurückgeführt werden, da diese in den früheren DSM- Klassifikationen zur Borderline- PS noch nicht enthalten waren.

Vor dem Hintergrund des in dieser Untersuchung vorliegenden Ergebnisses einer hohen Skalenausprägung hinsichtlich der Skala Schizotype PA für die genannte Patientengruppe erscheint die klare Grenzziehung unter Ausgliederung dissoziativer oder psychosenaher Störungsqualitäten für die Borderline- PS zunächst fraglich. Die im IKP intendierte Schizotype PA spiegelt das Bild eines subklinischen paranoid-halluzinatorischen Erlebens und Verhaltens mit bizarrer Wirklichkeitserfassung wider. Die Itemumsetzung der sozialen Defizite (in DSM-IV in den Kriterien A(8) und A(9) enthalten) erfolgt sekundär aus der paranoid veränderten Sichtweise der Betroffenen und stellt somit keine Einschränkung des sozialen Kontaktbedürfnisses wie bei der Schizoiden PS dar. Es stellt sich somit die Frage, wodurch die erwähnte hohe Skalenausprägung bedingt sein könnte. Als mögliche Teilerklärung könnte das besonders häufige Auftreten paranoider Gedanken und Phantasien bei beiden PS herangezogen werden, wobei diese bei der Borderline- Störung eher reaktiv in der Folge kritischer Lebenserfahrungen vorkommen (vgl. Fiedler, 2001a). In der vorliegenden Untersuchung zeigen zwar sowohl die Schizotypische als auch die Borderline PA eine hohe Korrelation (zwischen $r = .50$ und $.60$) zur Paranoiden PA, diese erfasst aber wie bereits erwähnt einen anderen Merkmalsbereich als den der hier angesprochenen Achse- I-Bereich und kann demzufolge nicht zur Bestätigung herangezogen werden.

Das Auftreten kurzzeitiger psychotischer Episoden bei Borderline- Patienten wird auch von Autoren angegeben, die diese als eine von der Schizophrenie unabhängigen PS verstehen (vgl. Pope et al., 1985; Rohde-Dachser, 1989; Zanarini et al., 1990; Nishizono-Maher et al., 1993). Als bedingende Ursache für diese „Präsenz“ wird psychische Erregung (Stress) angeführt, gekennzeichnet seien diese durch eine vollständige Reversibilität, eine kurze Zeitspanne des Auftretens sowie das Ich-fremde- Erleben (vgl. Gunderson und Singer, 1975). Weitere Variablen, die positiv mit dem Auftreten psychotischer Züge assoziiert zu sein scheinen sind: junges Alter, weibliches Geschlecht und Missbrauch in der Kindheit (vgl. Nishizono-Maher et al., 1993; Sternbach et al., 1992). Die psychotischen Phänomene umfassen unter anderem Derealisation, Depersonalisation, Beziehungsideen, Körperwahrnehmungsstörungen sowie Dissoziationen einschließlich Amnesien und Fugue-Zuständen (vgl. Sternbach et al., 1992; Brodsky et al., 1995).

Ferner sollte berücksichtigt werden, dass sich das zugrundeliegende Konzept der vorliegenden „Schizotypie- Skala“ auf eine Persönlichkeitsakzentuierung bezieht und es sich um keine reine „Psychose-Skala“ im Sinne einer schizophrenen Störung, die der Achse- I des DSM zuzuordnen wäre, handelt. Es werden zwar „produktive“ paranoid-halluzinatorische Symptome erfasst, diese beziehen sich aber weitestgehend auf das zugrundeliegende Konzept der Schizotypischen PS und erreichen nicht den Grad einer ausgeprägten psychotischen Störung.

Des Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die auftretenden psychotischen Merkmale bzw. die hohe Skalenausprägung für die Schizotypische PA bei dieser Patientengruppe durch eine komorbide (unverbunden oder verbunden) auftretende Achse- I-Störung bedingt sein könnte(n). In diesem Kontext sind insbesondere der Substanzmissbrauch, der bei annähernd der Hälfte der Patienten innerhalb dieser Gruppe auftritt (siehe Tabelle 4) sowie der depressiv-affektive Störungsbereich zu nennen. Beide Faktoren können als kausaler Faktor für das Auftreten psychotischer Phänomene angesehen werden (vgl. Dowson et al., 2000). Einschränkend wird von diesen Autoren jedoch eingeräumt, dass durch den Substanzmissbrauch nur eine Minderheit der Verbindungen zwischen psychotischen Phänomenen und der Borderline- PS erklärbar sei (vgl. ähnliche Befunde durch Miller et al., 1993).

Ferner können sich Schizotypische Merkmale auch in Form einer Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F 62.1) nach langfristiger medizinischer Therapie psychischer Störungen entwickeln, vor allem im Gefolge neurologischer Veränderungen bei einem chronischen Substanzmissbrauch (vgl. Fiedler, 2001a). Diese im Verlauf unter den genannten Umständen auftretenden Anteile der Persönlichkeit könnten somit eine mitbedingende Ursache für die Skalenerhöhung darstellen, diese jedoch nicht vollständig aufklären. Diese veränderten „schizotypen“ Persönlichkeitsmerkmale wären demzufolge nicht primär dem „Kernbereich“ der Borderline- Störung zuzuordnen, sondern entstünden sekundär aus einer anderen Störungsqualität beispielsweise im Kontext des Impulskontrollverlustes.

In jüngster Zeit wird insbesondere im Bereich der Traumaforschung die Hypothese vertreten, dass Dissoziation mit der Entwicklung psychotischer Phänomene bei einigen Borderline- Patienten eng verbunden ist (vgl. Dowson et al., 2000). Diese Annahme basiert auch auf der Feststellung der Assoziation zwischen Borderline- PS und psychotischen Symptomen einerseits und vorhergehender hoher „Verknüpfung“ zwischen Borderline- PS und Dissoziation andererseits (vgl. Brodsky et al., 1995).

Parallel zu diesen Befunden zeigt die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS den höchsten Mittelwert bezüglich der Skala Dissoziative PA, der sich signifikant von den beiden anderen Gruppen unterscheidet. Während Beziehungsideen und paranoide Vorstellungen eine gemeinsame „Schnittmenge“ zwischen der Schizotypischen- und der Borderline- PS bilden, sind diese bei der Dissoziativen PA nicht oder nur in schwachen Ansätzen erkennbar. Da die Skala der Dissoziative PA wesentlich höher mit der Schizotypischen PA als mit der Borderline PA- Skala korreliert (siehe Ergebnisse), könnten die beschriebenen Überschneidungen auch durch gemeinsame dissoziative Phänomene bedingt sein, die bei beiden Störungen auftreten (vgl. Fiedler, 2001b).

Andererseits muss einschränkend angemerkt werden, dass die Skala zur Dissoziativen PA einen intendierten persönlichkeitsimmanenten Merkmalsbereich abbildet. Entsprechend fand auch die „Dissoziative Identitätsstörung“ als zeitweilig dissoziierter Identitäts- oder Persönlichkeitszustand in ein und derselben Person ein wesentliche Berücksichtigung in der Skalenkonzeption (siehe Material und Methoden). Demzufolge kann eine Beeinflussung der Ergebnisse durch darüber hinausgehende dissoziative Vorgänge, die mittels des vorliegenden Fragebogens nicht erfasst werden, nicht ausgeschlossen werden. Ferner können die nachfolgend dargestellten Positionen anhand der vorliegenden Skala nur eingeschränkt diskutiert werden, da es sich um keine reine Skala zur Erfassung der dissoziativen Identitätsstörung handelt. Hieraus ergibt sich auch eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit den nachfolgend genannten Arbeiten, da je nach Konzeptzugehörigkeit unterschiedliche Bereiche dissoziativer Phänomene erfasst werden und auch die vorliegende Skala ein unterschiedliches Spektrum dissoziativer Bezüge abbildet (vgl. Material und Methoden).

Ferner sei darauf hingewiesen, dass die Erfassung dissoziativer Symptome insbesondere durch ein Selbstbeurteilungsinstrument mit einigen Fehlerquellen verbunden ist, da sich einige dissoziative Symptome teilweise außerhalb des Bewusstseins befinden (vgl. Stieglitz, 1994). Des weiteren wurden absichtliche Verfälschungen und hier vorzugsweise Dissimulationen beschrieben (Carlson und Armstrong, 1994).

In den letzten Jahren wird verstärkt diskutiert, ob die dissoziative Identitätsstörung nicht eher als symptomatischer Ausdruck einer PS angesehen werden sollte. Diese Auseinandersetzung betrifft vor allem die Schizotypische- sowie die Borderline- PS (vgl. Fiedler, 2001b).

Die augenscheinlichste Gemeinsamkeit zwischen der Dissoziativen Identitätsstörung sowie der Borderline- PS stellt die Symptomvielfalt dar, die insbesondere bei der Borderline-Störung von vielen Autoren als prototypische Konfiguration angesehen wird (vgl. Fiedler, 1997, 2001a).

Diese stellt sich auch in dieser Untersuchung in Form der heterogenen Skalenausprägungen im IKP für die Gruppe 1 dar. Wichtige gemeinsame Symptombereiche beider Störungen betreffen die affektiven Störungen (in Richtung Depressivität), die Suizidneigung, den Substanzmissbrauch sowie das selbstverletzende Verhalten, wobei die Häufigkeitsangaben je nach Studie schwanken (vgl. Fiedler, 2001b). Die bei Borderline- Patienten beobachtbare Instabilität des Selbstbildes sowie der Affektivität könnte in diesem Zusammenhang auch als dissoziativer Identitätswechsel gedeutet werden. Die ätiologische Verbindung zwischen beiden Störungen stellen die im Unterschied zu anderen psychischen Störungen häufiger feststellbaren Missbrauchserfahrungen dar (vgl. Fiedler, 2001b).

Eine weitere gemeinsame „Schnittmenge“, die in einem engen Zusammenhang mit den Traumaerfahrungen steht, stellt die gegenüber anderen Störungen erhöhte Dissoziationsneigung der Borderline- Patienten dar (vgl. Bernstein und Putnam, 1986). Diese zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung in Form der bereits erwähnten signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Skala Dissoziative PA. Verschiedene Untersuchungen wiesen darauf hin, dass die traumatischen Erlebnisse vornehmlich für die dissoziativen Phänomene bei Borderline- Patienten verantwortlich sind und weniger für die übrige Störungssymptomatik (vgl. Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990).

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen den beiden Störungen besteht darin, dass auch bei der Dissoziativen Identitätsstörung über das Auftreten „pseudohalluzinatorischer“ Erfahrungen berichtet wird, wie z.B. in Form von Stimmen einer aktuell dissoziierten „inneren Person“ (vgl. Spiegel und Cardeña, 1991).

In diesem Zusammenhang wird aktuell insbesondere von den Dissoziationsforschern als auch den Traumaforschern (vgl. Van der Kolk, 1999; Fiedler, 2001b) über die Angemessenheit des bisherigen Borderline-Konzepts diskutiert. Die Auseinandersetzung betrifft vornehmlich die Differenzialdiagnose der Borderline- PS gegenüber der Dissoziativen Identitätsstörung als auch Arbeiten zur Posttraumatischen Belastungsstörung.

Vertreter einer differenzierenden Position (wie Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990), gehen von mindestens zwei unterscheidbaren Prototypen der Borderline- PS aus: jene Patienten ohne versus jene mit dissoziativer Identitätsstörung. Letztere unterscheiden sich von den Patienten ohne dissoziative Identitätsstörung durch den ätiologisch bedeutsamen Zusammenhang mit traumatischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und/oder Jugend.

Demzufolge ergäben sich zwei oder mehrere unterschiedliche pathopsychologische Risikokonstellationen für die spätere Entwicklung einer Borderline- PS mit jeweils unterschiedlichen therapeutischen Implikationen: Der Nachweis einer dissoziativen Identitätsstörung sollte die vorrangige Fokussierung dieser Störungsmerkmale im Sinne einer Reintegration dissoziativer Erfahrungen zur Folge haben. Der mangelnde Therapieerfolg bei schwer gestörten Patienten wird auf die mangelnde Berücksichtigung der traumabedingten dissoziativen Störungen zurückgeführt (vgl. Reddemann und Sachse, 1999).

Einen ähnlich engen Zusammenhang jedoch mit anderer Gewichtung zwischen der Borderline- PS und der Dissoziativen Identitätsstörung postuliert Ross (1995). Die Dissoziative Identitätsstörung wird als übergeordnetes Störungsbild eines bestimmten Prototyps der Borderline- PS verstanden. Darüber hinaus existieren weitere Prototypen mit gleichfalls differenzierbaren Grundstörungen. Bei den Borderline- Patienten ohne dissoziative Identitätsstörung handelt es sich um eine leichtere Störungsform, die sich entsprechend dieser Hypothese zusammen mit den anderen Prototypen auf einem „Borderline- Kontinuum“ einordnen lassen.

Eine gegensätzliche Position, die mit den dargestellten Hypothesen der Dissoziationsforscher kontrastiert, wird vor allem von psychoanalytischen Forschern vertreten. Diese negieren die Existenz zweier distinkter Störungen und sehen die dissoziative Identitätsstörung als zugehörigen störungsimmanenten Anteil der Polysymptomatik der Borderline- PS an (vgl. Gunderson et al., 1996; Kernberg, 1999). Da das Konzept einer dissoziativen Identitätsstörung grundsätzlich abgelehnt wird (vgl. Merskey, 1995), erübrigt sich per se die Notwendigkeit einer weiteren Abgrenzung bei Auftreten dissoziativer Symptome. Gemäß Kernberg (vgl. Kernberg, 1984) ist die dissoziative Identitätsstörung im Sinne einer affektgetriggerten Spaltung selbst Ausdruck der Borderline- Störung.

Diese Annahme ist in das psychoanalytische Verständnis hinsichtlich der Funktion dissoziativer Störungen eingebettet:

Diese werden in Rückgriff auf Freud (vgl. Abschnitt Material und Methoden) als Abwehrmechanismus der aktiven (selektiven) Verdrängung nicht annehmbarer Erfahrungsbereiche in das „Unbewusste“ interpretiert (vgl. Fiedler, 2001a) oder auch als direkte Form der Abwehr angesehen (vgl. Nemiah, 1979).

Entsprechend vertreten auch beispielsweise Dulz und Lanzoni (1996) mit ihrem im Vergleich zum DSM-IV/ICD-10 weiter gefassten psychoanalytischen Ansatz die Eingliederung des dissoziativ- multiplen Syndroms in die Borderline- Konzeption.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen wäre eine besonders hohe Korrelation zwischen der Skala Dissoziative PA des IKP und der Skala Primitive Abwehrmechanismen des BPI zu erwarten. Diese liegt jedoch nur in einem mittleren Bereich (siehe Ergebnisse) und fällt skalenbezogen teilweise deutlich niedriger aus als die jeweiligen Korrelationen zu den Skalen Identitätsdiffusion und mangelhafte Realitätsprüfung.

Die bisher geschilderten Positionen können trotz ihrer konträren inhaltlichen Aussagen zur Erklärung der Skalenerhöhung hinsichtlich der Dissoziativen PA für die Gruppe 1 herangezogen werden. Diese Übertragbarkeit bezieht sich allerdings wie bereits ausgeführt nur auf den Anteil der Skala, der sich auf die dissoziative Identitätsstörung bezieht.

Die geschilderte psychoanalytische Position mit konsekutivem Einschluss des Kriteriums A (9) in das diagnostische Klassifikationssystem DSM-IV (1994) wird zunehmend insbesondere im Gefolge der Arbeiten im Bereich der Dissoziations- und Traumaforschung kritisch betrachtet (vgl. Fiedler, 2001b).

Auf die damit ebenfalls verbundene Operationalisierungsproblematik wurde bereits im Rahmen der Ausführungen zur Schizotypischen PA eingegangen.

Zu berücksichtigen bleibt aber andererseits, dass sowohl die bisherige Hypothese einer „frühkindlichen Traumatisierung“ als auch die pathogenetische Bedeutung von Traumaerfahrungen selbst kontrovers diskutiert wird (vgl. Figuerosa und Silk, 1997; Zanarini und Frankenburg, 1997; Paris, 1997; Van der Kolk, 1999).

Die innerhalb der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie vertretene Annahme, dass die emotionalen, physischen oder sexuellen Traumatisierungen nur innerhalb eines engen Zeitfensters der ersten drei Lebensjahre in der Ursprungsfamilie relevant sind, wird zunehmend in Frage gestellt. Van der Kolk (1999) zeigte, dass viele Traumaerfahrungen erst im späteren Kindesalter und der Jugend stattfinden, wobei auch das Miterleben brutaler Todesfälle, Kriegserlebnisse oder das Leben in einer von Gewalt geprägten Umgebung von Bedeutung sind.

Laporte und Guttman (1996) gehen davon aus, dass sich aus diesen zeitlich später stattfindenden Traumata die Entwicklung einer Borderline- Störung eindeutiger voraussagen lässt als aus den familiären Umgebungsbedingungen während der frühen Kindheit.

Die geschilderten psychoanalytischen Annahmen werden insbesondere auch von jenen Forschern kritisiert, die die dissoziative Identitätsstörung als eine von der Borderline- PS unabhängigen Störung ansehen (vgl. Kluft, 1993; Marmor, 1996). Grundlage für diese Hypothese bilden Forschungsarbeiten, die zeigten, dass eine größere Gruppe von Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung nicht die Mindestanzahl der Kriterien für eine Borderline- PS erfüllen. Die beiden Störungen seien durch zwei unterschiedliche Identitätsstörungen unterscheidbar: Bei Vorliegen eindeutiger Identitätswechsel handelt es sich um eine dissoziative Identitätsstörung, während eine Identitätsstörung ohne dissoziative Wechsel charakteristisch für die Borderline- PS sei. Die bei etwa 40% der Patienten feststellbare Gleichzeitigkeitsdiagnose beider Störungen könnten eine Folge überlappender Kriterien sein: Die Kriterien A (3), A (6) und A (9) der DSM-IV- Borderline- Diagnose können zum Symptomspektrum der dissoziativen Identitätsstörung gezählt werden (vgl. Boon und Draijer, 1993).

Weiterhin werden besondere dispositionelle Voraussetzungen im Sinne bestimmter Persönlichkeitsdimensionen für die Entwicklung dissoziativer Störungen, wie beispielsweise eine erhöhte Suggestibilität oder eine ausgeprägte Phantasie angenommen (vgl. Herman, 1992; Kihlstrom et al., 1994). Diese können auch als Erklärung dafür herangezogen werden, warum nicht bei allen traumatisierten Borderline- Patienten später dissoziative Störungen auftreten. Entsprechend halten auch Jang et al.(1998) es für eine unzulässige Vereinfachung, Dissoziation als einen Marker für vorausgegangene Traumata zu betrachten.

Diese Position ist mit dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung nur bedingt vereinbar. Die hypnoide Beeinflussbarkeit bzw. Suggestibilität fand ebenso Eingang in die Skalenkonzeption zur Dissoziativen PA wie die Dissoziative Identitätsstörung.

Die signifikante Skalenerhöhung der Gruppe 1 bezüglich dieser PA kann demzufolge an dieser Stelle nicht mit einer Kriterienüberlappung begründet werden, zumal die hier vorliegende klinische Diagnose der Emotional-instabilen PS anhand der ICD-10-Kriterien vergeben wurde, die keine dissoziativen Kriterien enthält.

Ferner erscheint durch die hohe Korrelation zwischen den beiden IKP- Skalen Dissoziative- und Borderline- PA (siehe Ergebnisteil) ein Zusammenhang zwischen den beiden zugrundeliegenden Störungen wahrscheinlich.

Die Annahme zweier grundsätzlich verschiedener Identitätsstörungen als Differenzierungskriterium wie sie von den genannten Autoren vertreten wird, kann angesichts der hohen Korrelation zwischen der Skala Identitätsdiffusion des BPI und der Dissoziativen PA im Rahmen dieser Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich in der Gruppe 1 Patienten befinden, die eigentlich die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung erhalten müssten oder diese komorbid aufweisen könnten, ohne dass diese auf klinischer Ebene diagnostiziert oder „verschlüsselt“ worden wären (siehe Material und Methoden). Selbst die Annahme einer solchen Ergebnisbeeinflussung könnte dennoch nicht die hohe Korrelation zur genannten BPI-Skala Identitätsdiffusion erklären, die sich auf das psychoanalytische Borderline- Konzept bezieht.

Als Erklärungsansatz für die dargestellten Ergebnisse kann eine weitere in diesem Kontext zunehmend diskutierte Position herangezogen werden. Diese unter anderem von Herman (1992) vertretene Auffassung postuliert die Existenz einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung in einem „Überlappungsbereich“ zwischen der Borderline- PS und der Dissoziativen Identitätsstörung. Personen mit dissoziativer Identitätsstörung können verschiedene posttraumatische Symptome, die bis zum vollständigen „phänotypischen“ Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung reichen, aufweisen. Hierzu zählen unter anderem Alpträume, Flashbacks, Alarmreaktionen oder traumaassoziiertes Vermeidungsverhalten (vgl. Fiedler, 2001b).

Parallel zu diesen Befunden wurden auch einige klinisch-phänomenologische Überschneidungen zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und der Borderline- PS festgestellt (vgl. Gunderson und Sabo, 1993).

Die chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung als vorrangig zu vergebende Diagnose soll statt der bisherigen Borderline- PS-Diagnose angewendet werden, wenn zentrale posttraumatische Kriterien, wie beispielsweise Wiedererleben des Traumas und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten sowie dissoziative Störungen überwiegen (vgl. Murray, 1993; Van der Kolk, 1999; Fiedler, 2001b).

