

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Professor Doktor Dieter Naber)

des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

**Zur vergleichenden Validierung des *Inventars Klinischer
Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)* unter besonderer Berücksichtigung
schizotyp-exzentrischer Merkmale**

Dissertation
zur Erlangung eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Fabian Möller
aus Düsseldorf

Hamburg, 2008

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am 17.04.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung

des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. B. Andresen

Prüfungsausschuss, 2. GutachterIn: Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuss, 3. GutachterIn: Prof. Dr. Ch. Haasen

	Inhaltsverzeichnis	Seite
1.	Einführung und Stand der Forschung	5
1.1	Einführung und Ziel der Arbeit	5
1.2	Persönlichkeit	6
1.2.1	Modelle zur Abbildung der Normalpersönlichkeit	7
1.3	Persönlichkeitsstörungen	12
1.3.1	Das Problem der Schizotypie	15
1.3.2	Das „genetische Versprechen“ von Schizotypie und Schizophrenie und seine Erforschung	21
1.3.3	Persönlichkeitsstörungen in DSM IV und ICD-10	23
1.3.4	Die <i>Schizotypische Persönlichkeitsstörung</i> in ICD-10 und DSM-IV	28
1.3.5	Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung von Selbstbeurteilungsfragebögen	31
1.4	Die Entwicklung des <i>Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen</i>	36
1.5	Fragestellung und Ziel der Arbeit	42
2.	Material und Methoden	43
2.1	Rekrutierung der ProbandenInnen, Beschreibung der Stichprobe und Ablauf der Studie	43
2.2	Das <i>Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)</i>	44
2.3	Das <i>Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)</i>	46
2.3.1	Die <i>IKP-Skala Schizotype Persönlichkeitsakzentuierung</i>	47
2.4	Der <i>Schizotypie- und Exzentrikfragebogen (SEF)</i>	48
2.5	Statistik	51
2.5.1	Korrelationen	51
2.5.2	Reliabilitätsanalyse	51

2.5.3	Faktorenanalyse	52
3.	Ergebnisse	53
3.1	Faktorenanalyse der <i>HPI</i> -, <i>SEF</i> - und <i>IKP</i> -Skalen	53
3.1.2	Korrelationen zwischen den gefundenen sechs Faktoren	67
3.2	Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess	70
3.2.1	der <i>IKP</i> -Skalen (zusätzlich Inter-Itemkorrelationen und Trennschärfe der Items des <i>IKP</i>)	70
3.2.2	der <i>HPI</i> -Skalen	73
3.2.3	der Schizotypieskalen des <i>SEF</i>	74
3.2.4	der Exzentrik- und Kontrollskalen des <i>SEF</i>	75
3.3	Korrelationen nach Pearson	76
3.3.1	Korrelationen zwischen den Skalen des <i>IKP</i>	76
3.3.2	Korrelationen zwischen den <i>IKP</i> - und den <i>HPI</i> -Skalen	80
3.3.3	Korrelationen zwischen den <i>IKP</i> - und den Schizotypieskalen des <i>SEF</i>	82
3.3.4	Korrelationen zwischen den <i>IKP</i> - und den Exzentrik- und Kontrollskalen des <i>SEF</i>	88
4.	Limitationen und Diskussion der Ergebnisse	92
4.1	Limitationen dieser Arbeit	92
4.2	Diskussion der Ergebnisse	93
5.	Zusammenfassung	103
6.	Literaturverzeichnis	104
7.	Danksagung	112
8.	Lebenslauf	113

9.	Erklärung	114
10.	Anhang	115
10.1	Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und DSM-IV	115
10.2	Titel und diagnostische Kennzeichnungen der <i>IKP</i>-Skalen	116
10.3	Items der <i>IKP</i>-Skala <i>Schizotypische (Schizotype)</i> <i>Persönlichkeitsakzentuierung (STY)</i> in Kurz- und Langform	119
10.4	Korrelationen nach Spearman	120
10.5	Der <i>SEF</i>-Fragebogen	123

Tabellenverzeichnis	Seite	
Tabelle 1	AFM: Die acht Faktoren, ihre Arbeitstitel und Kurzbezeichnungen	11
Tabelle 2	Die Typologie Kurt Schneiders (1923/1934) im Abgleich mit den modernen ICD-10- und DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen	14
Tabelle 3	Diagnostische Kriterien der <i>Schizotypischen Persönlichkeitsstörung</i> im DSM-IV, 301.22	29
Tabelle 4	Kriterien der <i>Schizotypen Störung</i> nach den Forschungskriterien des ICD 10, F21	30
Tabelle 5	a)-c) Soziodemographische Daten	44
Tabelle 6	Erklärte Gesamtvarianz der sechs Faktoren	53
Tabelle 7	Mustermatrix der obliquen 6-Faktorenlösung nach Hauptachsenextraktionsmethode und Kommunalitäten	54
Tabelle 8	Korrelationen zwischen den sechs Faktoren	67
Tabelle 9	Reliabilität, Mittelwerte der Skalen, Schiefe und Exzess der einzelnen <i>IKP</i> -Skalen	71
Tabelle 10	Inter-Item-Korrelationen, Trennschärfe der Items und Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen des <i>IKP</i>	73
Tabelle 11	Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der <i>HPI</i> -Skalen	74
Tabelle 12	Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Schizotypieskalen des <i>SEF</i>	75
Tabelle 13	Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Exzentrik- und Kontrollskalen des <i>SEF</i>	76
Tabelle 14	a)-c) Korrelationen nach Pearson zw. den <i>IKP/IKP-Eg</i> -Skalen	79
Tabelle 15	Korrelationen nach Pearson zw. <i>IKP/IKP-Eg</i> - und <i>HPI</i> -Skalen	82
Tabelle 16	a)-b) Korrelationen nach Pearson zw. den <i>IKP/IKP-Eg</i> -Skalen und den Schizotypieskalen (<i>SPI</i>) des <i>SEF</i> -Fragebogens sowie der <i>IKP</i> -Skala <i>STY</i>	87
Tabelle 17	Korrelationen nach Pearson zw. den <i>IKP/IKP-Eg</i> -Skalen und den Skalen des <i>Exzentrik</i> - sowie des <i>Kontrollinventars (EI und KI)</i> des <i>SEF</i> -Fragebogens	91
Tabelle 18	Titel und diagnostische Kennzeichnungen der <i>IKP/IKP-Eg</i> -Skalen	116
Tabelle 19	Items der <i>IKP</i> -Skala <i>Schizotypische (Schizotype) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)</i> in Kurz- und Langform	119
Tabelle 20	a)-c) Korrelationen nach Spearman zw. den <i>IKP</i> -Skalen	120
Tabelle 21	Korrelationen nach Spearman zw. den <i>IKP</i> - und den <i>HPI</i> -Skalen	121
Tabelle 22	a)-b) <i>Schizotypieskalen (SPI)</i> des <i>SEF</i> -Fragebogens sowie der <i>IKP</i> -Skala <i>STY</i>	122
Tabelle 23	Korrelationen nach Spearman zw. den <i>IKP</i> -Skalen und den Skalen des <i>Exzentrik</i> - sowie des <i>Kontrollinventars (EI und KI)</i> des <i>SEF</i> -Fragebogens	123

1. Einführung und der Stand der Forschung:

1.1 Einführung und Ziel der Arbeit

„Das ist ja irre! Toll!“

Es gibt eine ganze Reihe an umgangssprachlichen Wendungen und Worten, die ursprünglich einmal psychopathologische Zustände beschrieben, heute jedoch in den meisten Kontexten positiv belegt sind. Gilt es in unserer individualisierten Gesellschaft nicht geradezu als interessant und sympathisch, „ein bisschen verrückt zu sein?“ Farbklecks in der grauen Masse?

Und erwartet man beispielsweise von Künstlern nicht geradezu ein abweichendes Verhalten? Ist der extrovertierte Exzentriker, der seine Kunst und sich lautstark und medienwirksam inszeniert, normal? Oder der weltabgewandte Sonderling, der seine Inspiration in Leid und Schmerz findet? Sind das nur Klischees, deren allgemein zuerkanntes ursprüngliches Fünkchen Wahrheit allenfalls für einen unter Millionen zutrifft?

In einer Zeit, in der populärwissenschaftliche Bücher über „narzisstische Chefs“ ausführlich in den größten Nachrichtenmagazinen dieses Landes besprochen werden, ist das Interesse an den Dingen, die einen „normalen“ von einem „gestörten“ Menschen trennen, ungebrochen. Wo verlaufen die Grenzen? Und wie kann man sie darstellen?

Auch nach jahrzehntelanger intensiver psychologischer und psychiatrischer Forschung konnte im ausladenden Themenkomplex der Persönlichkeit und ihrer Störungen bis zum heutigen Tag weder ein weitreichender Konsens in Hinblick auf die Definition und Grenzen der Normalpersönlichkeit erzielt werden, noch besteht Einigkeit darüber, nach welchen Kriterien man welche Eigenschaften als gestört definieren kann. Von besonderem Interesse und somit besonders umstritten waren und sind hier bestimmte Merkmale und Abweichungen, die eine Nähe zu den Psychosen aufweisen. Seit nunmehr etwa hundert Jahren werden von verschiedensten Autoren Personen beschrieben, die eindeutig auch Eigenschaften von Schizophreniepatienten aufweisen, ohne dass eine solche Erkrankung vorläge. Hier ist das Problem der in dieser Arbeit besonders berücksichtigten *Schizotypie* als die wohl psychosenächste Persönlichkeitsstörung zu verorten. Exzentrische Eigenschaften und Verhaltensweisen

liegen hierbei in einer Art Grauzone zwischen den Eigenschaften der Normalpersönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Schizotypie. Interessanterweise wurde und wird dieser Persönlichkeitsbereich allenfalls populärwissenschaftlich, ansonsten jedoch eher „stiefmütterlich“ behandelt.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass es keinen diagnostischen Königsweg, sprich ein Instrument oder Verfahren, das anderen Methoden bei der Trennung zwischen *normal* und *gestört* zweifellos überlegen ist, gibt.

In vielen Fällen mag die Biographie der Betroffenen diagnostisch sehr hilfreich sein; so wäre es wenig überraschend, wenn ein deutlich antisozial persönlichkeitsgestörter Mensch ein kriminelles Verhalten an den Tag legen würde. Als flächendeckendes und alleiniges Diagnostikum für Persönlichkeitsstörungen ist eine Betrachtung des Lebenswandels jedoch sicher weder ausreichend noch pragmatisch gesehen einsetzbar, so dass eine Notwendigkeit zur Entwicklung geeigneter, zuverlässiger diagnostischer Instrumente besteht.

Neben Interview- und anderen Verfahren ist jedoch der Einsatz von Selbstbeurteilungsfragebögen eine vielfach eingesetzte und gangbare Option.

Der kürzlich veröffentlichte Fragebogen *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)* berücksichtigt die Persönlichkeitsstörungen nach den ICD-10- und DSM-IV-Klassifikationen und ist das bis dato einzige deutschsprachige Instrument dieser Art.

Ziel dieser Arbeit ist es, das *IKP* anhand eines Fragebogens zur Normalpersönlichkeit, dem *Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)*, und des *Schizotypie-Exzentrik-Fragebogens (SEF)* faktorenanalytisch zu validieren.

Besonderes Augenmerk soll dabei auf die umstrittenen und forschungsintensiven *schizotyp-exzentrischen* Merkmale gelegt werden.

1.2 Persönlichkeit

Die Auseinandersetzung mit den interindividuellen Differenzen der Persönlichkeit und der Versuch, bestimmte „Charaktere“ zu definieren, lässt sich bis ins antike Griechenland zurückverfolgen, wo bereits um etwa 400 vor Christus Menschen nach ihren Wesenszügen beschrieben und „kategorisiert“ wurden.

Nach der hippokratischen Humorallehre unterschied man vier Grundtemperaturen, welche in Assoziation zu den vier Körpersäften Blut (*sanguis*), gelbe

Galle (cholé), schwarze Galle (melan cholé) und Schleim (phlegma) gesetzt wurden, wobei unterschiedliche Mischverhältnisse dieser Körperflüssigkeiten physische und auch psychische Eigenschaften bzw. Krankheiten bedingen sollten (Schneck 1997).

In Psychologie und Psychiatrie werden heutzutage mit dem Begriff der Persönlichkeit die Einzigartigkeit und die über Zeit und Situationen hinweg relative Stabilität von Strukturen und Prozessen beschrieben. Eine Person wird somit mittels bestimmter, stabiler Verhaltensweisen, Denkstile und Muster der Interaktion charakterisiert (Wittchen 1996).

Bis zum heutigen Tag konnte jedoch kein quasi allgemeingültiger Konsens bezüglich der ätiologischen Grundlage der Unterschiede der Persönlichkeit(en) und ihrer Definition erlangt werden, noch gibt es klare Festlegungen bezüglich der Grenzen der Normalpersönlichkeit.

1.2.1 Modelle zur Abbildung der Normalpersönlichkeit

Verschiedene Ansätze bzw. Vorgehensweisen zur Persönlichkeitsbeschreibung sind bekannt. Ein durch empirische Forschung in den letzten etwa siebzig Jahren ausführlich untersuchter Weg liegt in der Beschreibung von sogenannten Basisdimensionen der Persönlichkeit, denen eine universelle, d.h. auch unabhängig von z.B. kulturellen Unterschieden zutreffende Gültigkeit zugeschrieben werden soll.

Nach einer großen Anzahl von vorangegangenen Studien bzw. Modellen, so sei an dieser Stelle exemplarisch das *Big Two*-Modell aus *Neurotizismus* und *Extraversion* (Cattell, Stice 1957; Eysenck 1959; Jenkins 1962; Peterson 1965) erwähnt, sind heutzutage das *Five-Factor-Model (FFM)* von Costa und McCrae (1987) bzw. der zugehörige Selbstbeurteilungsfragebogen, das *NEO Five-Factor-Inventory (NEO-PI-R)* (Costa, McCrae 1992) am weitesten verbreitet.

Im Falle des *FFM* wurden auf der Grundlage von lexikalisch-adjektivistischen Beschreibungen von Persönlichkeitsmerkmalen mittels Faktorenanalyse fünf annähernd orthogonale Basisfaktoren beschrieben.

Durch die im Fragebogen ermittelten mehr oder weniger hohen oder niedrigen Werte auf den einzelnen Skalen ausgedrückt, entspricht diesen Faktoren ein Kontinuum von Ausprägungsgraden der betreffenden Basisdimension bzw. des

jeweiligen Basisfaktors.

Ausgehend vom *FFM* wurden von verschiedenen Autoren und Arbeitsgruppen zum Teil deutlich divergierende Sechs- und Sieben-Faktoren-Modelle postuliert (z.B. Cloninger et al. 1993; Jackson et al. 1996; Becker 1999), auf die im Einzelnen einzugehen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Andresen führte 1995 im *NEOCAR-Modell* auf der Basis des *FFM* faktorenanalytisch einen sechsten, eigenständigen, annähernd orthogonalen Faktor ein.

Bei der Entwicklung des *NEOCAR-Modells* mittels Faktorenanalyse, wie auch bei der Entwicklung des entsprechenden Fragebogens, des *HPI (Hamburger Persönlichkeitsinventar, Andresen 2002)*, wurden anstelle des lexikalisch-adjektivistischen Ansatzes des *FFM* eigene und internationale Fragebogenskalen analysiert.

Die somit postulierten sechs (*FFM +1*) Basisfaktoren der Persönlichkeit, die Entsprechung in den Einzelskalen des *HPI* finden, werden mit den Begriffen *Neuroticism (N)*, *Extraversion (E)*, *Openness to experience (O)*, *Control and norm orientation (C)*, *Altruism, nurturance and helping orientation (A)* und *Readiness to risk and fight, competition seeking (R)* bezeichnet (Andresen 2001a und Andresen et al. 2001b).

Der Faktor *Neuroticism (Neurotizismus, Nervosität, Sensibilität und emotionale Instabilität)* umfasst ein allgemein eher unlustbetontes Erleben, eine gewissermaßen „stabile“ emotionale Instabilität, eine deutliche psychosoziale Stressreagibilität sowie die insbesondere in sozial-interaktiven und –evaluativen Kontexten auftretende Bereitschaft zu negativen Affekten. Es besteht im Wesentlichen eine Deckung mit dem Konstrukt der *negativen Affektivität* (Watson, Clark 1997). Ferner deutet ein erhöhtes *N* auf eine Bereitschaft zu Selbst- und Fremdkritik hin, was als Indikator für negative Beziehungserfahrungen durchaus die Motivation zur Veränderung beinhalten kann.

Hohe Werte für den *Extraversions-Faktor (Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude)* weisen auf eine positiv-emotionale, sozial-interaktive Erlebnisbereitschaft hin, verbunden mit aktiver Lebensfreude, Unternehmungslust sowie dem Wunsch nach Abwechslung und Unterhaltung.

Hier liegt der Fokus, in Übereinstimmung mit Costa und McCrae, eher auf dem Konstrukt der *positiven Affektivität* (Watson, Clark 1997) als auf der von ande-

ren Autoren (Ostendorf 1990; Ostendorf, Angleitner 1994) favorisierten dominanzbetonten Definition der Extraversion.

Mit dem Faktor *Openness to experience (Offenheit für Erfahrungen)* wird ein unkonventioneller, kulturoffener, dabei auch nachdenklich-subjektorientierter Mensch charakterisiert, der sich durch ausgeprägte Fantasie, Erlebnissoffenheit, kreative Interessen sowie eine Neigung zur Beschäftigung mit musischen Dingen sowie philosophischen und weltanschaulichen Fragen auszeichnet. Eine fortschrittsorientierte, emanzipatorische, individuumsorientierte und alternative Grundhaltung wird impliziert.

Im Faktor *Control and norm orientation (Kontrolliertheit und Normorientierung)* spiegeln sich Eigenschaften wie Gewissenhaftigkeit, Selbstkontrolle, Moralismus und Rigidität wider, die in Verbindung mit konservativ-normativen Orientierungen auch Arbeitstugenden wie Genauigkeit, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit umfassen. Auch beschreibt dieser Faktor eine sachliche, realistische und eher objektorientierte Grundhaltung, die sich stark an Fakten und äußeren Anforderungen orientiert. Beständigkeit und Gewohnheitsbildung bei rigiden kognitiven Vollzügen prägen den Lebensstil.

Die Dimension *Altruism, nurturance and helping orientation (Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft)* beschreibt im Sinne einer prosozialen Orientierung eine Harmoniebedürftigkeit, Friedfertigkeit und das Bedürfnis nach Zärtlichkeit. Familiäre Belange stehen dabei tendenziell im Vordergrund dieses sich darüber hinaus durch Empathie-, Mitleids- und Hingabefähigkeit bis hin zu Selbstaufopferungstendenzen auszeichnenden Faktors.

Nach Saucier (2003) werden hier zwei Unterfaktoren, als *Concern for others* und *Even Temper* bezeichnet, unterschieden. Im *FFM* besteht der Faktor *A* aus beiden Subfaktoren, wobei der zweitgenannte lexikalisch-adjektivistisch durch die Begriffe *Hostility, Possesiveness, Defensiveness, Frustration Intolerance* und *Proneness to Conflict* charakterisiert ist und somit die aggressiven Anteile menschlicher Interaktion repräsentiert. Es resultiert eine geringere Skalenhomogenität im Vergleich zum *NEOCAR*, wo der Fokus auf erstgenanntem Unterfaktor liegt, der durch die Begriffe *Altruism, Generosity* und *Tendermindedness* beschrieben wird und o.g. Eigenschaften umfasst.

Der ergänzende sechste Faktor *Readiness to risk and fight, competition seeking (Risiko- und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb)* schließlich be-

schreibt das Spektrum der kämpferischen, sportiven und wettbewerbsorientierten, Verhaltensweisen. Hierzu zählen auch das Bedürfnis nach physischer Aktivität, Abenteuerlust sowie technische, auch risikoorientierte und explorative Interessen. Der Handlungsstil ist konkurrierend. Verantwortungs- und Einsatzbereitschaft, persönlicher Mut bis hin zu heldenhaftem Verhalten beschreiben den positiv-charakterologischen Aspekt dieses Faktors, während hartes und kaltblütiges Verhalten in Grenzsituationen, Ehrgeiz und Dominanz vor dem Hintergrund des unbedingten Willens zur Durchsetzung sozusagen die Kehrseite darstellen (Andresen 2001).

Der Aufbau und die Anwendung des *HPI* werden in dieser Arbeit im Methodenteil unter 2.2 genauer ausgeführt.

Ein oftmals kritisiertes strukturelles Defizit des *FFM* wird in der mangelnden Erklärung störungsnaher Persönlichkeitsmerkmale gesehen. So fanden Wiggins und Pincus (1994) sowie Andresen (2000) einen von letzterem als *General dysfunctional personality* titulierten Faktor, auf den in Andresens Untersuchung in erster Linie kognitiv akzentuierte Persönlichkeitsskalen luden und der eine deutliche Korrelation zum *Neurotizismus*-Faktor aufwies. Hier wurde eine Verbindung zu der von Eysenck und Eysenck bereits 1968 postulierten grundlegenden *Psychotizismus*-Dimension gesehen.

Die Frage der Vollständigkeit der postulierten Dimensionen zur Beschreibung und Darstellung der Normalpersönlichkeit und deren Bezug zum störungsnahen bzw. klinischen Bereich ist bis zum heutigen Tage keinesfalls abschließend geklärt. So wurde kürzlich in Ergänzung zum *NEOCAR* ein *Acht-Faktoren-Modell (AFM)* der Persönlichkeit vorgelegt, welches zusätzlich zu den bestehenden Faktoren die Dimensionen *Leistungsmotivation (L)* und *Aggressivität (A)* aufweist (Andresen, 2006). Anlass zu dieser Konzeptänderung gab eine großangelegte Studie, in der vierzehn überwiegend ursprünglich aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammende Persönlichkeitsinventare auf Primär- und Facettenskalenbasis faktorenanalysiert wurden. Es zeigte sich hier deutlich eine Acht-Faktoren-Struktur mit weitgehend orthogonalen Dimensionen.

Ferner wurde ein zugehöriges experimentelles Fragebogen-Kurzskalen-Inventar, der *Basic Eight Questionnaire (BEQ)* (Andresen 2005), entwickelt.

Das in Tabelle 1 dargestellte Strukturmodell des *AFM* beinhaltet die Zusammenfassung von jeweils zwei Dimensionen zu einem gemeinsamen Unterraum

der Persönlichkeit (*Super-Domänen, S-D*), wobei der jeweils gemeinsame Unterraum durch Metamerkmale, im Falle der *S-D I* etwa durch das Konzept der *negativen Emotionalität*, bestimmt wird.

Innerhalb der aus den tendenziell positiv korrelierten zwei Faktoren gebildeten *Super-Domänen* bestehen Polaritäten bezüglich der übergeordneten Merkmale aktiv-passiv, offensiv-defensiv, dominant-submissiv und aggressiv-protektiv (sowie potentieller weiterer polarer Merkmale). Aus dieser vierfachen Aufspaltung resultiert eine weitere Untergliederung in zwei *Areale*: das aktiv-offensive und das passiv-defensive. Es werden somit bekannte Dichotomien wie *Annäherung-Vermeidung* oder *Fight-Flight* widergespiegelt.

Tabelle 1: AFM: Die acht Faktoren, ihre Arbeitstitel und Kurzbezeichnungen

Domäne I

- N Nervosität und Sensibilität
- A Aggressivität und Feindseligkeit

Domäne II

- G Gewissenhaftigkeit und Kontrolliertheit
- L Leistungsmotivation und Erfolgsorientierung

Domäne III

- F Fürsorglichkeit und Empathie
- E Extraversion und Kontaktfreude

Domäne IV

- O Offenheit und Fantasie
- R Risikobereitschaft und Forscherdrang

(aus: Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen, Manual Andresen 2006)

Die entscheidende Grundannahme des klinisch erweiterten *AFM* besteht in der dimensional Homologie zwischen dem normalen und dem störungsnahen Merkmalsbereich. Diese besagt, dass die jeweiligen Prämissen der Normalpersönlichkeitsdimensionen auf die klinischen Dimensionen übertragbar sind, es also auch acht störungsnahen bis klinischen Dimensionen gibt.

Für das *AFM* wird eine Erweiterung in Richtung der Bildung von Primärfaktoren avisiert, sowohl für den normalen als auch für den klinischen Faktorenraum.

Insbesondere die empirisch ermittelten hohen Interkorrelationen zwischen den klinischen Dimensionen lassen den Nachweis von Primärfaktoren hier als schwierig erscheinen.

1.3 Persönlichkeitsstörungen

Mit dem Begriff der Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte, kennzeichnende, über Zeit und Situation stabile Abweichungen von der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung umschrieben, die das Wahrnehmen, Denken, Fühlen und die Beziehungen zu anderen betreffen und die einen Leidensdruck der Betroffenen bzw. seiner Interaktionspartner hervorrufen und/oder in Richtung anti- bzw. dissoziale Devianz gehen (APA 1994; WHO 1999; Fiedler 2001).

In Hinblick auf die oben umrissene Uneinigkeit bezüglich der Dimensionen der Normalpersönlichkeit ist das Fehlen eines unumstrittenen Konsenses im Bereich der Persönlichkeitsstörungen wenig verwunderlich.