Klinische Überschneidungen der Borderline- PS ergeben sich insbesondere mit dem Konzept der „disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)“ (vgl. Driessen et al., 2002).

Diese Störungskategorie war ursprünglich für das DSM-IV auf der Achse- I vorgesehen, wurde jedoch aufgrund mangelnder empirischer Befunde nur zur weiteren Erforschung vorgeschlagen (vgl. Davidson et al., 1996). Dieser traumassozierte Symptomkomplex weist viele Überschneidungen mit den Kriterien der Borderline- PS (gemäß DSM-IV) auf, ohne vollständig kongruent zu sein. Eine hohe Kriterienübereinstimmung besteht insbesondere für die Bereiche mangelnde Impulskontrolle, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, chronische Affektdysregulation und dissoziative Symptome (vgl. Driessen et al., 2002). Auf die traumainduzierten abrupten Identitätswechsel wurde bereits eingegangen.

Demzufolge wäre die in dieser Untersuchung festgestellte Skalenerhöhung für die Dissoziative PA auf eine Untergruppe von Patienten der Gruppe 1 zurückführbar, die entsprechend diesen Ausführungen die Diagnose einer chronifizierten Belastungsstörung erhalten könnten. Die hohe Korrelation zwischen der Skala Dissoziative PA des IKP und der Skala mangelhafte Realitätsprüfung des BPI (siehe Ergebnisse) könnte auch auf dieser Basis erklärt werden: Depersonalisations- bzw. Derealisationserfahrungen werden sowohl von Dissoziationsforschern als auch im DSM-IV den dissoziativen Störungen zugehörig betrachtet (vgl. Fiedler, 2001b) und fanden auch Eingang in die vorliegende Skalenkonzeption zur Dissoziativen PA.

Auch Spiegel und Cardeña (1991) differenzieren diese möglichen dissoziativen Veränderungen im Kontext posttraumatischer Erlebnisse: Störungen der Wahrnehmung des Selbst (z.B. Depersonalisation, dissoziative Identitätsstörung), der Außenwelt (z.B. Derealisation, Pseudo-Halluzinationen) sowie amnestische Erfahrungen. Diese Autoren diskutieren ebenfalls eine möglicherweise diathetisch bedingte erhöhte Suggestibilität als prädisponierenden Faktor zur dissoziativen Verarbeitung traumatischer Erlebnisse. Eine solche „Beeinflussbarkeit“ ist auch in der Skala zur Dissoziativen PA enthalten.

Entsprechend verstehen viele klinisch-psychologisch tätige Forscher in Rückgriff auf Janets Position (siehe Material und Methoden), kontrastierend zur bereits geschilderten psychoanalytischen Sichtweise, die Funktion dissoziativer Störungen als direkten autoregulativen Verarbeitungsprozess traumatischer Erfahrungen, die kurz- oder längerfristig persistieren können (vgl. Coons und Milstein, 1986; Putnam, 1989b).

Entgegen der hoch korrelierenden Skala Dissoziative PA korreliert die Skala Borderline-PA nur auf einem knapp mittleren Niveau mit der Skala mangelhafte Realitätsprüfung, so dass sich hier eine engere Beziehung zwischen „psychosenahen Anteilen“ und Dissoziation als zur Borderline- Störung selbst ergibt. Dies würde wiederum die obige Annahme einer traumainduzierten Psychoseentstehung bei einer Subgruppe von Borderline- Patienten bestätigen und wäre demzufolge nur ein sekundäres (konsekutives) Symptom im Rahmen der Störung. Unterstützt wird diese Annahme auch durch die im Vergleich zur Borderline- PA höhere Korrelation der Dissoziativen PA zur Skala Paranoid-halluzinatorisches Syndrom (Schiz) der SCL-190.

Entsprechend wäre dann auch eine hohe Korrelation zwischen der Skala Posttraumatisches Belastungssyndrom (Posttraum) der SCL-190 mit den IKP- Skalen Borderline und Dissoziative PA zu erwarten. Diese liegen allerdings nur in einem mittleren Bereich (zwischen $r = .42$ bis $r = .33$). Einschränkend muss an dieser jedoch eingeräumt werden, dass sich diese Skala in einer faktorenanalytischen Untersuchung zum SCL-190 als Faktor mit der niedrigsten Faktorladung herausgestellt hat (vgl. Wolfen, 2005). Darüber hinaus kann diese Skala nicht mit der gleichnamigen Diagnose gleichgesetzt werden. In dieser Untersuchung liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Skala Posttraumatisches Belastungssyndrom zwischen der Gruppe 1 (Patienten mit Emotional-instabiler PS) und der Gruppe 2 (Patienten mit anderen PS) vor. Eine valide Skala zur Erfassung posttraumatischer Symptome sowie eine weitere Untergliederung der Gruppen in Patienten mit versus ohne ätiologierelevante Traumagenese wäre in diesem Zusammenhang von Nutzen.

Unter diesen Voraussetzungen (insbesondere im Hinblick auf dann ggf. nichtbestehende Gruppenunterschiede) könnte auf das Vorliegen weiterer Vulnerabilitätsfaktoren innerhalb der „Borderline- Gruppe“ geschlossen werden, die neben der Traumatisierung und einer erhöhten Suggestibilität bei diesen Patienten besonders zur Entstehung dissoziativer Störungen beitragen. Hier wäre beispielsweise die Störung in der Modulation von Affekten (vgl. Linehan, 1993) mit konsekutiv gestörter Identitätsfindung zu nennen, die wiederum zu dissoziativen Störungen und Rollenfluktuationen führt (vgl. Fiedler, 2001a,b).

Da in den vorliegenden Fragebögen keine explizite Skala zur Erfassung einer gestörten Affektregulation existiert, kann diese Annahme nur indirekt über weitgehend ähnlich abbildende Skalen nachvollzogen werden. Die Skala Impulsiv-cholerische Aggressivität des SCL-190, die sich auf die Akutsymptomatik bezieht, kann als entsprechendes Korrelat angesehen werden.

Diese korreliert sowohl deutlich mit der Skala Dissoziative PA des IKP als auch mit der Skala Identitätsdiffusion des BPI (siehe Ergebnisse), so dass sich der geschilderte Zusammenhang auch in dieser Untersuchung nachvollziehen lässt. So stellten auch Figueroa und Silk (1997) im Rahmen ihrer Übersichtsarbeiten fest, dass bei Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eher das affektive Erregungsniveau für das Auftreten dissoziativer Phänomene verantwortlich ist.

Durch die Rollenwechsel ergibt sich für Außenstehende das Bild einer in sich „gespaltenen“ Person. Hierbei handelt es sich aber um eine hochgradig spezifische Stimmung der Person, die ihrerseits mit bestimmten kognitiven Schemata verknüpft ist (vgl. Deneke, 1999). Diese Rollenfluktuationen zeigen wiederum eine Nähe zur dissoziativen Identitätsstörung.

Auf der Basis dieses verhaltenstherapeutischen Ansatzes ließe sich auch die geschilderte Korrelation zwischen der Skala Identitätsdiffusion des BPI und der Dissoziativen PA des IKP erklären.

Ferner wird in zahlreichen Studien von einem Zusammenhang zwischen Dissoziation und selbstverletzenden Verhalten bei Borderline- Patienten berichtet. Van der Kolk et al. (1996) stellten fest, dass es während der Selbstverletzungen zu einer Zunahme der dissoziativen Phänomene kommt. Die Autoren folgerten, dass Selbstverletzungen häufig bewusst zur Beendigung dissoziativer Zustände eingesetzt werden. Sie gehen weiterhin davon aus, dass es um so wahrscheinlicher zu selbstverletzenden Handlungen kommt, je früher der Missbrauch stattgefunden hat.

Darüber hinaus erscheint auch die spezifische ätiologische Relevanz von Traumatisierungen für die Borderline- PS dahingehend fraglich, dass auch bei Patienten mit anderen PS häufig Traumatisierungen feststellbar sind (vgl. Laporte und Guttman, 1996; Shea et al., 1999; Kendler et al., 2000). Ferner können traumatische Erfahrungen nicht als zwingende Voraussetzung für alle Borderline- Patienten angesehen werden, da nicht alle in Kindheit und Jugend psychisch traumatisierten Menschen eine Borderline- PS entwickeln (vgl. Driessen et al., 2002). Fiedler (2001a) stellte fest, dass etwa ein Drittel der Borderline- Patienten keine eindeutige Traumagenese aufweist.

Bei diesen Patienten werden u.a. angstbesetzte Erfahrungen im Kontext eines emotional-vernachlässigenden, rigiden Erziehungsstils sowie frühe Trennungserlebnisse als pathogenetisch bedeutsam eingestuft (vgl. Fiedler, 2001a).

Die Häufigkeitsangaben zur Traumaexposition schwanken je nach Studie, was auch durch eine unterschiedlich „enge“ Traumadefinition mitbedingt sein könnte. Driessen et al. (2002) gehen davon aus, dass die Mehrheit der Borderline- Patienten multiple, psychische Traumata erlitten hat, wie emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und /oder sexuellen Missbrauch im Kindes- und/oder Jugendalter.

Diese langdauernden, chronisch wiederkehrenden Traumatisierungen werden in Anlehnung an die Einteilung von Terr (1991) als Typ-II -Traumata eingestuft, wohingegen plötzlich überraschend auftretende Traumata von kurzer Dauer (wie Vergewaltigung, Unfälle oder Naturkatastrophen) als Typ- I-Traumata bezeichnet werden. Demzufolge wird in dieser Arbeit der Traumabegriff weiter gefasst, insbesondere unter dem Einschluss der emotionalen Vernachlässigung, so dass hier konsekutiv eine Häufigkeitsangabe von 90% im Hinblick auf die Traumaexposition resultiert (vgl. Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990; Zweig-Frank und Paris, 1991; Silk et al., 1995).

Vor diesem Hintergrund wird von verschiedenen Autoren gefordert, gegenwärtig noch nicht von einem einheitlichen Störungskonzept auszugehen. Borderline- Patienten mit versus Patienten ohne Traumagenese sollten aufgrund der jeweils unterschiedlichen Symptomatik in mindestens zwei Störungsgruppen differenziert werden (vgl. Van der Kolk, 1999; Fiedler, 2001b; Renneberg, 2001).

Diese Unterscheidung ist derzeit anhand der aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV jedoch nicht möglich und kann auch nicht im Rahmen dieser Untersuchung geleistet werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung insbesondere im Hinblick auf die Dissoziative PA weisen aber darauf hin, dass eine weitere Erforschung dieses Störungszusammenhanges wesentlich zu einem besseren Verständnis des Borderline-Konzepts beitragen kann. Dahingehend erschiene auch zunächst die Ausgliederung dissoziativer oder psychosenaher Störungsqualitäten aus den diagnostischen Kriterien der Borderline- PS sinnvoll, damit mögliche Zusammenhänge ohne ansonsten eintretende „Überlappungsbereiche“ untersucht werden können. Auf die konsekutiv folgenden unterschiedlichen therapeutischen Implikationen wurde bereits eingegangen.

Eine dahingehende weitere Erforschung wäre auch im Hinblick auf die Überprüfung der zunehmenden Forderung einiger Autoren (vgl. Van der Kolk, 1999) sinnvoll, die sogar soweit gehen, die Borderline- Diagnose als PS (im Sinne einer Achse- II-Störung des DSM) aufzugeben und diese stattdessen als chronifizierte Belastungsstörung einzuordnen. Eine ähnliche Betrachtungsweise findet sich bei Reddemann und Sachsse (2000). Diese sehen die Borderline- Störung als „ein Ensemble von Copingstrategien zur Bewältigung von posttraumatischen Symptomen, die sich chronifiziert haben, weil sie in der traumatischen Situation und danach nicht verarbeitet werden konnten“ (S. 561).

In der einfaktoriellen Variablenanalyse ergeben sich für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS (Gru 1) im BPI signifikante Gruppenunterschiede für die Skalen Angst vor Nähe, Identitätsdiffusion sowie Primitive Abwehrmechanismen. Demgegenüber weist die Skala mangelhafte Realitätsprüfung wider Erwarten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede auf.

Das Ergebnis bezüglich der drei erstgenannten Skalen mit den im Gruppenvergleich höchsten Mittelwerten für diese Patientengruppe steht im Einklang mit verschiedenen Untersuchungen zum BPI (vgl. Leichsenring, 1994; Lindner, 2001).

Parallel zu den hier vorliegenden Ergebnissen wies die Borderline- Gruppe in den genannten Untersuchungen den höchsten Mittelwert in der Skala Identitätsdiffusion auf, der sich in dieser Arbeit signifikant von den beiden anderen Patientengruppen unterscheidet. Einschränkend bleibt jedoch anzumerken, dass es sich in den zitierten Studien nicht um eine vergleichbare diagnostische Gruppenzusammensetzung handelt und die Gruppeneinteilung nicht anhand der ICD-10-Kriterien erfolgte.

Kernberg (1983, 1988) fasst unter das Kriterium der „Identitätsdiffusion“ sowohl die Spaltung der Selbstrepräsentanzen in „ganz gute“ und „ganz böse“ als auch die entsprechende Spaltung der Objektrepräsentanzen zusammen (siehe Einleitung). Entsprechend dieser theoretischen Konzeption korreliert auch in der vorliegenden Untersuchung die zugrundeliegende Skala innerhalb des BPI am höchsten mit der Skala Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen (vgl. Tab.28).

Da die jeweils andere Seite einer Person gelehnt wird, als Prozess der Spaltung der Objekte, zeigt sich hier der Abwehrmechanismus der primitiven Verleugnung, der mit entsprechender vorhergehender „primitiver Idealisierung“ und anschließender „primitiver Entwertung“ der Person einhergeht. Folge sind ein häufiges Umschlagen von Gefühlen anderen gegenüber, die sich auch auf das „Selbst“ konsekutiv auswirken können.

Die ebenfalls hohe Korrelation zur Skala Angst vor Nähe (Verschmelzungsangst) kann in diesem Zusammenhang auch aus dem Spaltungskonzept abgeleitet werden. Die betroffene Person kann sich nicht auf nahe und enge Beziehungen einlassen, da sie sich selbst nicht abgrenzen kann.

Da kein in sich geschlossenes, homogenes Selbst vorliegt und entsprechend der Objektbeziehungstheorie Beziehungen durch (kognitive und affektive) Ambivalenz charakterisiert sind, resultieren interpersonelle angstbesetzte Beziehungsstörungen.

Die Identitätsdiffusion wird als charakteristisches Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsorganisation aufgefasst und stellt ein gemeinsames Charakteristikum aller schweren PS der DSM- Cluster A und B dar und ist demzufolge nicht spezifisch für die Borderline- PS (vgl. auch Taylor und Goritsas, 1994). Da ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe 1 und der Gruppe mit anderen PS (Gruppe 2) vorliegt, kann gemäss dieser Annahme vermutet werden, dass es sich hierbei um leichtere Formen der PS handelt (beispielsweise bei den nicht näher bezeichneten kombinierten PS der Gruppe 2, vgl. Material und Methoden). Unterstützt wird diese theoretische Annahme auch durch die hoch signifikanten Korrelationen der Skala Identitätsdiffusion des BPI zu verschiedenen PA- Skalen des IKP (vgl. Tab.23), die weitgehend das Spektrum dieser entsprechenden PS abbilden. Die Skala Identitätsdiffusion korreliert in diesem Zusammenhang auch nicht am höchsten mit der Skala Borderline- PA, sondern mit der Dissoziativen PA des IKP. Diese Ergebnis korrespondiert mit Untersuchungen Leichsenrings (1994, 1999). Dieser stellte in den dem BPI zugrundeliegenden Faktorenanalysen fest, dass der Faktor, der dieser Skala zugrunde liegt vornehmlich die aus der Identitätsdiffusion resultierenden Symptome der Entfremdung zu erfassen scheint. Entsprechend weist die Skala neben Items zur Identitätsdiffusion auch solche auf, die sich auf Depersonalisationen und Derealisationen beziehen, die sogar höhere Ladungen aufwiesen als der eigentliche „Kernbereich“. Auf die entsprechend dieses relativ weit gefassten Skalenkonzepts nachvollziehbare hohe Korrelation zwischen der Skala Identitätsdiffusion und mangelhafte Realitätsprüfung wurde bereits im Rahmen der Ausführungen zur Dissoziativen PA eingegangen.

Dieser statistische Zusammenhang zwischen den „produktiven“ Symptomen im Sinne von den auf der Skala abgebildeten Halluzinationen sowie Beeinflussungserlebnissen und der Identitätsdiffusion kann mit den theoretischen Annahmen Kernbergs des vorübergehenden „Ausfalls der Realitätsprüfung psychotischen Ausmaßes“ (Kernberg et al., 1981, S.230) vereinbart werden.

Allerdings ergeben sich im Rahmen dieser Untersuchung (siehe Ergebnisse) deutlich höhere Korrelationen als in vergleichenden Untersuchungen Leichsenrings (1997, S.36).

Ferner hatte sich in der durchgeführten Faktorenanalyse des BPI (Leichsenring, 1994, S.29) basierend auf einer Stichprobe von 200 „Normalen“ und 20 Borderline- Patienten keine Dimension einer gestörten Realitätsprüfung von psychotischem Ausmaß ergeben. Diese ergab sich erst nach Einbeziehung Schizophrener in die Untersuchung.

Darüber hinaus zeigten sich in weiteren Untersuchungen (Leichsenring, 1997, S.42) Unterschiede hinsichtlich einzelner Variablen zwischen verschiedenen Stichproben von Borderline- Patienten, die die Kriterien des DSM- III-R erfüllten. Demzufolge ist eine stichprobenabhängige Beeinflussung der jeweiligen Skalenausprägung innerhalb *einer* diagnostischen Gruppe nicht auszuschließen.

Da sowohl die Skala Identitätsdiffusion als auch die Skala mangelnde Realitätsprüfung verglichen mit allen IKP-Skalen am höchsten mit der Skala Dissoziative PA des IKP korrelieren, könnte die Annahme einer dissoziations-induzierten Psychoseentstehung und – assoziierten Identitätsstörung in der Borderline- Gruppe unter Berücksichtigung der hier vorliegenden kleinen Fallzahlen unterstützt werden. Zumal diese Patientengruppe wie bereits erwähnt signifikant höhere Mittelwerte im Gruppenvergleich in der Skala Dissoziative PA aufweist.

Im Einklang mit anderen Untersuchungen (vgl. Leichsenring, 1997, S.40) liegt der Mittelwert für die Skala mangelnde Realitätsprüfung für die Gruppe 1 deutlich unter den Werten, die die anderen drei Skalen in der „Borderline- Gruppe“ erzielen. Entgegen anderen Arbeiten (vgl. auch Lindner, 2001) weist in dieser Untersuchung die Gruppe 1 jedoch keinen signifikanten Gruppenunterschied im Mittelwertsvergleich bezüglich dieser Skala auf. Dieses Ergebnis könnte auf die vorliegende Stichprobenzusammensetzung zurückgeführt werden: In der Gruppe 2 und 3 befinden sich Patienten, die einen komorbiden Substanzmissbrauch sowie affektive Störungen (siehe Material und Methoden) aufweisen. Diese beiden Störungen können mit psychotischen Phänomenen einhergehen (vgl. Dowson et al., 2000). Ferner weist die Gruppe 3 einen kleinen Anteil Schizophrener Patienten auf, der zu einer ausreichenden Erhöhung der Skala mangelnde Realitätsprüfung führen kann, so dass kein signifikanter Gruppenunterschied zur Gruppe 1 mehr entsteht.

Entsprechendes gilt für die in der Gruppe 2 auftretende Schizotypische PS (siehe Material und Methoden), wobei diese auch noch zusätzlich bei den kombinierten PS mitenthalten sein könnte.

Die Korrelationen der Skala Primitive Abwehrmechanismen zu den IKP- Skalen Depressive, Asthenische, Schizoide und Schizotypische PA (siehe Ergebnisse) können auf der Basis der Theorie Kernbergs erklärt werden.

Die Außenperspektive der Borderline-Patienten, die andere Menschen häufig als feindselig und verfolgend erleben, verbunden mit einem Umschlagen der Gefühle, wirkt sich konsekutiv auf die „innere Sicht“ aus: Die Person fühlt sich selbst wert- und hoffnungslos (repräsentiert durch die hohe Korrelation zur Skala DPR), was auch die Korrelation zur Asthenischen PA erklärt. Objektbeziehungstheoretisch zeigt sich hier der Zusammenhang zwischen einer bestimmten Wahrnehmung der Objekte und einer bestimmten Wahrnehmung des Selbst, die mit korrespondierenden Emotionen und deren raschen Wechsel verbunden sind (vgl. Kernberg, 1981). Auf den möglicherweise durch paranoide Befürchtungen induzierten sozialen Rückzug mit entsprechenden Beziehungen zur Schizoiden und Schizotypischen PA wurde bereits eingegangen. Die subjektiv wahrgenommene Feindseligkeit kann bei den Patienten projiziert (Abwehrmechanismus der Projektion oder projektiven Idealisierung) oder interaktionell tatsächlich provoziert werden (vgl. Kernberg, 1988; Ogden, 1988).

Bei einem Vergleich der diagnostischen Kongruenz der eingesetzten Verfahren IKP und BPI und der klinischen Diagnose (Basisdokumentation), zeigt sich, dass die IKP-Borderline- Skala eine höhere Übereinstimmung mit der klinischen Diagnose aufweist als der BPI-Cut-20-Index (siehe Ergebnisse). Hieraus ließe sich eine relative Überlegenheit der IKP- Skala in der klinischen Anwendung ableiten.

Einschränkend bleibt anzumerken, dass keine Standardisierung der klinischen Diagnose erfolgt ist. Zur Überprüfung der Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf die erfolgte Gruppeneinteilung wäre der Einsatz weiterer etablierter diagnostischer Instrumente (wie z.B. DIB), die auch zusätzliche Erhebungsmodi, wie beispielsweise Interviewverfahren einschließen und sich darüber hinaus auf das forschungsrelevantere DSM- System beziehen, von Nutzen. Allerdings bleibt auch durch dieses Vorgehen das grundsätzliche Problem eines fehlenden „goldenen Standards“ für den Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik bestehen (siehe Einleitung und Material und Methoden).

Des Weiteren sollten auch die komorbiden Diagnosen, die im DSM Achse- I-Störungen entsprechen, durch weitere Messinstrumente verifiziert werden.

Absolut betrachtet liegt die Übereinstimmung zwischen der IKP- Borderline- Diagnose und der klinischen Diagnose in einem mittleren Bereich (siehe Ergebnisse).

Als mögliche Erklärung kann eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (Beurteilerbias) herangezogen werden. In Vergleichsstudien zwischen Interviewverfahren und Selbstratings konnte eine höhere Selbsteinschätzungstendenz gegenüber Interviewverfahren bei Patienten mit einer Borderline-PS nachgewiesen werden (vgl. Widiger und Frances, 1989; Trull et al., 1998). Die sehr gute Screening- Funktion der Selbstratings konnte demgegenüber in verschiedenen Studien gezeigt werden (vgl. Ottoson et al., 1998). Des Weiteren bleibt zu berücksichtigen, dass es sich beim IKP um einen dimensional angelegten Selbstbeurteilungsbogen handelt, der PA abbildet und den kategorial ausgerichteten Klassifikationssystemen in dieser Hinsicht gegenübersteht.

Die diagnostische Übereinstimmung der Borderline-Diagnosen, die anhand des IKP und BPI gestellt werden, fällt demgegenüber etwas höher aus. In diesem Zusammenhang bleibt zu berücksichtigen, dass es sich bei beiden Verfahren um Selbstbeurteilungsinstrumente handelt, so dass dieses Ergebnis am ehesten auf diesen gleichen Erhebungsmodus zurückgeführt werden kann, obgleich sich die beiden Instrumente auf unterschiedliche theoretische Konzepte zur Borderline-PS beziehen (vgl. Material und Methoden).

Beide Instrumente führen im Vergleich zur klinischen Diagnose zu einer höheren Prävalenz der Borderline-Diagnose als die „fremdeingeschätzte“ durch den Kliniker anhand der ICD-10-Kriterien gestellten Diagnose. Hierbei liegt der Anteil der als Borderline „identifizierten“ Patienten bei Anwendung des BPI deutlich höher als derjenige beim Einsatz des IKP.

Die höhere Selbsteinschätzung bezüglich psychopathologischer Auffälligkeiten könnte ein Mehr an Ich-Dystonie dieser Störung signalisieren (Störungseinsicht), was mit einer tendenziell günstigeren therapeutischen Beeinflussbarkeit verbunden wäre. In diesem Kontext sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich um ein stationäres Patientenkollektiv handelt, das zu Beginn der therapeutischen Behandlung untersucht wurde. Auf die mögliche gegenseitige Wechselwirkung von komorbiden Achse-I und Achse-II- Störungen wurde bereits aufmerksam gemacht. Die Divergenzen zwischen klinischen und im Rahmen von (operationalisierten) Forschungsarbeiten gestellten Diagnosen wurden in zahlreichen Studien dargestellt und kritisiert (vgl. Westen, 1997).

Hinsichtlich der vielfach geäußerten Kritik der Überschätzung der Prävalenz von PS durch Selbstbeurteilungsfragebögen bleibt in Bezug auf das IKP zu berücksichtigen, dass es sich um ein dimensional ausgerichtetes Instrument handelt, bei dem keine strenge Grenzziehung zwischen „gestört“ und „nicht gestört“ existiert.

Ferner sei in diesem Kontext auf die mangelnden Inter-Rater-Übereinstimmungen bei nicht-standardisierten Vorgehen in der Diagnostik von PS hingewiesen (vgl. Spitzer und Fleiss, 1974). Zimmerman und Matthia (1999b) fanden in ihren Literaturrecherchen Hinweise auf eine Unterrepräsentanz bezüglich Achse-I-Komorbiditäten durch die unstrukturierte klinische Evaluation seitens der Kliniker.

Auf weitere Erklärungsansätze für die komplexen konvergenzbezogenen Validierungsprobleme in der Persönlichkeitsdiagnostik kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

Die Frage, ob das Borderline-Kollektiv in Wirklichkeit weiter gefasst ist als die Anzahl der Patienten, die klinisch diagnostiziert wurden, kann auch aufgrund der fehlenden Standardisierung der klinischen Diagnose nicht abschließend geklärt werden und sollte Anlass zur weiteren Erforschung hinsichtlich der Diagnosefindung und Kriterienoptimierung geben.

4.2. Folgerungen und Ausblick

Zusammenfassend spiegeln die angesprochenen hohen heterogenen IKP-Skalenausprägungen für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS einen hohen psychopathologischen Schweregrad und Leidensdruck wider, der sich auch in den SCL-190-Skalen zur Akutsymptomatik zeigt. Diese PS „konzentriert“ sich -wie bereits erwähnt- nicht isoliert auf die IKP- BOR –Skala.

Die zunächst naheliegendste Vermutung, die Ursache auf einer formalen Ebene in der Skalenkonstruktion selbst zu suchen, wird dahingehend entkräftigt, dass die BOR-Skala in verschiedenen Reliabilitätsanalysen an verschiedenen Stichproben eine hohe interne Konsistenz (vgl. Andresen, im Druck; Schröder, 2004) und inhaltliche Skalenhomogenität aufweist (vgl. Andresen, im Druck). Allerdings zeigte die BOR-Skala in den Validitätsanalysen parallel zu den Ergebnissen dieser Untersuchung sowohl insgesamt hohe Interkorrelationen mit anderen Skalen des IKP als auch die höchsten Einzelkorrelationen.

Die BOR-Skala erwies sich hier im Gegensatz zu allen anderen Skalen des IKP als statistisch redundant, d.h. die konsistenten bzw. reliablen Anteile der BOR-Skala werden fast völlig durch die anderen IKP-Skalen erklärt. Dementsprechend zeigte sich auch in der von Andresen (im Druck) durchgeführten Faktorenanalyse, dass nur die Borderline-PA keinen eigenständigen Item-Faktor bildet: Die entsprechenden Items verteilten sich vornehmlich auf die Impulsive (neben der Dependenden, Histrionischen und Schizotypischen) PA, allerdings mit überwiegend geringen Itemladungen. Demzufolge weist die BOR-Skala im IKP weder eine diskriminante noch faktorielle Validität auf.

Im Gegensatz hierzu konnte die IMP-Skala des IKP als eigenständiger Itemfaktor dargestellt werden (vgl. Andresen, im Druck), obgleich beide Skalen, die keine Itemüberlappung im IKP aufweisen, in der ICD-10 zur gemeinsamen übergeordneten Kategorie der Emotional-instabilen PS gehören. Hinweise auf eine dominierende Rolle des Merkmalsbereichs Impulsivität innerhalb der Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS können aus der vorliegenden Untersuchung abgeleitet werden. In diesem Kontext wird auch von verschiedenen Autoren die Möglichkeit einer Subgruppenbildung von Borderline-Patienten anhand der jeweiligen Ausprägung der Impulskontrolle diskutiert, die zu drei Untergruppen führt und von diesen Autoren als Erklärungsmodell für die Heterogenität dieser Patienten herangezogen wird (vgl. Hoermann et al., 2005). Die in dieser Arbeit vorliegenden Ergebnisse weisen zwar nicht auf eine so klare Untergliederungsmöglichkeit dieser Patientengruppe hin, bestätigen aber die Notwendigkeit einer näheren Erforschung dieses Merkmalbereichs im Rahmen der Borderline- PS.

Die klinisch diagnostizierte Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS stellt sich in der vorliegenden Untersuchung im Gruppenvergleich als „auffälligste“ Gruppe in allen drei verwendeten Fragebögen dar. Diese imponiert insbesondere im IKP im Sinne einer Inhomogenität auf der qualitativen, psychopathologischen Ebene als auch im quantitativen Bereich der Merkmalsausprägung. Dieses Ergebnis eines „bunten“, facettenreichen Merkmalsbildes auf der Selbstbeurteilungsebene kann als Parallele zur fehlenden Abbildbarkeit eines geschlossenen Borderline-Syndroms in der Faktorenanalyse angesehen werden. Demzufolge ist die Ursache der festgestellten Heterogenität am wenigsten auf der formalen Ebene in der BOR-Skalenkonstruktion des IKP selbst zu suchen, zumal diese Skala in der ANOVA im Gruppenvergleich die höchste Signifikanz aufweist (vgl. Ergebnisteil).

Unterstützt wird diese Annahme auch durch die im Vergleich zum BPI höhere klinische Übereinstimmung der anhand der BOR-Skala des IKP gestellten Diagnose mit der klinischen Diagnose (siehe Ergebnisse).

Ebenso erscheint eine Ergebnisbeeinflussung durch die Stichprobenszusammensetzung dieser Patientengruppe unwahrscheinlich, da diese Gruppe keine weiteren komorbiden PS-Diagnosen aufweist und sich deutlich von der bezüglich der PS-Diagnosen wesentlich heterogener zusammengesetzten Patientengruppe 2 (siehe Material und Methoden) unterscheidet. Die Möglichkeit eines klinisch „falsch“ als Emotional-instabil diagnostizierten Patientenanteils in der Gruppe 1 kann aufgrund der fehlenden (standardisierten) Objektivierung der klinischen Diagnose durch weitere Instrumente nicht gänzlich ausgeschlossen werden. In Folgestudien sollte daher eine Standardisierung der klinischen Diagnosen erfolgen. Eine hierdurch bedingte korrektive Ergebnisbeeinflussung erscheint aber durch die vorliegenden signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Gruppenvergleiche sowie der hohen Ausprägung der BOR-Skala im IKP in dieser Gruppe eher unwahrscheinlich.

Ferner könnte der Erhebungszeitpunkt bzw. der aktuelle Zustand der Patienten mit Ausgabe der Fragebögen bei Aufnahme der Patienten in eine stationäre psychiatrische Behandlung eine Rolle spielen. Ein Zeitpunkt, zu dem sich der Patient vermutlich gerade in einer „dekompensierten“ Phase seiner Erkrankung befindet, so dass eine Überlagerung oder Überformung der zeitstabileren Merkmale durch die Akutsymptomatik oder auch umgekehrt anzunehmen wäre, die sich in einem besonderen Maße in einem Selbstbeurteilungsinstrument niederschlägt. Auf den Aspekt der Problematik von Achse- I- und Achse- II- Komorbidität bzw. deren Interdependenz wurde bereits hingewiesen. Da sich diese Patientengruppe auch hinsichtlich des Schweregrades der Akutsymptomatik (vgl. Ergebnisse zum SCL-190) signifikant von den anderen beiden Gruppen unterscheidet, scheint dieser Zusammenhang für die Borderline- PS eine besondere Rolle zu spielen und wird in zahlreichen Forschungsarbeiten diskutiert (z.B. Zanarini et al., 1998a; Zimmerman und Matthia, 1999a).

Demzufolge spiegeln die in dieser Untersuchung festgestellten heterogenen Skalenausprägungen im IKP für die Patientengruppe mit Emotional-instabiler PS die psychopathologische Komplexität des Störungsbildes wider.

Diese weisen unter Mitberücksichtigung der von Andresen (im Druck) durchgeführten Faktorenanalyse zum IKP auf die Notwendigkeit einer weiteren Ausdifferenzierung des Borderline- Syndroms mit konsekutiver Diagnoseoptimierung hin.

Mögliche Ansatzpunkte zur weiteren Erforschung wäre die Annahme von unterschiedlichen Untergruppen bzw. Subsyndromen im Bereich der Borderline-PS, worauf bereits ansatzweise im Kontext der Ausführungen zu den einzelnen IKP-Skalen eingegangen wurde.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation gibt zum Thema der Borderline-PS zunächst einen Überblick bezüglich der historischen Entwicklung, der unterschiedlichen dazugehörigen Konzepte sowie der bisherigen Messinstrumente.

Die spezifische Problematik der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik wurde unter besonderer Berücksichtigung der Borderline- Persönlichkeitsstörung erläutert. Diese beruht auf einem nicht konsensfähigen theoretischen Krankheitsmodell mit konsekutiv fehlender Konvergenz auf der Störungs- und Kriteriumsebene zwischen den beiden aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. Hinsichtlich Validitätsbetrachtungen bleibt zu berücksichtigen, dass gegenwärtig kein instrumenteller „goldener Standard“ bezüglich einer gültigen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik existiert. Im deutschen Anwendungsgebiet kann darüber hinaus ein Defizit an multivariaten Selbstbeurteilungsfragebögen konstatiert werden.

Vor diesem Hintergrund fand das von Andresen (im Druck) neu entwickelte multivariate Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) in dieser Untersuchung Anwendung, das die beschriebene diagnostische Lücke unter integrativer Berücksichtigung der DSM- und ICD-Kriterien schließen soll. Die Ausrichtungen, der Aufbau und die Zielsetzungen dieses Selbstbeurteilungsverfahrens wurden im Abschnitt Material und Methoden erläutert.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein klinischer Validitätsvergleich anhand von drei klinischen Gruppen (Patienten mit Borderline PS, mit anderen PS und ohne PS) zwischen den beiden Selbstbeurteilungsverfahren IKP und dem Borderline-Persönlichkeitsinventar (BPI) unter besonderer Fokussierung der Borderline-PS durchgeführt.

Die diagnostischen Übereinstimmungen der Verfahren IKP, BPI sowie der klinischen Diagnose (Basisdokumentation) zeigten eine relative Überlegenheit der IKP- Borderline-Skala gegenüber dem BPI-Cut-20-Index für die Borderline-PS hinsichtlich der Konvergenz mit der klinischen Diagnose. Als Einschränkung hinsichtlich der Ergebnisbeurteilung wurde auf die nicht-standardisierte Genese der durch den Kliniker gestellten Diagnose der Emotional-instabilen PS hingewiesen.

In den BPI-Skalen Identitätsdiffusion, Primitive Abwehrmechanismen sowie Angst vor Nähe unterscheidet sich die klinische „Borderline“-Gruppe im Einklang mit verschiedenen anderen Untersuchungen zum BPI signifikant von den beiden anderen Gruppen. Demgegenüber weist die Skala mangelhafte Realitätsprüfung keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede auf. Eine mögliche Beeinflussung dieses Ergebnisses durch die Stichprobenszusammensetzung wird vermutet. Die Borderline-Skala des IKP korrelierte mit allen BPI-Skalen signifikant. Da sowohl die Skala Identitätsdiffusion als auch die Skala mangelhafte Realitätsprüfung verglichen mit allen IKP-Skalen am höchsten mit der Dissoziativen PA des IKP korrelierte, wurde die Annahme einer dissoziations-induzierten Psychoseentstehung und –assozierten Identitätsstörung in der „Borderline“-Gruppe diskutiert.

Die einfaktorielle Varianzanalyse ergab im Gruppenvergleich für die Gruppe der Patienten mit Emotional-instabiler PS im IKP nicht nur hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der erwarteten Skala Borderline-PA, sondern für eine Vielzahl weiterer Persönlichkeitsakzentuierungsskalen. Für die weitere Forschung bedeutsam erscheinen insbesondere die hohen Ausprägungen für die Depressive, die Dissoziative sowie die Impulsiv-explosible PA. Diese Auffälligkeiten erweisen sich in der Kovarianzanalyse als unabhängig von Alters- und Geschlechtsdifferenzen. Analog korrelierte vor allem die Borderline- Skala des IKP mit einer großen Bandbreite an PA-Skalen des IKP, den Skalen zur Akutsymptomatik der SCL-190 sowie mit den gesamten BPI-Skalen hochsignifikant.

Die heterogenen Merkmalsausprägungen im Persönlichkeitsbereich, die sich auch auf der Symptomebene im SCL-190 darstellen, weisen insgesamt auf einen hohen psychopathologischen Schweregrad und Leidensdruck der Patienten hin. Die Ergebnisse deuten übereinstimmend mit der gegenwärtigen Literatur auf ein komplexes, multidimensionales Borderline-Syndrom hin, das zu einer weiteren Ausdifferenzierung des zugrundeliegenden Konzepts und einer Kriterienoptimierung in weiteren Forschungsarbeiten Anlass geben sollte.

Einschränkend sei auf die in dieser Untersuchung vorliegenden kleinen Fallzahlen und die nicht-standardisierte Genese der klinischen Diagnose hingewiesen.

6. Literaturverzeichnis

Abraham, K. (1971): Psychoanalytische Studien II. Stuttgart: S. Fischer, Erstveröffentlichung o. J.

Akiskal, H.S. (1992): Borderline: An adjective still in search of a noun. In: Silver, D., Rosenbluth, M. (Eds.), Handbook of borderline disorders, Madison: International University Press, pp 155-176

Akiskal, H.S., Chen, S.E., Davis, G.C. (1985): Borderline: an objective in search of a noun. Journal of Clinical Psychiatry, 46, pp 41-48

Akhtar, S., Byrne, J., Doghramij, K. (1986): The demographic profile of borderline disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 47, pp 196-198

Andreasen, N.C., Black, D.W. (1993): Lehrbuch Psychiatrie. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union

Andresen, B. (1987): Differentielle Psychophysiologie valenzkonträrer Persönlichkeitsdimensionen. Frankfurt a. M.: P. Lang

Andresen, B. (im Druck): Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Göttingen: Hogrefe

APA = American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, First Edition (DSM I). American Psychiatric Association, Washington D.C. 1952

APA = American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Second Edition (DSM II). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1968

APA = American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition (DSM III). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980

APA = American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition, revised (DSM III-R). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987. (deutsch (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III-R. Weinheim: Beltz).

APA = American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition (DSM IV). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. (deutsch (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM IV. Göttingen: Hogrefe).

Baron, R.A., Richardson, D.R. (1994): Human aggression. New York: Plenum

Beard, G.M. (1869): Neurasthenia or nervous exhaustion. Boston Med. & Surg.. Journal, 3, 217-221

Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Di Lorenzo, R., Zanon, C., Zizza, M., Bogetto, F. (2005): Major depression in patients with borderline personality disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 50 (4), 234-238

Benjamin, L.S. (1995): Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders, 2nd ed.. New York: Guilford

Benjamin, L.S. (1996): Ein interpersoneller Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, Th. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.). (1996), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S.136-148

Berger, M. (2004): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie, 2. Auflage. München: Urban und Fischer

Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986): Development, reliability and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727-735

Bernstein, D.P., Useda, D., Siever, L.J. (1993): Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendations for DSM-IV. Journal of Personality disorders, 7, 53-62

Blanck, G., Blanck, R. (1981): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta

Bleuler, E. (1943): Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl., Berlin: Springer

Bliss, E.L. (1983): Multiple personalities, related disorders, and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26; 114-123

Bliss, E.L. (1984): Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 7, 135-148

Bohus, M. (2002): *Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Bohus, M., Bathruff, H. (2000): Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 55-66

Bohus, M., Berger, M. (1996): Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911-923

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C.E., Pohl, U., Boehme, R., Linehan, M.M. (2000): Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder- a prospective study. *Behaviour Research & Therapy* 38 (9), 875-887

Bond, M. (1990): Are "borderline defences" specific for borderline personality disorders? *Journal of Personality disorders*, 4, 251-256

Bond, M., Gardner, S., Christian, J., Sigal, J.J. (1983): Empirical study of self-rated defense-styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338

Boon, S., Draijer, N. (1993): Multiple personality disorder in the Netherland: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494

Breuer, J., Freud, S. (1893): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. *Wiener medizinische Presse*, 34 (4), 121-126. In: Freud, S. (1971). *Hysterie und Angst*. Studienausgabe. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 13-24

Breuer, J., Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. Leipzig/Wien: Deuticke.