Die Forschung über den Verlauf von Persönlichkeitsstörungen, ihre Veränderungen und Prognose (Tölle 1966; Stone 1993) ist bis zum heutigen Tage nicht sehr weit vorangeschritten.

Eine besondere Schwierigkeit der diagnostischen Bewertung liegt zudem in den (z.B. kulturell, intergenerational) kontextabhängigen und fließenden Übergängen zwischen sozial akzeptierter und nicht akzeptierter Abweichung (Fiedler 2001).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die tendenziell vorhandene, wenn auch keineswegs als absolut und unüberwindbar zu betrachtende *Ich-Syntonie* der Persönlichkeitsstörungen, welche beschreibt, dass die betroffenen Personen die Abweichungen zunächst eher als zu ihnen gehörige Eigenschaften denn als Störungen im eigentlichen Sinne auffassen. Diagnostische Anstrengungen setzen also eine Außenperspektive bzw. Fremdbeurteilung durch Interaktionspartner voraus und beinhalten somit eine *Personenperspektivierung eines interaktiven Problems* (Fiedler 2001).

In der modernen Psychiatrie legte Pinel mit seiner Beschreibung der *manie sans délir* 1809 eine erste, auch ätiologisch orientierte Klassifikation der gestörten Persönlichkeiten vor (zitiert nach Fiedler 2001) und nannte als grundlegendes Merkmal eine „*Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften*“.

Wichtig ist hier zu erwähnen, dass zu dieser Zeit die Klärung der Schuldfähigkeit von Personen, die sich durch abweichende Eigenschaften und Verhaltensweisen auszeichnen, eine wesentliche Triebfeder der diesbezüglichen Forschung war.

Daraus ergibt sich ein weiteres zentrales Problem, das des diffamierenden bzw. stigmatisierenden „Beigeschmacks“ der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und des ursprünglich damit verbundenen Begriffs des *Psychopathen*, von Jaspers (1913) als „*Erledigung*“ und als „*bei näherer Besinnung beleidigend*“ bezeichnet (zitiert nach Fiedler 2001).

Ohne an dieser Stelle detailliert auf die z.T. historischen Klassifikationen und nosologischen Einteilungen der Persönlichkeitsstörungen (z. B. Koch 1891-1893; Birnbaum 1909; Kraepelin 1909; Kretschmer 1921; Petrilowitsch 1964; Shapiro 1965; Leonhard 1976) und ihre Verzweigungen einzugehen, sei auf Kurt Schneiders unsystematische Typologie von 1923 verwiesen, der sich darin von wesentlichen Aspekten der damals vertretenen Lehrmeinungen distanzierte. So trug er entscheidend zur Überwindung der sogenannten Degenerationslehren (Koch 1891-1893) bei, wies die theoretische Verbindung zu den traditionell-psychiatrischen Formenkreisen zurück und wich auch deutlich von Kretschmers Konstitutionslehre ab (zitiert nach Andresen 2006).

Schneider beschrieb zehn übergeordnete Typen, die bis in die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts überliefert wurden (Huber 1994).

Nach Schneider wurden die *Psychopathien* nicht als psychische Krankheiten im engeren Sinne begriffen, die forensisch interessante Frage nach der Schuldfähigkeit von Persönlichkeitsgestörten wurde somit grundsätzlich positiv beantwortet.

Im Gegensatz zu den ebenfalls aus dieser Zeit stammenden psychoanalytischen Konzepten war Schneiders deskriptive Typologie weitgehend frei von als unabdingbar betrachteten ätiologischen Grundlagen und Ursachenvorstellungen (Fiedler 2001).

Ferner räumte Schneider in seiner Typologie das häufige Auftreten von Mischformen ein und distanzierte sich somit von einem kategorial-absoluten Ansatz (Fiedler 2001).

Von einigen Autoren wird Schneider daher als eine Art Wegbereiter der heute aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV betrachtet (Andresen 2006).

Eine orientierende Übersicht über die Typologie Kurt Schneiders und ihre Beziehung zu ICD-10 und DSM-IV gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Die Typologie Kurt Schneiders (1923/1934) im Abgleich mit den modernen ICD-10- und DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen

Kurt-Schneider-Typus (mit Unterformen)	ICD-10-Codierung	DSM-IV-Codierung
Hyperthymische Psychopathie -Ausgeglichene Hyperthymiker -Aufgeregte Hyperthymiker -Streitsüchtige Hyperthymiker -Haltlose Hyperthymiker -Pseudologische Hyperthymiker	<i>Fehlt</i>	<i>Fehlt</i>
<i>Fehlt</i>	Schizoide PS	Schizoide PS
Depressive Psychopathie -Schwermütig Depressive -Missmutig Depressive	<i>Fehlt</i>	Depressive PS (Forschungskriterien)
Depressive Psychopathie - Paranoisch Depressive	Passiv-aggressive (Negativistische) PS (<i>vorläufige Kriterien</i>)	Passiv-aggressive (Negativistische) PS (<i>Forschungskriterien</i>)
Selbstunsichere Psychopathie - Sensitive Selbstunsichere	Ängstliche (vermeidende) PS F60.6	Vermeidend- selbstunsichere PS 301.82
Selbstunsichere Psychopathie -Anankastische Selbstunsichere	Anankastische PS F60.5	Zwanghafte PS 301.4
Fanatische Psychopathen -Kampffanatiker	Paranoide PS F60.0	Paranoide PS 301.00

Fanatische Psychopathen -Matte (verschrobene) Fanatiker	approx. codierbar als Schizotype Störung F21	approx. codierbar als Schizotypische PS 301.22
Geltungsbedürftige Psychopathen -Exzentrische -Renommistische -Pseudologische	Histrionische PS F60.4 Narzisstische PS (Vorläufige Kriterien)	Histrionische PS 301.50 Narzisstische PS 301.81
Stimmungslabile Psychopathen -„Epileptoide“ Psychopathen -Unstete Psychopathen -Triebmenschen	Emotional instabile PS Borderline Typus F60.31	Borderline PS 301.83
Explosible Psychopathen	Emotional instabile PS Impulsiver Typus F60.30	<i>Fehlt</i> aber approx. codierbar als „Intermittierende explosible Störung“ 312.34
Gemütlose Psychopathen	Dissoziale PS F60.2	Antisoziale PS 301.7
Willenlose Psychopathen*	<i>Fehlt</i>	<i>Fehlt</i>
Asthenische Psychopathen -Körperlich gestörte Asthenische -Seelisch Asthenische	<i>Fehlt</i> (<i>fälschlicherweise der Abhängigen PS zugeordnet</i>)	<i>Fehlt</i>
<i>Fehlt*</i>	Abhängige PS F60.7	Dependente PS 301.6

Die Zuordnungen zwischen den Typologien gelten in mehreren Fällen approximativ mit teilweise deutlichen Einschränkungen, die hier nicht in extenso ausgeführt werden können. PS: Persönlichkeitsstörung.
*Bei sehr großzügigem Ansatz kann man diese beiden Bereiche auch als tendenziell korrespondierend betrachten. (aus: Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen, Manual, Andresen 2006)

1.3.1 Das Problem der Schizotypie

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über das Feld der intensiv beforschten und umstrittenen *Schizotypischen Persönlichkeitsstörung* gegeben werden. Schon im antiken Griechenland beschrieb Theophrast, ein Zeitgenosse des Aristoteles, unter seinen dreißig Charakteren einen als abergläubisch bezeichneten Charakter, der bestimmte produktive, positive Anteile der heutigen Schizotypie beinhaltet (Andresen 2006). In der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahr-

hunderts führte Bleuler (1911) den Begriff der *latenten Schizophrenie* ein, die er unter Blutsverwandten von Schizophreniepatienten ausmachte. Bleuler beschrieb damit bestimmte, über einen längeren Zeitraum (mehrere Jahre) zu beobachtende Eigenschaften und Verhaltensweisen, die auch bei Schizophrenieerkrankten vorkommen, ohne dass eventuell jemals eine solche auftrate. Jedoch vermutete er für die *latente Schizophrenie* ein erhöhtes Risiko, an einer manifesten Schizophrenie zu erkranken.

Diese Personen fallen durch einen sozialen Rückzug und einen als eigentümlich-exzentrisch beschriebenen, z.T. mit bizarren Ideen verbundenen Denk- und Kommunikationsstil auf.

Bleuler hatte dabei weniger Persönlichkeitsstörungen als vielmehr Frühformen oder blande Schizophrenien im Sinn. So bezog er sich auf die von Kraepelin (1896) definierte *Dementia praecox*, die als progressive Verlaufsform der Erkrankung mit der unausweichlichen Entwicklung einer frühzeitigen Demenz beschrieben wurde, und erweiterte diese bei seiner Definition der *Schizophrenia simplex* um atypisch-manische, psychotische, nervöse, teils zwanghafte Aspekte. Ferner räumte Bleuler jedoch die Möglichkeit einer günstigen Prognose ein. In der ICD-10-Klassifikation (s.u.) findet man den Begriff der *latenten Schizophrenie* (F21) noch heute in engem Zusammenhang mit der *Schizotypischen Persönlichkeitsstörung*.

Auch Rosanoff (1911) beschrieb unter den Verwandten von *Dementia-praecox*-Patienten Persönlichkeitsveränderungen im Sinne eines eigensinnigen, misstrauischen, nervösen Verhaltens.

Kretschmers (1921) in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts ausgiebig diskutierter Begriff des *Schizoids*, den er innerhalb eines theoretischen Kontinuums in einer Mittelstellung zwischen der noch als normalpsychologisch gewerteten *Schizothymie* und der eindeutig pathologischen *Schizophrenie* verortete, beschrieb misstrauisch-empfindsame, oft pedantische, gemütslose, strebsame, z.T. paranoid-verbohrte, sozial isolierte Sonderlinge. Diese im Rahmen seines Konstitutionsmodells als Grenzfälle bezeichneten Personen wählte auch er besonders häufig in der Blutsverwandtschaft manifest Schizophrenieerkrankter. Deutsch (1942 und 1952) mit dem Konzept der *Als-ob-Persönlichkeit*, Hoch et al. mit der Definition der *pseudoneurotischen Schizophrenie* sowie Stern (1938) und Knight (1953) mit den *Borderline-Störungen* formulierten wei-

tere, der Schizophrenie nahestehende Auffälligkeiten, die mit einer im Falle der letztgenannten genetisch determinierten- Prädisposition zur Schizophrenie einhergingen. Schneider (1923 und 1957) hingegen vertrat eine strikte, kategorische Trennung zwischen der dem klassisch-psychiatrischen Formenkreis zugehörigen Schizophrenie und den von ihm in seiner Typologie so titulierten *psychopathologischen Persönlichkeiten*. Jedoch weist der von ihm beschriebene *matte (verschrobene) Fanatiker* wesentliche Eigenschaften des *Schizoids* und der heutigen *Schizotypischen Persönlichkeit* auf.

Der Psychoanalytiker Rado führte 1953 den Begriff der *schizotypal organization* ein. Der Begriff *schizotypal* ist abgeleitet von *schizophrenic genotype* und impliziert bereits die genetische bedingte Disposition, an Schizophrenie zu erkranken bei Personen, deren angeborene Defekte einerseits ein andauerndes, stabiles Defizit an Lust und Freude (Anhedonie), andererseits veränderte Körperwahrnehmungen aufgrund eines gestörten propriozeptiven Systems hervorrufen. Rado unterschied hier zwischen dem gut adaptierten und dem desintegrierten (schizophrenen) Schizotypen.

In seinem *Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia*-Modell bezog sich Meehl (1962) auf diesen Begriff und ging von einem dominanten, insbesondere in den Familien Schizophrener vererbten *Schizogen* aus, welches zu einem integrativ-neuronalen, möglicherweise auch biochemischen Defekt, der *Schizotaxie*, führt. Diese bringe in voller Penetranz Veränderungen in der synaptischen Signalselektivität mit sich und äußere sich in formalen Denkstörungen, einer ausgeprägten Anhedonie und einer Abneigung gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen. Die *Schizotaxie* wurde von Meehl auf eine Prävalenz von etwa zehn Prozent in der Normalbevölkerung geschätzt. Meehl sah in dieser den Ausgangspunkt von Schizotypie und Schizophrenie, wobei den jeweiligen sozialen Lernbedingungen und Umwelteinflüssen eine entscheidende Rolle zugeschrieben wurde. Sogenannte polygenetische Faktoren, aber auch Schicksalsschläge können nach Meehl die Wahrscheinlichkeit einer klinischen Dekompensation im Sinne einer manifesten Schizophrenie erhöhen, die er ansonsten bei Schizotypen auf etwa zehn Prozent schätzte. Leitsymptome der Schizotypie seien nach Meehl eine kognitive Entgleisung und eine primäre aversive Verschiebung (*cognitive slipping* und *primary aversive shift*). Darüber hinaus beschrieb er ein *anhedonisches Erleben*, eine *innere Zerissenheit (Ambivalenz)*

und eine *interpersonelle Aversion* (*soziale Angst*, auch *Misstrauen*) als wegweisende Kriterien.

Basierend auf den Aussagen Rados und Meehls entwickelten Chapman et al. (1976a, b) die ersten Fragebögen für die Schizotypie, die auch in der biologisch-genetischen Forschung Anwendung fanden. Es handelt sich dabei um die Skalen *Physische Anhedonie* (PA) und *Soziale Anhedonie* (SA), die Skala *Wahrnehmungsabweichungen* (PAB, *Perceptual Aberration*), *Impulsive Nonkonformität* (IM) und um die Skala *Magisches Denken* (MI, *Magical Ideation*). Diese und andere Skalen entwickelten sich zunächst abgekoppelt von der offiziellen psychiatrischen Diagnostik und der allgemeinen Persönlichkeitsforschung (Andresen 2006).

Erst mit dem heute weit verbreiteten *Schizotypal Personality Questionnaire* (Raine 1991) wurde der Versuch unternommen, die inzwischen fest im DSM-Katalog integrierte *Schizotype Persönlichkeitsstörung* kriteriengetreu abzubilden. Mit seinen Skalen deckt er alle im DSM-III-R aufgeführten Schizotypiesymptome ab, als da wären *Referenzideen*, *ungewöhnliche Glaubensinhalte* und *magisches Denken*, *ungewöhnliche Wahrnehmungen*, *Argwohn* und *wahnähnliche Vorstellungsinhalte*, *ungewöhnliches* oder *exzentrisches Verhalten* oder *Auftreten*, *ungewöhnliche Sprache*, *unangemessener* oder *eingeschränkter Affekt*, *exzessive soziale Angst* und das *Fehlen enger Freunde*. Eine DSM-IV-bezogene Angleichung des SPQ wäre sinnvoll. Seit 1997 liegt eine deutschsprachige Fassung vor, dessen psychometrische Eigenschaften vergleichbar mit dem englischen Original sind (Klein et al. 1997).

Durch empirische Studien gelang Spitzer et al. 1979 die Abgrenzung der *Schizotypischen Persönlichkeit* von der in erster Linie *emotional instabilen Borderline-Persönlichkeit*. Diese Trennung hat bis heute Bestand, auch wenn einige Autoren Gegenargumente vertreten, die auf die hohe diagnostische Koinzidenz verweisen (z.B. Kavanoussi, Siever 1992). In den letzten fast drei Jahrzehnten wurde die biologisch-genetisch und experimentell orientierte Diskussion (siehe 1.3.2) von Fragen nach Gewichtung und Zugehörigkeit bestimmter schizotyper Merkmale dominiert. So wurde Spitzers *Perceptual Aberration/Magical Ideation* (PerMag)-Komplex von einigen Autoren (Gunderson et al. 1983) aufgrund entsprechender Evidenzen als differentialdiagnostisch unergiebig zurückgewiesen.

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte gab es vielfältige, vor allem Fragebogenansätze, die versuchten, das schon früh (Chapman et al. 1979a) als mehrdimensional erkannte, aus fast orthogonal stehenden Subkomponenten (zunächst als *PerMag*- und *Anhedonie*-Komplexe bezeichnet) bestehende Schizotypiekonzept psychometrisch zu erfassen (z.B. Kendler et al. 1985). Verschiedene Autoren (z.B. Muntaner et al. 1988; Raine, Albutt 1988; Kendler et al. 1992) kamen zu zwei- bis vierfaktoriellen Lösungen für den Schizotypiebereich. Kendler und Hewitt konnten 1992 mittels des *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck 1976) für drei der vier Faktoren substantielle Korrelationen mit den Eysenckschen Faktoren *Extraversion*, *Neurotizismus* und *Psychotizismus* nachweisen, während der vierte Faktor dem *PerMag*-Komplex entsprach.

Das am besten übereinstimmende Resultat dieser anhand vieler kleiner Variablenstichproben durchgeführten Faktorenanalysen ist die überzeugende Trennung eines Faktors der *sozialen Anhedonie* und *Introvertiertheit* bzw. *Ungeselligkeit*, der eine hohe negative Korrelation mit der *Extraversion* zeigt, von einem „produktiven“, *kognitiv-perzeptiven*, mit *Neurotizismus* korreliertem Faktor (Klein et al. 1997, zitiert nach Andresen 2006). Bei Spitzer et al. (1979) war die *anhedonische* Komponente noch gar nicht als ein Aspekt der Schizotypie präsent, im Vordergrund standen hier *kognitiv-produktive* Symptome und *paranoide* Tendenzen. Die *negative* Komponente der Schizotypie bei Spitzer (*soziale Angst*, *eingeschränkter Affekt*, *soziale Isolierung*) deutete durch ihre schwache Ladung auf dem betreffenden Itemfaktor bereits das spätere psychometrische Problem an (Andresen 2006). Nach Erscheinen des DSM-III (APA 1980) wurden auf der Basis der Erkenntnisse Spitzers et al. Item- und Skalen-Faktorenanalysen durchgeführt, die allesamt die Mehrdimensionalität der Schizotypie-Kriterien bestätigten (z.B. Torgersen et al. 1993).

Bisher konnte kein breitbandiger Schizotypiefaktor mit überzeugender Ladungsstruktur gefunden werden.

Neuere faktorenanalytische Arbeiten legen eine schizophrenieanaloge (Liddle 1987) Aufspaltung der Schizotypie in drei Syndrome bzw. Faktoren nahe (Raine et al. 1994; Chen et al. 1997). Es handelt sich hierbei um den *positiven Schizotypiefaktor*, auch als *kognitiv-perzeptueller Faktor* (Raine et al. 1994) bezeichnet, der *Wahrnehmungsstörungen* (*Perceptual Aberration*) und *Magisches Denken* (*Magical Ideation*) umfasst. Der *negative* oder *interpersonelle Schizotypie-*

faktor beinhaltet einen *eingeschränkten Affekt* sowie *soziale Angst* und *Isolation*. Ferner ist der *Desorganisationsfaktor* zu nennen, der *neurokognitive Defizite* und *formale Denkstörungen* beschreibt, die sich durch *desorganisierte Sprache*, *exzentrisches Verhalten* und einen *inadäquaten Affekt* äußern. Auch wenn der dritte, letztgenannte Faktor nicht konsistent gefunden wurde (Klein et al. 1997) und somit durchaus umstritten ist, wird in dieser Arbeit das dreifaktorielle Schizotypiemodell inklusive des Desorganisationsfaktors berücksichtigt. Es sei an dieser Stelle jedoch auf das insbesondere in der britischen Psychologie bzw. Psychiatrie verbreitete vierdimensionale Schizotypiemodell hingewiesen (Mason et al. 1995), das im Wesentlichen die genannten Faktoren etwas anders akzentuiert und um den Aspekt der *Impulsiven Non-Konformität* nach Chapman et al. (1976a, b) ergänzt.

Zusammenfassend bleiben nach Fiedler (2001) drei Aspekte diagnostisch und therapeutisch beachtenswert, nicht zuletzt weil sie „im Extrem in der Gefahr stehen, psychotische Episoden auszulösen“: hier ist die *Depersonalisationsangst* zu nennen, die das Vermeiden zwischenmenschlicher Affekte und affektiver Erfahrungen als eine Art *Sicherheitsoperation* (Sullivan 1953) mit sich bringt, auf längere Sicht zu einer kognitiv-affektiven Unsicherheit führt und dadurch als Erklärung für z.B. *Beziehungsideen*, *seltsame Glaubensinhalte* und *magisches Denken* gesehen werden kann. Als zweiter Aspekt werden die *kognitiven und körperlichen Aberrationen* gesehen, die mit Problemen der Betroffenen einhergehen, insbesondere in zwischenmenschlichen Krisen relevante von irrelevanten Informationen zu trennen und die darüber hinaus zu körperlichen Symptomen führen, für die äußere Auslöser oder andere Personen verantwortlich gemacht werden. Schließlich werden die *Verhaltensdefizite* und der *soziale Rückzug* angeführt. Zum einen wirken die Schizotypiebetroffenen in ihrem Argwohn und ihrem Misstrauen oft sonderbar, verschroben und exzentrisch. Da dies gelegentlich mit mehr oder minder offenen Vorwürfen vergesellschaftet ist, werden die Betroffenen von ihren Bezugspersonen häufig gemieden, was die soziale Ängstlichkeit und den Argwohn noch aggravieren kann. Durch diese wechselseitige soziale Isolation ist es für die Betroffenen umso schwieriger, die Ursachen des eigenen Leidens in der eigenen Verletzlichkeit und dem wenig kontrollierten Gefühlsleben zu sehen (Fiedler 2001).

1.3.2 Das „genetische Versprechen“ von Schizotypie und Schizophrenie und seine Erforschung

Ausgehend von Meehls so formuliertem, klinisch abgeleitetem „genetic promise“ der *Schizotypen Persönlichkeit* bzw. der Schizophrenie wurden und werden in den letzten Jahrzehnten eine große Anzahl von Studien in den unterschiedlichsten Designs und mit den unterschiedlichsten Methoden durchgeführt, die die Ursachen von und den genetischen Zusammenhang zwischen Schizotypie und Schizophrenie untersuchen sollten. Damit verbunden sind auch etwaige therapeutische Implikationen.

Wesentliches haben die Ergebnisse der genetisch-epidemiologischen Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien, als *High-Risk-Forschung* bezeichnet, beigetragen.

Durch die auch in Hinblick auf die diagnostischen Schizotypiekriterien im Detail unterschiedlich konzipierten Familienstudien (z.B. Baron et al. 1985; Schulz et al. 1986; Kendler et al. 1993; Tsuang et al. 2001) konnten signifikant höhere Schizotypieraten in den Familien nachgewiesen werden, in denen mindestens ein Mitglied an Schizophrenie erkrankt war. Das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, steigt dabei mit der Enge des Verwandtschaftsgrades (Tsuang et al. 2001).

In den naturgemäß seltener durchgeführten Zwillingsstudien (z.B. Torgersen 1984; Torgersen et al. 1993) konnte für monozygote Zwillingspaare hinsichtlich der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* eine Konkordanzrate von sechzig Prozent nachgewiesen werden, bei heterozygoten Zwillingen lag diese nur zwischen vier und fünfzehn Prozent. Ferner zeigten sich erbliche Unterschiede für bestimmte schizotype Persönlichkeitsmerkmale: die *negativen* Merkmale wie *Ängstlichkeit*, *eingeschränkter Affekt* und *sozialer Rückzug* wurden eher vererbt als *produktive, positive* Eigenschaften wie *Wahrnehmungsstörungen*, *Pseudohalluzinationen* oder die *Neigung zum Wahn*. Darüber hinaus konnte keine genetische Beziehung zwischen *Borderline-* und *Schizotypiestörung* eruiert werden.

In den Zwillingsstudien konnte ebenfalls gezeigt werden, dass schizotypische Auffälligkeiten bei eineiigen Geschwistern besonders häufig dann vorkommen,

wenn eines der Geschwister an Schizophrenie erkrankt ist (z.B. Grove et al. 1991; Battaglia 1995; zitiert nach Andresen, 2006).

Auch in den Adoptionsstudien (z.B. Kety et al. 1968, 1975, 1994) konnte eine Häufung von Schizotypiefällen im familiären Umfeld Schizophrenieerkrankter nachgewiesen werden, die Prävalenz entsprach etwa den von Meehl geschätzten zehn Prozent.

Zusammenfassend legen die Ergebnisse all dieser epidemiologischen Studien einen genetischen Zusammenhang zwischen der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* und der Schizophrenie nahezu zweifelsfrei nahe.

Ein weiterer Ansatz in diesem Kontext war und ist es, phänotypische Auffälligkeiten und davon ausgehend mögliche Verbindungen zwischen diesen Erkrankungen zu untersuchen, sogenannte morphologische Marker. Dieser Ansatz umfasst neurologische, radiologische und physiologische bzw. elektroenzephalographische Untersuchungen.

In neurologischen Untersuchungen konnten einige „soft signs“ eruiert werden: sowohl bei schizophrenen als auch bei schizotypen Probanden ließ sich eine Ungeschicklichkeit in der Finger-Daumen-Opposition feststellen. Ismail et al. (1998) konnten bestimmte motorische und kognitiv-sensorische (z.B. Koordination, Stereognosie, Spiegelbildbewegungen) Auffälligkeiten bei Schizophreniepatienten und deren gesunden Verwandten feststellen, wofür ein genetischer Defekt in der Embryonalentwicklung als ursächlich postuliert wurde.