Briquet, P. (1859): *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Baillière et fils

Brodsky, B.S., Cloitre, M., Dulit, A. (1995): Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792

Bronisch, T. (2002): Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen. Herpertz, S., Saß, H. (Hrsg.). Stuttgart, New York: Thieme, 2003, S. 4-16

Brophy, C.J., Norvell, N.K., Kiluk, D.J. (1988): An Examination of the Factor Structure and Convergent and Discriminant Validity of the SCL 90-R in an Outpatient Clinic Population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 334-340

Buchheim, P., Dammann, G. (2001): Erfahrungen mit Training und Anwendung der „Transference-Focused Psychotherapy (TFP)“. In: Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur TFP*, S. 295-321, Stuttgart: Schattauer

Carlson, E.B., Armstrong, J. (1994): The diagnosis and assessment of dissociative disorders. In: S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford, pp 159-174

Carter, R.B. (1853): *On the pathology and treatment of hysteria*. London: John Churchill

Clarkin, J.F., Koenigsberg, H., Yeomans, F., Selzer, M., Kernberg, P., Kernberg, O.F. (1992): Psychodynamic psychotherapy of the borderline patient. In: J.F. Clarkin, E. Marziali, H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford, pp 268-287

Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S., Buchheim, P. (1998): IPO- „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 169-172

Clarkin, J.F., Yeomans, F., Kernberg, O.F. (1999): *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley. (Deutsch: Clarkin, J.F., Yeomans, F., Kernberg, O.F. unter Mitarbeit von Buchheim, P., Dammann, G.: *Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer, 2001)

Coons, P.M., Milstein, V. (1986): Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110

Comtois, K.A., Cowley, D.S., Dunner, D.L., Roy-Byrne, P.P. (1999): Relationship between Borderline personality disorder and axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 752-758

Conte, H.R., Plutchik, R., Karasu, T.B., Jerrett, I. (1980): A self-report borderline-scale. Discriminative validity and preliminary norms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 168, 428-435

Cyr, J.J., Mc Kenna-Foley, J.M., Peacock, E. (1985): Factor structure of the SCL 90-R: Is there one? *Journal of Personal Assessment*, 49, 571-578

Dahl, A.A. (1995): Commentary on Borderline Personality Disorder. In: Livesley, W.J. (Ed.): *The DSM-IV personality disorder*. New York: Guilford, pp 158-164

Davidson, J., Foa, E.B., Blank, A.S., Brett, E.A., Fairbank, J., Green, B.L., Herman, J.L., Keane, T.M., Kilpatrick, D.L., March, J.S., McNally, R.J., Pitman, R.K., Resnick, H.S., Rothbaum, B.O. (1996): Posttraumatic Stress Disorder. In: T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W.W. Davis (Eds.), *DSM-IV Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 577-606

Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (1980): *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. 9. Revision. Berlin: Springer Verlag

Deneke, F.W. (1999): Neurobiologische Aspekte von Strukturbildungs- und Regulationsprozessen speziell bei Borderline-Patienten und unter Berücksichtigung sexuell-traumatischer Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 3, 119-131

Derogatis, L.R. (1977): *SCL 90-R, Administration, Scoring and Procedures Manual One for the Revised Version*. John Hopkins University- School of Medicine: Eigendruck

Deutsch, H. (1942): Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. In: *Neuroses and character types*. International University Press, New York 1965, pp 262-281

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Forschungskriterien, Weltgesundheitsorganisation, 1. Auflage. Bern: Huber

Dowson, J.H., Sussams, P., Grounds, A.T., Taylor, J. (2000): Associations of self-reported past "psychotic" phenomena with features of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 42-48

Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R.C., Wulff, H., Ratzka, S. (2002): Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 73, 820-829

Dulz, B., Lanzoni, N. (1996): Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen. *Psychotherapeut*, 41, 17-24

Dulz, B., Schneider, A. (1995): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer Verlag

Esquirol, E. (1839): Des maladies mentales considérés sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal. Paris: Baillière (zu Grunde gelegt die in Buchform vorliegende deutsche Übersetzung des 1. Kapitels: Von den Geisteskrankheiten (1968). Bern: Huber)

Fahrenberg, J. (1967): Psychophysiologische Persönlichkeitsforschung. Göttingen: Hogrefe

Fahrenberg, J. (1995): Körperliche Beschwerden: Psychologische und psychophysiologische Aspekte. In: Pawlik, K. (Hrsg.): Bericht über den 39. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994. Göttingen: Hogrefe

Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (1989): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar-FPI, Rev. Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A, 1. Handanweisung (5. erg. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Fairbairn, W.R.D. (1940): Schizoid factors in the personality. In Fairbairn, W.R.D. (Author), Psychoanalytic studies of the personality. London: Taristock. (Abdruck: Fairbairn, W.R.D. (1952). An object- relations theory of the personality (pp. 3-27). New York: Basic Books)

Fiedler P. (1995): Persönlichkeitsstörungen (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz

Fiedler, P. (1997): Dissoziative Identitätsstörung, multiple Persönlichkeit und sexueller Missbrauch in der Kindheit. In: G. Amann, R. Wipplinger (Hrsg.), Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 217-234

Fiedler, P. (1999): Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In: Oerter, R., Hagen, C.v., Röper, G. (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 313-334

Fiedler P. (2001a): Persönlichkeitsstörungen (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz

Fiedler P. (2001b): Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz

Fiedler, P., Mundt, Ch. (1996): Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle. In: K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.) Psychische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie, Band 2. Göttingen: Hogrefe, S. 355-436

Figuerosa, E., Silk, K.R. (1997): Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 11 (1), 71-92

Franke, G. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis -Deutsche Version- Manual. Göttingen: Beltz-Test

Franklin, J. (1990): The diagnosis of multiple personality disorder based on subtle dissociative signs. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 4-14

Freud S. (1895): Zur Kritik der Angstneurose. In: Gesammelte Werke, Band I. London: Imago

Freud, S. (1896): Zur Ätiologie der Hysterie. Wiener Klinische Rundschau, 10 (23), 379-381; (24), 413-415; (25) 432-433; (26), 450-452. In: Freud S. (1952), Gesammelte Werke, Bd. 1. Frankfurt a.M.: Fischer

Freud, S. (1908): Charakter und Analerotik. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 9 (52), 465-467. In: Freud, S. (1960). Gesammelte Werke, Bd. 10. Frankfurt a.M.: Fischer, S.203-209

Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997): Strukturiertes Klinisches Interview für Achse II Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe

Gay, P. (1987): Freud. A life for our time. New York: Norton

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Gunderson, J.G. (1989): Borderline Personality Disorder. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (Eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol.2, 5.Ed.. Baltimore: Williams & Williams, pp 1387-1395

Gunderson, J.G., Kolb, J.E. (1978): Discriminating features of borderline patients. American Journal of Psychiatry, 135, 792-796

Gunderson, J.G., Phillips, K.A. (1991): A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. Am J Psychiatry, 148, 967-975

Gunderson, J.G., Sabo, A.N. (1993): The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. American Journal of Psychiatry, 150, 19-27

Gunderson, J.G., Singer, M.T. (1975): Defining borderline patients: An overview. American Journal of Psychiatry, 132, 1-10

Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. (1987): Current overview of the borderline diagnosis. Journal of Clinical Psychiatry, 48, 5-11

Gunderson, J.G., Kolb, J.E., Austin, V. (1981): The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*, 138, 896-903

Gunderson, J.G., Siever, L.J., Spaulding, E. (1983): The search for a schizotype: Crossing the border again. *Archives of General Psychiatry*, 40, 15-22

Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., Wachter, S., Lynch, V.J., Wolf, P.J. (1989): Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42

Gunderson, J.G., Ronningstam, E., Smith, L.E. (1995): Narcissistic Personality Disorder. In: Livesley, W.J. (Ed.): *The DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford press

Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Kiesel, C.L. (1996): Borderline Personality Disorder. In: T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W.W. Davis (Eds.), *DSM-IV Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 717-732

Guze, S.B. (1964): Conversion symptoms in criminals. *American Journal of Psychiatry*, 121, 580-583

Hartkamp, H., Wöller, W., Ott, J., Langenbach, M. (2002): Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31), (Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung- Borderline-Typus). In: Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, H., Langenbach, M., Ott, J., *Persönlichkeitsstörungen, Leitlinie der AWMF und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer, S. 123-167

Herman, J.L. (1992): Complex PTSD: A syndrom of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391

Herman, J.L., Kolk, B.A. van der (1987): Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: *Psychological Trauma*. Van der Kolk, B.A. (Hrsg.). Washington D. C.: American Psychiatric Press, pp 111-126

Herman, J.L., Perry, J.C., Kolk, B.A. van der (1989): Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495

Herpertz, S. (1995): Self-injurious behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68

Herpertz, S., Saß, H. (1997): Impulsivität und Impulskontrolle. *Nervenarzt*, 68, 171-183

Herpertz, S., Saß, H. (2003): Psychiatrische Konzepte von Persönlichkeitsstörungen. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 3, 140-150

Herpertz, S., Steinmeyer, M., Marx, D., Oidtmann, A., Saß, H. (1995): The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behaviour. *Pharmacopsychiatry*, 28, 64-72

Herpertz, S., Kunert, H.J., Schürkens, A., Steinmeyer, E.M., Saß, H., Freese, R., Flesch, M., Müller-Isberner, R., Osterheider, M. (2000): Impulskontrolle und Affektregulation bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50; 435-442

Hoch, P. und Catell, J. (1959): The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quaterly*, 33, 17-43

Hoch, P., Catell, J. (1959): The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quaterly*, 33, 17-43

Hoch, P., Catell, J. (1962): The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenias. *American Journal of Psychiatry*, 119, 106-115

Hoch, P., Polatin, P. (1949): Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry Quaterly*, 23, 248-276

Hoermann, S., Clarkin, J.F., Hull, J.W., Levy, K.N. (2005): The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38 (2), 82-86

Hoffmann, S.O. (1986): Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meier, C. Müller, E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd.1.: Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. (3.Aufl.). Berlin: Springer, S. 29-62

Horwitz, L., Gabbard, G.O., Allen, J.G., Frieswyk, S.H., Colson, D.B., Newsom, G.E., Coyne, L. (1996): Borderline personality disorder. Tailoring the psychotherapy to the patient. Washington DC: American Psychiatric Press

Huber, G. (1994): Psychiatrie. Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5., neu bearbeitete und ergänzte Auflage. Stuttgart: Huber

Huber, G. (1999): Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer

Huber, M. (1995): Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt/M.: Fischer TB

Hughes, C.H. (1884): Borderland psychiatric records- pro-dromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*; 5; 85-91

Hull, J.W., Clarkin, J.F., Kakuma, T. (1993): Treatment response of borderline inpatients. A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 503-509

Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris Alcan

Janet, P. (1894): *Etat mental des hystériques*. Paris Rueff

Janet, P. (1903): *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Félix Alca

Janet, P. (1929): *L'Evolution psychologique de la personnalité*. Paris: Chahine

Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H., Livesley, J. (1998): Twin study of dissociative experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 345-351

Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998): Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 545-552

Kahn, E. (1928): Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: O. Bumke (Hrsg.), *Handbuch der Geisteskrankheiten. Spezieller Teil 1, Bd.4*. Berlin: Springer, S. 227-487

Kalus, O., Bernstein, D.P., Siever, L.J. (1995): Schizoid personality disorder: A review of current status and implications for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 7, 43-53

Kemperman, I., Russ, M.J., Shearin, E. (1997): Self-injurious behaviour and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorder*, 11, 146-157

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., Prescott, C.A. (2000): Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiat*, 57, 953-959

Kernberg, O.F. (1967): Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc*, 15, 641-685

Kernberg, O.F. (1973): Summary and conclusions of "Psychotherapy and psychoanalysis: Final report to the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *International Journal of Psychiatry*, 11, 62-103

Kernberg, O.F. (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aranson.

Kernberg, O.F. (1976): *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aranson.

Kernberg, O.F. (1977): The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis, P. (Ed.). *Borderline personality disorders. The concept, the syndrome, the patient*. New York: International University Press, pp 87-121

Kernberg, O.F. (1981): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta

Kernberg, O.F. (1983): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp

Kernberg, O.F. (1984): *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press. (dt. (1991): *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta)

Kernberg, O.F. (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta

Kernberg, O.F. (1999): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 5-15

Kernberg, O.F., Goldstein E.G., Carr A.C., Hunt H.F., Bauer S.F., Blumenthal R. (1981): Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods, J Nerv Ment Dis 169, 225-331

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, F.(1968): The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal, D., Kety, S.S. (1968): The transmission of schizophrenia. New York: Pergamon Press, pp 345-362

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, F. (1971): Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. American Journal of Psychiatry, 128, 302-306

Khan, M.M.R. (1960): Die schizoide Persönlichkeit, ihre Affekte und die Methoden ihrer Behandlung. In: M.M.R. Khan (Hrsg.): Selbsterfahrung in der Therapie: Theorie und Praxis (1977). München: Kindler

Khoury, P.J., Haier, R.J., Rieder, R.O., Rosenthal, D. (1980): A symptom schedule for the diagnosis of borderline schizophrenia: A first report. Br J Psychiatrie 137, 140-167

Kihlstrom, J.F., Glisky, M.L., Angiulu, M.J. (1994): Dissociative tendencies and dissociative disorders. Journal of Abnormal Psychology, 103, 117-124

Klein, M.H. (1993): Issues in the assessment of personality disorders. Journal of Personality disorders, Supplement, Spring 1993, 18-33

Klein, M.H., Kupfer, D.J., Shea, M.T. (1993): Personality and depression. New York: Guilford

Klepsch, R., Andresen, B., Hand, I. (1985): Übergeordnete Dimensionen des Hamburger Zwangs-Inventars. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Kline, P. (1968): Obsessional traits, obsessional symptoms, and anal erotism. British Journal of Medical Psychology, 41, 299-305

Kluft, R.P. (1993): Multiple personality disorder. In: D. Spiegel (Ed.), Dissociative disorders: A clinical review. Lutherville, MD: Sidran Press, pp 17-44

Koch, J.L.A. (1891-1893): Die psychopathischen Minderwertigkeiten (Bd. 1-3). Ravensburg: Maier

Koenigsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropolou, V., Schmeidler, J., New, A.S., Goodman, M., Silverman, J.M., Serby, M., Schopick, F., Siver, L.J. (2002): Characterizing affective instability in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 159, 784-788

König, K. (1992): Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Kohut, H. (1973): Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp

Kolb, J.E., Gunderson, J.G. (1980): Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. Archives of General Psychiatry, 37, 37-41

Koss, M.P., Butcher, J.N., (1986): Research on brief psychotherapy. In: S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, pp 627-670

Kraepelin, E. (1883): Compendium der Psychiatrie. Leipzig: Abel

Kraepelin, E. (1893): Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 4. Auflage, Leipzig: Abel

Kraepelin, E. (1909-1915): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 8. Auflage, Leipzig: Barth.

Kretschmer, E. (1921/1967): Körperbau und Charakter, 25. Aufl. (Kretschmer, W., Hrsg.). Berlin: Springer (Erstveröffentlichung 1921)

Kunert, H.J., Herpertz, S., Saß, H. (2000): Frontale Dysfunktionen als ätiologische Faktoren bei der Borderline- und Antisozialen Persönlichkeitsstörung? PTT-Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie; 4, 210-221

Laporte, L., Guttman, H. (1996): Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality disorders*, 10, 247-259

Leichsenring, F. (1994): Zur empirischen Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation: Entwicklung und erste Überprüfung des „Borderline-Persönlichkeits-Inventars“ (BPI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 276-293

Leichsenring, F. (1997): *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Göttingen: Hogrefe.

Leichsenring, F. (1999): Development and first results of the Borderline Personality Inventory (BPI). A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63

Leichsenring, F. (2003): *Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen- eine ganzheitliche Sichtweise*, 2.Auflage. Bern: Huber

Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., Bohus, M. (2003): Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 191, No.4, 248-254

Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., Foelsch, P.A. (2001): The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess*, 13, 577-591

Leonhard, K. (1976): *Akzentuierte Persönlichkeiten* (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Fischer

Lindner, M. (2001): *Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine empirische Untersuchung mit dem Borderline-Persönlichkeitsinventar*. Medizinische Dissertation. Universität Göttingen

Linehan, M. (1989): *Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Störungen*. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 220-227

Linehan, M. (1993): *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford

Linehan, M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. R. Rose, A. Gnotzmann, G. Frank (Übers.), München: CIP Medien.

Linehan, M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allman, D., Heard, H.L. (1991): Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064

Linehan, M.M., Heard, H.L., Armstrong, H.E. (1993): Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 971-974

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999): Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*; 8, 279-292

Links, P.S., Heslegrave, R., van Reekum, R. (1999): Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13, 1-9

Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975): The psychological birth of human infant. New York: Basic Books

Mann, L.S., Wise, Th.N., Segall, E.A., Goldberg, R.L., Goldstein, D.M. (1988): Borderline Symptom Inventory: Assessing inpatient and outpatient borderline personality disorders. *Psychopathology*, 21, 40-44

Marmor, S.S. (1996): An outline for psychoanalytical treatment. In: J.L. Spira (Ed.), *Treating dissociative identity disorder*. San Francisco: Jossey-Bass, pp 183-218

Masterson, J.F. (1980): *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta

McDermut, W., Zimmerman, M., Chelminski, I. (2003): The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, Vol. 112 (1), 49-60

McGlashan, T.H. (1986): The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 20-30

McGlashan, T.H. (1992): The longitudinal profile of borderline personality disorder. Contribution from the Chestnut Lodge follow-up study. In: D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders*. Madison: International Universities Press, pp 53-83

McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., Yaryura-Tobias, J.A. (1995): Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: A two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 865-869

Meares, R. (1971): Obsessionality, the Sandler-Hazari Scale and spasmodic torticollis. *British Journal of Medical Psychology*, 44, 181-182

Mellsop, G.W. (1972): Psychiatric patients seen as children and adults: Childhood predictors of adult illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 13, 91-101

Mellsop, G.W. (1973): Adult psychiatric patients on whom information was obtained during childhood. *British Journal of Psychiatry*, 123, 703-710

Merskey, H. (1995): The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. In: L.M. Cohen, J.N. Berzoff & M.R. Elin (Eds.), *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies*, pp 3-32. Northvale, NJ: Jason Aronson

Miller, F.T., Abrams, T., Dulit, R., Fyer, M. (1993): Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 44, 59-62

Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (2002): *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2.Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Moleman, P., van Dam, K., Dings, V. (2000): Die Pharmakotherapie bei Borderline-Störungen. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2000, S. 655-672

Monopolis, S., Lion, J.R. (1983): Problems in the diagnosis of intermittent explosive disorder, 140, 1200-1202

Murray, J.B. (1993): Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder, and multiple personality disorder. *Journal of Psychology*, 127, 657-676

Nemiah, J.C. (1979): Dissociative Amnesia: A clinical and theoretical reconsideration. In: J.F. Kihlstrom, F.J. Evans (Eds.), *Functional disorders of memory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp 303-323

Nigg, J.T., Goldsmith, H.H. (1994): Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115, 346-380

Nishizono-Maher, A., Ikuta, N., Ogiso, Moriya, N., Miyake, Y., Minakawa, K. (1993): Psychotic symptoms in depression and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 28, 279-285

Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S. (1990): The childhood experience of the borderline patient. In: P.S. Links (Ed.), *Family environment and borderline personality disorder*, pp 85-103. Washington DC: American Psychiatric Press

Ogden, T.H. (1988): Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 1-21

Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., Haas, G. (1985): A self-report instrument for borderline personality organization. In: Mc Glashan, T.H. (Ed.): *The borderline: Current empirical research*. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 1-18

Ottoson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., v. Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., Söderberg, S. (1998): DSM-IV und ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246-253

Paris, J. (1997): Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11 (1), 34-49

Paris, J. (2004): Bipolar or Borderline? *Harvard Rev Psychiatry*, 12, 140-145

Paris, J. (2005): The diagnosis of borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17 (1), 41-46

Paris, J., Brown, R., Nowlis, D. (1987): Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*, 28, 530-535

Perry, J.C., Klerman, G.L. (1980): Clinical features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 137, 165-173

Perugi, G., Toni, C., Traverso, M.C., Akiskal, H.S. (2003): The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affective disorders*, 73, 87-98

Petrowitsch, N. (1964): *Abnorme Persönlichkeiten*, 2. erweiterte Aufl., Basel: S. Karger

Pfohl, B., Blum, N.S. (1991): Obsessive-compulsive personality disorder: A review of available data. *J Pers Disord*, 5, 363-375

Pfohl, B., Black, D.W., Noyes, R., Coryell, W.H. & Barrash, J. (1991): Axis I and axis II comorbidity findings: Implications for validity. In: J.M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp 145-161

Plakun, E.M., Burkhardt, P.E., Müller, J.P. (1985): 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorder. *Compr Psychiatry*, 26, 448-455

Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I., Cohen, B.M., Tohen, M. (1985): An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1285-1290

Prince, M. (1905): *The dissociation of personality*. New York: Longmans

Prince, M. (1924): *The unconscious*. New York: Macmillan

Putnam, F.W. (1989a): *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: The Guilford Press

Putnam, F.W. (1989b): Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 413-429

Reddemann, L., Sachsse, U. (1999): Trauma first! Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 16-20

Reddemann, L., Sachsse, U. (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Eds.), Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 555-572

Reekum, R. van, Links, P.S., Fedorov, C. (1994): Impulsivity in borderline personality disorder. In: K.R. Silk (Ed.), Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 1-22

Reich, W. (1925): Der triebhafte Charakter. In: W. Reich (1977). Frühe Schriften I. Köln: Kiepenheuer und Witsch, S. 246-340

Renneberg, B. (2001): Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: A. Franke, A. Kämmerer (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, 2001, S. 397-422

Ritz, T., Dahme, B. (1995): Die Absorption-Skala: Konzeptuelle Aspekte, psychometrische Kennwerte und Dimensionalität einer deutschsprachigen Adaptation. Diagnostica, 41, 53-61

Rohde-Dachser, C. (1986): Borderlinestörungen. In: K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meier, C. Müller, E. Strömngren (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. 3.Aufl.. Berlin: Springer, S. 125-150

Rohde-Dachser, C. (1989): Das Borderline-Syndrom (4. Auflage). Bern: Huber

Ronningstam, E., Gunderson, J. (1991): Differentiating borderline personality disorder from narcissistic personality disorder. Journal of Personality Disorders, 5, 225-232

Ross, C.A. (1989): Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment. New York: John Wiley & Sons

Ross, C.A. (1995): Diagnosis of dissociative identity disorder. In: L.M. Cohen, J.N. Berzoff, M.R. Ellin (Eds.), Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies. Northvale, NJ: Jason Aronson, pp 261-284

Ross, C.A., Joshi, S., Currie, R. (1991): Dissociative experience in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552

Rudolf, G. (1977): *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R.D., Hull, J., Mattis, S. (1992): Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 32, 501-511

Sandler, J., Hazari, A. (1960): The "obsessional": On the psychological classification of obsessional character traits and symptoms. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 113-122

Saß H., Houben I., Herpertz S., Steinmeyer E.M. (1996a): Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, Th. Fydrich, K. Limbacher (Hrsg.), (1996), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 42-55

Saß H., Wittchen H.U., Zaudig M. (1996b): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe

Scharfetter, Ch. (1976): *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme

Schmahl, Ch., Bohus, M. (2001): Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 69, 310-321

Schmahl, Ch., Stiglmayr, Ch., Boehme, R., Bohus, M. (1999): Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-Störungen mit Naltrexon. *Nervenarzt*, 70 (3), 262-264

Schmidt-Degenhard, M. (1992): Die oneiroide Erlebnisform. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten. *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie*, Bd. 70. Berlin: Springer

Schneider, K. (1923): *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig: Deuticke

Schneider, K. (1928): Die psychopathischen Persönlichkeiten (2. Aufl.). Leipzig: Deuticke

Schneider, K. (1934): Die psychopathischen Persönlichkeiten (3. Aufl.). Leipzig: Deuticke

Schneider, K. (1967): Klinische Psychopathologie. (8., erg. Aufl.). Stuttgart: Thieme

Schröder, K. (2004): Diagnostische Methoden im Vergleich bei angstnahen Persönlichkeitsstörungen. Medizinische Dissertation, Hamburg

Schulte, W., Tölle, R. (1971): Psychiatrie. Berlin: Springer

Schultz, J.H. (1928): Die konstitutionelle Nervosität. In: Bumke, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 5, Spezieller Teil, Teil 1, Die psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Springer, S. 28-111

Shapiro, D. (1965): Neurotic styles. New York: Basic Books. Deutsche Ausgabe (1991): Neurotische Stile. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Shea, M.T. (1993): Psychosocial treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 7, 167-180

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elikin, E., Sotsky, S.M., Docherty, J.P. (1990): Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Amer J Psychiatry*, 147, 711-718

Shea, M.T., Zlonick, C., Weisberg, R.B. (1999): Commonality and specificity of personality disorder profiles in subjects with trauma histories. *Journal of Personality Disorders*, 13, 199-210

Siever, L.J. (1981): Schizoid and schizotypal personality disorders. In: J.R. Lion (Ed.), *Personality disorders. Diagnosis and management*, 2nd ed., revised for DSM-III. Baltimore: Williams & Wilkins, pp 32-64

Siever, L.J., Davis, K.L. (1991): A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658

Siever, L.J., Torgersen, S., Gunderson, J.G., Livesley, W.J., Kendler, K.S. (2002): The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry*, 51, 964-968

Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M., Lohr, N.E. (1995): Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., Siever, L.J. (2002a): The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry*, 51, 936-950

Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A. (2002b): The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biol. Psychiatry* 51, 951-963

Soloff, P. (2000): Psychopharmacological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics North America*, 23, 169-192

Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994): Risk factors for suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151, 1316-23

Spiegel, D., Cardena, E. (1991): Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378

Spitzer R.L., Endicott J. (1979): Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophr. Bull.* 5, 95-100

Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. (1974): A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-347

Spitzer R.L., Endicott J., Gibbon M. (1979): Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry* 36, 17-24

Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489

Sternbach, S.E., Judd, P.H., Sabo, A.N., McGlashan, T., Gunderson, J.G. (1992): Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample. *Compr Psychiatry*, 33, 186-189

Stieglitz, R-D. (1994): Selbstbeurteilungsverfahren. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Stuttgart: Enke, S.67-78

Stiglmayr, C. (2002): *Spannung und Dissoziation bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Frankfurt a.M.: Peter Lang- Europäischer Verlag der Wissenschaften

Stone, M.H. (1993): Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299-313

Stone, M.H., Stone, D.K., Hurt, S.W. (1987): Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Clin North Am*, 10 (2), 185-206

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

Swartz, M., Blazer, D., George, L., Winfield, I. (1990): Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorder*, 4, 257-272

Swildens, H. (1988): *Procesgerichte gesprekstherapie*. Amersfoort: Acco. (dt. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag

Sydenham, T. (1682): Letters to Dr. Cole. In: Latham, R.G. (Ed.): *The works of Thomas Sydenham*, Vol. 2. London: New Sydenham Society; 1850, pp 88-89

Taylor, S., Goritsas, E. (1994): Dimensions of identity diffusion. *Journal of Personality Disorders*, 8, 229-239

Tellegen, A., Atkinson, G. (1974): Openness to absorbing and self-altering experiencing („Absorption“), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277

Terr, L.C. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20

Tölle, R. (1986): Persönlichkeitsstörungen. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* (3.Aufl.), 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Berlin: Springer, S.151-188

Tölle, R. (1994): *Psychiatrie* (10. Aufl.). Berlin: Springer

Tölle, R. (1999): *Psychiatrie* (12. Aufl.). Berlin: Springer

Trull, T.J., Ueda, J., Doan, B.T., Vieth, A., Burr, R., Hanks, A., Conforti, K. (1998): Two-year stability of borderline personality measures. *Journal of Personality Disorders*, 12, 187-197

Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. & Tohen, M. (1997): Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259

Van der Kolk, B. (1999): Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen. *Theorie und Therapie*, 3, 21-29

Van der Kolk, B., van der Hart, O., Marmar, C.R. (1996): Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford, pp 303-327

Veith, I. (1965): *Hysteria: The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press

Waltz, J., Trautmann-Sponsel, R.D. (1999): Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *PTT- Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 3, 79-89

Watson D., Clark L.A., Harkness A.R. (1994): Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31

Westen, D. (1997): Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903

Westphal, C. (1877): Über Zwangsvorstellungen. Berl Klin Wochenschr, 46; 669-672

WHO- Weltgesundheitsorganisation (1991): Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. (1. Aufl.; Hrsg.: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.). Bern: Huber

WHO- Weltgesundheitsorganisation (1993): Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.; Hrsg.: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.). Bern: Huber

Widiger, T.A., Costa, P.T. (1994): Personality and personality disorders. Journal of Abnormal Psychology, 103, 78-91

Widiger, T.A., Frances, A. (1989): Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In: Tasman, A., Hales, R., Frances, A. (Eds.), Review of psychiatry, Vol. 8. Washington DC: American Psychiatric Press, pp 8-24

Widiger, T.A., Trull, T.J. (1993): Borderline and narcissistic personality disorders. In: P.B. Sutker, H.E. Adams (Eds.), Comprehensive handbook of psychopathology, 2nd ed.. New York: Plenum Press, pp 371-394

Widiger, T.A., Weissmann, M.M. (1991): Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Commun Psychiatry, 42, 1015-21

Widiger, T.A., Miele, G., Tilly, S. (1992): Alternative perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. In: Clarkin, J.F., Marziali, E., Munroe-Blum, H. (Eds.): Borderline Personality Disorder: Clinical and empirical perspectives. New York: Guilford Press, pp 89-115

Wolfen, S. (2005): Experimentelle SCL 90-R Modifikation und Erweiterung. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R. (1997): Pathways to the development of borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 11, 93-104

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., Chauncey, D.L. (1989): The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. J Personal Disord; 3; 10-18

Zanarini, M.C., Gunderson, M.D., Frankenburg, F.R. (1990): Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 57-63

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. (1998a): Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*; 155 (12); 1733-1739

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. (1998b): Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 39, 296-302

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Vujanovic, A.A. (2002): Inter-Rater and test-retest reliability of the revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality disorders*; 16; 270-276

Zaudig, M., Wittchen, H.U., Saß, H. (2000): *DSM-IV und ICD-10 Fallbuch*. Göttingen: Hogrefe

Zimmerman, M., Coryell, W. (1989): DSM-III personality disorder diagnosis in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 682-689

Zimmerman, M., Matthia, J.I. (1999a): Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol.40, No.4, 245-252

Zimmerman, M., Matthia, J.I. (1999b): Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1570-1574

Zweig-Frank, H., Paris, J. (1991): Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 648-651

7. Anhang

Inhaltsverzeichnis

	Seite
7.1. Fragebogen IKP	172
7.2. Item-Skalen-Schlüssel IKP	187
7.3. Tab.32: Kriterienliste IKP-Skala OBS	189
7.4.1. Tab.33: IKP, bivariate Korrelationen	190
7.4.2. Tab.34: IKP, partielle Korrelationen	191
7.5. Fragebogen BPI	192
7.6. Profilblatt BPI	196
7.7. Fragebogen SCL-190	197
7.8. Skalen SCL-90-R	201
7.9. Item-Skalen-Schlüssel SCL-190	201

7.1. Fragebogen IKP

Name: Vorname:

Deckname:.....

Alter:..... Geschlecht:.....Bisher erreichter
Schulabschluß:.....

Codierung:..... Datum der
Testbearbeitung:.....
(vom Untersuchungsleiter eintragen)

Fragebogen über Persönlichkeit und Lebenserfahrungen

IKP

Anweisung:

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Selbstbeschreibungen über das Thema "**Persönlichkeit, Verhaltensweisen und Lebenserfahrungen**" finden. Sie können jede dieser Aussagen entweder mit "**völlig unzutreffend**", "**eher unzutreffend**", "**eher zutreffend**" oder "**völlig zutreffend**" beantworten. Kreuzen Sie bitte das **zutreffende der vier Kästchen auf der rechten Seite** an. **Nur ein Kreuz ist zulässig.**

Antworten Sie bitte so, wie es für Sie **in den letzten Jahren** zutrifft. Auch für den Fall, dass Sie sich zur Zeit in **einer seelischen Krise** oder in **einer schwierigen Lebenssituation** befinden, beurteilen Sie Ihre Persönlichkeit, Ihre Verhaltensweisen und Erfahrungen bitte so, wie es **in den letzten Jahren insgesamt** bzw. **normalerweise** für Sie zutrifft.

Bitte beachten Sie noch **folgende Punkte**:

-Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort vielleicht den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie **offen und ehrlich** so, wie es **tatsächlich für Sie zutrifft**. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, dass Ihre Antworten **auf jeden Fall vertraulich** behandelt werden.

-**Denken Sie nicht lange** über die einzelnen Aussagen nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen **unmittelbar in den Sinn kommt**. Natürlich können mit den kurzen Sätzen **nicht alle Besonderheiten** berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. Kreuzen Sie aber bitte trotzdem **immer eine Antwort** an, und zwar die, **welche noch am besten auf Sie zutrifft**.

-Bitte nutzen Sie bei den verschiedenen Aussagen **möglichst alle vier Antwortmöglichkeiten** und legen Sie sich **nicht** vorschnell auf bestimmte Antworten (beispielsweise **nur** die mittleren "eher" -Antworten) fest. Für die Auswertung Ihres Ergebnisses ist es wichtig, dass Sie **alle vier Abstufungen** benutzen.

-Wir sind bei **diesem** Fragebogen nur daran interessiert, wie **Sie sich selbst einschätzen**. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen **allein und ohne Hilfe anderer** aus. Wenn Sie das Gefühl haben, die **Anweisung nicht verstanden** zu haben, lesen Sie diese bitte noch einmal gründlich durch. Wenn Sie mit dem Fragebogen trotz allem nicht zurechtkommen, nehmen Sie bitte **Kontakt zum Untersuchungsleiter** auf.

Sie können die Fragebogenbearbeitung **mehrmals unterbrechen**. Achten Sie aber darauf, dass sie sich dabei **immer hinreichend gut konzentrieren** können.
Bitte umblättern und anfangen!

Autor: Prof. Dr. B. Andresen, Diplom-Psychologe, Copyright: Verlag Hogrefe: Göttingen

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
1.	Ich achte sehr wachsam darauf, dass ich nicht übervorteilt werde.				
2.	Mir fällt es schrecklich schwer, für Menschen herzliche Gefühle zu entwickeln.				
3.	Die unscheinbarsten Dinge enthalten für mich oft eine Botschaft über Leben und Tod.				
4.	Ich bin schon mehrfach mit dem Gesetz in Konflikt geraten; die Gesetze sind ja oft so, dass man fast zwangsläufig "kriminell" wird.				
5.	Ich habe schon Eifersuchtsanfälle gehabt, bei denen ich mich "wie von allen guten Geistern verlassen" gefühlt und verhalten habe.				
6.	Ich brauche viel Bewunderung und Applaus.				
7.	Ich bin ein Mensch mit ganz besonderen Talenten und Fähigkeiten, die ich auch gebührend gewürdigt wissen will.				
8.	Beruflich komme ich nicht weiter, weil ich nicht überzeugend und selbstsicher auftreten kann.				
9.	Ich fühle mich von einigen Menschen sehr abhängig, weil ich ihre Unterstützung und Entscheidungshilfe dringend brauche.				
10.	Ich führe seit längerer Zeit über viele Dinge ganz genau Buch, um nicht den Überblick zu verlieren (z.B. Geldausgaben, Termine).				
11.	Das Leben ist oft eine Last für mich.				
12.	Gegen unliebsame soziale und berufliche Pflichten setze ich mich konsequent mit "passivem Widerstand" zur Wehr.				
13.	Ich habe von mir selbst eine ziemlich schlechte Meinung.				
14.	Ich brauche immer eine starke Partnerin (einen starken Partner), um die Klippen des Lebens umschiffen zu können.				
15.	Ich neige dazu, durch mein Äußeres und meine Verhaltensweisen Leute "anzumachen", auch wenn ich eigentlich gar nichts Erotisches von ihnen will.				
16.	Mein Perfektionsstreben ist so stark, dass ich meistens sehr lange Zeit brauche, um eine Arbeit abzuschließen bzw. das Produkt aus der Hand zu geben.				

17.	Neue Beziehungen kommen bei mir nur dadurch zustande, dass andere immer wieder behutsam auf mich zugehen und mir immer wieder versichern, wie sehr sie mich schätzen und akzeptieren.				
18.	Ich denke, dass ich eines Tages in mehreren Gebieten große Leistungen vollbringen werde.				
19.	Wer im Leben vorankommen will, muss "Lügen wie gedruckt".				
20.	Ich bin aus Erfahrung klug geworden und gehe im Zweifel immer davon aus, dass ich auch von meinen nächsten Mitmenschen belogen und betrogen werde.				
21.	Leute verhalten sich oft so merkwürdig, dass man vermuten muss, dass sie Teil eines Experiments sind.				
22.	Ich lasse mich auf heftige Beziehungen ein, um das Gefühl zu haben, dass ich überhaupt noch lebe.				
23.	Es gibt leider nur wenige Leute, die meine völlig berechtigte Widerstandshaltung verstehen.				
24.	Man wirft mir oft vor, dass ich mich von anderen Menschen absondere, auch wenn persönlicher Kontakt gefordert ist.				
25.	Meine Arbeitsmoral "lässt zu wünschen übrig"; ich habe keine Lust, mich für andere abzuschuften.				
26.	Ich spüre oft die bösen Absichten anderer Menschen durch ungewöhnliche Körpergefühle in ihrer Nähe.				
27.	Ich bin im körperlichen Kontakt mit Menschen allgemein sehr ablehnend und auf Abwehr eingestellt.				
28.	Ich stürze oft ohne äußeren Anlass meine längerfristigen Ziele und Pläne um.				
29.	Ich brauche starke Gefühle wie die Luft zum Atmen.				
30.	Ich mache es mir zum Prinzip, mich nicht durch Freunde von der Arbeit abhalten zu lassen.				
31.	Ich habe schon einmal gewünscht tot zu sein.				
32.	Ich drücke meinen stillen Protest oder meine "innere Kündigung" oft durch Missmut und einen mürrischen Gesichtsausdruck aus.				
33.	Selbst bei eigentlich sehr vertrauten Menschen zögere ich lange, bevor ich ihm/ihr etwas Persönliches anvertraue, das als Waffe gegen mich gerichtet werden kann.				
34.	Ich versuche, mich mit bestimmten Menschen in einer Art geheimer Zeichensprache zu verständigen.				
35.	Es gibt Menschen, die mich für sexuell verklemmt halten.				
36.	Bei Streitigkeiten mit einer Autoritätsperson gebe ich "klein bei", weil ich es nicht dazu kommen lassen möchte, dass ich ohne Unterstützung dastehe.				
37.	Ich bin seit meiner Jugend mehr als die meisten anderen Menschen meiner Umgebung auf Ordnung, Korrektheit und feste Grundsätze bedacht.				
38.	Ich fühle mich meistens einsam, auch wenn ich mit anderen zusammen bin.				
39.	Ich habe die feste Überzeugung gewonnen, dass die meisten Chefs Flaschen sind.				
40.	Die meisten Aktivitäten, die anderen Leuten Spaß zu machen scheinen, geben mir fast gar nichts.				

41.	Gemeinheiten, auch wenn sie in versteckter Form zum Ausdruck kommen, zahle ich mit gleicher Münze heim.				
42.	Ich kann richtig gefährlich werden, wenn es um meinen Vorteil geht.				
43.	Ich habe oft Phasen, in denen ich ganz exzessiv zu Alkohol, Drogen oder "Psychopillen" greife.				
44.	Ich kleide mich oft so, dass ich garantiert nicht übersehen werde.				
45.	Ich denke, ich bin eine herausragende Persönlichkeit, die nur von ihresgleichen richtig verstanden werden kann.				
46.	Um nicht blamiert oder abgelehnt zu werden, wage ich es nie, ganz aus mir herauszugehen (z.B. bei geselligen Zusammenkünften).				
47.	Am wohlsten ist mir, wenn man mir genau sagt, was zu tun ist.				
48.	Ich kann es mir gut vorstellen, dass irgendjemand einmal ein Buch über mein Leben schreiben wird.				
49.	Ich übernehme für Höhergestellte gern zusätzliche lästige Pflichten, um mich ihres Schutzes und Wohlwollens zu versichern.				
50.	Ich gewinne sehr selten neue Freunde (Freundinnen), weil ich viel zu zurückhaltend bin und nie selbst die Initiative ergreife.				
51.	Die Dinge, die ich zu tun habe, sind von so großer Bedeutung, dass ich dafür auch besondere Rechte oder Privilegien beanspruchen kann.				
52.	Manchmal überfällt mich "aus heiterem Himmel" das intensive Bedürfnis, mich selbst zu verletzen oder mir etwas anzutun.				
53.	Ich entwickle seit meiner Jugend sehr leicht eine durchdringende Abneigung gegen Leute, die mir zu nahe kommen.				
54.	Die Leute, die meinen guten Ruf hinter meinem Rücken untergraben, können sicher sein, dass sie dafür irgendwann bezahlen müssen.				
55.	Ich bin ein Mensch, der einen "sechsten Sinn" für heimtückische Angriffe entwickelt hat.				
56.	Unglücksfälle bei entfernteren Bekannten lassen mich ziemlich kalt.				
57.	Ich bin eine schrecklich launische Person - heute so, morgen so, und übermorgen wieder ganz anders.				
58.	Ich halte mich für einen Menschen, der <i>nicht</i> die Begabung hat, souverän mit Menschen umzugehen.				
59.	Ich finde es verwerflich, beschädigte Sachen einfach wegzuworfen, die man noch ausbessern und weiterbenutzen könnte.				
60.	Ich sage mir oft: So viel Glück wie andere müsste man haben.				
61.	Hinter meiner freundlichen "Fassade" verbirgt sich ein ziemlich verbitterter Mensch.				
62.	Ich kann Aufgaben nur schwer an andere delegieren; sie erledigen die Dinge ja doch nicht so, wie ich es für richtig und notwendig halte.				
63.	Ich binde gern Leute in meine großen Pläne und Projekte ein und finde es gar nicht gut, wenn diese dafür auch noch Gegenleistungen fordern.				
64.	Starke Ausdrücke wie "Fantastisch!" oder "Wahnsinn!" verwende ich sehr oft.				