Am intensivsten untersucht ist unter den phänotypischen genetischen Markern die Störung der langsamen Augenbewegungen beim Verfolgen eines sich horizontal bewegenden Objekts, die *Eye Tracking Dysfunction* (Holzman 1973). Diese Okulomotorikstörung, die sich insbesondere durch schnelle Sakkaden äußert, konnte bei Schizophreniepatienten und Schizotypiebetroffenen signifikant häufiger nachgewiesen werden als bei gesunden Probanden. Kinder und Verwandte ersten Grades von Schizophrenieerkrankten nehmen hier in Bezug auf die Kontrollgruppe eine Mittelstellung ein. Für gesunde Probanden ließ sich ferner mittels Infrarot-Okulographie nachweisen, dass hohe Werte auf der *Perceptual-Aberration-Skala* (s.u.) des eingesetzten Fragebogens mit pathologischer Okulomotorik assoziiert sind. (z.B. Keefe et al. 1989; Abel et al. 1992; O'Driscoll 1998). Die *Eye Tracking Dysfunction* ist möglicherweise mit einem Gendefekt auf dem kurzen Arm des Chromosom 6 in Verbindung zu bringen.

Eine wesentliche Methode bei der Suche nach phänotypischen Markern sind die *Akustisch Ereigniskorrelierten Potentiale*, die kortikal mittels EEG abgeleitet werden. Hier zeigten sich für zwei Tests, den P50- und den P300-Test, deutliche pathologische Ergebnisse bei Schizophreniepatienten. Im Falle des P50-Tests ließ sich dieses auch für die Angehörigen ersten Grades darstellen, hier wird ein Defekt des Alpha-7-Rezeptors auf dem Chromosom 15 als ursächlich angenommen (Adler et al. 1998).

CT-morphologisch (Cannon et al. 1994; Siever et al. 1995) konnte eine ganze Reihe an auffälligen Veränderungen an den Gehirnen Schizophrenieerkrankter gefunden werden, die sich in dezenterer Ausprägung auch bei schizotypen Personen fanden. Kernspintomographisch (Yang et al. 1997; Dickey 2002) konnte dies bestätigt, differenziert und ergänzt werden.

Zusammenfassend bestätigen diese oben kurz umrissenen Ergebnisse den hochgradigen Verdacht auf eine genetische Komponente, wenn nicht Ursache der Schizotypie und unterstreichen die dadurch gegebene ätiologische Nähe zur Schizophrenie. Der genaue Genlocus bzw. die Genloci des *Schizogens* nach Meehl konnten bisher weder durch molekulargenetische Untersuchungen wie der Polymerase-Ketten-Reaktion identifiziert werden, noch weiß man Genaueres über den vermutlich komplexen Erbgang. Ferner lässt sich natürlich durch keine der o.g. Untersuchungen eine Schizophrenie oder eine *Schizotype Persönlichkeitsstörung* diagnostizieren bzw. eine spätere Schizophrenieerkrankung voraussagen. Zu den Möglichkeiten und Grenzen der psychometrischen Forschung und Diagnostik wird unter 1.3.5 Stellung genommen.

1.3.3 Persönlichkeitsstörungen in ICD-10 und DSM-IV

Die aktuellen Leitlinien zur nosologisch-klassifikatorisch ausgerichteten Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, das ICD-10 der WHO (1999) und das DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) beruhen eher auf Tradition und Konvention denn auf einer empirisch begründeten psychologischen Theorie bzw. einem bestimmten unumstrittenen Krankheitsmodell (Andresen 2006).

Die störungsübergreifenden, allgemeinen klinisch-diagnostischen Leitlinien der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und DSM-IV sind im Anhang unter 10.1

zu finden. Tabelle 2 zeigt die aktuellen Diagnoseeinheiten nach ICD-10 und DSM-IV.

Ursachenhypothesen verschiedener psychiatrischer bzw. psychologischer Schulen wurden in beiden Fällen zugunsten einer ätiologischen Neutralität und einem deskriptiv orientierten Vorgehen weitgehend ausgeklammert.

Beide Einteilungssysteme gehen auf syndromaler Betrachtungsebene von einer nicht wesentlich eingeschränkten Komorbidität aus, schließen also das gleichzeitige und gleichberechtigte Nebeneinander-Auftreten mehr als einer Diagnose keinesfalls aus. Dies ist durch eine Reihe von Arbeiten gestützt, die zeigten, dass die Diagnose einer einzelnen kategorial erhobenen Störung seltener vergeben wurde als die Diagnose mehrerer Persönlichkeitsstörungen (Oldham et al. 1992), was auch im Rahmen empirischer Studien gezeigt werden konnte (Bronisch 1992). Andere Untersuchungen (Fiedler 2001) kamen zu dem Ergebnis, dass es kaum einen Menschen gibt, der lediglich die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, für die *Paranoide Persönlichkeitsstörung* lag diese Koinzidenz mit mindestens einer weiteren Störung gar bei 100 Prozent. Mittels Interviewverfahren konnte bei kategorial orientierter (s.u.) Diagnostik gezeigt werden, dass, wenn die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde, durchschnittlich etwa vier spezifische Störungen diagnostiziert wurden (u.a. Skodol 1988, zitiert nach Andresen 2006). Diese hohe sogenannte *innere Komorbidität* der Persönlichkeitsstörungen reduziert als Folge auch die *diskriminante Validität* der Störungen, die beschreibt, wie gut sich die Einzelstörungen mittels verschiedener diagnostischer Verfahren voneinander differenzieren lassen. Für dieses Phänomen gibt es die verschiedensten psychopathologischen und statistischen Erklärungsansätze, die hier nicht allesamt aufgeführt werden können: so beschreibt z.B. Feinstein (1970)

das tatsächliche Vorliegen von zwei oder mehr unabhängigen Persönlichkeitsstörungen, Fydrich et al. (1996) führen aus, dass eine vorhandene Störung eine weitere Störung verursachen könne bzw. ihr Auftreten begünstigen könne. Als statistischer Erklärungsansatz lassen sich Kriteriumsüberlappungen zwischen den Einzelstörungen anführen (Oldham et al. 1992) insofern, als für zumindest eine Methode gezeigt werden konnte, dass bestimmte Items nicht nur mit der jeweiligen Einzelstörung, sondern auch mit anderen Persönlichkeitsstörungen korrelierten (Becker et al. 1999; Grilo et al. 2001). Letzteres setzt voraus,

dass bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen durchaus ähnliche Verhaltensweisen und Eigenschaften auftreten können, diese jedoch unterschiedlich gewichtet (Fiedler 2001) und motiviert (Shea 1995) sind.

Insbesondere im ICD-10 wurden daraufhin zur Reduktion der Kriterienüberlappung Wert auf unterschiedlich akzentuierte Formulierungen gelegt, ferner wurde in den aktuellen Fassungen beider Klassifikationssystematiken nach Möglichkeit Angaben zur Motivation der jeweiligen Verhaltensweisen gemacht. Dennoch bleiben zentrale Kritikpunkte an den DSM-IV- und ICD-10-Kriterien, zu welchen es jedoch weniger Studiendaten gibt, die mangelnde Trennschärfe und die Überlappungen zwischen den einzelnen Störungen.

Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV entsprechen in ihrer Systematik einem kategorialen Ansatz, nach dem eine Person eine Diagnose erhält oder eben nicht.

Hier unterscheidet man einen monothetischen, bei dem zur Diagnosestellung alle jeweiligen Kriterien erfüllt sein müssen, das Krankheitsbild also vollständig dem Störungskonzept entsprechen muss, von einem polythetischen Ansatz.

Im Gegensatz zum kategorialen Ansatz ist der dimensionale zu sehen, der von einem quantitativen, nicht aber von einem qualitativen Unterschied zwischen „gesund“ und „gestört“ ausgeht, so dass die Ausprägung verschiedener Verhaltensweisen und Eigenschaften ein Kontinuum darstellt. Im Rahmen einer dimensional angelegten Diagnostik wird also ein Profil der Akzentuierungen der Persönlichkeitsstörungen erstellt, ohne dass Informationen, wie beim kategorialen Ansatz im Falle der jeweils nicht erfüllten Kriterien, verloren gehen.

In beiden kategorial angelegten Klassifikationssystemen ist das polythetische Kriteriumskonzept umgesetzt, nach dem zur Diagnosestellung einer bestimmten Persönlichkeitsstörung neben den verbindlichen allgemeinen Kriterien (s.o.) eine bestimmte Anzahl von für die jeweilige Persönlichkeitsstörung spezifischen Einzelkriterien (Eigenschaften oder Verhaltensweisen) erfüllt sein muss. Als Folge resultiert eine gewisse Inhomogenität bezüglich der Diagnosekriterien, da zwei Individuen durch unterschiedliche Kriterienkombinationen zwar die gleiche Diagnose erhalten können, sie sich jedoch psychopathologisch deutlich voneinander unterscheiden können. Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich zudem in der Umsetzung des polythetischen Konzeptes deutlich voneinander, was sowohl die Anzahl als auch qualitativ-inhaltliche Aspekte der jeweiligen Einzelkriterien betrifft. Letztlich lässt sich nirgendwo eine Erklärung finden, die

die bestimmte Anzahl der zur Diagnosestellung mindestens vorausgesetzten Einzelkriterien empirisch begründen würde und darüber hinaus ersichtlich machte, warum diese insbesondere im ICD-10 nicht einheitlich ist (siehe Andresen 2006).

Weitreichende Unterschiede zwischen DSM-IV und ICD-10 zeigten sich auch in der Häufigkeit der Diagnosestellung (Ottoson et al. 2002). Sowohl in der kategorialen (Kappa-Werte von ,37 bis ,97) als auch in der dimensional (Pearson-Korrelationskoeffizienten von ,79 bis ,98) Auswertung der Untersuchungen auf Übereinstimmungen zeigte sich für die beiden Klassifikationssysteme lediglich eine moderate Kongruenz der einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Von einer weitreichenden Übereinstimmung der Klassifikationssysteme kann ohnehin weder auf Störungs- bzw. (Sub-)Kriteriumsebene noch in Hinblick auf die grundlegende Einteilung der Persönlichkeitsstörungen die Rede sein (Hentschel 2004; Andresen 2006).

Seit Einführung des DSM-III (American Psychiatric Association 1980) besteht in der amerikanischen Klassifikation ein multiaxiales (aus vier Achsen bestehendes) System zur psychiatrischen Diagnostik. Eine fünfte Achse soll das allgemeine Funktionsniveau des Patienten dokumentieren. Zusammen mit den Intelligenzminderungen werden die Persönlichkeitsstörungen hier ohne medizinisch-psychiatrischen Krankheitswert auf *Achse 2* codiert. Die den im eigentlichen Sinne psychiatrischen Formenkreis zugehörigen Diagnosen, die sich durch ein ausgeprägtes Veränderungspotential und einen deutlichen Krankheitswert auszeichnen, sind hier der *Achse 1* zugeordnet (APA 1980 und 1994, zitiert nach Andresen 2006).

Während im ICD-10 in Analogie zu Kurt Schneider (1923) kein System zur Gruppierung der Persönlichkeitsstörungen vorliegt, werden innerhalb der *Achse 2* des DSM die Persönlichkeitsstörungen in drei sogenannte *Clusters* aufgeteilt, ohne dass dies allerdings empirisch untermauert wäre (Morey 1988; Saß et al. 1996).

Im *Cluster A* werden die *sonderbar-exzentrischen* Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst, es sind dies die *Paranoide*, die *Schizoide* und die *Schizotypische Persönlichkeitsstörung*.

Cluster B nach DSM-IV beinhaltet die als *dramatisch-emotional* beschriebenen Störungen *Antisoziale, Borderline-, Histrionische* und die *Narzisstische Persönlichkeitsstörung*, im Anhang auch die *Depressive Persönlichkeitsstörung*.

Cluster C schließlich umfasst die angstnahen (*Ängstlich-furchtsamen*) Persönlichkeitsstörungen: die *Vermeidend-selbstunsichere*, die *Zwanghafte*, die *Dependente Persönlichkeitsstörung* sowie im Anhang die Forschungskriterien der *Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung*.

Da dieser DSM-IV-gemäßen Einteilung durchaus eine praktische Relevanz zukommt und sie insbesondere in der Forschung zur Abgrenzung verwendet wird, lassen sich auch die Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 daran angelehnt den einzelnen *Clusters* zuordnen (Fiedler 2001). Dies soll an dieser Stelle auch beispielhaft die großen Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssysteme verdeutlichen.

Zum *Cluster A* lässt sich sagen, dass die darin enthaltene *Schizotypische Persönlichkeitsstörung* im ICD-10 gar nicht unter den Persönlichkeitsstörungen aufgenommen ist, sondern im Kapitel *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* zu finden ist (siehe 1.3.3).

Dem *Cluster B* (*dramatisch-emotionale Störungen*) ist als Pendant zur *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* die ICD-10-Diagnose *Dissoziale Persönlichkeitsstörung* zuzuordnen. Ferner ist hier die *Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung* zu verorten, die im ICD-10 in die Unterstörungen *Impulsiver Typ*, der *Intermittierend explosiblen* Störung des DSM-IV entsprechend, und *Borderline-Typ*, der *Borderline-Persönlichkeitsstörung* des amerikanischen Systems entsprechend, aufgeteilt wurde.

Die *Narzisstische Persönlichkeitsstörung* ist im ICD-10 lediglich im Anhang unter *Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen* mit vorläufigen Kriterien zu finden.

Die *Depressive Persönlichkeitsstörung*, die im DSM-IV im Anhang zur weiteren Erforschung eingeordnet ist, findet am ehesten in der affektiven Störung *Dysthyme Störung* des ICD-10 Entsprechung.

Die im *Cluster C* im Anhang enthaltene *Passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung* lässt sich mit vorläufigen Kriterien beim ICD-10 ebenfalls im Anhang finden.

Die übrigen in den jeweiligen *Clusters* zusammengefassten DSM-IV-Diagnosen entsprechen weitgehend den ICD-10-Störungen (Fiedler 2001).

Zusammenfassend sind die beiden Klassifikationssysteme also keinesfalls als deckungsgleich zu betrachten, was zum einen vor dem Hintergrund des eingangs erwähnten Fehlens einer konsensfähigen psychologischen Theorie bzw. eines entsprechenden Krankheitsmodells zu sehen ist. Perpetuiert wurde und wird dieses jedoch auch durch die zeitversetzt stattfindenden Überarbeitungen und Revisionen sowie deren zeitverzögerte Umsetzung in Klinik und Forschung. Nach Fiedler (2001) sind auch die aktuellen Klassifikationen der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und DSM-IV „selbstkritisch, flexibel und perspektivisch als antiquierte Diagnostik im Wandel der Zeit zu betrachten“.

Im ICD-10 ist die Koexistenz von internationalen (*Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*) und nationalen (*Klinisch-diagnostische Leitlinien*) Leitlinien bei im Detail nur unvollständiger Übereinstimmung als weiteres Problem zu sehen (Andresen 2006).

1.3.4 Die Schizotypische Persönlichkeitsstörung in ICD-10 und DSM-IV

Die Tabellen 3 und 4 stellen die Diagnosekriterien bzw. die Symptome der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* nach DSM-IV und ICD-10 dar. Im ICD-10 wird die *Schizotypische Persönlichkeitsstörung* im Kapitel *F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung* geführt. Dies soll eine Abgrenzung zur *Paranoiden (F60.0)* und zur *Schizoiden (F60.1) Störung* verdeutlichen und die Psychosenähe im Sinne einer „leichten“ Schizophrenie betonen. Hier ist ein Bezug zum „genetischen Spektrum“ der Schizophrenie gegeben. Die ICD-10-Forschungskriterien (WHO 1999) fordern das ununterbrochene oder wiederholte Auftreten von mindestens vier der dargestellten neun Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Die Kriterien einer Schizophrenie dürfen niemals erfüllt (gewesen) sein. In den internationalen *Diagnostischen Leitlinien für Forschung und Praxis* (Dilling et al. 2005) wird jedoch im Gegensatz zu den nationalen *Klinisch-diagnostischen Leitlinien* deutlich eine allgemeine Zurückhaltung bei der Diagnosestellung empfohlen, was durch eine mangelnde Abgrenzbarkeit zur *Schizophrenia simplex* sowie zur *Paranoiden* und *Schizoiden Persönlichkeitsstörung* begründet wird. Diese Inhomogenität der ICD-10-Klassifikation verkompliziert die Diagnostik, erschwert die For-

schung und ist somit sehr kritisch zu bewerten. In der DSM-IV-Klassifikation wird die Schizotypie als *Schizotypische Persönlichkeitsstörung* im *Cluster A* aufgeführt. Es sind zur Diagnosestellung hier die Erfüllung von fünf der neun Kriterien erforderlich. Die Störung hat ihren Beginn im frühen Erwachsenenalter und darf hier nicht *ausschließlich* im Rahmen einer Schizophrenie oder anderen psychotischen, affektiven Störungen bzw. einer Entwicklungsstörung auftreten.

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der *Schizotypischen Persönlichkeitsstörung* im DSM-IV, 301.22

A. Ein tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet ist. Weiterhin treten Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens und eigentümliches Verhalten auf. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn),
- (2) seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit den Normen der jeweiligen subkulturellen Gruppe übereinstimmen (z.B. Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie oder an den „sechsten Sinn“; bei Kindern und Heranwachsenden bizarre Phantasien und Beschäftigungen,
- (3) ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen
- (4) seltsame Denk- und Sprechweise (z.B. vage, umständlich, metaphorisch, übergenau, stereotyp)
- (5) Argwohn und paranoide Vorstellungen,
- (6) inadäquater oder eingeschränkter Affekt,
- (7) Verhalten und äußere Erscheinung sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig
- (8) Mangel an engen Freunden oder Vertrauten außer Verwandten ersten Grades,
- (9) ausgeprägte soziale Angst, die nicht mit zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit negativer Selbstbeurteilung zusammenhängt.

B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen, einer anderen psychotischen Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.

Beachte: Wenn die Kriterien vor dem Beginn einer Schizophrenie erfüllt waren, ist „Prämorbid“ hinzuzufügen, z.B. „Schizotypische Persönlichkeitsstörung (Prämorbid)“.

(aus: Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen (ICD-10), Weltgesundheitsorganisation 1999)

Tabelle 4: Kriterien der Schizotypen Störung nach den Forschungskriterien des ICD-10, F21

- A. Die Betroffenen haben über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren mindestens vier der folgenden Merkmale entweder ununterbrochen oder wiederholt gezeigt:
1. unangepasster und eingengter Affekt, so dass die Betroffenen kalt und unnahbar erscheinen,
 2. seltsames, exzentrisches oder eigentümliches Verhalten und Erscheinung,
 3. wenige soziale Bezüge und Tendenz zum sozialem Rückzug,
 4. sonderbare Ansichten oder magisches Denken, das das Verhalten beeinflusst und nicht mit subkulturellen Normen übereinstimmt,
 5. Misstrauen und paranoide Vorstellungen,
 6. Grübeln ohne inneren Widerstand oft mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten,
 7. ungewöhnliche Wahrnehmungen, einschließlich Körpergefühlsstörungen, Illusionen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben,
 8. vages, umständliches, metaphorisches, gekünsteltes und oft stereotypes Denken, das sich in einer seltsamen Sprache oder auf andere Weise äußert, ohne deutliche Zufahrenheit,
 9. gelegentliche, vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Inhalten; diese Episoden treten im allgemeinen ohne äußere Veranlassung auf.
- B. Die Betroffenen haben niemals die Kriterien für eine Schizophrenie (F20) erfüllt.

(aus: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV), American Psychiatric Association, deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen H, Zaudig M 1994)

Die DSM-IV-Fassung wurde im Vergleich zu ihren Vorgängern im Detail deutlich homogenisiert, so dass durch die gegebenen Kriterien ein Bild paranoid-halluzinatorischen Erlebens und Verhaltens entsteht, aus dem die Aspekte des sozialen Rückzugs ableitbar sind (Andresen 2006).

Auch auf Item-Ebene gibt es einige Unterschiede zwischen den Klassifikationen: so fehlen die DSM-IV-Kriterien *Beziehungsideen (A1)* und *Ausgeprägte soziale Angst (A9)* in der ICD-10-Systematik ganz. Dafür werden bei den Forschungskriterien zwei Kriterien aufgenommen: *Grübeln ohne inneren Widerstand oft mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten (6.)* und *gelegentliche, vorübergehende quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Inhalten; diese Episoden treten im allgemeinen ohne äußere Veranlassung auf (9.)*.

Es besteht also eine augenscheinliche Diskrepanz zwischen beiden Klassifikationssystemen. Da der genetisch orientierte Forschungsansatz (siehe 1.3.2)

bisher lediglich- wenn auch sehr deutliche- Hinweise auf einen ätiologischen erblichen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Schizotypie, nicht aber konkrete gemeinsame Prädispositionsgene zeigen konnte, erscheint die Einordnung der Schizotypie bei den Persönlichkeitsstörungen und die daraus resultierende Abgrenzung von der Schizophrenie im DSM-IV durchaus vertretbar. Letztlich versinnbildlichen diese Unterschiede und Inhomogenitäten zwischen den Klassifikationssystemen bzw. auch innerhalb des ICD-10 den nach wie vor bestehenden Dissens bezüglich dieser Störung und machen die Notwendigkeit weiterer Forschung evident.

1.3.5 Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung von Selbstbeurteilungsfragebögen

Derzeit gibt es zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen weder einen instrumentellen „Goldstandard“ im Sinne eines Referenzinstrumentes noch ein unumstrittenes Außenkriterium, wie z.B. eine für eine bestimmte Persönlichkeitsstörung spezifische Entwicklungsgeschichte oder einen Biomarker (Bronisch 2000).

Einigkeit besteht darüber, dass in der klinischen Diagnostik zum Erreichen einer ausreichenden Reliabilität auch objektivierende, standardisierte Verfahren eingesetzt werden sollten (Andresen 2006). Grundlegende Reliabilitätsuntersuchungen zeigten insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsstörungen schon früh eine ausgesprochen niedrige Inter-Rater-Übereinstimmung (ausgedrückt durch einen Kappa-Koeffizienten von ,32) beim Einsatz von nicht-standardisierten Verfahren (Spitzer et al. 1974).

Neuere Untersuchungen (Zimmerman 1994; Fydrich et al. 1996b) bestätigten dieses Manko der Inter-Rater-Reliabilität auch in Bezug auf die DSM-Klassifikation: zwar zeigten sich für unstrukturierte Interviews deutlich höhere Kappa-Werte von bis zu ,61 für die allgemeine Diagnose Persönlichkeitsstörung, für die einzelnen Störungen jedoch bestand nach wie vor eine inakzeptable Inter-Rater-Reliabilität (Kappa-Werte von ,01 bis ,49). Wurden von den verschiedenen Ratern die gleichen strukturierten Interviews durchgeführt, besserte sich das Inter-Rater-Kappa für das Gesamturteil Persönlichkeitsstörung auf ,78, auch für die Einzelstörungen wurden nun deutlich höhere Kappa-Werte von ,61

bis ,83 gefunden. Deutlich relativiert wurden letztgenannte Ergebnisse durch Studien, die unterschiedliche operationalisierte Verfahren, z.B. verschiedene etablierte strukturierte Interviews, auf die Inter-Rater-Übereinstimmungen hin miteinander verglichen: hier zeigte sich ein deutliches Absinken der Kappa-Koeffizienten, insbesondere beim Vergleich unterschiedlicher diagnostischer Methoden, z.B. Selbstbeurteilungsfragebogen mit strukturiertem Interview (Hyer et al. 1990; Barber et al. 1994; Fydrich et al. 1996b).

Riso et al. (1994) konnten darüber hinaus für das strukturierte *Personality Disorder Examination (PDE)*-Interview ausgesprochen geringe Konkordanzen zwischen den teilnehmenden „outpatients“ (den Betroffenen) und den „informants“ (den Angehörigen) nachweisen, was sowohl für die allgemeine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als auch für die Diagnose der Einzelstörungen zutrifft. Somit konnte für die interaktiven diagnostischen Verfahren auch eine Abhängigkeit von den Informationsquellen nachgewiesen werden.

Auch für die bisher eingesetzten Fragebögen sind deutliche psychometrische und Validierungsschwächen bekannt, weshalb diese von einigen Autoren äußerst kritisch bewertet werden (z.B. Loranger 1992). Die bestehenden Fragebogenverfahren zeichnen sich im Vergleich zu halbstandardisierten klinischen Interviews dadurch aus, dass sehr viele „Falsch-Positive“ erkannt werden, die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen also deutlich überschätzt wird (Zimmerman, Coryell 1990).

Dies trifft ausschließlich bei den Fragebögen, die überhaupt diagnostische Grenzwerte beinhalten, insbesondere dann zu, wenn die Diagnosen über die einzelnen Skalen additiv verrechnet werden.