65.	Ich hätte keine großen Skrupel, im Wirtschafts- und Arbeitsleben jemanden übers Ohr zu hauen; Betrug ist der Motor der Wirtschaft.				
66.	Manchen Menschen gegenüber bin ich extrem verschlossen und abweisend, weil ich sie für meine heimlichen Feinde/innen oder für Agenten/ -innen einer fremden Macht halte.				
67.	Ich wirke wahrscheinlich sehr kühl, mürrisch oder abweisend auf andere.				
68.	Wer auf meinem Ehrgefühl herumtrampelt, muß sich nicht wundern, dass ich mich mit äußersten Mitteln verteidige.				
69.	Ich glaube, ich wäre ein guter Schauspieler (eine gute Schauspielerin) - vor allem für dramatische Rollen.				
70.	Ich brauche jemanden, der ständig für mich sorgt und der mir Halt gibt.				
71.	Ich bin im Grunde eine Pessimist, der nichts vom Leben erwartet.				
72.	Ich habe oft Pech, so dass mir oft der hochverdiente Erfolg versagt bleibt.				
73.	Ich lege Wert auf äußerste Sparsamkeit.				
74.	Ich habe eigentlich immer das Gefühl, nicht das richtige Leben gelebt zu haben.				
75.	Ungewohnte Situationen, in denen beschämende und peinliche Dinge auf mich zukommen könnten (z.B. neue „Gesellschaftsspiele“), meide ich.				
76.	Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass „Vertrauen gut, Kontrolle aber besser ist“; dies gilt vor allem für den/die Sexualpartner/in.				
77.	Die Leute beschwerten sich immer wieder darüber, dass ich so geistesabwesend erscheine, z.B. nicht grüße und nicht zurücklächle, wenn man mich anlächelt.				
78.	Ich habe ganz besondere Verhaltensweisen (z.B. bestimmte „Rituale“) angenommen, über die andere nur den Kopf schütteln, weil sie die geheimnisvollen Hintergründe nicht verstehen.				
79.	Ich tue immer wieder verrückte und gewagte Dinge, einfach nur, um meine innere Leere nicht mehr spüren zu müssen.				
80.	Schon früher war ich wahnsinnig fantasievoll und romantisch, vor allem in „Liebesangelegenheiten“.				
81.	Es gibt verständnislose Menschen, die mir vorwerfen, dass ich aus Selbstsucht die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen missachte.				
82.	Zu viele Kontakte im Berufsleben sind für mich ein Problem, da ich mich dadurch zu leicht abgelehnt, beobachtet oder kontrolliert fühle.				
83.	Ich mag es ganz und gar nicht, wenn meine bewährte Routine bei der Arbeit und in der Freizeit durch Überraschungen oder Ablenkungen unterbrochen wird.				
84.	Mein Leben ist eigentlich schon immer ziemlich freudlos gewesen.				
85.	Auf überhöhte Anforderungen reagiere ich mit heftigem Unwillen, den ich aber hinter einer Maske des „reueigen Sünders“ verberge.				
86.	Es ist durchaus verständlich, dass viele Leute mich wegen meiner Erfolge und Fähigkeiten beneiden.				

87.	Ich spreche auch Fremde oder weniger gut bekannte Menschen oft mit vertraulichen Floskeln oder witzigen Sprüchen an.				
88.	Ich fühle mich oft so leer, dass ich am liebsten loslaufen und Fensterscheiben einwerfen oder andere Sachen zerstören würde.				
89.	Ich denke gar nicht daran, bei meinen Aktivitäten auf die Empfindsamkeiten anderer Leute Rücksicht zu nehmen.				
90.	Für mich trifft zu, dass menschliche Größe einsam macht.				
91.	Es gibt Leute, die mich immer wieder auszunutzen versuchen.				
92.	Menschliche Nähe ist mir oft unangenehm, auch wenn sie freundschaftlich oder fürsorglich gemeint ist.				
93.	Ich bin immer hinter dem Geld her und gehe dabei auch „krumme Wege“.				
94.	Wenn ich eine wichtige Bezugsperson verliere, zwingt mich dies bald in eine neue Beziehung, da ich unbedingt jemanden brauche, der mir Halt und Unterstützung gibt.				
95.	Wer mich zu gängeln versucht, dem mache ich durch stillen Widerstand die Hölle heiß.				
96.	Einsamkeit kann ich selbst für kurze Zeit nicht ertragen.				
97.	Ich fühle mich von einigen Menschen sehr unfair behandelt.				
98.	Ich kann es einfach nicht ertragen, von anderen abgelehnt zu werden, und ziehe mich viel zu oft in mein Schneckenhaus zurück.				
99.	Ich bin, offen gestanden, ganz froh, wenn die meisten Dinge von Menschen meines Vertrauens für mich entschieden werden.				
100.	Die wenigen Dinge, die ich gern tue, mache ich meistens ganz für mich allein.				
101.	Ich fange an, Menschen zu misstrauen, wenn ich zu sehr von ihnen abhängig bin.				
102.	Ich fürchte mich vor einigen Menschen ganz besonders, da ich den begründeten Verdacht habe, dass sie Teil eines großen Komplotts sind.				
103.	Es macht mir irgendwie Spaß, Leute auszutricksen.				
104.	Bestimmte Fantasien wecken in mir leidenschaftliche Hassgefühle.				
105.	Die Leute werfen mir vor, ich wolle immer im Mittelpunkt stehen und würde mich maßlos zur Schau stellen.				
106.	Ich kann es mir in jeder Hinsicht leisten, arrogant aufzutreten.				
107.	Ich hasse Unordnung in jeder Form.				
108.	Ich weiß nicht, was ich bin, wohin ich gehe, und was der Sinn des Ganzen ist.				
109.	Ich meckere und nörgle überall herum, und habe weiß Gott jede Menge Anlass dazu.				
110.	Sexuelle Annäherungsversuche rufen bei mir zunächst immer Unsicherheit oder Unbehagen hervor.				
111.	Ich spiele Autoritätspersonen seit meiner Kindheit gern einen üblen Streich.				

112.	Ich habe öfter das Gefühl, dass alle Dinge um mich herum nur meinetwegen geschehen.				
113.	Ich achte immer sehr darauf, dass ich nicht zuviel Information herausrücke, da ich ansonsten zu leicht übers Ohr gehauen werde.				
114.	Ich verstehe nicht, was andere an der partnerschaftlichen Sexualität so großartig finden.				
115.	Ich mache manchmal ganz verzweifelte und verrückte Sachen, nur um nicht verlassen zu werden.				
116.	Begehrt und beachtet zu werden ist mir außerordentlich wichtig, auch wenn andere wenig Verständnis für meine "Gefallsucht" aufbringen.				
117.	Im Grunde verachte ich mich selbst am meisten.				
118.	Mein Ehrgeiz zwingt mich dazu, alles 100prozentig machen zu wollen; deshalb fällt es mir schwer, etwas schnell zu Ende zu bringen.				
119.	Ich fühle mich geborgen, wenn mir jemand quälende Entscheidungsunsicherheiten über meinen weiteren Lebensweg abnimmt.				
120.	Ich könnte auf so vielen Feldern Erfolg haben, dass es geradezu eine Schande ist, sich auf ein Gebiet beschränken zu müssen.				
121.	Ich widerspreche wichtigen anderen Personen nur selten, da ich nicht die Unterstützung dieser Menschen verlieren möchte.				
122.	Ich bin extrem gehemmt, vor allem gegenüber überlegen auftretenden Menschen.				
123.	Wenn ich beachtet werde, fühle ich mich sehr angeregt und "ziehe eine Show ab", bei der ich eine ganze Reihe verschiedener intensiver Gefühlszustände durchlebe.				
124.	Die meisten "Hobbys", die andere schön finden, sind mir mit zu vielen menschlichen Kontakten verbunden.				
125.	Die Arbeit und das unermüdliche Streben nach Perfektion haben in meinem Leben einen viel höheren Stellenwert als menschliche Beziehungen und Freizeit.				
126.	Ich sehe immer alles schwarz. Alles ist mit schlechten Gedanken behaftet.				
127.	Die meisten Vorgesetzten verdienen nichts anderes als den im Grunde unmotivierten, verdrossenen Mitarbeiter.				
128.	Ich bin zu höherem berufen, das spüre ich jeden Tag.				
129.	Ich entwickle sehr leicht Hassgefühle gegen die mir eigentlich nahestehenden Menschen.				
130.	Ich reagiere meist grob oder sogar brutal, wenn jemand sich mir in den Weg stellt.				
131.	In Briefen, die an mich gerichtet sind, achte ich genau auf negative Dinge, die "zwischen den Zeilen" stehen.				
132.	Ich bin seit jeher eine Art Einsiedler/in, der/die ganz allein durch das Leben geht.				
133.	Bestimmte Gedanken in mir gehören in Wirklichkeit zu einem anderen.				
134.	Meine höchsten Werte waren schon immer die Kampfmoral und das "Recht des Stärkeren".				
135.	In meinen Bedürfnissen zur Selbstverwirklichung herrscht das Chaos.				

136.	Extravagante Kleidung steigert mein Lebensgefühl.				
137.	Ich hatte schon als Jugendliche/r das Gefühl, etwas Besonderes zu sein.				
138.	Ich kann Schmutz, Flecken und Unsauberkeit überhaupt nicht ertragen und habe deswegen sehr viele Schwierigkeiten mit meinen weniger reinlichen Mitmenschen.				
139.	Das Leben hat mir ziemlich übel mitgespielt.				
140.	Wenn ich mir vor Augen führe, wie gut es vielen Schmarotzern in unserer Gesellschaft geht, packt mich der blanke Hass.				
141.	Leute, die ich gut kenne, fangen manchmal an wie Fremde auszusehen.				
142.	Man sagt mir seit meiner Jugend nach, dass ich sehr nachtragend sei.				
143.	Ich fühle mich unsicher und gehemmt, wenn ich Kontakt mit unbekanntem Menschen aufnehmen muss.				
144.	Ich ordne mich gern einer Autorität unter, wenn das für mich mehr Sicherheit und Schutz in allen Lebenslagen bedeutet.				
145.	Leute, die mich persönlich beleidigten, habe ich auf meine Art hart bestraft.				
146.	Andere Menschen haben oft das Problem, dass sie meinen tiefsten Gedanken und Einsichten nicht mehr folgen können.				
147.	Manchmal tue ich Dinge wie in einem großen Rausch: zügellos Geld ausgeben, Sex ausleben, Autorasereien etc.				
148.	Ich drücke mich sehr "cool" aus, in dem ich reichlich Modewörter oder gängige Ausdrücke benutze, die gut ankommen.				
149.	Um die Hilfe und die Unterstützung eines mir sehr wichtigen Menschen zu bekommen, würde ich mich sogar erniedrigen.				
150.	Ich werfe aus Sparsamkeitsgründen gar nichts in den Müll, was man irgendwann noch einmal nutzbringend verwerten (z.B. verschenken) könnte.				
151.	Ich bekomme ganz selten die Anerkennung, die mir aufgrund meiner Leistung zusteht.				
152.	Es gibt Menschen, die mich betrügen und dabei völlig unschuldig tun.				
153.	Manche Menschen kritisieren mich, weil ich angeblich mürrisch und verdrossen wirke.				
154.	Ich bemerke oft sonderbare Veränderungen in meiner Umgebung, die ich meistens richtigerweise als Warnsignale oder verräterische Zeichen interpretiere.				
155.	Ich finde Kinder ziemlich lästig; sie hindern einen daran voranzukommen.				
156.	Wenn es gegen meinen Willen auf eine Trennung von einem Partner (einer Partnerin) zuläuft, flippe ich wahrscheinlich völlig aus und tue irgendetwas Wahnsinniges oder drohe mit Selbstmord.				
157.	Wenn ich etwas erklären will, greife ich leicht zu etwas übertriebenen Beispielen.				
158.	Ich denke, dass ich mich zur geistigen und künstlerischen Elite zählen kann.				
159.	Ich habe das Gefühl, nicht so attraktiv zu sein wie viele andere, und meide deshalb den Kontakt mit Menschen.				

160.	Wenn ich von den mir besonders nahestehenden Menschen getrennt bin, fühle ich mich hilflos und verlassen.				
161.	Ich kann nur mit anderen zusammenarbeiten, die sich streng an die Regeln halten, die ich selbst auch genau befolge.				
162.	Mein Lebenshorizont ist seit meiner Jugend stark verdüstert.				
163.	Ich bedaure manchmal, dass ich gegen viele Missstände und Zurücksetzungen einen so erbitterten Widerstand leisten muss.				
164.	Ich empfinde körperliche Berührungen, z.B. beim Händeschütteln, oft als unangenehm.				
165.	Es gibt eine ganze Reihe von übertrieben sensiblen Leuten, die mich wegen meiner Rücksichtslosigkeit kritisieren.				
166.	Ich fühle mich oft berechtigt, eine bevorzugte Behandlung zu fordern.				
167.	Man hält mir vor, dass ich viel zu zurückhaltend bin und mir dadurch viele Erlebnismöglichkeiten und Chancen verbaue.				
168.	Ich passe irgendwie nicht in diese Welt.				
169.	Wenn mich jemand anmeckert, stelle ich mich stur.				
170.	Kleine Zeichen und Andeutungen führen bei mir leicht zu dem Gefühl, dass jemand in mich verliebt ist.				
171.	Manchmal spüre ich Ekel gegenüber eigentlich ganz unauffälligen Menschen.				
172.	Ich kann die Nähe von Menschen nur für kurze Zeit ertragen.				
173.	Wenn ich versuche locker und spritzig zu wirken, kommt das bei anderen nicht gut an, weil es verkrampft wirkt.				
174.	Ich schränke meinen Lebensstil stark ein, um nicht durch unliebsame Überraschungen in Angst und Schrecken versetzt zu werden.				
175.	Mein Leben ist eine lange Kette von Versagungen, Enttäuschungen und Beschwerlichkeiten.				
176.	Gefühlsgeladenen Situationen verführe mich leicht dazu, mich unter völlig fremden Menschen wie ein sehr guter Freund (eine sehr gute Freundin) zu benehmen.				
177.	Ich fahre am liebsten ganz allein in den Urlaub und wähle dafür gern einsame Gegenden aus. Die meisten üblichen Urlaubsaktivitäten sind mir zuwider.				
178.	Ich habe Verhaltensweisen, Gesten oder Gewohnheiten angenommen, die viele andere komisch oder skurril finden.				
179.	Ich habe gute Gründe, auch einigen "Freunden/innen" nicht über den Weg zu trauen.				
180.	Manche Leute halten mich für einen begabten Schwindler (eine begabte Schwindlerin).				
181.	Meine Stimmung ist unbeständig und unberechenbar.				
182.	Ich leide seit meiner Jugend darunter, dass ich auf andere so gehemmt und schüchtern wirke.				
183.	Ich würde mich sofort angstvoll in die Arme eines neuen Partners (einer neuen Partnerin) flüchten, wenn mir der (die) bisherige verloren ginge.				

184.	Bei mir muss alles einen festen Platz und eine feste Reihenfolge haben: Störungen dieser seit langem bewährten Ordnung kann ich nicht ertragen.				
185.	Ich bin ein grüblerisch veranlagter Mensch.				
186.	Ich werde ständig benachteiligt und übergangen.				
187.	Ich spanne, offen gestanden, Leute in meine großen Pläne und Projekte ein, ohne mich allzu sehr um ihre Gefühle zu kümmern. Die meisten Menschen müssen zu ihrem Glück gezwungen werden.				
188.	Mich beschäftigt oft der furchtbare Gedanke, dass ich ganz für mich allein sorgen müsste.				
189.	Ich will immer große Dinge aufbauen, auch wenn es einige Opfer kostet.				
190.	Ich habe oft ein Gefühl quälender, gespannter Langeweile, so als müsste unbedingt etwas Gewalttätiges oder Ungeheures passieren.				
191.	Mein Fahrstil ist ziemlich rücksichtslos und aggressiv; ich habe nun einmal ein draufgängerisches Temperament.				
192.	Ich bin viel zu misstrauisch, um jemandem, den ich nicht gut kenne, eine unter Umständen kompromittierende Begebenheit aus meinem Privatleben zu erzählen.				
193.	Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass viele Menschen neidisch auf mich sind.				
194.	In ungewohnten mitmenschlichen Situationen finde ich nicht die richtigen Worte.				
195.	Ich habe zu vielen Menschen meiner Umgebung keine innere Beziehung mehr oder nie eine gehabt.				
196.	Bei der Arbeit brauche ich sehr viel Zeit und Kraft für das Aufstellen und Kontrollieren von Plänen, Listen und Regeln.				
197.	Als es mir seelisch besonders schlecht ging, habe ich zu wenig Hilfe und Zuspruch von anderen bekommen.				
198.	Ich habe das Gefühl, von Vorgesetzten (oder Lehrern) nicht respektiert und geachtet zu werden.				
199.	Ich werde seit längerer Zeit vom Pech verfolgt, so sehr ich mich auch bemühe.				
200.	Es fällt mir schwer, gegenüber Menschen, von denen ich abhängig bin, eine abweichende Haltung zu vertreten.				
201.	Ich neige dazu, mich in Eifersuchtsgefühle so sehr hineinzusteigern, dass ich fast Amok laufe.				
202.	Ich bin ziemlich geldgierig und verschwende keinen Gedanken an Fairness und Anstand, wenn es um ein gutes Geschäft geht.				
203.	Menschen erscheinen mir oft so fremd und unheimlich, dass es mir schwer fällt, einen gefühlsmäßigen Kontakt herzustellen.				
204.	Für schlechte Erfahrungen mit Menschen hatte ich immer schon ein Gedächtnis wie ein Elefant.				
205.	Es kränkt mich, dass einige Menschen meine freundschaftlichen Gefühle bewusst missverstehen.				
206.	Wenn ich einmal etwas nicht ganz Faires getan habe, sage ich mir: "Das Leben ist eben ungerecht!"				
207.	Unter Stress bekomme ich oft seltsame Anwandlungen von intensivem Misstrauen oder Ärger.				
208.	Ich habe das starke Bedürfnis, erotisch anziehend zu wirken.				

209.	Es gibt Menschen, die mir unerträgliche Arroganz vorwerfen.				
210.	Ich würde es nie wagen, einen fremden Menschen, den ich begehrenswert oder liebenswert finde, zwecks Verabredung anzusprechen.				
211.	Ich übernehme auch sehr unangenehme Arbeiten, um mir dadurch die Hilfe anderer zu erhalten, die ich dringend brauche.				
212.	In Fragen der Moral habe ich feste und unerschütterliche Überzeugungen und lasse mich nicht durch spitzfindige Argumente davon abbringen.				
213.	Ich habe gute Gründe, andere wegen ihrer ungerechtfertigten Privilegien und "Nebeneinkünfte" zu beneiden.				
214.	In menschlichen Beziehungen spiele ich oft einen "besonderen Charakter" und gestalte diese Rolle so, dass sie richtig echt wirkt.				
215.	Manchen Menschen gegenüber verhalte ich mich unnatürlich und verkrampft, weil sie extrem unheimlich oder abstoßend auf mich wirken.				
216.	Schon beim kleinsten Verdacht, dass jemand meine Ehre verletzen will, gehe ich zum Gegenangriff über.				
217.	Ich brauche einen ruhigen Job. Zuviel Stress und Aufregung machen mich ängstlich und nervös.				
218.	Ich schlafe insgesamt sehr schlecht und unregelmäßig.				
219.	Meine Impulsivität hat mir schon viele Nachteile eingebracht.				
220.	Mich quält immer und immer wieder der Gedanke, dass ich geliebten Menschen ungewollt ein Leid zufügen könnte.				
221.	Ich höre manchmal, wie in einem Traum, ganze Melodien, ohne dass jemand wirklich Musik macht.				
222.	Bei mir kommen oftmals brutale Impulse zum Durchbruch, die dann schwerwiegende Folgen haben.				
223.	Ich fürchte mich vor Naturgewalten (z.B. Gewitter).				
224.	Meine Nerven sind oft zum Zerreißen gespannt.				
225.	Ich bin schon mehrmals vor einer schwierigen Aufgabe einfach davongelaufen.				
226.	Mir fehlt das Vertrauen in meine eigene Zuverlässigkeit. Deshalb kontrolliere ich mich dauernd selbst.				
227.	Ich habe oft das Gefühl, dass die Wirklichkeit eine Illusion ist, und dass ich eigentlich gar nicht so existiere, wie ich es normalerweise glaube.				
228.	Ich erlebe oft wahnsinnig starke Anfälle von Wut und Ärger, die mir eigentlich wesensfremd sind.				
229.	Wenn's brenzlig wird, verstecke oder verdrücke ich mich gerne.				
230.	Risikante und schwierige Aufgaben überlasse ich gern anderen, die mehr Stress abkönnen als ich.				
231.	Nervosität, Gereiztheit und viele körperliche Beschwerden sind meine größten Probleme.				
232.	Ich habe eine extreme Abneigung gegen Spinnen.				

233.	Mir ist es schon einmal passiert, dass ich für einige Zeit das überwältigende Gefühl hatte, ganz im Bann einer anderen Person zu stehen, so als wäre ich nur eine Marionette eines fremden Willens.				
234.	Mir kommen immer wieder dieselben Melodien in den Sinn, obwohl ich es gar nicht will.				
235.	Seit meiner Kindheit habe ich immer wieder das ungute Gefühl, dass in mir abwechselnd ganz verschiedene Persönlichkeiten die Oberhand gewinnen.				
236.	Ich bin ein fordernder und ungeduldiger Mensch und flippe leicht aus, wenn niemand auf meine Wünsche eingeht.				
237.	Ich habe fast unüberwindliche Höhenangst.				
238.	Mein Schlaf bringt mir nicht die Erholung, die ich dringend brauche.				
239.	Mir ist es schon passiert, dass ich vor lauter Verkrampfung keinen Ton herausbekommen konnte, als ich bei einem wichtigen Anlass etwas sagen wollte.				
240.	Ich fühle mich häufig innerlich gezwungen, bestimmte Dinge fast endlos zu wiederholen, obwohl mir mein Verstand sagt, dass das unsinnig ist.				
241.	Ich hatte schon mehrmals das Erlebnis, dass ich nach dem Aufwachen für einige Zeit nicht wusste, wo ich eigentlich bin.				
242.	Mich peinigen oft Gedanken an Schuld und Versündigung, z.B. im sexuellen Bereich.				
243.	An manchen Tagen laufe ich mit dem Gefühl herum, dass ich nahe daran bin zu explodieren.				
244.	Ich habe oft das Gefühl, nicht richtig durchatmen zu können.				
245.	Ich neige dazu, in schwierigen Situationen oder Bewährungsprüfungen mich so sehr zu beobachten, dass alles nur noch schlimmer wird.				
246.	Wenn ich Blut sehe, werde ich leicht ohnmächtig.				
247.	Oft ist es mir nachträglich ein Rätsel, wie ich wieder einmal so impulsiv und unkontrolliert handeln konnte.				
248.	Mein normales Gefühl von "fremd oder vertraut", "Zukunft oder Vergangenheit" gerät oftmals völlig durcheinander.				
249.	Ich neige dazu, mich extrem lange mit meinen Sorgen und Befürchtungen zu beschäftigen.				
250.	Ich würde es wegen der Explosionsgefahr nie wagen, durch aktiven Einsatz ein Unfallopfer aus einem gerade verunglückten Wagen zu retten.				
251.	Ich bin häufig nahe daran, vor Erschöpfung völlig zusammenzubrechen.				
252.	Mein größtes Problem ist meine Unfähigkeit, etwas Schwieriges oder Anstrengendes durchzustehen.				
253.	Ich möchte nicht in exotische Länderreisen, weil da einfach zu viele unbekannte Gefahren lauern.				
254.	Ich bin schon einmal, ohne es eigentlich zu wollen, gewalttätig geworden.				
255.	Ich kann oft Wirklichkeit und Fantasie (oder Wachen und Träumen) nicht unterscheiden.				

256.	Mir kommen schon seit meiner Jugend sehr leicht "katastrophale Gedanken" in den Sinn, z.B. dass ich ein Unglück verursachen könnte.				
257.	Es ist mir schon mehrfach passiert, dass irgendeine Kleinigkeit mich so aufgebracht hat, dass bei mir "alle Sicherungen rausgesprungen sind".				
258.	Meine Gedanken sind meistens irgendwie "nebelhaft" oder "unscharf".				
259.	Ich fühle mich gehetzt und getrieben, wenn mehrere Anforderungen gleichzeitig oder kurz hintereinander auf mich einströmen.				
260.	Ich habe oft starke Herzschmerzen.				
261.	Wenn ich angesichts einer Gefahr für Leib und Leben starke Ängste entwickle, bin ich manchmal wie erstarrt und kann dann gar nichts tun.				
262.	Ich leide oft unter dem bohrenden Gedanken, etwas ganz Wichtiges vergessen zu haben.				
263.	Ich habe oft einen verspannten Nacken.				
264.	Ich schrecke vor großen Herausforderungen zurück, weil ich weiß, dass ich solche ganz allein nie bestehen könnte.				
265.	Ich bin ein kränklicher Mensch.				
266.	Ich fürchte mich sehr vor Schlangen.				
267.	Ich werde schnell ungeduldig.				
268.	Ich habe am helllichten Tag Eingebungen, die wirklicher erscheinen als die Wirklichkeit selbst.				
269.	Ich muss - innerlich widerstrebend - immer wieder bestimmte Rituale durchführen, um Gefahren zu bannen.				
270.	Ich fühle mich schon durch das Zusammentreffen mehrerer kleiner Belastungen sehr leicht völlig überfordert.				
271.	An manchen Tagen bin ich so reizbar, dass mich wirklich alles an die Decke bringt.				
272.	Wenn ich einen Gegenstand ansehe, kann es leicht passieren, dass er in meiner Fantasie anfängt zu leben.				
273.	Ich muss ganz konsequent bestimmte, mir selbst und anderen sinnlos erscheinende Verhaltensregeln einhalten, da ich sonst von Angst überwältigt werde.				
274.	Ich handle oft impulsiv, ohne an die Konsequenzen zu denken.				
275.	Bei hohen Geschwindigkeiten bekomme ich Beklemmungen.				
276.	Ich kann abends nur schwer einschlafen, da ich einfach zu angespannt und geistig übererregt bin.				
277.	Ich meide angstvoll alle Dinge, die mit Tod und Sterben zu tun haben (z.B. Friedhöfe).				
278.	Zuviel Leistungsdruck führt bei mir zu Panikzuständen, die mein Leistungsvermögen stark beeinträchtigen.				

279.	Ich war schon mehrmals in einem ganz tiefen glückseligen (nicht sexuellen) Zustand von Trance (oder Versunkenheit, Entrücktheit), der durch eine andere Person ausgelöst wurde.				
280.	Ich reagiere immer wieder sehr genervt auf lästige und laute Geräusche. Sie gehen mir durch "Mark und Bein".				
281.	In einer Katastrophensituation wäre ich wie gelähmt und könnte deshalb nicht bei Einsätzen zur Rettung anderer mitmachen.				
282.	Ich habe oft das Gefühl, aus mehreren extrem verschiedenen Persönlichkeiten zu bestehen.				
283.	Mich belastet fast immer der Gedanke, dass ich unangenehme Gerüche absondere.				
284.	Ich habe immer wieder Zustände extrem erhöhter Schmerzempfindlichkeit.				
285.	Wenn mir jemand bei der Arbeit von hinten über die Schulter sieht, werde ich schrecklich nervös und mache alles falsch.				
286.	Es gibt wahrscheinlich Menschen, die sich davor fürchten, dass ich wieder einmal "explodiere".				
287.	Ich habe fast ständig mahnende oder zweifelnde Gedanken im Kopf.				
288.	Ich mache leicht schlapp, wenn bei irgendeiner Aufgabe unerwartet Schwierigkeiten entstehen.				
289.	Ich habe die quälende Neigung, in meiner Vorstellung schreckliche mögliche Ereignisse vorwegzunehmen.				
290.	Ich hatte schon mehrmals für längere Zeiträume offenbar totale Gedächtnisausfälle und wusste dann nicht, was wirklich passiert war, oder wo ich gewesen bin.				
291.	Wenn ich erschöpft und übermüdet bin, gerät mein ganzer seelischer Haushalt durcheinander.				
292.	Wenn ich zu sehr zur Eile angetrieben werde, kriege ich Panik.				
293.	Ich fürchte mich seit meiner Kindheit vor der Dunkelheit.				
294.	Ich kann meine Wutgefühle einfach nicht unter Kontrolle bringen.				
295.	Schon früher hatte ich manchmal den überwältigenden Drang wegzulaufen, ganz gleich wohin.				
296.	Meine Vorstellungen kreisen sehr oft um Fehler und Versäumnisse, für die ich verantwortlich sein könnte.				
297.	Mein Puls rast häufig wie wild, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hätte.				
298.	Vor Prüfungssituationen habe ich starke Angst, schon lange bevor es soweit ist.				
299.	Wenn ich nicht regelmäßig gründlich ausspanne, (z.B. durch Kur, Erholungsurlaub), werde ich aus nervlicher Überbeanspruchung krank.				
300.	Ich hätte Angst vor allen möglichen Gefahren, wenn ich allein leben müsste.				
301.	Meine geistigen Vorstellungen entgleiten mir häufig, so dass ich willenlos in eine fantastische Einbildungswelt hineingerate.				
302.	Bestimmte ungute Gedanken drängen sich mir immer wieder mit penetranter Regelmäßigkeit auf, und ich kann sie einfach nicht zurückhalten.				

303.	Ich bin im Grunde nicht belastbar und brauche viel Ruhe und Erholung zwischendurch, um anstrengende Tage ohne Angst- und Stressreaktionen durchstehen zu können.				
304.	Ich habe oft Kopfschmerzen, vor allem wenn ich mich seelisch verkrämpfe.				
305.	Meine Gedanken sind wie flüchtige Gefühle, ganz ohne Regeln und Richtungen.				
306.	Meine innere Unsicherheit zwingt mich zur Einhaltung von Regeln, die im Grunde unsinnig oder maßlos übertrieben sind.				
307.	Ich verliere schnell die Lust und reagiere verärgert, wenn etwas nicht gleich klappt.				
308.	Wenn ich einem nicht angeleiteten Hund begegne, packt mich die Angst.				
309.	Ich habe ein sehr leidenschaftliches Temperament und schade mir dadurch häufig selbst.				
310.	Unter Stress fallen mir leicht Dinge herunter, oder es passiert sonst irgendein Malheur.				
311.	In Aufzügen (Fahrstühlen) bekomme ich leicht Panik.				
312.	Ich reagiere unwirsch oder heftig, wenn jemand meinen impulsiven Handlungsstil kritisiert.				
313.	Ärzte und Krankenhäuser machen mir sehr viel Angst.				
314.	Ich reagiere sehr erschrocken und verstört, wenn ich von einem Vorgesetzten (oder Lehrer) angeschnauzt werde.				
315.	Ich habe oft unangenehme Verspannungsgefühle in den Armen und Beinen.				
316.	Ich kann so wütend werden, dass ich jede Selbstbeherrschung verliere.				
317.	Beschämende Erlebnisse führen in meinem Kopf zu extrem lange anhaltenden Grübeleien, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.				
318.	Ich habe manchmal durch Meditation oder andere Entspannungstechniken eine extreme "Entgrenzung" oder "Auflösung" meines Ich-Gefühls erlebt, wobei ich das Gefühl hatte, als ob irgendwelche fremde Wesenheiten in mich eindringen konnten.				
319.	Ich bin zu einem Sklaven (einer Sklavin) meines überstrengen Gewissens geworden.				
320.	Wenn ich etwas (wie so oft) nicht genau weiß, fülle ich die Lücken durch "frei Erfundenes".				
321.	Ich gelte allgemein als unberechenbar, impulsiv und leicht aufbrausend.				
322.	Ich könnte mich vor lauter Angst und Ekel nicht überwinden, einem Menschen mit Atemstillstand durch Mund-zu-Mund-Beatmung zu helfen.				
323.	Ich kann einfach nichts dagegen tun, dass ich immer an meine Krankheiten denken muss.				
324.	Ich schmeiße leicht alles hin, wenn unerwartet Schwierigkeiten auftauchen.				

Anmerkung: Gegenüber der veröffentlichten Textfassung (vgl. Andresen, im Druck) sind in dieser Vorform einige abweichende Formulierungen gegeben.

7.2. Item-Skalen-Schlüssel IKP

Skala Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP PAR: 1, 20, 33, 41, 54, 68, 76, 91, 101, 113, 131, 142, 145, 152, 179, 192, 204, 216

Skala Schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP SCH: 2, 24, 27, 40, 53, 67, 77, 92, 100, 114, 124, 132, 153, 164, 172, 177, 195, 203

Skala Schizotypische Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP STY: 3, 21, 26, 34, 55, 66, 78, 90, 102, 112, 133, 141, 146, 154, 171, 178, 205, 215

Skala Antisoziale Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP ANT: 4, 19, 25, 42, 56, 65, 89, 93, 103, 111, 130, 134, 155, 165, 180, 191, 202, 206

Skala Borderline Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP BOR: 5, 22, 28, 43, 52, 57, 79, 88, 104, 115, 129, 135, 147, 156, 181, 190, 201, 207

Skala Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP HIS: 6, 15, 29, 44, 64, 69, 80, 87, 105, 116, 123, 136, 148, 157, 170, 176, 208, 214

Skala Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP NAR: 7, 18, 45, 48, 51, 63, 81, 106, 120, 128, 137, 158, 166, 187, 189, 193, 209

Skala Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP VER: 8, 17, 35, 46, 50, 58, 75, 82, 98, 110, 122, 143, 159, 167, 173, 182, 194, 210

Skala Dependente Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP DEP: 9, 14, 36, 47, 49, 70, 94, 96, 99, 119, 121, 144, 149, 160, 183, 188, 200, 211

Skala Zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP ZWA: 10, 16, 30, 37, 59, 62, 73, 83, 107, 118, 125, 138, 150, 161, 174, 184, 196, 212

Skala Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP DPR: 11, 13, 31, 38, 61, 71, 74, 84, 108, 117, 126, 139, 162, 168, 175, 185, 197, 199

Skala Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP PAS: 12, 23, 32, 39, 60, 72, 85, 95, 97, 109, 127, 140, 151, 163, 169, 186, 198, 213

Skala Anforderungs -und leistungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP ANF: 217, 225, 230, 239, 245, 252, 259, 264, 270, 278, 285, 288, 292, 298, 303, 310, 314, 324

Skala Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP AST: 218, 224, 231, 238, 244, 251, 260, 263, 265, 276, 280, 284, 291, 297, 299, 304, 315, 323

Skala Furchtsame Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP FUR: 223, 229, 232, 237, 246, 250, 253, 261, 266, 275, 277, 281, 293, 300, 308, 311, 313, 322

Skala Impulsiv- explosible Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP IMP: 219, 222, 228, 236, 243, 247, 254, 257, 267, 271, 274, 286, 294, 307, 309, 312, 316, 321

Skala Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP DIS: 221, 227, 233, 235, 241, 248, 255, 258, 268, 272, 279, 282, 290, 295, 301, 305, 318, 320

Skala Obsessiv- selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (18 Items)

IKP OBS: 220, 226, 234, 240, 242, 249, 256, 262, 269, 273, 283, 287, 289, 296, 302, 306, 317, 319

7.3. Kriterienliste IKP-Skala OBS

Tab. 32: Neu konzipierte (DSM-IV-analoge) Forschungskriterien der Obsessiv-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (OBS)

- A. Ein tiefgreifendes Muster obsessiver Sorgen und Befürchtungen, verbunden mit extremen Zweifeln an der Sicherheit und moralischen Integrität des eigenen Handelns. Die exzessiven Vorstellungen von eigenen Verfehlungen werden ich-dyston und mit innerem Widerstand erlitten, haben also keine paranoide Qualität. Die Störung besteht seit dem frühen Erwachsenenalter. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
- (1) Andauernde (antizipative) Befürchtungen und Fantasien, schuldhaft zu handeln, Katastrophen auszulösen und Gewaltakte zu begehen,
 - (2) zwanghaftes Kontrollieren eigener Handlungen auf Fehler und Versäumnisse mit gefährlichen Konsequenzen,
 - (3) obsessive Wiederkehr kognitiver Vorgänge (z.B. Melodien, Gedanken und Einfälle, Rituale, Zählzwänge),
 - (4) unsinnige exzessive Regelbeachtung aus Unsicherheit oder Angst; Selbstkritik wegen und Widerstand gegen zwanghaftes Verhalten und Denken,
 - (5) Verunreinigungs- und Versündigungsgefühle, tiefgreifende Schamgefühle, oftmals sexuellen Inhalts (hygienisch, moralisch und religiös motiviert, aber in ihrer Intensität nicht subkulturell zu erklären),
 - (6) anhaltende sorgenvolle, zweifelnde und mahnende Gedanken, andauernde Schuldgefühle und Gewissensnöte.
- B. Nicht besser erklärbar durch eine Zwangsstörung auf Achse I.

7.4.1. Tab.33: IKP, bivariate Korrelationen

IKP	PAS		DIS		OBS		SCH		PAR		ANT	
	r_s	p_s	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$	$r_s$	$p_s$
ZWA	.399	.000***	.232	.048*	.357	.002**	.306	.009**	.411	.000***	.168	.154
ANT	.557	.000***	.391	.001**	.162	.170	.405	.000***	.528	.000***	1.0	...
ANF	.436	.000***	.527	.000***	.622	.000***	.478	.000***	.158	.182	.194	.100
AST	.573	.000***	.718	.000***	.682	.000***	.589	.000***	.405	.000***	.248	.034*
VER	.314	.007**	.252	.032*	.424	.000***	.433	.000***	.133	.261	.012	.922
BOR	.554	.000***	.593	.000***	.595	.000***	.512	.000***	.492	.000***	.501	.000***
DEP	.208	.078	.155	.191	.403	.000***	.162	.170	.073	.541	.031	.795
DIS	.562	.000***	1.0	...	.688	.000***	.571	.000***	.418	.000***	.391	.001**
DPR	.659	.000***	.504	.000***	.585	.000***	.640	.000***	.501	.000***	.192	.104
IMP	.677	.000***	.604	.000***	.590	.000***	.490	.000***	.643	.000***	.623	.000***
HIS	.389	.001**	.386	.001**	.224	.057	.129	.278	.349	.002**	.616	.000***
NAR	.481	.000***	.342	.003**	.114	.337	.280	.017*	.423	.000***	.690	.000***
OBS	.439	.000***	.688	.000***	1.0	...	.455	.000***	.304	.009**	.162	.170
PAR	.720	.000***	.418	.000***	.304	.009**	.533	.000***	1.0	...	.528	.000***
PAS	1.0	...	.562	.000***	.439	.000***	.601	.000***	.720	.000***	.557	.000***
FUR	.253	.031*	.372	.001**	.420	.000***	.386	.001**	.078	.514	.056	.639
SCH	.601	.000***	.571	.000***	.455	.000***	1.0	...	.533	.000***	.405	.000***
STY	.659	.000***	.796	.000***	.564	.000***	.570	.000***	.587	.000***	.517	.000***

Anmerkung: r_s = Korrelation bivariat nach Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.4.2. Tab.34: IKP, partielle Korrelationen

IKP	PAS		DIS		OBS		SCH		PAR		ANT	
	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r_{p}	p_{p}	r _p	p _p
ZWA	.435	.000***	.240	.041*	.443	.000***	.325	.005**	.472	.000***	.192	.104
ANT	.579	.000***	.316	.007**	.159	.179	.482	.000***	.523	.000***	1.0	...
ANF	.388	.001**	.536	.000***	.660	.000***	.469	.000***	.194	.100	.190	.107
AST	.551	.000***	.696	.000***	.698	.000***	.579	.000***	.432	.000***	.227	.054
VER	.294	.012*	.251	.030*	.456	.000***	.455	.000***	.186	.116	.028	.815
BOR	.568	.000***	.606	.000***	.598	.000***	.522	.000***	.498	.000***	.498	.000***
DEP	.226	.055	.215	.068	.478	.000***	.224	.057	.154	.194	.066	.578
DIS	.513	.000***	1.0	...	.695	.000***	.524	.000***	.374	.001**	.316	.007**
DPR	.604	.000***	.490	.000***	.643	.000***	.632	.000***	.508	.000***	.223	.057
IMP	.681	.000***	.573	.000***	.587	.000***	.509	.000***	.631	.000***	.588	.000***
HIS	.436	.000***	.404	.000***	.298	.010*	.179	.130	.381	.001**	.579	.000***
NAR	.496	.000***	.278	.017*	.125	.292	.336	.004**	.443	.000***	.738	.000***
OBS	.410	.000***	.695	.000***	1.0	...	.484	.000***	.322	.005**	.159	.179
PAR	.786	.000***	.374	.001**	.322	.005**	.545	.000***	1.0	...	.523	.000***
PAS	1.0	....	.513	.000***	.410	.000***	.590	.000***	.786	.000***	.579	.000***
FUR	.232	.049	.334	.004**	.395	.001**	.382	.001**	.090	.451	.018	.878
SCH	.590	.000***	.524	.000***	.484	.000***	1.0	...	.545	.000***	.482	.000***
STY	.668	.000***	.783	.000***	.557	.000***	.571	.000***	.618	.000***	.505	.000***

Anmerkung: r_p = Korrelation partiell nach Pearson, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

7.5. Fragebogen BPI

BPI

Anleitung

Auf den folgenden Seiten ist eine Reihe von Sätzen angeführt, mit denen Sie sich selbst beschreiben können. Trifft ein Satz für Sie zu, kreuzen Sie bitte „ja“ an, trifft er nicht zu, machen Sie ihr Kreuz bitte bei „nein“. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch anders ist. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

1. Bedenken Sie bitte, daß es nicht darum geht, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ macht. Es geht darum, daß Sie sich selbst möglichst genau beschreiben. Manche Fragen sind sicher sehr persönlich. Bedenken Sie aber bitte, daß Ihre Antworten *absolut vertraulich* behandelt werden.
2. Natürlich können in einem kurzen Satz nicht alle Besonderheiten erfaßt werden. Vielleicht passen deshalb einige Sätze nicht sehr gut auf Sie. Wir möchten Sie aber bitten, trotzdem *jeden Satz* anzukreuzen, und zwar so, wie es für Sie *persönlich noch am ehesten* zutrifft.

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich

weiblich

Alter: Jahre

Schulabschluß:

erlernter Beruf:

zur Zeit ausgeübter Beruf:

.....