Auch werden bei diesen Fragebögen relativ häufig Mehrfachdiagnosen (mehr als eine Persönlichkeitsstörung pro Person) vergeben. Begründet ist dieses Problem auch durch die zumeist von vornherein festgelegten, nicht klinisch-validierten Skalengrenzwerte, zu relativieren ist es bei Fragebögen, die statt eines klassifikatorisch-dichotomen einen dimensionalen Ansatz verfolgen, wie dem *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* (siehe 1.4 und 2.3).

Mit der Folge des weitgehenden Verzichts auf standardisierte Diagnostiken im klinisch-diagnostischen Alltag wurde dieses die Reliabilität und die konvergente Validität operationaler Verfahren betreffende Defizit bis heute nicht überwunden.

Andresen (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einer Art „diagnostischem Nihilismus“ und bezieht sich damit auch auf die lapidare Empfehlung Zimmermans (1994), zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eines der etablierten, strukturierten Interviewverfahren in Verbindung mit einem selbstzusammengestellten Fragebogen, quasi als Vergleich auf dem Papier, einzusetzen.

Ohne an dieser Stelle detailliert auf die bestehenden Erklärungsansätze für die dargestellten Validierungsprobleme der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen einzugehen, sind die Ursachen für diese insgesamt unbefriedigende Gesamtsituation nicht zuletzt in den Kriterienzusammenstellungen von ICD-10 und DSM-IV selbst zu sehen. Viele Autoren kritisieren einen Mangel an psychopathologischer Validität, Vollständigkeit und Verständlichkeit (z.B. Blashfield et al. 1989; Skodol et al. 1991; Shea 1992; Schröder 2004).

Insbesondere im Bereich der Forschung hat sich die Diskussion um den diagnostischen Königsweg in den letzten Jahren mit sogenannten *Multi-Trait-Multi-Method-Analysen* auseinandergesetzt, integrativen Verfahren also, die unterschiedliche diagnostische Methoden umfassen (Schröder 2004). Ein breiter Einsatz eines solchen Vorgehens in der klinischen Routine ist jedoch aus ökonomischen sowie aus Gründen der Praktikabilität nicht absehbar.

Insbesondere unter durchaus heuristischen und pragmatischen Gesichtspunkten hat somit der Fragebogen-Ansatz eine Existenzberechtigung, ohne dass hierdurch ein unumstrittenes Validitätskriterium hervorgebracht werden könnte bzw. ein diagnostischer „Goldstandard“ greifbar werden würde.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die existierenden an DSM oder ICD orientierten Fragebögen gegeben werden.

Schon für das DSM-III (APA 1980) wurden entsprechende multivariate Selbstbeurteilungsinventare zur psychometrischen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen etabliert, die allesamt ausdrücklich auf operationalisierte Diagnosen ausgerichtet waren und zum zeit- und aufwandsökonomischen Screening klinisch bedeutsamer Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden sollten. Zunächst entstanden das *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)* und der *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)* (Hyer et al. 1983; Millon 1983), wenig später (Morey 1985) kam das *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-Pd)* hinzu.

PDQ und *MCMI* wurden bezüglich des DSM-III-R (APA 1987) in revidierter Form wiederveröffentlicht (Hyler et al. 1987; Millon 1987).

Für das DSM-III-R gab es noch eine Reihe anderer, seltener eingesetzter Fragebogenverfahren, so u.a. das dem *MCMI* verwandte *Coolidge Axis Two Inventory (CATI)* von Coolidge und Merwin (1992). Zu erwähnen ist hier auch das *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-PQ)*, der Eingangfragebogen zum *SCID-II-Interview* (Spitzer et al. 1987, zitiert nach Andresen 2006). Internationalisierte Fragebögen zum ICD-10 und DSM-III-R bzw. DSM-IV stammen u.a. aus den Niederlanden (*VKP*, Duijsens et al. 1996) und Schweden (*DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q)*, Ottoson et al. 1998).

Die drei am weitesten verbreiteten, auf das DSM bezogenen Fragebögen *PDQ*, *MMPI-Pd* und insbesondere das *MCMI* wurden hinsichtlich ihrer mangelnden klinischen Kriteriumsvalidität, die Voraussetzung für die Diagnostik der kategorial-klassifizierten Persönlichkeitsstörungen ist, von nicht wenigen Autoren sehr kritisch bewertet und intensiv diskutiert (u.a. Millon 1985; Piersma 1987; Widiger et al. 1987; Dubro, Wetzler 1989; Hunt, Andrews 1992; Loranger 1992).

Die diagnostische Übereinstimmung im Vergleich der Ergebnisse von fragebogen- und interviewgestützten Verfahren, ausgedrückt durch die Vier-Felder-Kappa-Statistiken als Globalmaß, ist sehr gering. Die Verfahren zeigen also deutliche Schwächen der konvergenten Validität. Sogar in Bezug auf bestimmte Fragebögen und „ihre“ entsprechenden Referenzinterviewverfahren ergaben sich bei jedem der vorliegenden Verfahren für einige Persönlichkeitsstörungen Kappa-Werte um Null, so auch im Falle des *PDQ* (Andresen 2001).

Deutschsprachige Veröffentlichungen gibt es zu diesen DSM-orientierten Verfahren nur in Bezug auf das *PDQ-R* (Bronisch et al. 1993), das *SKID-II-Interview* (Wittchen et al. 1997) sowie mit Einschränkungen das *CATI* (Köhler 1999). Obwohl das DSM-System zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in internationaler Forschung und Diskussion wesentlich stärker repräsentiert und auch hierzulande weit verbreitet und akzeptiert ist, hat sich keines der erwähnten Verfahren bisher eindeutig und weitflächig durchsetzen können, noch gab es bis dato vollständig publizierte und alle Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV miteinbeziehende, im deutschen Sprachraum entwickelte Fragebögen (Andresen 2006).

Zwar gibt es durchaus deutschsprachige Skalen oder Inventare für bestimmte Einzelstörungen wie die *Borderline-* (u.a. Leichsenring 1994), die *Narzisstische* (u.a. Deneke et al. 1989) und die *Schizotypische* (Scherbarth, Roschmann, Hautzinger 1991; Klein et al. 1997) *Persönlichkeitsstörung*, jedoch sind diese nicht präzise auf die Erfassung der störungsbezogenen Kriterien ausgelegt, noch können sie die Interdependenz der Persönlichkeitsstörungen erfassen. Streng an DSM-III-R- bzw. DSM-IV-Kriterien orientiert ist hier einzig die deutsche Fassung (Klein et al. 1997) des *Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)* von Raine (1991).

Kuhl und Kazén legten 1997 das *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)* vor, das mittels einer weitgehend „unpathologischen“ Übersetzung der Störungskriterien des DSM-III-R normale sogenannte Persönlichkeitsstile abbildet. Der Übergang von normalpsychologischer Ebene zur entsprechenden Störungsebene kann so hypothetisch näher betrachtet werden, jedoch ist hierbei das Risiko gegeben, die jeweilige Störungsebene zu verfehlen (Andresen 2006).

Ein prinzipiell ähnlicher Ansatz wurde bei der Entwicklung der *Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* verfolgt (siehe 1.4).

Für das in der deutschen Psychiatrie in Klinik, Administration und Qualitätsmanagement wesentlich weiter verbreitete Klassifikationssystem ICD-10 muss ein noch größeres Defizit an multivariaten Selbstbeurteilungsfragebögen konstatiert werden, als dies für das DSM-IV-System zutrifft.

Hier ist lediglich die deutsche Fassung (Mombour et al. 1996) des Screening-Inventars zum *IPDE-Interview* (Loranger et al. 1987) zu nennen, welches jedoch psychometrisch als unbefriedigend und nicht durchkonstruiert gesehen wird (Andresen 2006). Auch zum jahrzehntelang tradierten, im Wesentlichen auf Schneider (1923) und ergänzend auf Kretschmer (1921) beruhenden „deutschen“ Konzept der Psychopathie liegen keine diese Typologie systematisch abbildenden Inventare vor (Tölle 1994).

Es gibt im deutschsprachigen Raum eine ganze Reihe von Selbstbeurteilungsfragebögen, die eine breit angelegte, differenzierte und verschiedenen klinischen oder gesundheitspsychologischen Konzepten folgende Persönlichkeitsdiagnostik erlauben, dabei jedoch keinesfalls als Screeninginstrumente zur Diagnostik der klassifizierten Persönlichkeitsstörungen verwendet werden kön-

nen. Als Beispiele seien ohne Anspruch auf Vollständigkeit das *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)* (Fahrenberg et al. 1989), der *Gießen Test (GT)* (Beckmann et al. 1989), der *16-Persönlichkeitsfaktor-Test (16PF-R)* (Schneewind et al. 1998) und das *NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R)* (Ostendorf et al. 2003) genannt.

Auch die breit eingeführten klinisch-psychopathologisch orientierten Inventare wie das *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* von Hathaway et al. (1957) bzw. seine deutsche Bearbeitung (*MMPI-2*, Engel 2000) und Variationen sind nur stark eingeschränkt zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den heutigen, internationalen Kriterien geeignet (Andresen 2006).

1.4 Die Entwicklung des *Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)*

Motivation und Legitimation der acht Jahre dauernden Entwicklung des *Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* war das oben umrissene, insbesondere im deutschen Sprachraum zu konstatierende diagnostische Mangelangebot im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, auch und im speziellen in Hinblick auf die DSM-IV- und ICD-10-Klassifikationen.

Im Folgenden soll in die Ziele, Konstruktionsprinzipien und den Aufbau des *IKP* eingeführt werden.

Bei der Entwicklung des *IKP* wurde, wie oben bereits erwähnt, statt eines typologisch-kategorialen ein dimensionaler Ansatz verfolgt, strukturtheoretisch orientiert am o.e. *Acht-Faktoren-Modell* (siehe 1.2.1). Es besteht ein weitgehender Konsens über die konzeptionellen und empirischen Vorzüge dieses Vorgehens (Widiger, Sanderson 1995). Der Informationsverlust, der im Falle einer kategorialen Diagnostik durch das Wegfallen bzw. Nicht-Berücksichtigen der als nicht erfüllt geltenden Items bzw. Kriterien entsteht, wird als wesentlicher Grund für die geringere Reliabilität der kategorialen Diagnosen angegeben (Widiger, Sanderson 1995). Eine ganze Reihe von Studien konnte bei Verwendung von dimensional Daten im Vergleich zu kategorialen Daten deutlich höhere Reliabilitäten und Validitäten nachweisen.

Beim Vergleich verschiedener Instrumente zeigte sich auch die konvergente

Validität im Falle eines dimensionalen Ansatzes erhöht (u.a. Heumann et al. 1990; Zimmerman et al. 1990; Widinger et al. 1995; Fydrich et al. 1996b; de Ruiter et al. 2000). In Hinblick auf die auch beim Einsatz von etablierten, an den aktuellen Klassifikationssystemen orientierten, semistandardisierten Interviews nur mäßige konvergente Validität lassen sich hier nur schwerlich zuverlässige Arbeitskriterien formulieren (Fydrich et al. 1996b).

Ferner basieren die beim (im DSM und ICD ja verwirklichten) kategorialen Ansatz festgelegten Grenzen, ab wann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen ist, eher auf Konventionen denn auf empirisch begründeten Daten (Clark et al. 1997). Metaanalytisch konnte bisher durch keine Studie eine eindeutige Unterscheidbarkeit zwischen „gesund“ und „gestört“ belegt werden (Widinger et al. 1995), noch konnten Studien eindeutige Grenzen zwischen benachbarten Persönlichkeitsstörungen aufzeigen (Oldham et al. 1992), hier sei noch einmal auf die hohe Komorbidität der verschiedenen Störungen verwiesen.

Durch den im *IKP* verfolgten dimensionalen Ansatz wird somit aus den o.g. Gründen auf den kategorialen Diagnostikanspruch der DSM- und ICD-Klassifikationen verzichtet. Da bei der Entwicklung des *IKP* jedoch Anspruch auf eine syndromale, psychopathologische Validität gelegt wurde (Stieglitz 2000), kann dieser zur Unterstützung im Rahmen einer nicht operational standardisierten klinischen Diagnostik verwendet werden (Andresen 2006).

Im *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* wird, wie im Namen bereits verdeutlicht, zugunsten des neutraleren, weniger stigmatisierenden Begriffs der *Persönlichkeitsakzentuierungen* (Leonhard 1976) auf den Begriff der *Störungen* verzichtet. Auch trägt dies der Intention des dimensionalen Ansatzes Rechnung, nach der ein Profil der Persönlichkeitsakzentuierungen, nicht aber die definitive kategoriale Diagnose erfasst werden soll. Die Akzentuierungen sind dabei als unabhängig von einer bestimmten Wertesektion der Verteilung aller Skalenwerte zu sehen (im Gegensatz zu Bohus et al. 2004).

Neben den bereits erwähnten (siehe unter 1.3.3) hohen *internen Komorbiditäten*, Korrelationen bzw. Koinzidenzen und Prävalenzen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen untereinander besteht darüber hinaus eine erhebliche *externe Komorbidität* der Störungen mit den Achse-I-Formenkreisen des DSM-IV, den eigentlichen psychiatrischen Erkrankungen mit hohem Veränderungspotential also (Fiedler 2001). So wurden in Studien etwa die Hälfte der Patienten

in psychiatrischen Krankenhäusern als persönlichkeitsgestört diagnostiziert gegenüber nur etwa zehn Prozent der Normalbevölkerung. Fydrich et al. (1996a) konnten zeigen, dass in unausgelesenen Patientenkollektiven bei den Patienten mit mindestens einer Achse-I-Störung etwa drei- bis viermal häufiger die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde als bei Personen ohne Achse-I-Störung. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Entwicklung des *IKP* auch ein Profilansatz zu Erfassung von Achse-I-Störungen verfolgt.

Es besteht eine Diskrepanz zwischen der im deutschen Sprachraum im Wesentlichen durch administrative Entscheidungen begründeten Festlegung der Anwender auf das ICD-10-System (Dilling et al. 2005) und der Tatsache, dass die DSM-IV-Klassifikation in der internationalen, auch deutschsprachigen Forschung wesentlich stärker repräsentiert und empirisch intensiver fundiert ist.

Auf die weitreichenden Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen auch auf Einzelstörungsebene wurde unter 1.3.3 ja bereits eingegangen.

Bei den *IKP*-Skalen wird das Primat im Falle der *Emotional instabilen Persönlichkeit/Impulsiver Typus* den ICD-10-Kriterien zugesprochen, im Falle der *Zwanghaften/Anankastischen* und der *Antisozialen/Dissozialen Persönlichkeit* werden wesentliche ICD-10-Aspekte zur Differenzierung berücksichtigt.

Die DSM-IV-Kriterien erhalten jedoch bei zehn Störungseinheiten, so auch bei den beiden letztgenannten das Primat (Andresen 2006). Eine Prämisse ist, dass bei etwa der Hälfte der optimierten Diagnosen nach DSM-IV-Kriterien trotz unterschiedlicher Anzahl von Subkriterien und etwas abweichenden Gewichtungen von einer weitgehenden Übertragbarkeit auf die ICD-10-Skalen ausgegangen wird, wie im Falle der *Narzisstischen* oder der *Dependenten Persönlichkeitsakzentuierung*. Bei anderen Diagnosen werden „überschwellige“ Abweichungen vorausgesetzt. Dies ist z.B. bei der *Ängstlichen (Vermeidenden)* oder der *Paranoiden Persönlichkeitsakzentuierung* der Fall (Andresen 2006).

Der Anspruch des *IKP* umfasst, psychopathologisch-syndromal und psychometrisch-testanalytisch homogene und valide Skalen zu stellen. Methodisch wurde so vorgegangen, dass aus einem Pool von zunächst dreißig Items pro Diagnose in mehreren Schritten mittels verschiedener Teilstichproben die psychometrische Güte, die Trennschärfe der Item-Skalen-Zuordnung sowie die Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen untersucht wurden. Es entstanden Skalen mit einer einheitlichen Länge von jeweils achtzehn Items in der Lang-

form (Andresen 1998b und 2001c), davon ausgehend aus jeweils zehn Items bestehende Skalen in der aktuellen Kurzform. Zwischen Lang- und Kurzformskalen bestanden Korrelationen von mindestens ,94. Zugunsten der Anwendungsfreundlichkeit und Ökonomie wurden hierbei zwangsläufig auftretende leichte Verengungen bezüglich der Berücksichtigung einzelner Subkriterien in Kauf genommen, ohne dass dies die Reliabilität und differentialdiagnostische Validität beeinträchtigen sollte (Andresen 2006).

Insbesondere bei den psychosenahen Persönlichkeitsakzentuierungen, die bekanntermaßen inhaltlich und formal schwer abgrenzbar und intersyndromal inhomogen sind (Vollema et al. 1995; Klein et al. 1997, zitiert nach Andresen 2006) sollten die bestehenden Schwächen der Konstruktvalidität (Blashfield et al. 1989; Shea 1992) durch „konstruktive Interpretation“ überwunden werden.

Dies trifft z.B. für die in dieser Arbeit besonders berücksichtigte *Schizotypische Persönlichkeit* zu, bei der die Negativ-Eigenschaften und –Verhaltensweisen, für die es deutliche Überlappungen z.B. mit der *Selbstunsicher-vermeidenden* und *Schizoiden Persönlichkeitsstörung* gibt, so interpretiert wurden, dass eine deutliche Verbindung zu den positiv-schizotypen Abweichungen besteht bzw., dass sie sich aus letztgenannten herleiten lassen (Andresen 2006, siehe auch unter 1.3.2).

Ansonsten beruht die *IKP*-Konstruktion auf der klassischen Testtheorie, nach der Items nur auf der zugehörigen Skala eine höhere Trennschärfe zeigen und die Skalen ausreichend intern konsistent sein sollen, was Item-faktorenanalytisch abgesichert sein sollte (Andresen 2006).

Bei der Entwicklung des *IKP* wurde darüber hinaus Abstand von der auch in den Klassifikationssystemen jeweils vorangestellten und vorausgesetzten Stabilität von Persönlichkeitsstörungen genommen, die bis in die Adoleszenz bzw. das frühe Erwachsenenalter zurückzureichen hat und auch prospektiv gilt.

Zwar sind Persönlichkeitsstörungen unbestritten im zeitlichen Verlauf stabiler als beispielsweise die meisten Achse-I-Störungen. Ein früherer (in der Kindheit) oder späterer (im reiferen Erwachsenenalter) Beginn oder Veränderungen, auch Spontanremissionen, wie bei der *Borderline-Störung* beschrieben (Hartkamp et al. 2002), können jedoch nach derzeitigem Kenntnisstand keineswegs ausgeschlossen werden (Kaplan 2002; Mombour et al. 1996). Nach Fiedler (2001) ist der derzeitige entwicklungspsychologische und psychopathologische

Kenntnisstand bei den Persönlichkeitsstörungen sehr begrenzt. Ferner konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer kombinierten Achse-I/Achse-II-Störung häufig im Falle einer erfolgreichen Therapie der Achse-I-Störung auch die Diagnose der Persönlichkeitsstörung (Achse-II) verlieren (Reich et al. 1987), was den engen Bezug zwischen diesen Achsen verdeutlicht und auch als Argument für ein gewisses Veränderungspotential der Persönlichkeitsstörungen gesehen werden kann.

Im *IKP* wird unter Wahrung einer weitgehenden rückbezüglichen Neutralität Bezug auf „die letzten Jahre“ genommen. Formulierungen, die sich relativ präzise auf die entsprechenden Lebensabschnitte Adoleszenz bzw. frühes Erwachsenenalter beziehen, finden sich nicht, wohl aber Hinweise auf ein längeres und stetiges Andauern. Teil des *IKP*-Konzeptes ist also auch eine Sensitivität gegenüber Veränderungen, was im Rahmen einer Studie mit zwangsgestörten Patienten beispielhaft nachgewiesen werden konnte (Fricke 2002). Zeitpunkt und Kontext der Diagnostik scheinen somit, allgemein gesprochen, eine wichtige Rolle zu spielen.

Klinisch wird eine Persönlichkeitsstörungsdiagnostik in den meisten Fällen erst dann begonnen, wenn sich die betreffende Person in Behandlung begibt, was Aussagen über prämorbid Merkmale oder prädisponierende Faktoren erschwert.

Insgesamt gibt es bis heute wenig Kenntnisse über den Verlauf von Persönlichkeitsstörungen, ihrer Veränderungen und Prognose (Tölle 1966; Stone 1993).

Ein Problem bei der Entwicklung eines klinischen Inventars besteht darin, dass sich aus der klinischen Formulierung der Items eine schiefe Verteilung der Scores bei Normalprobanden ergibt, welche sich allerdings neutralisiert, wenn ausschließlich Persönlichkeitsgestörte bzw. Psychatriepatienten betrachtet werden.

Bei der Entwicklung des *IKP* wurde nicht davon ausgegangen, klinische Aussagen über die empirische Extremlage anhand normaler bzw. normalverteilter Kontinua der Persönlichkeit machen zu können (Andresen 2000, zitiert nach Andresen 2006).

Das *IKP* wurde anhand von nicht vollständig repräsentativen Normalkollektiven (mit einer geschätzten Persönlichkeitsstörungsprävalenz von etwa zehn Prozent) entwickelt. Bei einigen Stichproben wurden bis zu zehn Prozent klinische

Teilkollektive (mit einer geschätzten Persönlichkeitsstörungsprävalenz von etwa fünfzig Prozent) zur jeweiligen Gesamtstichprobe hinzugenommen. Der Testanalyse des *IKP* liegt eine gemischte Stichprobe von 643 Probanden und vierzig Patienten zu Grunde.

Für die wichtigsten testanalytischen Berechnungen wurde dieser hybride Stichprobenansatz verwendet, um sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Bereich psychometrisch reliabel und valide zu sein und um für Vergleiche zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen einsetzbar zu sein. Bei den bisher nicht repräsentativen Normierungsstichproben wurden klinische und Normalbevölkerungsstichproben getrennt betrachtet.

Kontrollskalen, wie sie in anderen klinisch orientierten Inventaren wie z.B. dem *MCM* (Millon 1987) verwendet werden, sind in der aktuellen Version des *IKP* nicht enthalten, da ein empirischer Nachweis des individualdiagnostischen Nutzens bzw. reliablerer und validerer Testergebnisse fehlt (Andresen 2006).

Das *IKP* in seiner jetzigen Form besteht aus 11 Skalen, die komplett die DSM-IV- und ICD-10-Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen abbilden, die Forschungs- bzw. vorläufigen Diagnosen im DSM-IV sind hierbei nicht berücksichtigt.

Ferner gibt es das Ergänzungsmodul *IKP-Eg*, bestehend aus dreizehn, ebenfalls jeweils zehn Items umfassenden Skalen. Einige davon umfassen die traditionellen Persönlichkeitsstörungen nach Schneider (1934). Einige dienen der Spektrumskomplettierung, so im Bereich der *Suchtstörungen (F1)*, der *Schizophrenien und Wahnstörungen (F2)*, der *Affektiven Störungen (F3)* sowie der *Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4)*. Es sollen somit die persönlichkeitsnahen Subsyndrome, die je nach Schule aus- oder eingeschlossen wurden, mit erfasst werden. Eine dritte Gruppe der *IKP-Eg*-Skalen schließlich wird eingesetzt, um differentialdiagnostische Möglichkeiten zwischen und innerhalb der DSM-IV- und ICD-10-Klassifikation zu bieten (Andresen 2006).

Es wird empfohlen, nach Möglichkeit *IKP* und *IKP-Eg* gemeinsam vorzulegen, das *IKP* alleine kann jedoch zur näherungsweise Ermittlung der Syndromausprägung verwendet werden.

Ergänzende Informationen zum Aufbau des *IKP* und *IKP-Eg* finden sich im Methodikteil unter 2.3 beschrieben, eine Übersicht über die Skalen und deren Zusammenhang zu den Klassifikationssystemen findet sich im Anhang unter 10.2.

1.5 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Mit dem *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)* wurde 2006 ein Fragebogen für die Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV publiziert, welcher das bis dato einzige Instrument seiner Art im deutschen Sprachraum darstellt. Das *IKP* ist als Screening- oder Begleittestverfahren im Gesamtbereich klinisch-psychologischer bzw. psychiatrischer Diagnostik zur Beratung und Forschung einsetzbar.

Seine Entwicklung, sein Aufbau und seine Besonderheiten werden unter 1.4 sowie im Methodenteil unter 2.3 genauer erläutert.

Das Ziel dieser Arbeit ist die faktorenanalytische Validierung des *IKP* an anderen Selbstbeurteilungsverfahren, die, wie im Falle des *Hamburger Persönlichkeitsinventars (HPI)*, den Normalbereich der Persönlichkeit zu erheben suchen, bzw. die, wie im Falle des *Schizotypie-Exzentrik-Fragebogens (SEF)*, den speziellen und forschungsintensiven Bereich der schizotyp-exzentrischen Persönlichkeitsmerkmale abbilden.

Es soll also eine faktorenanalytische Einbettung der Skalen des *IKP* im Rahmen eines allgemeinen Persönlichkeitsmodells, des im *HPI* repräsentierten *NEOCAR*-Modells (Andresen 1995, siehe 1.2.1), unternommen werden.

Hier ist die Fragestellung zu nennen, inwieweit die wesentlichen klinischen Skalen im *Big-Five-Modell* (Costa, McCrae 1987) bzw. im um den Faktor *R* ergänzten *NEOCAR*-Modell erfasst werden.

Die somit in dieser Arbeit angestrebte Validierung des neu eingeführten *IKP* anhand der anderen Fragebögen ist als notwendige psychometrische Strategie zu betrachten, da bei isoliert durchgeführten Fragebogenstudien die Gefahr besteht, die angestrebten diagnostischen Ziele nur unzulänglich zu erreichen. Diese Arbeit setzt sich somit mit einem zentralen Problem der Konstruktvalidität der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auseinander.

Die besondere Berücksichtigung der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* bzw. *-akzentuierung* trägt nicht zuletzt der Tatsache Rechnung, dass dieser Bereich im *IKP* besonders differenziert und neuartig aufgefächert wird.

Mit dieser Arbeit soll somit auch untersucht werden, inwieweit dieser psychosenahen Persönlichkeitsstörung eine Sonderstellung, ausgedrückt durch einen eigenständigen Schizotypiefaktor, zukommt bzw. inwieweit diese Störung bestimmten Faktoren/Skalen der Normalpersönlichkeit -wie *Neuroticism* oder *Openness* bzw. *Readiness to risk and fight, competition seeking*- zugeordnet werden kann.

Hier ist als weiterer Teilaspekt die Frage zu sehen, ob den zur Normalpersönlichkeit tendierenden, schizotypieverwandten Exzentrikskalen des *SEF* im Spannungsfeld zwischen dem Bereich *Openness to experience/ Readiness to risk and fight, competition seeking* und dem möglichen Schizotypiefaktor gewissermaßen eine Zwischenstellung zukommt.

2. Material und Methoden

2.1 Rekrutierung der ProbandenInnen, Beschreibung der Stichprobe und Ablauf der Studie

Für die Teilnahme an der Studie wurden zunächst zu etwa achtzig Prozent ProbandInnen aus dem erweiterten eigenen Umfeld, zu etwa zwanzig Prozent „gesunde“ TeilnehmerInnen vorangegangener Studien rekrutiert. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte persönlich oder telefonisch. Mit den drei Fragebögen wurde ein zusätzlicher Anwerbefragebogen verteilt bzw. verschickt, auf dem die Kontaktdaten weiterer Interessenten vermerkt werden konnten, so dass nicht fast ausschließlich der eigene Bekanntenkreis einbezogen wurde. Der Anteil der Studierenden der Humanmedizin liegt bei etwa fünfzehn Prozent.

Die TeilnehmerInnen wurden mündlich oder per Anschreiben über den Kontext der Studie aufgeklärt, ohne näher auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen und den Teilaspekt der schizotyp-exzentrischen Merkmale einzugehen. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung wird auf etwa zehn Prozent geschätzt. Auf Wunsch wurden die ermittelten individuellen Ergebnisse den TeilnehmerInnen mitgeteilt. Ferner wurde, so erwünscht, Anonymität gewahrt.

Ohne Anspruch auf Repräsentativität erheben zu wollen, ergab sich eine sozio-

demographisch gemischte Stichprobe von 116 freiwillig teilnehmenden ProbandenInnen, die gebeten wurden, die Fragebögen möglichst vollständig auszufüllen. Die Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich der Verteilung von Alter, Geschlecht und Schulbildung bzw. fehlender Angaben zeigt Tabelle 5 a)-c).

Tabelle 5: Soziodemographische Daten

a) Alter:

Alter:	Häufigkeit:	Gerundete Prozent:
15-20	2	1,8
21-25	19	16,8
26-30	28	24,8
31-35	21	18,6
36-40	6	5,3
41-45	7	6,2
46-50	4	3,5
51-55	7	6,2
56-60	5	4,4
61-80	12	10,6
81-85	2	1,8
Gesamt:	113	100
Fehlende Angaben:	3	Hier nicht berücksichtigt

b) Geschlecht:

Geschlecht:	Häufigkeit:	Gerundete Prozent:
Männlich:	34	29,5
Weiblich:	81	70,5
Gesamt	115	100
Fehlende Angaben:	1	Hier nicht berücksichtigt

c) Schulbildung:

Schulbildung:	Häufigkeit:	Gerundete Prozent:
Hauptschule:	7	6,2
Realschule:	33	29,2
Abitur:	73	64,6
Gesamt:	113	100
Fehlende Angaben:	3	Hier nicht berücksichtigt

2.2 Das Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)

Das *HPI* (Andresen 2002) dient der Erfassung der Normalpersönlichkeit gemäß dem in 1.2.1 dargestellten sechsfaktoriellen *NEOCAR*-Modell (Andresen 1995). Die Items der sechs Skalen sind im Gegensatz zum lexikalisch-adjektivistischen Ansatz als kurze, positiv gepolte, vollständige Sätze konzipiert. Als Antwort-

möglichkeiten stehen jeweils die Aussagen *völlig unzutreffend (1)*, *eher unzutreffend (2)*, *eher zutreffend (3)* und *völlig zutreffend (4)* zur Auswahl.

Das *HPI* besteht in der Langform aus insgesamt 144 Items. In der häufiger, so auch in dieser Studie verwendeten Kurzform (*HPI-K84*) sind 84 Items enthalten, die sich gleichmäßig auf die folgenden sechs Skalen verteilen:

- Skala *N* *Neuroticism (Nervosität, Sensibilität und emotionale Instabilität)*
- Skala *E* *Extraversion (Extraversion, Lebhaftigkeit, und Kontaktfreude)*
- Skala *O* *Openness to experience (Offenheit für Erfahrungen, kreative Neugier, Aufgeschlossenheit)*
- Skala *C* *Control and norm orientation (Kontrolliertheit, Rigidität, Gewissenhaftigkeit und Normorientierung)*
- Skala *A* *Altruism, nurturance and helping orientation (Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft)*
- Skala *R* *Readiness to risk and fight, competition seeking (Risiko- und Kampfbereitschaft, Suche nach Wettbewerb, Abenteuerlust)*

Die sechs durch die Skalen abgebildeten Faktoren können im Rahmen eines Strukturmodells (Andresen 1995 und 2002) drei bidimensionalen Subsystemen zugeordnet werden, die aus jeweils zwei opponierenden, sich jedoch nicht widersprechenden Faktoren bestehen.

Das *Subsystem I, Emotion, Befindlichkeit und Stimmungen*, welches die Faktoren *N* und *E* enthält, betrifft die befindlichkeitsbetonten Persönlichkeitsdimensionen, durch welche Aspekte des sozialen Kontaktverhaltens und der habituellen Lebensfreude in dynamischer Balance bestimmt werden.

Das *Subsystem II, Kognition, Weltanschauung und Denkweisen*, besteht aus den Faktoren *O* und *C*, welche weltanschauliche, ideelle Einstellungen sowie Wahrnehmungs-, Denk- und Arbeitsweisen umfassen. Auch hier sind die Faktoren weitgehend unabhängig, was gleichgerichtete Ausprägungen beider Skalen ermöglicht.

Dem *Subsystem III, Motivation, Verhalten und Risikobereitschaft/Mut*, sind die Faktoren *R* und *A* zugeordnet. Hier werden Tendenzen eines offensiv-kämpferischen, konkurrierenden Verhaltens gegenüber einem defensiv-friedliebenden,

kooperierenden Verhalten erfasst. Dies betrifft auch Aspekte der Moral im Sinne der Ausprägung von Primärtugenden wie Nächstenliebe und Heldenhaftigkeit. Das *HPI* wurde in verschiedenen Settings validiert (Andresen 2002).

2.3 Das Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP)

Auf die Entwicklung und den sich daraus ergebenden Aufbau des *IKP* wurde unter 1.4 bereits detailliert eingegangen.

Das *IKP* in der hier ausgewerteten Kurzform erfasst mit seinen elf aus jeweils zehn Items bestehenden Skalen komplett die Persönlichkeitsstörungen nach den ICD-10- und DSM-IV-Kriterien. Das Ergänzungsinventar *IKP-Eg* besteht aus dreizehn ebenfalls zehn Items langen Skalen. Es sind dies im Einzelnen:

IKP-Skalen

Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PAR)

Schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (SCH)

Schizotype (Schizotypische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)

Antisoziale (Dissoziale) Persönlichkeitsakzentuierung (ANT)

Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)

Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)

Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (HIS)

Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (NAR)

Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (VER)

Dependente (Abhängige) Persönlichkeitsakzentuierung (DEP)

Zwanghafte (Anankastische) Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)

IKP-Eg-Skalen

Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)

Passiv-aggressive (Negativistische) Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)

Anforderungs- und leistungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (ANF)

Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung (AST)

Furchtsame Persönlichkeitsakzentuierung (FUR)

Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS)

Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (OBS)

Maniforme (Hyperthyme) Persönlichkeitsakzentuierung (MAN)
Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK)
Suchtanfällige (Willensschwache) Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)
Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)
Opponierend-streitbare Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)
Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (RIS)

Die Zuordnungen der einzelnen Skalen zu den Referenzdiagnosen sowie die Spektrumsbezüge zu den Achse I-Störungen in DSM-IV und ICD-10 finden sich im Anhang unter 10.2. Für die *IKP-Eg*-Skalen sind hier auch die diagnostischen und differentialdiagnostischen Funktionen für die DSM-IV- und ICD-10-Diagnosen angegeben. Die insgesamt 240 Items der Skalen sind auch hier als in symptomatischer Richtung gepolte Aussagesätze konzipiert. Das Antwortformat der Items ist wie beim *HPI* und *SEF* vierstufig-symmetrisch.

2.3.1 Die *IKP*-Skala *Schizotype (Schizotypische) Persönlichkeitsakzentuierung*

Bei der Konzeptualisierung der Skala der *Schizotypen (Schizotypischen) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* wurde versucht, das Muster perpetuierter Inhomogenität schizotypischer Symptome bzw. Syndrome durch kreative Interpretation der *sozialen Isolation* und des *eingeschränkten Affekts* zu überwinden (Andresen 2006). Die sozialen Defizite des Schizotypikers werden hier in engem Zusammenhang mit den paranoiden sozialen Bezügen und den exzentrisch-bizarren Kognitionen, Perzeptionen und Verhaltensweisen betrachtet. Es wird also nicht von einem reduzierten sozialen Kontaktbedürfnis wie bei der *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung* ausgegangen, noch wird ein schüchtern-selbstunsicheres Vermeiden sozialer Kontakte wie bei der *Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung* eingeschlossen. Der Aspekt der auch fremd-verstärkten *sozialen Isolation* ist hier eher als eine Folge der devianten, tendenziell „psychiatrisch“-akzentuierten Wahrnehmung und des abweichenden Verhaltens und Denkens zu sehen. Der resultierende Mangel an Kommunikation und Rückkopplung durch Interaktionspartner verstärkt die produktiv-paranoide Auffälligkeit im Sinne von Unheimlichkeitsgefühlen, bizarren

Befürchtungen und Verdächtigungen. Einer Art Teufelskreis gleich nimmt die Distanz zu den Menschen des Umfeldes infolgedessen zu. Dieser Erklärungsansatz wurde der Itemgenerierung dieser Skala zugrunde gelegt, wobei die diagnostischen Kriterien adäquat erfüllt sein und die geschilderten Inhomogenitäten der früheren Operationalisierungsverfahren sowie die Überlappungen mit anderen Konstrukten wie beispielsweise der *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung* reduziert werden sollten. Testkonstruktive Ergebnisse stützen diesen Ansatz (Andresen 2006). Die *IKP-Skala der Schizotypen (Schizotypischen) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* befindet sich im Anhang unter 10.3.

Für die Faktorenanalyse in dieser Arbeit wurde diese Skala aufgrund einer hohen Redundanz mit den *SPI*-Skalen nicht berücksichtigt.

2.4 Der Schizotypie- und Exzentrikfragebogen (SEF)

Der hier verwendete *Schizotypie- und Exzentrikfragebogen (SEF)* setzt sich zusammen aus dem elf Skalen umfassenden *Schizotypie-Persönlichkeitsinventar (SPI)*, dem sechs Skalen umfassenden *Exzentrikinventar (EI)*, der abgewandelten *IKP-Schizotypie-Skala STY* sowie drei Kontrollskalen (*Kontrollinventar, KI*). Insgesamt besteht der Fragebogen in der hier angewandten Form aus 182 Items. Die jeweils vier Antwortmöglichkeiten pro Item entsprechen denen des *HPI*. Die Items sind auch hier homogen als positiv gepolte ganze Sätze formuliert.

Im Falle des *SPI* wurde versucht, strukturelle und inhaltliche Mängel des unter 1.3.1 bereits angesprochenen *Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)*, (Raine 1991) zu beheben, so war ein Bestreben bei der Entwicklung, den *Desorganisationsfaktor* der Schizotypie besser abzubilden. Auf das sechste Kriterium der DSM-IV-Klassifikation, *eingeschränkter und inadäquater (desorganisierter) Affekt*, wurde besonderes Augenmerk gelegt, so ist dieses im *SPI* durch zwei Skalen, die psychopathologisch eigenständige Teilaspekte darstellen, repräsentiert (Skalen *SPI_6a* und *6b*, s.u.). Ferner findet sich neben der Skala *Magisches Denken (SPI_2)* die Alternativskala *Spirituelle Orientierung (SPI_10)*, die weniger eine Schizotypieskala im engeren Sinne ist als vielmehr eine differentialdiagnostische Funktion hat: so bezieht sie esoterisches Denken

vergleichend mit ein, zumal die Spiritualität (z.B. der Glaube an Telepathie) im DSM-IV dem magischen Denken zugeordnet wird. Mit Ausnahme der aus psychometrischen und inhaltlichen Gründen jeweils zehn Items umfassenden Skalen *Magisches Denken (SPI_2)* und *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)* bestehen die *SPI*-Skalen aus sechs Items. Die Skalen des *SPI* sind:

<i>SPI_1</i>	<i>Beziehungsideen</i>
<i>SPI_2</i>	<i>Magisches Denken</i>
<i>SPI_3</i>	<i>Wahrnehmungsstörungen</i>
<i>SPI_4</i>	<i>Desorganisierte Sprache</i>
<i>SPI_5</i>	<i>Paranoides Denken</i>
<i>SPI_6a</i>	<i>Eingeschränkter Affekt</i>
<i>SPI_6b</i>	<i>Inadäquater Affekt</i>
<i>SPI_7</i>	<i>Exzentrisches Verhalten</i>
<i>SPI_8</i>	<i>Soziale Isolation</i>
<i>SPI_9</i>	<i>Soziale Angst</i>
<i>SPI_10</i>	<i>Spirituelle Orientierung</i>

Die Skala *SPI_3* lässt sich im Rahmen des unter 1.3.1 erwähnten dreifaktoriellen Schizotypiemodells (z.B. Raine et al. 1994) dem *positiven, kognitiv-perzeptuellen Schizotypiefaktor* zuordnen, der *negative* oder *interpersonelle Schizotypiefaktor* ist durch die Skalen *SPI_6a*, *SPI_8* und *SPI_9* abgebildet. Der *Desorganisationsfaktor* findet Repräsentanz in den Skalen *SPI_4*, *SPI_6b* und *SPI_7*. Das Kriterium des *Magischen Denkens (SPI_2)*, das ursprünglich dem *positiven Schizotypiefaktor* zugerechnet wurde, hat sich aus diesem Kernverbund zunehmend gelöst, was für bestimmte Teilaspekte (wie dem Glauben an *Telepathie*, Thalbourne, Delin 1994) faktorenanalytisch dargestellt wurde und auch dem die absonderlichsten Ideen umfassenden „Esoterik-Boom“ geschuldet ist (Andresen 2006).

Zum Stand der Testanalyse des *SPI* sei auf die medizinische Dissertation von Maslehaty (2006) verwiesen.

Die abgewandelte *IKP*-Skala *STY* umfasst fünfzehn Items und ist als globale Schizotypieskala mit besonderer Akzentuierung der *positiven Schizotypie-merkmale* zu sehen. Es handelt sich um eine *IKP*-Langformskala, die um drei

Items gekürzt wurde, da diese auch in der *SPI*-Skala *Magisches Denken* enthalten sind. Ebenfalls aufgrund einer hohen Redundanz mit den *SPI*-Skalen wurde sie bei der Faktorenanalyse nicht berücksichtigt.

Das *Exzentrikinventar (EI)* besteht aus sechs Skalen, die schizotypieverwandte, jedoch eher zur Normalpersönlichkeit tendierende Eigenschaften und Verhaltensweisen abbilden. Die verschiedenen Aspekte exzentrischen Verhaltens werden durch die folgenden Skalen erfasst:

<i>EI_EIN</i>	<i>Einzelgängerische und sonderlinghafte Exzentrik</i>
<i>EI_EIG</i>	<i>Eigenwillig-deviante Exzentrik</i>
<i>EI_NEX</i>	<i>Narzisstisch-histrionische Exzentrik und expressive Exzentrik</i>
<i>EI_KRE</i>	<i>Kreative Exzentrik</i>
<i>EI_INT</i>	<i>Subjektiv-intelligente Exzentrik</i>
<i>EI_COU</i>	<i>Couragiert-autonome Exzentrik</i>

Mit Ausnahme der zehn Items umfassenden Skala *EI_EIG* bestehen diese Skalen aus sechs Items.

Das *Kontrollinventar (KI)* ist aus drei jeweils sechs Items umfassenden Skalen zusammengesetzt:

<i>KI_VPP</i>	<i>Verleugnung psychischer Probleme</i>
<i>KI_SE</i>	<i>Soziale Erwünschtheit</i>
<i>KI_AS</i>	<i>Alltägliche Selbstverständlichkeiten</i>

Die Skala *KI_VPP* erfasst dabei das Ausmaß der Abwehr gegenüber psychischen Problemen. Die Skala *KI_SE* beinhaltet Items, die die Selbstzuschreibung kaum realisierbarer Tugenden umfassen, während letztere Skala selbstverständliche Sachverhalte abbildet, mit Hilfe derer ein wenig exaktes oder wenig gewissenhaftes bzw. gar ein wahlloses Ankreuzverhalten detektiert und somit die Verwertbarkeit des jeweiligen Tests eingeschätzt werden soll. Ob dadurch reliablere oder validere Testergebnisse erreicht werden können, ist nach heutiger Datenlage fraglich.

Der *SEF* in der hier verwendeten Form ist im Anhang unter 10.5 zu finden.

2.5 Statistik

Zur statistischen Auswertung der Studiendaten wurde das Programm SPSS für Windows in der Version 10.0 verwendet.

2.5.1 Korrelationen

Bei den vorliegenden dimensionalen Daten wurden, der Tradition psychometrischer Analysen folgend, die Korrelationen nach Pearson berechnet. Es handelt sich somit um eine Korrelationsanalyse nach dem parametrischen Modell, bei der eine Normalverteilung als gegeben angenommen wird. Es wurden die Korrelationen zwischen den Skalen des *IKP* untereinander sowie zwischen den *IKP*-Skalen und den Skalen der anderen Inventare berechnet. Im Anhang sind unter 10.4 darüber hinaus auch die Rangkorrelationen nach Spearman dargestellt, welche die Ränge der untersuchten Daten miteinander vergleichen und damit verteilungsunabhängige Zusammenhänge darstellen.

2.5.2 Reliabilitätsanalyse

Als Voraussetzung für die Testanalyse wurde für die einzelnen Skalen der Parameter Cronbachs Alpha als entscheidendes Gütemaß der Zuverlässigkeit ermittelt, wobei die Itemzusammensetzung der einzelnen Skalen nicht zur Disposition stand. Cronbachs Alpha stellt das Ausmaß der inneren Konsistenz der aus mehreren Items zusammengesetzten Skalen dar und steigt mit der Itemanzahl. Somit muss zwischen einer inhaltlichen Homogenität im eigentlichen Sinne und einer reinen Skalenhomogenität, die durch eine hohe Itemzahl der jeweiligen Skalen erreicht werden kann, unterschieden werden. Auch aus testökonomischer Sicht ist das Ziel, inhaltlich homogene Skalen zu entwickeln, die trotz relativ geringer Itemzahl Cronbachs Alphawerte von $>,7$ erreichen. Hier ist zu erwähnen, dass höhere Reliabilitätskoeffizienten auch höhere Korrelationen zwischen den verschiedenen Skalen zulassen. Für die *IKP*-Skalen wurden zusätzlich die Cronbachs Alpha-Werte unter Aussparung jeweils eines Items berechnet, wodurch der Stellenwert des jeweiligen Items für die Gesamtkonsis-

tenz der Skala überprüft werden kann. Dieses *alpha if item deleted* sollte im Optimalfall jeweils niedriger als das Cronbachs Alpha der Gesamtskala sein. Für die *IKP*-Skalen werden darüber hinaus auch die Bereiche der jeweiligen Inter-Item-Korrelationen angegeben, wobei Werte von $>,7$ als kritisch zu bewerten sind, da dies möglicherweise auf eine zu große Ähnlichkeit der betreffenden Items hinweist. Auch wird für die Items der *IKP*-Skalen jeweils der Bereich der korrigierten Trennschärfe als Ausdruck der Korrelationen zwischen dem jeweiligen Item und der zugehörigen Skala dargestellt, wobei das jeweilige Item bei der Summenbildung weggelassen wird. Hierbei ist auf ein annähernd homogenes, eher hohes Niveau zu achten, da niedrigen Werten Fehler in der Itemformulierung bzw. eine falsche Zuordnung zugrunde liegen können.

2.5.3 Faktorenanalyse

Es wurde eine Faktorenanalyse mit Hauptachsenextraktion durchgeführt, wobei der Strategie der *parsimony* (*Sparsamkeit*) gefolgt wurde.

Die Korrelationsmatrix wurde einer Hauptachsenextraktion zur iterativen Kommunalitätsschätzung unterzogen. Im Unterschied zur Hauptkomponentenanalyse geht die Hauptachsenmethode nicht von messfehlerfreien Variablen aus und berücksichtigt die sogenannte gemeinsame Varianz.

Als Extraktionskriterium und somit zur Festlegung der Anzahl der zu berücksichtigenden Faktoren wurden die zur erklärten Gesamtvarianz kumulierenden Eigenwerte verwendet. Hier zeigte sich nach sechs Faktoren eine deutliche Diskontinuität, wodurch die Extraktion weiterer Faktoren keinen Erklärungsgewinn mehr versprach bzw. die Interpretabilität deutlich erschwert hätte.

Es schloss sich eine schiefwinklige Rotation (direktes Oblimin mit $\delta=0$) zur Optimierung von Einfachstruktur an.

Ferner wurden die Korrelationen zwischen den Faktoren ermittelt.

3. Ergebnisse

3.1 Faktorenanalyse der *HPI*-, *SEF*- und *IKP*-Skalen

Als Extraktionskriterium und somit zur Faktorenzahlentscheidung wurden die zur erklärten Gesamtvarianz kumulierenden Eigenwerte verwendet, die in Tabelle 6 dargestellt sind. Die Beschränkung auf die im folgenden dargestellten sechs Faktoren beruht auf der deutlich erkennbaren Diskontinuität im Anschluss an den sechsten Faktor.

Tabelle 6: Erklärte Gesamtvarianz der sechs Faktoren

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	14,82	30,25	30,25	14,48	29,55	29,55
2	6,66	13,6	43,85	6,29	12,84	42,39
3	3,79	7,74	51,59	3,30	6,90	49,29
4	3,02	6,16	57,75	2,61	5,33	54,62
5	1,98	4,04	61,79	1,56	3,19	57,81
6	1,66	3,38	65,18	1,22	2,49	60,30
7	1,27	2,60	67,77			
8	1,21	2,46	70,23			
9	1,08	2,20	72,43			
10	1,03	2,11	74,54			
11	,93	1,90	76,44			
12	,81	1,66	78,10			

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.

Die Extraktion weiterer Faktoren wäre demzufolge von keinem nennenswerten zusätzlichen Erklärungspotential hinsichtlich der Interpretation der Analyse gewesen. Zur Optimierung von Einfachstruktur wurde eine schiefwinklige Rotation durchgeführt.

Ausgehend von den Skalen des *IKP*, *HPI* und *SEF* zeigt Tabelle 7 die Haupt- und Nebenladungen der sechs Faktoren.

Die in Tabelle 7 rechts dargestellten Kommunalitäten sind die Summen der quadrierten Faktorladungen der einzelnen Variablen (der unrotierten Lösung). Sie drücken aus, wieviel der Varianz der Variablen durch die Faktoren aufgeklärt wird. Die Varianz einer standardisierten Variablen ist immer 1, somit müs-

sen die Ladungsquadratsummen kleiner 1 sein, sollten dabei jedoch die Werte der internen Konsistenz (siehe Tabellen 9, 11, 12 und 13) nicht überschreiten. Dies trifft für alle beteiligten Skalen mit Ausnahme der *IKP-Skala Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung*, die eine minimal höhere Ladungsquadratsumme aufweist, zu.

Tabelle 7: Mustermatrix der obliquen 6-Faktorenlösung nach Hauptachsenextraktionsmethode und Kommunalitäten

Skala	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Anfängl. Kommunalitäten	Kommunalitäten nach Extraktion
HPIN	,76		,10				,78	,62
IKPDEP	,74			,14			,83	,60
IKP-EgANF	,72	-,16		,11	,12		,78	,65
IKP-EgDPR	,70		,46				,88	,80
IKP-EgOBS	,68	,20	,23				,87	,71
IKP-EgSUC	,64			-,22	,13		,74	,54
IKPBOR	,61	,18	,11	-,19	,27	,19	,91	,82
IKP-EgZYK	,58	,20	,24	-,11	,22		,86	,70
IKP-EgAST	,57				,26		,76	,51
KI_VPP	-,51			,25		,42	,67	,48
IKP-EgPAS	,39		,27	,14	,25	,27	,82	,61
IKP-EgFUR	,28	-,27		,25	,23		,52	,24
KI_AS	,26		-,14		,19		,41	
IKPNAR	,14	,71				,19	,85	,72
EI_KRE	,10	,71			,13	-,25	,72	,56
HPIO	,16	,68				-,36	,58	,50
EI_INT	-,13	,67		,14		,16	,71	,52
EI_NEX		,58			,31	,17	,83	,68
HPIR	-,34	,58				,12	,74	,50
IKP-EgHIS	,43	,55	-,20			,24	,87	,74
EI_COU	-,30	,53	-,13	,15	,18	,25	,75	,60
IKP-EgRIS		,53	-,13		,13	,35	,80	,59
IKP-EgMAN	,11	,42	-,35	,13	,34	,38	,86	,75
SPI_8			,78	,12		,12	,77	,64

IKPSCH	,11		,70		,19		,85	,70
IKPVER	,39	-,17	,68	,14		-,11	,90	,76
SPI_6a			,67	,30	-,11	,10	,72	,56
HPIE		,25	-,65	,35		,15	,78	,58
EI_EIN	,25	,22	,63	-,16	,19		,84	,72
SPI_9	,23	-,19	,62		,15	-,20	,81	,63
SPI_5		,15	,51	,22	,22		,82	,53
IKPPAR	,11		,45	,20		,26	,69	,39
IKP-EgDES	,22	,23	,36	-,22	,32	,23	,86	,72
HPIC			,14	,75	-,16	-,14	,77	,65
KI_SE	-,23			,69			,74	,54
IKPZWA	,15	,13	,29	,67			,76	,65
SPI_3					,80		,82	,69
SPI_2					,76		,72	,62
SPI_10		,13	-,16	-,10	,64	-,11	,69	,42
IKP-EgDIS	,30		,15		,52	,18	,80	,64
EI_EIG	-,13	,25	,27		,52	,25	,84	,70
SPI_4	,13	,27	,29	-,18	,50		,84	,68
SPI_7		,29	,35	-,25	,43	,19	,86	,72
SPI_1	,35		,13	,22	,36		,71	,47
SPI_6b		,26	,30		,32	,23	,74	,54
IKPANT		,14	,23			,66	,78	,62
HPIA		,17		,43	,11	-,60	,68	,54
IKP-EgOPP	,33	,19		-,13	,12	,57	,83	,65
IKPIMP	,43				,25	,54	,83	,69

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.
Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.
Die oblique Rotation ist in 35 Iterationen konvergiert.
Haupt- und Nebenladungen >,30 sind fett gedruckt.

Im Folgenden sind die einzelnen sechs Faktoren ausführlich dargestellt:

Faktor 1 (*Neurotizismus-Faktor, N*):

Der erste Faktor zeigt die höchste Ladung für die *HPI*-Skala *N*, welche die Eigenschaften Nervosität, Sensibilität und emotionale Instabilität umfasst. Diese Skala repräsentiert, ohne primär klinisch oder psychopathologisch definiert zu

sein, die bekannte *Neurotizismus*-Dimension und kann als Maß für psychosoziale Stressreagibilität und Bereitschaft zu valenznegativen Affekten vor allem in sozial-interaktiven und -evaluativen Kontexten gesehen werden. Ferner umfasst *N* selbst- und fremdkritische Bereitschaften sowie ein allgemein eher unlustbetontes Erleben.

Faktor 1 zeigt außerdem eine hohe Ladung für die *IKP-Skala Dependente Persönlichkeitsakzentuierung*, die verschiedene Formen eines interpersonell abhängigen und unselbständigen Verhaltens erfasst. Dies beinhaltet auch Schwierigkeiten, eine eigene Meinung zu vertreten aus Angst, Unterstützung und Zustimmung zu verlieren, sowie aus dem Mangel an Vertrauen in das eigene Urteilsvermögen oder die eigenen Fähigkeiten heraus begründete Schwierigkeiten, Unternehmungen selber zu beginnen oder Dinge unabhängig durchzuführen.

Eine weitere im ersten Faktor repräsentierte *IKP-Eg-Skala* ist die der *Leistungs- und Anforderungsängstlichen Persönlichkeitsakzentuierung*. Diese weist auf ein vor allem im Leistungskonzept bestehendes Muster an ängstlicher Reaktionsbereitschaft unter alltäglichen Anforderungsbedingungen hin, welches einhergeht mit ausgeprägten Stressreaktionen, beruflich und sozial einschränkendem Vermeidungsverhalten und Versagensreaktionen.

Die *IKP-Eg-Skala* der *Obsessiv-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung*, die mit einer substantiellen Ladung ebenfalls im ersten Faktor repräsentiert ist, beinhaltet ein Muster obsessiver Sorgen und Befürchtungen bei gleichzeitig bestehenden Zweifeln an der Sicherheit und moralischen Integrität des eigenen Handelns. Die eigene Verfehlungen betreffenden Befürchtungen werden dabei mit innerem Widerstand erlitten. Im Rahmen dieser Persönlichkeitsakzentuierung treten Versündigungs-, Verunreinigungs- und Schamgefühle sowie zwanghafte Verhaltensweisen auf.

Eine weitere entscheidende *IKP-Eg-Skala* des ersten Faktors ist die der *Depressiven Persönlichkeitsakzentuierung*, die sich durch eine Reihe von depressiven Kognitionen und Verhaltensweisen äußert, welche in einer Vielzahl von Zusammenhängen zu Tage treten.

Hierzu zählen unter anderem eine trübsinnige, niedergeschlagene Grundstimmung, ein Gefühl der Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit sowie eine negativistische und pessimistische Haltung.

Die *IKP*-Skala der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung*, die charakterisiert ist durch eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität, zeigt eine weitere signifikante Ladung auf dem ersten Faktor.

Der erste Faktor zeigt eine weitere substantielle Ladung für die *IKP-Eg*-Skala der *Zyklothymen Persönlichkeitsakzentuierung*, zu deren diagnostischen Kriterien eine Stimmungslabilität mit mehreren Perioden von Depression und Hypomanie gehört, ohne dass im Intervall eine normale Stimmung bestünde. Sie umfasst ein Muster von stimmungsbeeinflussten energetischen, motivationalen und Selbstwert-Funktionen.

Ferner findet sich im ersten Faktor auch die *IKP-Eg*-Skala der *Asthenisch-nervösen Persönlichkeitsakzentuierung* repräsentiert, wodurch ein tiefgreifendes Muster an nervösen Beschwerden, Erschöpfungszuständen und vitaler Leistungsschwäche beschrieben wird, welches in vielen Situationen auftritt und zu Leidensdruck und Leistungsminderung führt.

Die *IKP-Eg*-Skala der *Suchtanfälligen Persönlichkeitsakzentuierung*, die durch ein suchtanfälliges, genussüchtiges und triebhaftes Verhalten und Erleben charakterisiert ist und die sich nicht in erster Linie auf psychotrope Substanzen bezieht, lädt ebenfalls dominant auf dem ersten Faktor.

Die einzige signifikante negative Ladung findet sich für die Kontrollskala des *SEF*-Fragebogens *Verleugnung psychischer Probleme*.

Eine weitere substantiell positive Ladung besteht für die *IKP-Eg*-Skala *Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung*, die sich durch negativistische Einstellungen sowie einen in einer Vielzahl von Situationen auftretenden passiven Widerstand gegenüber Forderungen nach angemessener Leistung auszeichnet. Fernerhin zeigen sich erwähnenswerte positive Nebenladungen für die *IKP*-Skalen der *Histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung*, der *Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung*, der *Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung (IKP-Eg)* sowie der *Opponierend-streitbaren Persönlichkeitsakzentuierung (IKP-Eg)* und der *Impulsiven Persönlichkeitsakzentuierung*, welche eine der beiden Unterformen der *Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung* im ICD-10 darstellt. Die *SEF*-Schizotypieskala *SPI-1, Beziehungsideen*, liefert eine weitere positive Nebenladung auf dem ersten Faktor. Für die *HPI*-Skala der *R* findet sich eine negative Nebenladung.

Unter Berücksichtigung der im ersten Faktor abgebildeten Skalen repräsentiert dieser Faktor ängstlich-neurotische und depressive Persönlichkeitsmerkmale. Auch wird er durch interpersonell dependente Persönlichkeitsmerkmale und eine Suchtanfälligkeit charakterisiert. Fernerhin impliziert dieser Faktor die Auseinandersetzung mit den eigenen, Leidensdruck erzeugenden psychischen Problemen sowie ausgeprägte Stimmungsschwankungen bei einer unlustbetonten Grundstimmung. Es besteht ein enger Bezug zum Basisfaktor *N*.

Faktor 2 (*Offenheit für Erfahrungen/Risiko- und Kampfbereitschaft-Faktor, O/R*): Auf den zweiten Faktor lädt dominant die *IKP*-Skala der *Narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung*, die durch ein Empfinden von eigener Großartigkeit in Phantasie und Verhalten, durch ein Bedürfnis nach Bewunderung sowie durch eine mangelnde Empathiefähigkeit charakterisiert ist. Fernerhin ist die *SEF*-Skala der *Kreativen Exzentrik* im zweiten Faktor hoch geladen, die eine subjektiv empfundene eigene Kreativität bzw. eine kreative Neigung beschreibt und eine Facette der *HPI*-Skala *O* darstellt.

Die *Openness to experience*-Skala des *HPI* beschreibt des Weiteren einen alternativ-unkonventionellen, kultur- und erlebnisoffenen, progressiven, dabei zugleich nachdenklich-subjektorientierten Menschen mit einem großem Interesse an musischen und weltanschaulichen Themen. Im Gegensatz zur ebenfalls auf den zweiten Faktor ladenden *SEF*-Skala *Subjektive Intelligenz* umfasst diese *HPI*-Skala keine subjektive Repräsentanz der Intelligenz im Sinne einer intellektuellen Dimension.

Die *SEF*-Skala der *Narzisstisch-histrionischen Exzentrik* und die *IKP*-Skala der *Histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung* sind weitere Skalen, die den zweiten Faktor charakterisieren.

Letztere beinhaltet ein tiefgreifendes Muster an übermäßiger Emotionalität einhergehend mit einer Affektlabilität sowie ein durch entsprechende Verhaltensweisen deutlich werdendes Streben nach Aufmerksamkeit. Die ständige Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten ist ein weiteres Charakteristikum dieser Persönlichkeitsakzentuierung.

Faktor 2 zeigt darüber hinaus eine signifikante Ladung für die *HPI*-Skala *R*, die das gesamte Spektrum an kämpferischem, sportivem und wettbewerbs- bzw. konkurrenzorientiertem Verhalten beschreibt, einhergehend mit einer ausge-

prägten Abenteuerlust, Risikofreudigkeit und einem physischen Aktivitätsbedürfnis. Diese eher maskulin besetzte Skala umfasst die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen sowie ein potentiell heldenhaftes Verhalten -dieser Aspekt wird im zweiten Faktor darüber hinaus durch die *SEF*-Skala der *Couragierten Exzentrik* widergespiegelt- ebenso wie ein besonders in Grenzsituationen potentiell auftretendes „hartes“ und kaltblütiges Verhalten.

Die *IKP-Eg*-Skala *Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung* lädt ebenfalls signifikant auf dem zweiten Faktor. Diese Skala beschreibt ein potentiell selbstschädigendes, riskierendes und abenteuerlustiges Verhalten, das auch zum eigenen Vorteil und auf Kosten anderer Menschen eingesetzt wird. Auch ist die Suche nach Nervenkitzel auslösenden Erlebnissen in dieser Skala impliziert.

Eine weitere im zweiten Faktor repräsentierte *IKP-Eg*-Skala ist die der *Maniformen Persönlichkeitsakzentuierung*, welche ein Muster andauernd gesteigerter Stimmung und starken Antriebs umfasst, in Verbindung mit exzessiven, sozial störenden Ausdrucks- und Verhaltensweisen. Ferner wird diese Skala durch das Bedürfnis, sich anderen Leuten euphorisch mitzuteilen und diese mitzureißen, charakterisiert.

Es liegen keine Nebenladungen vor.

In der Zusammenschau werden im zweiten Faktor im wesentlichen die Faktoren *O* und *R* und die damit verbundenen Eigenschaften zusammengefasst. Dies beinhaltet eine bei eher unreflektiert gehobener Grundstimmung und starkem Antrieb (bzw. Tatendrang) bestehende Offenheit für Eindrücke und Erlebnisse unterschiedlichster Art, assoziiert mit selbst zugeschriebener Kreativität und einem Individualismus, der sich alternativen Ideen nicht verschließt und durch aufmerksamkeiterregendes, auch um Anerkennung buhlendes Verhalten Ausdruck findet. Auf dem Boden eines starken bis übersteigerten Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten bzw. eines Mangels an Introspektion(sfähigkeit) gehen hiermit eine bis zur Selbstüberschätzung reichende Risikobereitschaft sowie eine ausgeprägte kompetitive Orientierung einher.

Faktor 3 (umgepolter *Extraversion*-Faktor, *E*-):

Der dritte Faktor zeigt die höchsten Ladungen für die *SEF*-Schizotypieskala *Soziale Isolation* und die *IKP*-Skala der *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung*.

Letztere beschreibt einen in sozialen Beziehungen sehr distanzierten, einzelgängerischen, emotional „kalten“ Menschen, dessen Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich stark eingeschränkt ist. Fernerhin beinhaltet diese eine Freudlosigkeit die meisten Tätigkeiten betreffend sowie ein mangelndes Interesse an engen Beziehungen zu anderen Menschen, so auch an sexuellen Erfahrungen.

Die *IKP*-Skala der *Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung* lädt ebenfalls substantiell auf dem dritten Faktor.

Diese ist charakterisiert durch Insuffizienzgefühle, eine Schüchternheit bzw. Introvertiertheit sowie eine Überempfindlichkeit gegenüber negativen Beurteilungen. Aus Angst vor Demütigung, Zurückweisung oder Blamage kommt es zu einem vermeidenden, möglichst risikofreien Verhalten, welches seinerseits zu einer Einschränkung der sozialen Bedürfnisse und der Selbstverwirklichung führt. Im Gegensatz zur *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung* kann hier der Wunsch nach engen zwischenmenschlichen Beziehungen durchaus gegeben sein.

Eine weitere im dritten Faktor repräsentierte Skala ist die *SEF*-Schizotypieskala des *Eingeschränkten Affekts*.

Der im dritten Faktor vorzufindenden substantiell negativen Ladung für die *HPI*-Skala der *Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude* kommt eine zentrale Bedeutung bei der Interpretation dieses Faktors zu.

Die *HPI*-Skala *E* beschreibt einen lebens- und unternehmungslustigen Menschen, der ein starkes Abwechslungs- und Unterhaltungsbedürfnis hat. Diese positiv-emotionale und sozial-interaktive Dimension ist vereinbar mit dem Konstrukt der *positiven Affektivität* (Watson & Clark 1992). In erwähnenswertem Ausmaß laden des Weiteren die *SEF*-Skalen *Einzelgängerische Exzentrik*, *Soziale Angst* und *Paranoides Denken* auf den dritten Faktor; auch die *IKP*-Skala der *Paranoiden Persönlichkeitsakzentuierung* zeigt hier eine signifikante Ladung.

Diese umfasst ein Muster an Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, so dass deren Motive als bössartig und deren Handlungen als potentiell schädigend ausgelegt werden.

Hierzu gehören auch das fälschliche Wahrnehmen von Angriffen auf die eigene Person bzw. auf das Ansehen derselben und als Folge dessen häufige zornige Reaktionen und ein nachtragendes Verhalten.

Auch die *IKP-Eg-Skala Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung* ist in signifikantem Ausmaß im dritten Faktor repräsentiert, unter welcher eine Vielzahl inadäquat wirkender Kommunikations-, Ausdrucks- und Verhaltensweisen auf der sprachlichen, emotionalen und kognitiven Ebene subsummiert werden. Eine Beurteilung durch andere als Exzentriker oder Außenseiter ist ein weiteres Kriterium.

Mit erwähnenswerten Nebenladungen auf dem dritten Faktor sind die *SEF-Skala Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten* und die *IKP-Eg-Skala Depressive Persönlichkeitsakzentuierung* (siehe Faktor 1) zu nennen.

Betrachtet man die auf den dritten Faktor ladenden Skalen, so lässt sich dieser im Rahmen des Fünf-Faktorenmodells als umgepolter *Extraversionsfaktor (E)* bezeichnen.

Es handelt sich bei dem negativen Pol dieses Faktors um einen distanziert, verschlossen und kühl auftretenden, „einzelgängerischen“ Menschen, den ein Mangel an engeren zwischenmenschlichen Beziehungen sowie an ihm Freude bereitenden Aktivitäten auszeichnet. Es handelt sich hierbei auch um die *negative, interpersonelle* Komponente der Schizotypie, die auf dem fünften Faktor (s.u.) fehlt. Das vermeidende Verhalten ist durch eine ausgeprägte Introvertiertheit, die hier gepaart mit Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen auftritt, bedingt. Eine durch inadäquate Verhaltensweisen hervorgerufene Beurteilung durch andere als Exzentriker oder Außenseiter, die der Person bewusst ist, kann als ein weiterer Aspekt dieses Faktors gesehen werden. Im Unterschied zum eigentlichen negativen Schizotypiefaktor umfasst der dritte Faktor jedoch auch eigene Insuffizienzgefühle. Die *desorganisierten* Aspekte der Schizotypie sind in diesem Faktor durch die Nebenladung der diesem Bereich zugehörigen *SPI-Skala Exzentrisches Verhalten (SPI_7)* angedeutet.

Faktor 4 (*Kontrolliertheit und Normorientierung-Faktor, C*):

Auf den vierten Faktor laden lediglich drei Skalen substantiell, die stärkste Ladung zeigt sich für die *HPI-Skala C, Control and norm orientation*.

In Verbindung mit einer eher konservativ-normativen Orientierung werden hierdurch Merkmalsbereiche wie Konsequenz, Rigidität und Selbstkontrolle beschrieben.

Die Grundhaltung ist realistisch-objektorientiert, auf Details und Fakten sowie auf Anforderungen von außen konzentriert. Lebensauffassungen, die Moral, Strenge und Pflichtbewusstsein beinhalten, prägen einen durch Gewohnheitsbildung und Beständigkeit charakterisierten Lebensstil. Im Rahmen einer mental-kognitiv rigiden und festgelegten Haltung wird Wert auf Arbeitstugenden wie Ordentlichkeit, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Genauigkeit gelegt.

Die *SEF-Kontrollskala Soziale Erwünschtheit* zeigt hier eine weitere substantielle Ladung.

Fernerhin ist die *IKP-Skala der Zwanghaften/Anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung* im vierten Faktor repräsentiert.

Diese beinhaltet eine intensive Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle, was die Aufgeschlossenheit, Flexibilität und Effizienz dieser Menschen stark beeinträchtigt. Ferner wird dadurch ein auch in Arbeitsdingen übermäßig gewissenhafter, skrupulöser Mensch beschrieben, der sich auch in Fragen von Moral, Ethik und Werten rigide präsentiert.

An signifikanten positiven Nebenladungen lassen sich die *SEF-Schizotypieskala Eingeschränkter Affekt* sowie die *HPI-Skalen E* und *A* (siehe Faktor 3 bzw. 6) ausmachen.

Der vierte Faktor spiegelt somit einen weiteren Basisfaktor der Persönlichkeit, nämlich den Faktor *C, Control and norm orientation*, wider. Im vierten Faktor ist zusätzlich zu den oben beschriebenen Elementen des Faktors *C* noch der Aspekt einer funktionell orientierten sozialen Kompatibilität zu erwähnen, auf die großen Wert gelegt wird.

Bei einer vorliegenden positiven Selbstdarstellung handelt es sich um eine besonders ich-syntone Form der Pathologie.

Faktor 5 (*Schizotypie-Faktor, S*):

Der fünfte Faktor weist von allen sechs Faktoren die höchsten Korrelationen auf und ist bei einer nur geringen eigenen Varianz nicht vollständig unabhängig darstellbar.

Für die *SEF*-Schizotypieskalen *Wahrnehmungsstörungen*, *Magisches Denken* sowie die ergänzende *Esoterikskala SPI_10* zeigen sich die höchsten Ladungen auf dem fünften Faktor.

Auch die *IKP-Eg*-Skala der *Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung* ist im fünften Faktor repräsentiert.

Diese umfasst ein vielseitiges Muster veränderter Selbst- und Realitätserfahrung sowie psychogener Bewusstseinsveränderungen; kognitive Ausfallerscheinungen werden subjektiv beklagt. Diese Störung ist nicht an situative oder Befindlichkeitsbedingungen wie Stress oder Müdigkeit gebunden. Pseudohalluzinationen und traumhafte Wahrnehmungserlebnisse treten hier ebenso auf wie Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen. Es besteht eine Tendenz zu spaltungsanalogen Persönlichkeitswechselln sowie zu Wechselln der örtlichen und zeitlichen Bezugssysteme. Häufig zeigt sich ein diffus-impressionistischer kognitiv-perzeptiver Stil, eine „Verschwommenheit“ von Erleben und Denken sowie eine mangelnde Detailorientierung.

Ferner ist die Exzentrikskala des *SEF Eigenwillige Exzentrik* im fünften Faktor repräsentiert.

Eine Reihe weiterer *SEF*-Schizotypieskalen weist ebenfalls signifikante Ladungen auf dem fünften Faktor auf, es sind dies die Skalen der *Ungewöhnlichen (desorganisierten) Sprache*, des *Exzentrischen (desorganisierten) Verhaltens*, der *Beziehungsideen* sowie des *Inadäquaten Affekts*.

An Nebenladungen finden sich die *SEF*-Exzentrikskala *Narzisstisch-histrionische Exzentrik* sowie die *IKP-Eg*-Skalen der *Maniformen Persönlichkeitsakzentuierung* und der *Desorganisierten Persönlichkeitsakzentuierung* (siehe Faktor 2 und 3).

Im Gegensatz zu den übrigen fünf Faktoren spiegelt der fünfte Faktor keinen der bekannten Basisfaktoren der Persönlichkeit wider. Es handelt sich um einen *Schizotypiefaktor*, dessen Akzent eher auf den produktiv-aktiven und exzentrischen als auf den sozial ängstlich-paranoid-vermeidenden Aspekten der Schizotypie liegt. In Hinblick auf das dreifaktorielle Schizotypiemodell fasst dieser Faktor die *positiven, kognitiv-perzeptuellen* und dominierend auch die *desorganisierten* Aspekte zusammen.

Durch die auf ihn ladenden Skalen sind der *PerMag-Komplex (Perceptual Aberration/Magical Ideation)* und der Schizotypieaspekt der *Beziehungsideen* deut-

lich in diesem Faktor repräsentiert, der verschiedenartige Wahrnehmungsstörungen und die Tendenz zum Aberglauben bis hin zum Magischen Denken, das das Verhalten beeinflusst, umfasst. Auch das zur Schizotypie gehörige „seltsame“, exzentrische Auftreten, Denken und Sprechen sowie der Aspekt der Beziehungsideen, die hier nicht wahnhaft sind, lassen sich in diesem Faktor ausmachen.

Die *IKP-Skala Schizotypische Persönlichkeitsakzentuierung* bleibt sowohl in der dem *SEF* in seiner hier verwendeten Form zugehörigen 15-Item-Fassung als auch in der *IKP-Kurzform* aufgrund der sich mit den Schizotypieskalen des *SEF-Fragebogens* ergebenden Redundanz bei der Faktorenanalyse unberücksichtigt.

Faktor 6 (umgepolter *Altruismus und Hilfsbereitschaft-Faktor, A-*):

Betrachtet man die im sechsten Faktor repräsentierten Skalen, so findet sich für die *IKP-Skala der Antisozialen Persönlichkeitsakzentuierung* die höchste Ladung.

Hierdurch wird ein die Rechte anderer missachtendes und verletzendes Verhaltensmuster beschrieben, das regelhaft schon vor dem 15. Lebensjahr auftritt und nicht ausschließlich im Rahmen einer Schizophrenie oder einer manischen Episode erklärt werden kann. Es liegt eine Unfähigkeit vor, sich gesetzeskonform und gesellschaftsdienlich zu verhalten, was leicht zu kriminellen Verhalten und Strafverfolgung bzw. Verurteilung führt. Reuegefühle fehlen zugunsten einer Gleichgültigkeit oder Rationalisierung der jeweiligen Tat. Es besteht eine Tendenz zum Lügen sowie zu rücksichts- und verantwortungslosem Verhalten. Diese Persönlichkeitsakzentuierung ist fernerhin durch tätliche Aggressivität und die Unfähigkeit, vorausschauend zu planen, gekennzeichnet.

Für die Interpretation des sechsten Faktors ist die signifikante negative Ladung der *HPI-Skala A, Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft*, von entscheidender Bedeutung.

Diese Skala beschreibt einen friedfertigen und prosozial orientierten Menschen, der durch Harmonie- und Zärtlichkeitsbedürftigkeit charakterisiert ist. Fernerhin ist dieser empathie- und mitleidsfähige Mensch tendenziell bereit, sich insbesondere in Hinblick auf familiäre Belange selbst aufzuopfern. Im professionellen

bzw. im Leistungsbereich zeigt sich eine eher kooperative als eine kompetitive Orientierung.

Die *IKP-Eg-Skala der Opponierend-streitbaren Persönlichkeitsakzentuierung* zeigt eine weitere positive Ladung auf dem sechsten Faktor.

Sie umfasst ein Muster von Eigensinn, Trotz und Sturheit, es zeigt sich ein rechthaberisches und streitsüchtiges Verhalten sowie eine mangelnde Einsicht in eigene Fehler. Eine unverhältnismäßige, reaktive Aggressivität sowie eine durch Unnachgiebigkeit bedingte Bereitschaft, Konflikte eskalieren zu lassen, zeichnen diese Akzentuierung darüber hinaus aus. Der Interaktionsstil ist fordernd und ungeduldig, vermeintliche Verfehlungen anderer können nicht toleriert werden.

In bedeutsamem Ausmaß lädt auch die *IKP-Skala Impulsiv-explosible Persönlichkeitsakzentuierung* auf den sechsten Faktor.

Bei Fehlen von anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen, die dies erklären können, zeigt sich im Rahmen dieser Akzentuierung wiederholt ein Versagen, aggressiven Impulsen zu widerstehen, so dass es zu schweren Gewalttätigkeiten oder zu Zerstörung von Eigentum kommt. Das Ausmaß der Aggressivität übersteigt dabei bei weitem die Stärke des jeweiligen psychosozialen Belastungsfaktors.

Positive Nebenladungen auf dem sechsten Faktor zeigen sich für die *SEF-Kontrollskala Verleugnung psychischer Probleme* sowie für die *IKP-Eg-Skalen Risikierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung* und *Maniforme Persönlichkeitsakzentuierung* (siehe Faktor 2).

Für die *HPI-Skala O* (siehe ebenfalls Faktor 2) besteht eine negative Nebenladung.

Zusammenfassend lässt sich der sechste Faktor in Hinblick auf das Fünf-Faktorenmodell des *HPI* als umgepolter Faktor *A* bezeichnen.

Es handelt sich um einen impulsiv-aggressiv gewaltbereiten, verantwortungs- und rücksichtslosen Menschen, der sich des Weiteren durch Egoismus, Eigensinn, Sturheit und Unnachgiebigkeit auszeichnet. Fernerhin zeichnet er sich durch ein konkurrenzorientiertes Streben nach dem eigenen Vorteil aus. Unrechtsbewusstsein und Reue fehlen ebenso wie Empathie- und Mitleidsfähigkeit sowie die Bereitschaft, etwas für Andere zu tun, das nicht dem eigenen Nutzen dient. Es besteht keine Einsicht in die eigenen psychischen Probleme.

Zusammenfassung der Sechs-Faktorenlösung:

Im Wesentlichen werden in der vorliegenden Sechs-Faktorenlösung die bekannten fünf Basisfaktoren der Persönlichkeit nach Costa und McCrae (1987) widergespiegelt. Der *Neurotizismus*-Faktor ist hier durch den Faktor 1 repräsentiert. Der zweite Faktor fasst den Basisfaktor *O, Offenheit für Erfahrungen*, und den im *NEOCAR*-Modell (Andresen 1995) neu eingeführten Faktor *R, Risiko- und Aberteuerlust, Suche nach Wettbewerb*, zusammen.

Die Basisfaktoren *E, Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude*, und *A, Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft*, werden in negativ geladener Form durch die Faktoren 3 und 6 repräsentiert und zeigen beide eine pathologische Varianz auf dem Gegenpol. Der vierte Faktor entspricht im Wesentlichen dem Basisfaktor *Kontrolliertheit und Normorientierung (C)*.

Der hier vorliegende fünfte Faktor, der wenig eigene Varianz hat und nicht vollständig unabhängig darstellbar ist, lässt sich keinem der Basisfaktoren zuordnen, sondern stellt einen eigenständigen *Schizotypie*-Faktor dar, dessen Fokus auf den produktiven (plussymptomatischen) Aspekten der *Schizotypie*, wie dem *Perceptual Aberration/Magical Ideation (PerMag)*-Komplex, sowie dem *desorganisierten* Bereich liegt. Der *Desorganisationsfaktor* der Schizotypie ist jedoch durch eine Nebenladung der *SPI*-Skala *Exzentrisches Verhalten (SPI_7)* auf dem Faktor *E*- nicht ausschließlich im hier vorhandenen *Schizotypie*-Faktor repräsentiert.

Interessant sind die Ladungsverteilungen der *SEF*-Skalen: so laden die Schizotypieskalen *Magisches Denken (SPI_2)*, *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)*, *Desorganisierte Sprache (SPI_4)*, *Inadäquater Affekt (SPI_6b)* und *Spirituelle Orientierung (SPI_10)* ausschließlich auf dem fünften, dem *Schizotypie*-Faktor. Die Skala *Beziehungsideen (SPI_1)* ist darüber hinaus als Nebenladung im *Neurotizismus*-Faktor (Faktor 1) repräsentiert.

Wie oben erwähnt, ist die den *desorganisierten Schizotypie*-Aspekt des *Exzentrischen Verhaltens* abbildende Skala *SPI_7* ebenfalls als Hauptladung im fünften Faktor zu finden, sie zeigt jedoch auch eine Nebenladung auf dem dritten Faktor, der als umgepolter *Extraversion*-Faktor die *negativen (minussymptomatischen)* Schizotypiemerkmale repräsentiert. Die Schizotypieskalen *Paranoides Denken (SPI_5)*, *Soziale Isolation (SPI_8)* und *Soziale Angst (SPI_9)* stellen Hauptladungen des dritten Faktors dar, während die Skala *Eingeschränkter Af-*

fekt (SPI_6a) des Weiteren als Nebenladung auf dem *Kontrolliertheit und Normorientierung*-Faktor (C, Faktor 4) lädt. Somit lassen sich für einige SEF-Skalen der psychosenahen *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* enge Beziehungen zum negativen Pol des *Extraversion*-Faktors (Faktor 3) ausmachen.

Die Ladungsverteilungen der zur Normalpersönlichkeit tendierenden, schizotypieverwandten Skalen des *SEF-Exzentrik-Inventars* legen eine Art Zwischenstellung in Hinblick auf die Beziehungen zum *Offenheit für Erfahrungen/Risiko- und Kampfbereitschaft*-Faktor (Faktor 2) und dem *Schizotypie*-Faktor (Faktor 5) nahe. So sind die Skalen *Kreative Exzentrik (EI_KRE)*, *Subjektiv-intelligente Exzentrik (EI_INT)* und *Couragiert-autonome Exzentrik (EI_COU)* als Hauptladungen im zweiten Faktor repräsentiert, während die Skala *Narzisstisch-histrionische Exzentrik und expressive Exzentrik (EI_NEX)* darüber hinaus als Nebenladung auf dem *Schizotypie*-Faktor lädt. Die Skala *Eigenwillig-deviante Exzentrik (EI_EIG)* ist eine Hauptladung des fünften Faktors.

Der dritte, negativ gepolte *Extraversion*-Faktor enthält als Hauptladung die Skala *Einzelgängerische und sonderlinghafte Exzentrik (EI_EIN)*.

Es zeigen sich also für die verschiedenen Aspekte der *Exzentrik*, die im *Exzentrik-Inventar* abgebildet werden, deutliche Unterschiede in ihren Beziehungen zu den hier betreffenden drei Normalpersönlichkeitsfaktoren bzw. der psychosenahen *Schizotypen Persönlichkeitsstörung*.

3.1.2 Korrelationen zwischen den gefundenen sechs Faktoren

Wie Tabelle 8 zeigt, bestehen zwischen den sechs extrahierten Faktoren einige erwähnenswerte Korrelationen.

Tabelle 8: Korrelationen zwischen den sechs Faktoren

Faktor	1 (N)	2(O/R)	3(E-)	4(C)	5(S)	6(A-)
1(N)	1					
2(O/R)	,05	1				
3(E-)	,21	-,04	1			
4(C)	,01	,00	,09	1		
5(S)	,31	,35	,26	,02	1	
6(A-)	,05	,28	,13	-,05	,24	1

Hauptachsen-Faktorenanalyse.

Rotationsmethode: direktes Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

Insbesondere der fünfte Faktor (*Schizotypie*-Faktor), der keinem der Basisfaktoren der Persönlichkeit zuzuordnen ist und der nicht völlig unabhängig darstellbar ist, zeigt nennenswerte Korrelationen mit den Faktoren 1 (*Neurotizismus*-Faktor), 2 (*Offenheit für Erfahrungen/Risiko- und Kampfbereitschaft*-Faktor), 3 (umgepolter *Extraversion*-Faktor) und 6 (umgepolter *Altruismus und Hilfsbereitschaft*-Faktor), die im Bereich von ,24 bis ,35 liegen. Die deutlichste Korrelation besteht zwischen dem zweiten und dem fünften Faktor. Die im zweiten Faktor implizierte Offenheit gegenüber Eindrücken und Erlebnissen jeglicher Art, die auch einen ausgeprägten Tatendrang umfasst, steht also in Beziehung zu dem im fünften Faktor repräsentierten Komplex der *Perceptual Aberration/Magical Ideation* (*PerMag*) und zu weiteren produktiv-aktiven sowie exzentrischen Aspekten der Schizotypie. Ferner beinhalten sowohl der zweite als auch der fünfte Faktor ein exzentrisches, „seltsames“ Auftreten, welches im Falle des zweiten Faktors ein Buhlen um Aufmerksamkeit bzw. Anerkennung umfasst, während dieser *histrionische* Aspekt im fünften Faktor nicht zu finden ist.

Der ebenfalls im zweiten Faktor repräsentierte Faktor *R* des *NEOCAR*-Modells (siehe 1.2.1) umfasst ebenfalls einen starken Antrieb bzw. Tatendrang, insgesamt ist jedoch der Basisfaktor *Openness to experience* als der dominante anzusehen, was die Korrelation zum fünften Faktor angeht.

Ferner besteht eine nennenswerte Korrelation zwischen dem fünften und dem ersten Faktor, die zum einen durch die auf dem fünften Faktor als Haupt- und auf dem ersten Faktor als Nebenladung vorzufindenden Skala der *Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung* zu erklären ist, welche im Falle des fünften Faktors den *PerMag*-Aspekt der *Schizotypie* repräsentiert, im Falle des ersten Faktors jedoch eher als Ausdruck einer auf Unsicherheit basierenden Suggestibilität zu sehen ist. Auf gleiche Art lässt sich die *SEF*-Schizotypieskala *Beziehungsideen* (*SPI_1*), die hier nicht wahnhaftige Beziehungsideen meint, in beiden Faktoren wiederfinden.

Die bei beiden Faktoren als Nebenladungen vorliegenden unterschiedlichen *Histrionik*skalen *Histrionische Persönlichkeitssakzentuierung* und *Narzisstisch-histrionische Exzentrik* sind in Hinblick auf die Beziehung zwischen erstem und fünftem Faktor auch Ausdruck einer bestehenden Stimmungslabilität, die ja einen Aspekt der *Histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung* darstellt.

Für den dritten Faktor, der sich als umgepolter *Extraversionsfaktor* darstellt, liegt eine weitere nennenswerte Korrelation mit dem fünften Faktor vor. Das im dritten Faktor implizierte distanzierte, kühle, introvertierte Auftreten, welches auf Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen basiert und mit einem Mangel an tieferen zwischenmenschlichen Beziehungen einhergeht, repräsentiert einen Aspekt der Schizotypie, der im fünften Faktor fehlt. Sowohl zum dritten als auch zum fünften Faktor gehören ein exzentrisches, im Falle des dritten Faktors auch von anderen Menschen als inadäquat eingestuftes Verhalten.

Auch der einem umgepolten Faktor A entsprechende sechste Faktor korreliert in erwähnenswertem Ausmaß mit dem fünften Faktor, beiden Faktoren gemein ist ein von der sozialen Norm deviantes, eigensinniges Verhalten, für das keine Einsicht bzw. kein Bewusstsein besteht. Im Falle des fünften Faktors fehlt jedoch der antisoziale, konkurrenzorientierte, rücksichtslose Aspekt.

Für den sechsten Faktor liegt eine weitere nennenswerte Korrelation von ,28 mit dem zweiten Faktor vor. In diesem Fall stellt der neben dem Basisfaktor O im zweiten Faktor repräsentierte Faktor R die dominante Komponente des zweiten Faktors dar, umfassen doch beide Skalen ein Muster an kämpferischem, kompetitiv- und konkurrenzorientiertem Verhalten, welches eine auf einem Mangel an Selbstzweifeln bzw. einem starken Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Richtigkeit des eigenen Handelns basierende ausgeprägte Risikobereitschaft impliziert. Das für den zweiten Faktor charakteristische Buhlen um Aufmerksamkeit und Anerkennung fehlt beim sechsten Faktor zugunsten der antisozialen Aspekte.

Eine weitere darzustellende Korrelation besteht zwischen dem ersten und dem dritten Faktor. Beide zeichnen sich durch ein allgemein eher unlustbetontes Erleben und eine viele bis die meisten Aktivitäten betreffende Freudlosigkeit aus. Es besteht ein sozial vermeidendes, in der Interaktion mit Mitmenschen verschlossenes Verhalten, welches im Falle des ersten Faktors eher auf durch interpersonelle Abhängigkeiten zu begründenden Verlustängsten, im Falle des dritten Faktors eher auf Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen basiert.

3.2 Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess

Die folgenden Tabellen stellen die Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der verwendeten Fragebögen, ausgedrückt durch Cronbachs Alpha, dar. Ferner sind die Skalenmittelwerte sowie Schiefe und Exzess der einzelnen Skalen dargestellt. Für die *IKP*-Skalen wurde darüber hinaus jeweils der Reliabilitätskoeffizient unter Aussparung je eines Items berechnet, der Bereich dieser *alpha if item deleted*-Werte ist für diese Skalen ebenfalls angegeben. Darüber hinaus sind für die Items der *IKP*-Skalen die Bereiche der jeweiligen Inter-Item-Korrelationen sowie der korrigierten Trennschärfe angegeben.

3.2.1 Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der *IKP*-Skalen (zusätzlich Inter-Itemkorrelationen und Trennschärfe der Items des *IKP*)

Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, liegt der Reliabilitätskoeffizient (Cronbach-alpha) der *IKP-Eg*-Skala *Furchtsame Persönlichkeitsakzentuierung (FUR)* bei ,60. Diese Skala bildet verschiedene Aspekte von Phobien und natürliche Angstsituationen und -objekte ab. Die Ursache des niedrigen Korrelationskoeffizienten ist möglicherweise darin zu sehen, dass die Skala zu wenig allgemein gehalten ist, sondern konkrete Phobien abfragt. Auch im Rahmen der auf der Gesamtstichprobe basierenden Testanalyse zeigt sich für diese Skala ein deutlich geringeres Cronbach-alpha (Andresen 2006). Die Reliabilitätskoeffizienten der übrigen *IKP*-Skalen umfassen den Bereich von ,74 bis ,90. Die Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen liegen im Bereich von ,13 bei der *Furchtsamen Persönlichkeitsakzentuierung* bis ,47 bei der *Zyklothymen Persönlichkeitsakzentuierung*. Im Falle der Skalen *PAR*, *BOR*, *DPR* und *FUR* fanden sich für jeweils ein Item *alpha if item deleted*-Werte, die größer als der Gesamtreliabilitätskoeffizient waren: bei der *Paranoiden Persönlichkeitsakzentuierung* handelt es sich um das Item 262 „Ich bin viel zu misstrauisch, um einer mir wenig bekannten Person eine Begebenheit aus meinem Privatleben zu erzählen, die mich bloßstellen könnte.“ Bei der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung* ist das Item 28 zu erwähnen: „Ich stürze oft ohne äußeren Anlass meine längerfristigen Ziele und

Pläne um.“ Im Falle der Depressiven Persönlichkeitsakzentuierung ist es das Item 13: „Ich habe von mir selbst eine ziemlich schlechte Meinung.“ Bei der *Furchtsamen Persönlichkeitsakzentuierung* wurde für ein Item ein das Cronbachs Alpha der Skala übertreffender Wert gefunden: „Ich meide angstvoll alle Dinge, die mit Tod und Sterben zu tun haben (z.B. Friedhöfe).“ Die Schiefe der *IKP*-Skalen liegt bei Werten von ,21 bis 1,50 durchweg im linkssteilen Bereich, die Verteilung ist also asymmetrisch. Bei einem Exzess der Normalverteilung von 0 besteht für die *IKP*-Skalen *PAR*, *SCH*, *STY*, *IMP*, *HIS*, *NAR*, *VER*, *PAS*, *FUR*, *MAN*, *DES* und *OPP* bei Werten von -,69 bis -,05 eine breitgipflige Verteilung. Für die übrigen Skalen zeigt sich bei Exzesswerten von ,18 im Falle der *Zyklothymen Persönlichkeitsakzentuierung* bis 2,14 bei der *Depressiven Persönlichkeitsakzentuierung* eine schmalgipflige Verteilung.

Tabelle 9: Reliabilität, Mittelwerte der Skalen, Schiefe und Exzess der einzelnen *IKP*-Skalen

<i>IKP</i>	M	s	α	α if item deleted	S	E
IKPPAR	21,32	5,42	,83	,79-,83	,28	-,34
IKPSCH	16,97	4,64	,82	,78-,81	,44	-,69
IKPSTY	14,59	3,89	,74	,71-,73	,76	-,05
IKPANT	13,91	3,62	,79	,75-,79	1,11	1,02
IKPBOR	15,47	4,28	,78	,75-,79	,83	,27
IKPIMP	17,70	5,22	,87	,84-,86	,61	-,34
IKPHIS	20,04	5,03	,81	,78-,80	,19	-,37
IKPNAR	17,10	5,13	,86	,84-,86	,65	-,15
IKPVER	19,90	6,12	,89	,87-,89	,49	-,19
IKPDEP	17,86	5,41	,87	,85-,86	,82	1,09
IKPZWA	20,02	5,14	,82	,79-,82	,51	,47
<i>IKP-Eg</i>						
IKPDPR	15,17	4,96	,88	,86-,88	1,50	2,14
IKPPAS	17,11	4,54	,83	,81-,83	,45	-,31
IKPANF	19,01	5,10	,86	,84-,86	,36	,07
IKPAST	17,69	4,81	,79	,76-,79	,51	,142
IKPFUR	17,91	3,98	,60	,54-,61	,41	-,07
IKPDIS	13,91	3,76	,80	,77-,80	1,15	,64
IKPOBS	16,96	4,94	,84	,81-,83	,70	,01
IKPMAN	19,06	4,91	,84	,82-,84	,30	-,22
IKPZYK	19,50	6,53	,90	,88-,89	,68	,18
IKPSUC	17,09	5,95	,89	,87-,89	1,12	1,08
IKPDES	16,16	4,53	,83	,80-,84	,60	-,45
IKPOPP	19,48	5,36	,85	,83-,85	,21	-,26
IKPRIS	16,53	4,26	,78	,74-,79	,83	,27

M: Mittelwert, Statistik für Skala
s: Standardabweichung von M
 α : Reliabilitätskoeffizient Cronbach- α
 α if item deleted: α unter Aussparung eines Items
S: Schiefe
E: Exzess

Tabelle 10 gibt die für die *IKP*-Skalen die Bereiche der Inter-Item Korrelationen und deren Mittelwerte an. Ferner sind die Bereiche der Trennschärfe für die Items der *IKP*-Skalen dargestellt. Die Inter-Item-Korrelationen umfassen einen Bereich von $-,06$ bis $,69$. Somit wurde der möglicherweise auf eine zu große Ähnlichkeit der betreffenden Items hindeutende pragmatisch festgelegte Grenzwert von $,70$ nicht überschritten. Es fanden sich bei der *Histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung* eine, bei der *Furchtsamen Persönlichkeitsakzentuierung* zwei negative Korrelationen zwischen Items, deren Beträge jedoch vernachlässigbar gering sind. Die höchste Korrelation von $,69$ ergab sich für zwei Items der *Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung*:

„Ich fühle mich unsicher und gehemmt, wenn ich Kontakt mit unbekanntem Menschen aufnehmen muss.“

„Ich bin extrem gehemmt, vor allem gegenüber überlegen auftretenden Menschen.“

Möglicherweise spielen die ähnlichen Formulierungen sowie die dieser Störung immanente allgemeine Unsicherheit im Umgang mit anderen Menschen eine Rolle bei der Erklärung der hohen Korrelation dieser anders akzentuierten Items.

Die Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen liegen im Bereich von $,13$ bis $,47$. Der Bereich der korrigierten Trennschärfe für die Items des *IKP* reicht von $,08$ bis $,77$. Wie aus Tabelle 10 ersichtlich, zeigt sich bei einer ganzen Reihe der *IKP*-Skalen jeweils ein Item, dessen Trennschärfe nach unten abweicht. Die niedrigste Trennschärfe wurde für das oben bereits erwähnte, durchaus kritisch zu bewertende Item der *Furchtsamen Persönlichkeitsakzentuierung* gefunden: „Ich meide angstvoll alle Dinge, die mit Tod und Sterben zu tun haben (z.B. Friedhöfe).“ Insgesamt erscheint diese Skala auch in Hinblick auf den o.e. niedrigen Reliabilitätskoeffizienten im Vergleich zu den anderen Skalen deutlich inhomogener.

Tabelle 10: Inter-Item-Korrelationen, Trennschärfe der Items und Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen des *IKP*

<i>IKP</i>	Bereich Inter-Item- Korrelationen	Bereich der Tk	Mr
IKPPAR	,12-,62	,34-,68	,33
IKPSCH	,12-,48	,40-,65	,32
IKPSTY	,07-,45	,37-,47	,23
IKPANT	,04-,49	,35-,60	,27
IKPBOR	,03-,58	,31-,63	,28
IKPIMP	,13-,61	,50-,72	,41
IKPHIS	-,03-,56	,24-,63	,30
IKPNAR	,13-,64	,43-,74	,39
IKPVER	,30-,69	,49-,75	,44
IKPDEP	,18-,64	,50-,66	,40
IKPZWA	,12-,54	,42-,73	,32
<i>IKP-Eg</i>			
IKPDPR	,16-,57	,44-,7	,43
IKPPAS	,17-,53	,34-,65	,33
IKPANF	,13-,63	,44-,67	,38
IKPAST	,12-,54	,35-,58	,28
IKPFUR	-,06-,33	,08-,39	,13
IKPDIS	,06-,51	,34-,61	,30
IKPOBS	,16-,56	,40-,66	,34
IKPMAN	,20-,59	,39-,68	,35
IKPZYK	,32-,61	,56-,73	,47
IKPSUC	,22-,65	,45-,77	,46
IKPDES	,09-,67	,40-,65	,33
IKPOPP	,16-,61	,38-,68	,37
IKPRIS	,03-5,9	,35-,63	,27

Tk: korrigierte Trennschärfe

α : Reliabilitätskoeffizient Cronbach- α

Mr: Mittelwert, Inter-Item-Korrelation

3.2.2 Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der *HPI*-Skalen

Die Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach-alpha) der einzelnen *HPI*-Skalen liegen im Bereich von ,80 bis ,87 (Tabelle 11). Die mittleren Korrelationen zwischen den einzelnen Items der jeweiligen *HPI*-Skalen umfassen einen Bereich von ,22 bis ,33. Für die Skalen *N* und *R* zeigen sich bei Schiefewerten von ,41 bzw. ,05 linkssteile Verteilungen, bei den übrigen Skalen bestehen rechtsschiefe Verteilungen bei Werten für die Schiefe von -,25 bis -,02. Für alle Skalen zeigen sich breitgipflige Verteilungen bei Exzesswerten von -,49 bis -,11. Diese Ergebnisse entsprechen im Wesentlichen den im *HPI*-Manual (Andresen 2002) dargestellten Resultaten.

Tabelle 11: Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der HPI-Skalen

	M	s	Mr	c α	S	E
HPIN	33,52	8,14	,33	,87	,41	-,35
HPIE	39,16	5,82	,23	,80	-,12	-,49
HPIO	38,41	6,80	,25	,81	-,25	-,26
HPIC	39,36	6,72	,29	,85	-,02	-,31
HPIA	38,83	6,04	,23	,80	-,16	-,40
HPIR	30,89	6,41	,22	,80	,05	-,11

M: Mittelwert, Statistik für Skala
s: Standardabweichung von M
Mr: Mittelwert, Inter-Item-Korrelation
c α : Reliabilitätskoeffizient Cronbach- α
S: Schiefe
E: Exzess

3.2.3 Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Schizotypieskalen des SEF

Die Reliabilitätskoeffizienten liegen hier im Bereich von ,69 bis ,84 (siehe Tabelle 12). Die Skala *Magisches Denken (SPI_2)* liegt somit knapp unter dem angestrebten „Mindestwert“ von ,70. Die modifizierte *IKP*-Skala der *Schizotypischen Persönlichkeitsakzentuierung* weist ein Cronbachs Alpha von ,81 auf.

Die Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen liegen im Bereich von ,20 bis ,48. Bei der *IKP*-Skala *STY* beträgt er ,23.

Für alle Skalen zeigen sich linkssteile Verteilungen, die einen Bereich der Schiefe von ,19 (*Beziehungsideen (SPI_1)*) bis 1,54 (*SPI_2*) umfassen. Im Falle der Skalen *SPI_1*, *SPI_4 (Desorganisierte Sprache)*, *SPI_5 (Paranoides Denken)* und *SPI_8 (Soziale Isolation)* bestehen breitgipflige Verteilungen bei Exzesswerten von -,64 bis -,04. Dies trifft bei einem Exzess von -,54 auch für die *IKP*-Skala *STY* zu. Die übrigen Skalen zeigen sich in einem Bereich von ,03 (*Eingeschränkter Affekt, SPI_6a*) bis 2,75 (*SPI_2*) schmalgipflig verteilt.

Tabelle 12: Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Schizotypieskalen des SEF

	M	s	Mr	α	S	E
SPI_1	10,33	2,93	,33	,75	,19	-,61
SPI_2	13,11	3,15	,20	,69	1,54	2,75
SPI_3	11,84	2,89	,23	,74	1,51	1,92
SPI_4	9,16	2,79	,35	,76	,70	-,44
SPI_5	9,58	3,17	,44	,82	,42	-,64
SPI_6a	9,69	2,91	,34	,75	,66	,03
SPI_6b	9,47	2,70	,37	,78	,54	,09
SPI_7	8,75	2,86	,41	,81	1,01	,47
SPI_8	8,95	2,82	,43	,80	,87	-,04
SPI_9	10,87	3,60	,47	,84	,72	,38
SPI_10	9,47	3,84	,48	,84	,86	,83
IKP_STY	21,17	4,88	,23	,81	,64	-,54

M: Mittelwert, Statistik für Skala
S: Standardabweichung von M
Mr: Mittelwert, Inter-Item-Korrelation
 α : Reliabilitätskoeffizient Cronbach- α
S: Schiefe
E: Exzess

3.2.4 Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Exzentrik- und Kontrollskalen des SEF

Die Reliabilitätskoeffizienten der einzelnen Exzentrikskalen des SEF-Fragebogens liegen im Bereich von ,76 bis ,82 (Tabelle 13). Bei den Kontrollskalen zeigt sich für die Skala *Alltägliche Selbstverständlichkeiten (KI_AS)* ein verhältnismäßig niedriges Cronbachs Alpha von ,63. Die Mittelwerte der Inter-Item-Korrelationen der Exzentrikskalen umfassen den Bereich von 2,9 bis 4,3. Die Werte für die Kontrollskalen liegen hier zwischen ,22 bis ,38. Für die Skalen *Subjektiv-intelligente Exzentrik (EI_INT)*, *Kreative Exzentrik (EI_KRE)* und *Couragiert-autonome Exzentrik (EI_COU)* bestehen rechtssteile Verteilungen bei Schiefe-werten von -,28 bis -,04. Die übrigen Exzentrikskalen zeigen linkssteile Verteilungen bei einem Schiefebereich von ,30 bis ,50. Für die Kontrollskalen bestehen rechtssteile Verteilungen, im Falle der Skala *Alltägliche Selbstverständlichkeiten (KI_AS)* bei einer Schiefe von -5,12. Breitgipfligen Verteilungen bei Exzesswerten von -,97 (*EI_EIG, Eigenwillig-deviante Exzentrik*) bis -,03 bei der Skala *Kreative Exzentrik (EI_KRE)* stehen hier zwei Skalen mitschmalgipfligen Verteilungen bei Exzesswerten von ,04 (*EI_NEX, Narzisstisch-histrionische Exzentrik und expressive Exzentrik*) und ,34 (*EI_INT*) gegenüber. Im Gegensatz zu den beiden anderen Kontrollskalen ergibt sich für die Skala *Alltägliche*

Selbstverständlichkeiten (KI_AS) ein Exzess von 31,48 als Ausdruck einer schmalgipfligen Verteilung.

Tabelle 13: Reliabilität, Mittelwerte der Skalen und der Inter-Item-Korrelationen, Schiefe und Exzess der Exzentrik- und Kontrollskalen des SEF

	M	s	Mr	α	S	E
EI_INT	13,96	3,20	,43	,82	-,04	,34
EI_KRE	17,09	3,63	,43	,82	-,28	-,03
EI_NEX	12,18	3,43	,39	,80	,50	,04
EI_EIG	16,64	4,33	,29	,81	,30	-,97
EI_EIN	10,03	3,13	,37	,78	,34	-,56
EI_COU	15,00	3,12	,37	,78	-,16	-,24
KI_VPP	13,55	3,49	,38	,78	-,05	-,50
KI_SE	13,53	3,14	,35	,76	-,05	-,40
KI_AS	23,79	,76	,22	,63	-5,12	31,48

M: Mittelwert, Statistik für Skala
s: Standardabweichung von M
Mr: Mittelwert, Inter-Item-Korrelation
 α : Reliabilitätskoeffizient Cronbach- α
S: Schiefe
E: Exzess

3.3 Korrelationen nach Pearson

Die folgenden Abschnitte zeigen die Pearson-Korrelationen zwischen den Skalen des *IKP* untereinander sowie in Verbindung mit den Skalen der anderen eingesetzten Fragebögen. Aus pragmatischen Gründen werden dabei einheitlich Korrelationen von $>,30$ als „schwächer“, von $>,40$ als „deutlich“, von $>,50$ als „substantiell“ sowie von $>,60$ als „hoch“ bezeichnet.

3.3.1 Korrelationen zwischen den Skalen des *IKP*

Wie bei Skalen zu Persönlichkeitsstörungen zu erwarten, besteht, wie in Tabelle 14 dargestellt, ein allgemein hohes Korrelationsniveau zwischen den Skalen des *IKP*. Im folgenden Textabschnitt werden lediglich die hohen Korrelationen von $>,60$ dargestellt. Zwischen der *IKP-Eg-Skala Opponierend-streitbare Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)* und der *IKP-Skala Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* ergibt sich ein hoher Koeffizient von ,80.

Die *IKP-Eg-Skala der Opponierend-streitbaren Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)* korreliert darüber hinaus noch hoch mit der *IKP-Eg-Skala Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* (,64).

Die *Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* korreliert hoch mit der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* (,64) und der *IKP-Eg-Skala Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* (,60).

Die *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* korreliert darüber hinaus hoch mit den *IKP-Eg-Skalen Zykllothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK)* und *Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (OBS)* (,79 bzw. ,76).

Ferner zeigen sich für diese Skala eine ganze Reihe weiterer hoher Korrelationen mit den *IKP-Eg-Skalen der Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung (DIS)* (,71), der *Suchtanfälligen Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)* (,68), der *Depressiven Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* (,66) sowie den Skalen der *Desorganisierten Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* (,65) und der *Passiv-aggressiven Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)* (,61).

Die *IKP-Eg-Skalen der Obsessiv-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung (OBS, IKP-Eg-Skala)* und der *Zykllothymen Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK, IKP-Eg-Skala)* korrelieren mit einem starken Koeffizienten von ,75.

Weitere hohe Korrelationen ergeben sich zwischen der *OBS-Skala* und den Skalen *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR, IKP-Eg-Skala)* (,68), *Suchtanfällige Persönlichkeitsakzentuierung (SUC, IKP-Eg-Skala)* (,64) und *Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS, IKP-Eg-Skala)* (,63).

Für die *Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (HIS)* zeigen sich hohe Korrelationen von ,68 bzw. ,72 mit der *Maniformen Persönlichkeitsakzentuierung (MAN, IKP-Eg-Skala)* und der *Narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung (NAR)*.

Die *IKP-Eg-Skala Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* korreliert hoch mit den Skalen der *Anforderungsängstlichen Persönlichkeitsakzentuierung (IKP-Eg-Skala, ,68)* und der *Passiv-aggressiven Persönlichkeitsakzentuierung (PAS), IKP-Eg-Skala, ,61)* sowie mit den Skalen *Dependente/Abhängige Persönlichkeitsakzentuierung (,64)*, *Vermeidend-selbstunsichere/Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung (,63)* und *Zykllothyme Persönlichkeitsakzentuierung (IKP-Eg-Skala, ,61)*.

Für die *IKP-Eg-Skala Anforderungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (ANF)* ergibt sich ein Koeffizient von ,69 in Zusammenhang mit der Skala *Dependente/Abhängige Persönlichkeitsakzentuierung (DEP)*.

Die *IKP-Eg-Skala Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS)* korreliert mittels eines Koeffizienten von ,66 mit den Skalen *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* und *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYG, IKP-Eg-Skala)*, mit den *IKP-Eg-Skalen Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)* und *Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* ergeben sich Korrelationen von jeweils ,60.

Die *IKP-Eg-Skala Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* korreliert hoch mit den Skalen *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYG)* (,64), *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* (,63) und *Schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (SCH)* (,60).

Eine Korrelation von ,63 ergibt sich zwischen den Skalen der *Maniformen Persönlichkeitsakzentuierung* und der *Narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung*. Die *Maniforme Persönlichkeitsakzentuierung (MAN)* korreliert ferner hoch mit der Skala *Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (RIS)* (,61), für die Skala der *Vermeidend-selbstunsicheren/Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung (VER)* findet sich ein beachtenswerter negativer Korrelationskoeffizient von -,31.

Tabelle 14: Korrelationen nach Pearson zw. den IKP/IKP-Eg-Skalen

a)

IKP	IKPPAR	IKPSCH	IKPSTY	IKPANT	IKPBOR	IKPIMP	IKPHIS	IKPNAR
IKPPAR	1							
IKPSCH	,53**	1						
IKPSTY	,39**	,42**	1					
IKPANT	,37**	,38**	,35**	1				
IKPBOR	,27**	,40**	,54**	,44**	1			
IKPIMP	,28**	,30**	,37**	,45**	,64**	1		
IKPHIS	,18	,12	,34**	,34**	,56**	,51**	1	
IKPNAR	,13	,22*	,41**	,43**	,50**	,42**	,72**	1
IKPVER	,40**	,55**	,27**	,07	,35**	,11	-,02	-,06
IKPDEP	,18*	,28**	,28**	,15	,49**	,35**	,35**	,15
IKPZWA	,33**	,40**	,28**	,09	,16	,13	,18	,19*
IKP-Eg								
IKPDPR	,41**	,57**	,39**	,26**	,66**	,35**	,24**	,16
IKPPAS	,41**	,52**	,57**	,45**	,61**	,50**	,39**	,43**
IKPANF	,23*	,38**	,25**	,11	,57**	,45**	,33**	,17
IKPAST	,18	,40**	,30**	,18	,55**	,41**	,31**	,17
IKPFUR	,14	,24**	,09	-,07	,12	,21*	,13	-,03
IKPDIS	,28**	,48**	,66**	,46**	,71**	,54**	,39**	,38**
IKPOBS	,25**	,43**	,49**	,31**	,76**	,50**	,44**	,41**
IKPMAN	,07	,03	,35**	,39**	,44**	,52**	,68**	,63**
IKPZYK	,36**	,51**	,53**	,32**	,79**	,53**	,41**	,37**
IKPSUC	,13	,26**	,26**	,20*	,68**	,41**	,40**	,27**
IKPDES	,37**	,60**	,63**	,45**	,65**	,60**	,45**	,51**
IKPOPP	,27**	,25**	,34**	,52**	,58**	,80**	,50**	,47**
IKPRIS	,04	,04	,34**	,56**	,37**	,39**	,58**	,56**

b)

IKP	IKPVER	IKPDE	IKPZWA	IKPDPR	IKPAS	IKPANF	IKPAST	IKPFUR
IKPVER	1							
IKPDEP	,49**	1						
IKPZWA	,39**	,30**	1					
IKP-Eg								
IKPDPR	,63**	,64**	,26**	1				
IKPPAS	,39**	,54**	,30**	,61**	1			
IKPANF	,53**	,69**	,29**	,68**	,50**	1		
IKPAST	,34**	,51**	,22*	,56**	,53**	,53**	1	
IKPFUR	,22*	,26**	,24**	,24**	,17	,36*	,32**	1
IKPDIS	,28**	,38**	,19*	,47**	,60**	,38**	,45**	,16
IKPOBS	,48**	,58**	,36**	,68**	,56**	,57**	,53**	,17
IKPMAN	-,31**	,09	,12	,03	,28**	,08	,24**	,05
IKPZYK	,39**	,46**	,26**	,61**	,54**	,52**	,56**	,13
IKPSUC	,21*	,51**	0	,51**	,37**	,47**	,47**	,13
IKPDES	,32**	,33**	,22*	,47**	,56**	,37**	,29**	,05
IKPOPP	,10	,25**	,06	,29**	,44**	,32**	,29**	,13
IKPRIS	-,22*	-,02	-,01	-,06	,24**	0	,11	-,19*

c)

IKP-Eg	IKPDIS	IKPOBS	IKPMAN	IKPZYK	IKPSUC	IKPDES	IKPOPP	IKPRIS
IKPDIS	1							
IKPOBS	,63**	1						
IKPMAN	,35**	,31**	1					
IKPZYK	,66**	,75**	,33**	1				
IKPSUC	,49**	,64**	,26**	,58**	1			
IKPDES	,60**	,57**	,35**	,64**	,42**	1		
IKPOPP	,43**	,41**	,52**	,50**	,39**	,64**	1	
IKPRIS	,32**	,20*	,61**	,24**	,12	,32**	,43**	1

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

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

3.3.2 Korrelationen zwischen den *IKP*- und den *HPI*-Skalen

In Hinblick auf Niveau und Menge der zu registrierenden Korrelationen mit den Skalen des *IKP* unterscheiden sich die sechs einzelnen *HPI*-Skalen sehr stark voneinander (Tabelle 15).

So kommt es im Falle der *Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft (A)*-Skala lediglich zu zwei erwähnenswerten negativen Korrelationen, bei der *Kontrolliertheit und Normorientierung (C)*-Skala ergibt sich eine hohe positive Korrelation, während die *Neurotizismus (N)*-Skala mit vierzehn der vierundzwanzig *IKP*-Skalen deutlich positiv korreliert.

Betrachtet man die Korrelationen der einzelnen *IKP*-Skalen mit den *HPI*-Skalen, so finden sich maximal drei erwähnenswerte Korrelationen für eine Skala. Dies ist der Fall bei der Skala *Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (HIS)*, die mit den *HPI*-Skalen *Extraversion (E)*, (.39), *Offenheit für Erfahrungen (O)*, (.37) und der *Neurotizismus*-Skala (.35) nennenswert korreliert.

Die Skala *Vermeidend selbstunsichere/Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung (VER)* korreliert deutlich positiv mit der *Neurotizismus*-Skala (.46), zu registrierende negative Korrelationen ergeben sich für die *Extraversion*-Skala (-.42) sowie für die *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)*-Skala (-.33).

Für die *IKP-Eg*-Skala *Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (RIS)* finden sich nennenswerte positive Korrelationen mit der *Extraversion*- und der *Offenheit für Erfahrungen*-Skala (.31 bzw. .32), eine der höchsten positiven Korrelationen ergibt sich hier für die *R*-Skala (.62).

Bei der *Antisozialen/Dissozialen Persönlichkeitsakzentuierung (ANT)* zeigen sich eine deutliche negative Korrelation (-.46) mit der *Altruismus, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft (A)*-Skala und eine nennenswerte schwächere positive Korrelation (.3) mit der *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)*-Skala.

Die *Narzisstische Persönlichkeitakzentuierung (NAR)* korreliert in erwähnenswertem Ausmaß deutlich mit der *O*- (.46) und der *R*-Skala (.4).

Die *IKP-Eg*-Skala *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* ist nennenswert negativ mit der *Extraversion*-Skala korreliert (-.3), eine hohe, substantiell positive Korrelation (.62) ergibt sich mit der *Neurotizismus*-Skala.

Mit der *R*-Skala schwächer negativ (-.33) und der *N*-Skala substantiell positiv (.57) korreliert die *Dependente/Abhängige Persönlichkeitsakzentuierung (DEP)*.

Die *IKP-Eg*-Skala der *Maniformen Persönlichkeitsakzentuierung (MAN)* zeigt eine substantielle positive Korrelation mit der *Extraversion*-Skala (,5) und eine zu registrierende schwächere Korrelation mit der *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)*-Skala (,37).

Für die *IKP-Eg*-Skala der *Opponierende-streitbaren Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)* finden sich eine erwähnenswerte positive Korrelation mit der *Neurotizismus*-Skala (,35) und eine zu beachtende negative Korrelation mit der *Skala A*-Skala (-,34).

Die *Schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (SCH)* korreliert deutlich negativ mit der *Extraversion*-Skala (-,44), die *Furchtsame Persönlichkeitsakzentuierung (FUR)* zeigt eine schwächere negative Korrelation mit der *R*-Skala (-,33).

Für elf *IKP*-Skalen ergeben sich ausschließlich beachtenswerte positive Korrelationen mit der *Neurotizismus*-Skala. Dies trifft zu für die *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* (,56), die *Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* (,44) und die *IKP-Eg*-Skala *Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)* (,43).

Gleiches gilt auch für die *IKP-Eg*-Skalen der *Anforderungsängstlichen Persönlichkeitsakzentuierung (ANF)* und der *Asthenisch-nervösen Persönlichkeitsakzentuierung (AST)*, die mit den Werten ,61 bzw. ,59 substantielle Korrelationen aufweisen.

Für die *IKP-Eg*-Skala *Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS)* ergibt sich eine deutliche Korrelation von ,41, während sich für die *Obsessiv-selbstunsichere (OBS)* und die *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK)* noch höhere substantielle Korrelationen mit der *N*-Skala finden (,58 bzw. ,60).

Auch die *IKP-Eg*-Skalen der *Suchtanfälligen Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)* und der *Desorganisierten Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* korrelieren ausschließlich in erwähnenswerten Ausmaß mit der *N*-Skala, die Koeffizienten betragen hier ,42 und ,35.

Die höchste Korrelation zwischen einer *IKP*-Skala und einer *HPI*-Skala ist mit ,64 diejenige zwischen der Skala der *Zwanghaften/Anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)* und der *Kontrolliertheit und Normorientierung (C)*-Skala.

Für die *Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PAR)* und die *Schizotype/Schizotypische Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* ergeben sich keine nen-

nenswerten Korrelationen mit *HPI*-Skalen. Dies ist möglicherweise auf die deutliche klinische Akzentuierung dieser Skalen zurückzuführen.

Tabelle 15: Korrelationen nach Pearson zw. *IKP/IKP-Eg* und *HPI*-Skalen

<i>IKP</i>	HPIN	HPIE	HPIO	HPIC	HPIA	HPIR
IKPPAR	,23*	-,14	-,09	,23*	-,11	,04
IKPSCH	,27**	-,44**	-,03	,08	-,08	-,03
IKPSTY	,29**	-,03	,24*	-,02	,10	,20*
IKPAN	,06	-,05	-,04	-,17	-,46**	,30**
IKPBOR	,56**	-,03	,19*	-,23*	-,17	,04
IKPIMP	,44**	,05	,08	-,20*	-,29**	,13
IKPHIS	,35**	,39**	,37**	-,08	-,07	,23*
IKPNAR	,14	,19*	,46**	-,15	-,04	,4**
IKPVER	,46**	-,42**	-,11	-,21*	,08	-,33**
IKPDEP	,57**	-,06	,09	,01	,10	-,33**
IKPZWA	,19*	0	,07	,64**	,29**	-,06
<i>IKP-Eg</i>						
IKPDPR	,62**	-,30**	,02	0	-,03	-,24*
IKPAS	,43**	-,06	,05	-,03	-,01	,06
IKPANF	,61**	-,09	,05	-,01	,08	-,31**
IKPAST	,59**	-,13	,12	,01	,08	-,15
IKPFUR	,22*	-,02	-,01	,12	,16	-,33**
IKPDIS	,41**	-,12	,09	-,16	-,17	,12
IKPOBS	,58**	-,14	,21*	-,02	,03	-,03
IKPMAN	,04	,50**	,26**	-,10	-,06	,37**
IKPZYK	,60**	-,06	,17	-,05	-,02	,02
IKPSUC	,42**	-,04	,10	-,24**	-,11	-,17
IKPDES	,35**	-,20*	,14	-,20*	-,22*	,17
IKPOPP	,35**	,08	,13	-,22*	-,34**	,23*
IKPRIS	-,02	,31**	,32**	-,17	-,16	,62**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

3.3.3 Korrelationen zwischen den *IKP*- und den Schizotypieskalen des *SEF*

Was die Korrelationen nach Pearson zwischen den *Schizotypie*-Skalen des *SEF*-Fragebogens und den *IKP*-Skalen anbetrifft (Tabelle 16), so ergeben sich im Falle der Skala *Beziehungsideen (SPI_1)* Korrelationen von $>,3$ bis $,59$ mit zwanzig der vierundzwanzig *IKP*-Skalen, während die die Skala *Magisches Denken (SPI_2)* ergänzende Skala *Spirituelle Orientierung (SPI_10)* nur mit sechs *IKP*-Skalen nennenswert korreliert. Im Folgenden wird sich auf die jeweils deutlichsten Korrelationen beschränkt.

Die abgewandelte, aus 15 Items bestehende *Schizotypie-Skala STY* des *IKP* zeigt einundzwanzig beachtenswerte Korrelationen mit den *IKP*-Skalen.

Für die Skala *Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PAR)* bestehen deutliche Korrelationen (,53 bzw. ,44) in Zusammenhang mit den Skalen *Paranoides Denken*

(*SPI_5*) und *Soziale Isolation (SPI_8)*. Die *Schizoide Persönlichkeitsakzentuierung (SCH)* korreliert substantiell bzw. hoch positiv mit den Skalen *Soziale Isolation (SPI_8)* (,64), *Soziale Angst (SPI_9)* (,54), *Paranoides Denken (SPI_5)* (,52) sowie den Skalen *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* und *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (jeweils ,5). Für die abgewandelte *IKP*-Skala *STY* ergibt sich hier ein deutlicher Koeffizient von ,44.

Für die *IKP*-Kurzformskala *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* zeigt sich eine hohe Korrelation mit der in den *SEF*-Fragebogen integrierten modifizierten *IKP*-Skala *STY* von ,78. Sie korreliert außerdem hoch (,75) mit der Skala *Magisches Denken (SPI_2)*.

Weitere deutliche bis substantielle Korrelationen ergeben sich im Falle der Skala *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* für die Skalen *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)* (,58), *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* (,54) und *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (,53) sowie im Bereich von ,44 bis ,47 für die Skalen *SPI_1*, *SPI_5*, *SPI_6b* und *SPI_10*. Die dem *negativen* oder *interpersonellen Schizotypiefaktor* zugeordneten Skalen *SPI_8 (Soziale Isolation)* und *SPI_9 (Soziale Angst)* sind somit im Verhältnis eher schwach mit dieser *IKP*-Skala korreliert, während die dem *positiven, kognitiv-perzeptuellen Schizotypiefaktor* bzw. dem *Desorganisationsfaktor* zugeordneten *SPI*-Skalen wesentlich deutlichere Koeffizienten aufweisen.

Die *Antisoziale/Dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung (ANT)* korreliert in beachtenswertem Ausmaß deutlich positiv mit der Skala *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (,42).

Die *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* zeigt substantielle bis hohe Korrelationen mit den Skalen *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* (,6), *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (,59) und *Magisches Denken (SPI_2)* (,52). Außerdem ergeben sich substantielle Koeffizienten von ,51 für die Skalen *Beziehungsideen (SPI_1)* und *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)*. Ein Koeffizient von ,54 ergibt sich für die modifizierte *IKP*-Skala *STY*.

Die Skala *Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* korreliert substantiell mit der Skala *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)* ,52), deutlich auch mit den Skalen *SPI_6b*, *SPI_7* und *SPI_4*.

Für die *Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (HIS)* zeigen sich deutlich positive Korrelationen mit den Skalen *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b)* (,47), *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* (,45) und *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (,42).

Die *Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (NAR)* weist drei erwähnenswerte Korrelationen im Bereich von ,44 bis ,5 mit den *SEF*-Skalen *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)*, *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* und *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b)* auf.

Die höchste Korrelation zwischen einer *IKP*- und einer *SPI*-Skala (,78) besteht zwischen der *Vermeidend-selbstunsicheren/Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung (VER)* und der Skala *Soziale Angst (SPI_9)*.

VER korreliert außerdem deutlich mit den Skalen *Soziale Isolation (SPI_8)* und *Eingeschränkter Affekt (SPI_6a)*. Die hier korrelierenden *SPI*-Skalen bilden den *interpersonellen* oder *negativen Schizotypiefaktor* ab.

Für die *Dependente/Abhängige Persönlichkeitsakzentuierung* zeigt sich ein deutlicher Koeffizient von ,43 mit der Skala *