(Datum)

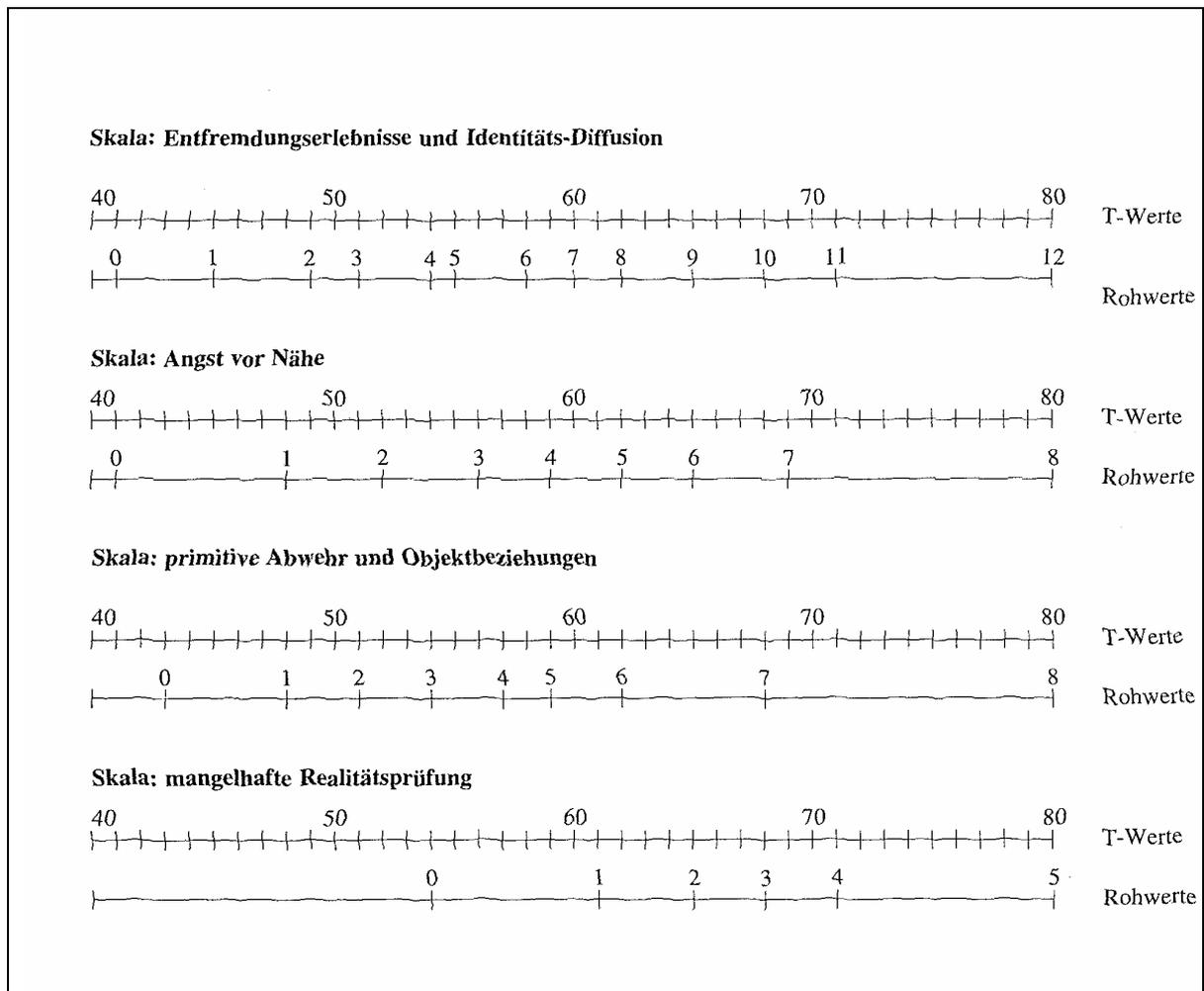
	ja	nein
1. Ich habe öfters Panikanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. In den letzten drei Monaten konnte mich gefühlsmäßig nichts berühren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich frage mich häufig, wer ich eigentlich bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich mache öfters riskante Sachen, die mich hinterher in Schwierigkeiten bringen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich fühle mich eingeengt, wenn andere sich viel um mich kümmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Manchmal kommt in mir eine andere Person zum Vorschein, die gar nicht zu mir gehört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe schon einmal seltsame Gestalten oder Visionen gesehen, obwohl niemand da war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute und die Dinge um mich herum unwirklich sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Meine Gefühle gegenüber anderen Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um, z. B. von Liebe und Bewunderung zu Haß und Enttäuschung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich fühle mich oft wertlos oder hoffnungslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe schon öfters Geld verschwendet oder verspielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe schon einmal Stimmen gehört, die über mich sprachen, obwohl niemand da war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Falls ja: Diese Stimmen kamen von (bitte ankreuzen):		
a) außen	<input type="radio"/>	
b) innen	<input type="radio"/>	
14. In engen Beziehungen werde ich immer wieder verletzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Manchmal kommen Seiten in mir zum Vorschein, die gar nicht zu mir passen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß ich wie eine Marionette von außen gelenkt oder kontrolliert werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich habe schon einmal jemanden körperlich angegriffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß meine Gedanken laut werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Manchmal fühle ich mich schuldig, als hätte ich ein Verbrechen begangen, das ich gar nicht begangen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich habe mir schon einmal selbst absichtlich körperliche Verletzungen zugefügt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> AB
<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> Cut-20	

	ja	nein
21. Manchmal habe ich das Gefühl, daß die Leute oder die Dinge ihr Aussehen ändern, obwohl sie es nicht wirklich tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich hatte schon einmal besonders intensive religiöse Erlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich bin mir oft unsicher, wie meine Liebesbeziehungen sein sollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Manchmal fühle ich mich auserwählt, z. B. wie ein Prophet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Wenn eine Beziehung enger wird, fühle ich mich in der Falle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich habe schon einmal die Anwesenheit einer Person gespürt, obwohl sie nicht wirklich da war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Manchmal kommt mir mein Körper oder Körperteile fremd oder verändert vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. In engen Beziehungen erreiche ich oft einen Punkt, wo es mir zu nah wird und ich die Beziehung abbreche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Manchmal habe ich den Verdacht, daß die anderen es besonders auf mich abgesehen haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich habe schon oft Drogen (z. B. Haschisch oder LSD) genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Es macht mir insgeheim Spaß, Macht über andere auszuüben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Manchmal habe ich das Gefühl, daß ich etwas Besonderes bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Manchmal habe ich das Gefühl auseinanderzufallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Manchmal fällt es mir schwer zu unterscheiden, ob etwas wirklich geschehen ist oder ob ich es mir nur eingebildet habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ich handele oft spontan, ohne lange nachzudenken, was passieren könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Manchmal fühle ich mich selbst unwirklich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mein Körper sich auflöst oder mir ein Körperteil fehlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Ich habe öfters erschreckende Träume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Es kommt mir öfters so vor, als würde die anderen über mich reden oder lachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Die anderen erscheinen mir oft feindselig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß andere mir ihre Gedanken eingeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Ich weiß häufig nicht, was ich eigentlich wirklich will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>				
ID	N	AB	R	Cut-20

		ja	nein			
43. Ich habe schon einmal einen Selbstmord-Versuch begangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
44. Manchmal glaube ich, daß ich eine schwere körperliche Krankheit habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
45. Ich war schon einmal abhängig von Alkohol, Drogen oder Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Zutreffendes bitte ankreuzen:						
a) Alkohol	<input type="radio"/>					
b) Drogen	<input type="radio"/>					
c) Tabletten	<input type="radio"/>					
46. Manchmal habe ich das Gefühl, daß ich in einem Traum oder in einem Film lebe, der an mir vorbeizieht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
47. Ich habe schon öfters etwas gestohlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
48. Ich habe öfters richtige Heißhungeranfälle und schlinge alles in mich rein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
49. Ich bin oft unsicher über (bitte ankreuzen):						
a) politische Fragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
b) religiöse Fragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
c) moralische Fragen (Gut u. Böse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
50. Ich habe manchmal mörderische Vorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
51. Ich bin schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt gekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
52. Sind irgendwelche der in den angegebenen Sätzen beschriebenen Erlebnisse unter Drogen aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, geben Sie bitte die Nummern der betreffenden Sätze an.						
Nr.: _____						
53. Sind irgendwelche der in den angegebenen Sätzen beschriebenen Erlebnisse während einer Psychotherapie aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, geben Sie bitte die Nummern der betreffenden Sätze an.						
Nr. : _____						
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ID	N	AB	R	Cut-20		
<hr/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesamt- werte
ID	N	AB	R	Cut-20	Summe 1-51	

7.6. Profilblatt BPI



Anmerkung: T-Normen auf der Basis der Gesamtstichprobe, N = 538
(Anlage zum Manual, aus Leichsenring, 1997)

7.7. Fragebogen SCL-190

Codenummer / Name: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: Datum:	SCL- 90-R
---	--------------

Anleitung Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!	Beispiel: Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen? Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an. Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
---	--



Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?
1. Kopfschmerzen 0 1 2 3 4	21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht 0 1 2 3 4
2. Nervosität oder innerem Zittern 0 1 2 3 4	22. der Befürchtung, erlappt oder erwischt zu werden 0 1 2 3 4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen 0 1 2 3 4	23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund 0 1 2 3 4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen 0 1 2 3 4	24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren 0 1 2 3 4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität 0 1 2 3 4	25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen 0 1 2 3 4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen 0 1 2 3 4	26. Selbstvorwürfen, über bestimmte Dinge 0 1 2 3 4
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat 0 1 2 3 4	27. Kreuzschmerzen 0 1 2 3 4
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind 0 1 2 3 4	28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen 0 1 2 3 4
9. Gedächtnisschwierigkeiten 0 1 2 3 4	29. Einsamkeitsgefühlen 0 1 2 3 4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit 0 1 2 3 4	30. Schwermut 0 1 2 3 4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein 0 1 2 3 4	31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen 0 1 2 3 4
12. Herz- und Brustschmerzen 0 1 2 3 4	32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren 0 1 2 3 4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße 0 1 2 3 4	33. Furchtsamkeit 0 1 2 3 4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken 0 1 2 3 4	34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen 0 1 2 3 4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen 0 1 2 3 4	35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen 0 1 2 3 4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört 0 1 2 3 4	36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind 0 1 2 3 4
17. Zittern 0 1 2 3 4	37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können 0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann 0 1 2 3 4	38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist 0 1 2 3 4
19. schlechtem Appetit 0 1 2 3 4	39. Herzklopfen oder Herzjagen 0 1 2 3 4
20. Neigung zum Weinen 0 1 2 3 4	40. Übelkeit oder Magenverstimmung 0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234	72. Schreck- und Panikanfällen	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234	74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
51. Leere im Kopf	011234	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234	86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234	89. Schuldgefühlen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

© by Beltz Test GmbH, Göttingen - Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, wie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien verboten - Best.-Nr. 0421603 Herstellung und Satz: Rolf Benthien-Franke (Göt)

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
91. gedanklicher Beschäftigung mit Krankheiten	0	1	2	3	4	116. dem ständigen Drang, Scherze zu machen, Witze zu reißen oder Streiche zu spielen	0	1	2	3	4
92. der Neigung, anderen gegenüber aufdringlich zu sein	0	1	2	3	4	117. Gefühllosigkeit und Abgestumpftheit Menschen gegenüber	0	1	2	3	4
93. merkwürdigen Erinnerungslücken	0	1	2	3	4	118. dem Gefühl, irgendwie verändert oder sich selbst fremd zu sein	0	1	2	3	4
94. überwältigendem Verlangen nach einem Suchtmittel	0	1	2	3	4	119. dem Drang zu reden, auch wenn niemand zuhört	0	1	2	3	4
95. dem ständigen Zweifel, ob Sie nicht doch ernstlich krank sind.	0	1	2	3	4	120. dem Gefühl, Dinge schon mal erlebt zu haben	0	1	2	3	4
96. dem Gefühl, dass sie andere provozieren, ohne es zu merken.	0	1	2	3	4	121. dem Gefühl von Belastung und Überforderung	0	1	2	3	4
97. immer wiederkehrendem Zweifel, ob Sie eine Tätigkeit ordentlich beendet haben	0	1	2	3	4	122. Hektik und Ruhelosigkeit, sich getrieben fühlen	0	1	2	3	4
98. dem Drang, immer wieder Ärzte aufzusuchen.	0	1	2	3	4	123. dem Gefühl, dass Ihnen alles über den Kopf wächst, Sie überfordert sind	0	1	2	3	4
99. schwerwiegenden körperlichen Krankheitssymptomen	0	1	2	3	4	124. dem anhaltenden Gefühl, schwer krank zu sein, auch wenn Ärzte nichts finden	0	1	2	3	4
100. der Abhängigkeit von anregenden Mitteln	0	1	2	3	4	125. Trennungs- und Verlustängsten nach schlimmen eigenen Erlebnissen	0	1	2	3	4
101. ständig wiederholtem Nachprüfen elektrischer oder anderer Geräte	0	1	2	3	4	126. Niedergeschlagenheit und gedrückter Stimmung	0	1	2	3	4
102. der Vermeidung von Kontakten, weil Sie sich gehemmt fühlen	0	1	2	3	4	127. einem ständigen Zwang, Ihren Körper nach Krankheiten abzusuchen	0	1	2	3	4
103. tiefer Wehmut bei dem Gedanken an früher	0	1	2	3	4	128. Alpträumen, die schreckliche Erinnerungen wieder aufleben lassen	0	1	2	3	4
104. dem Wunsch tot zu sein	0	1	2	3	4	129. dem Gefühl, Gesprächen nicht mehr folgen zu können	0	1	2	3	4
105. Schweißausbrüchen	0	1	2	3	4	130. Stress und Überreizung, nervlicher Anspannung	0	1	2	3	4
106. feindseligen Gefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4	131. dem Gefühl, ständig unter Strom zu stehen	0	1	2	3	4
107. beleidigenden Bemerkungen, die man Ihnen gegenüber macht	0	1	2	3	4	132. Verwirrtheit, so dass Sie die Dinge gar nicht mehr verstehen oder steuern können	0	1	2	3	4
108. wiederholten Impulsen, sich selbst etwas anzutun	0	1	2	3	4	133. einem tiefen Hass auf sich selbst	0	1	2	3	4
109. dem Gefühl, dass unheimliche Dinge hinter Ihrem Rücken passieren	0	1	2	3	4	134. dem Gefühl, dass Dinge um Sie herum sich seltsam verändern	0	1	2	3	4
110. dem Drang, zur unpassenden Zeit lachen zu müssen	0	1	2	3	4	135. dem Drang, große und gewagte Projekte zu beginnen	0	1	2	3	4
111. der Neigung, Dinge zu sagen, die Sie eigentlich nicht sagen wollen	0	1	2	3	4	136. unfairer Behandlung durch andere	0	1	2	3	4
112. einer Trennung von geliebten Menschen	0	1	2	3	4	137. Höhenangst, z.B. Angst in Hochhäusern oder auf Brücken	0	1	2	3	4
113. dem Drang, albern zu sein und sich über alles lustig zu machen	0	1	2	3	4	138. dem Gefühl, alles mit Gewalt durchsetzen zu müssen	0	1	2	3	4
114. quälenden Entzugssymptomen	0	1	2	3	4	139. Angst vor einem Herzanfall	0	1	2	3	4
115. dem Gefühl, die eigene Person nicht mehr ertragen zu können	0	1	2	3	4	140. dem wiederholten Gedanken, etwas Schreckliches tun zu müssen	0	1	2	3	4

Copyright für die Fragen 91-190 bei Burghard Andresen, Georg Fiedler und Steffen Moritz

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
141. Enttäuschungen oder Verlusten, über die Sie nicht hinwegkommen	<input type="checkbox"/>	166. dem beunruhigendem Gefühl, verschiedene Persönlichkeiten in sich zu tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
142. dem Gefühl, wenig attraktiv zu sein	<input type="checkbox"/>	167. zu vielen flüchtigen Gedanken, ständig neuen Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
143. Körpergefühlen, die bei Ihnen Angst auslösen	<input type="checkbox"/>	168. übermäßigem Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
144. gewalttätigen Impulsen	<input type="checkbox"/>	169. Gleichgültigkeit, dem Gefühl, dass Ihnen alles egal ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
145. dem zwingenden Verdacht, dass man hinter Ihrem Rücken gegen Sie arbeitet	<input type="checkbox"/>	170. dem Gefühl, dass sie Ihre Gedanken ungeordnet mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
146. dem Gefühl, dass Sie nichts mehr richtig ernst nehmen können	<input type="checkbox"/>	171. dem Gefühl, dass Sie sich sprachlich nicht mehr verständlich machen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
147. der Neigung, Aufmerksamkeit erregendes Verhalten zu zeigen	<input type="checkbox"/>	172. geheimnisvollen Zeichen, die Ihnen eine Gefahr anzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
148. Abhängigkeit von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	173. der Gewissheit, dass manche Leute Ihren guten Ruf ruinieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
149. dem Gefühl, in einem Traum zu sein, so als ob alles unwirklich ist	<input type="checkbox"/>	174. der Neigung, heftig auf Enttäuschungen zu reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
150. übermäßigem Rauchen	<input type="checkbox"/>	175. sich wiederholenden, Ihnen sinnlos erscheinenden Vorstellungen und Impulsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
151. einer inneren Stimme, die Ihnen befiehlt, sich selbst umzubringen	<input type="checkbox"/>	176. dem ständigen Bedürfnis, die Hände zu reinigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
152. fehlendem Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	177. unkontrollierbaren intensiven Abneigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
153. plötzlichen Gefühlen von Fremdheit	<input type="checkbox"/>	178. Angst vor Fahrstühlen oder Rolltreppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
154. ständiger Übermüdung tagsüber	<input type="checkbox"/>	179. Erscheinungen, die andere nicht wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
155. Orientierungsproblemen, nicht wissen, wann, wo und wieso etwas passiert	<input type="checkbox"/>	180. dem Drang, sich ungewöhnlich zu benehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
156. ständigen Sorgen um Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	181. dem Bedürfnis nach einem stimmungshhebenden oder erlebnissteigernden Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
157. Angst vor weiteren Katastrophen und Schicksalsschlägen	<input type="checkbox"/>	182. Apathie und allgemeiner Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
158. dem Gefühl, dass Ihre geistige Leistungsfähigkeit nachlässt	<input type="checkbox"/>	183. der Neigung, sich von allem ablenken und anregen zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
159. dem Gefühl, sich nicht entspannen zu können	<input type="checkbox"/>	184. dem Gefühl, hypnotisiert zu sein oder in Trance zu fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
160. dem Gefühl, dass andere Ihre Freude und Begeisterung nicht teilen	<input type="checkbox"/>	185. dem Gefühl, selbst leichten geistigen Anforderungen nicht gewachsen zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
161. Verlangsamung und Trägheit des Denkens	<input type="checkbox"/>	186. der schrecklichen Gewissheit, eine schwere Krankheit zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
162. angstvollen Erinnerungen an eine Situation, in der Sie Opfer waren	<input type="checkbox"/>	187. katastrophalen Erfahrungen, die Sie gemacht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
163. der Unfähigkeit von Ärzten, Ihre Krankheit zu erkennen	<input type="checkbox"/>	188. dem sich Verlieren in Tagträumen und Fantasiewelten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
164. dem Drang, sich selbst körperlich zu verletzen oder zu quälen	<input type="checkbox"/>	189. Abhängigkeit von bewusstseinsverändernden Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
165. immer wiederkehrenden Gedanken an schreckliche Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	190. einer gesundheitsschädlichen Sucht, von der Sie nicht loskommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich bin schon einmal in psychiatrischer, nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen													ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

7.8. Skalen SCL-90-R

- 1) Somatisierung (somatization)
- 2) Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive)
- 3) Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity)
- 4) Depressivität (depression)
- 5) Ängstlichkeit (anxiety)
- 6) Aggressivität/Feindseligkeit (anger/hostility)
- 7) Phobische Angst (phobic anxiety)
- 8) Paranoides Denken (paranoid ideation)
- 9) Psychotizismus (psychoticism)

7.9. Item-Skalen-Schlüssel SCL-190

Belastungsdepression 71, 121, 123, 130, 159
Hypomane Desorganisation 92, 110, 111, 113, 116, 119, 180
Hypochondrie 87, 91, 95, 98, 99, 124, 127, 156, 163, 186
Suizidalität 15, 59, 104, 108, 115, 133, 140, 151, 164
Stoffgebundene Suchttendenz 94, 100, 114, 150, 168, 181, 189, 190
Schlafstörungen 44, 64, 66, 152, 154
Agoraphobie und Panik 13, 25, 33, 47, 50, 70, 72, 73, 75
Aggressivität 11, 63, 67, 81, 144
Paranoia 6, 76, 107, 136, 138, 145, 173
Obsessiv-kompulsives Syndrom 38, 45, 46, 65, 97, 101, 175, 176
Nervöse Beschwerden 12, 27, 39, 42, 49, 52, 105
Soziale Gehemmtheit 21, 22, 41, 61, 69, 88, 102, 142
Dyskognitives Syndrom 93, 129, 132, 155, 158, 161, 170, 171, 185
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom 7, 16, 18, 35, 172, 179
Depressivität, Verlusterleben 20, 29, 34, 103, 112, 125, 141, 157, 174
Posttraumatisches Stresssyndrom 23, 128, 134, 162, 165, 187

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. D. Naber für die Überlassung des Promotionsthemas.

Herrn Prof. Dr. phil. B. Andresen für die gute wissenschaftliche Betreuung, die Bereitstellung von Literatur zum Thema und stete Motivierung während der Abfassung dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius für die Bereitstellung der Probanden und wichtiger Daten.

Meinen Eltern, Gerhard und Waltraud Henkel, für die lebenswerte Unterstützung.

Lebenslauf

Name: Yvonne Henkel

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: ledig

Eltern: Gerhard und Waltraud Henkel

Tabellarischer Lebenslauf

04.11.1975	geboren in Haselünne 4 Jahre Grundschule Herzlake, Landkreis Emsland 9 Jahre Gymnasium Marianum in Meppen
Juni 1995	Abitur am o.g. Gymnasium (Note 1,3)
Oktober 1995	Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Trier mit fachspezifischer Fremdsprachenausbildung
Juli 1996	Eintritt in die Bundeswehr (Marine) als Sanitätsoffizieranwärter
April 1997	Studium der Zahnmedizin an der Universität Hamburg
April 1998	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
März 2000	Physikum
August 2001	1. Staatsexamen
März 2003	2. Staatsexamen
Juni 2004	3. Staatsexamen Gesamtnote der Ärztlichen Prüfung –sehr gut (1,49)
Juli 2004	Ärztin im Praktikum in der Abteilung für Augenheilkunde am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Oktober 2004	Erteilung der Approbation als Ärztin, Fortführung der Weiterbildung im Fachbereich Augenheilkunde als Assistenzärztin in der o.g. Abteilung

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: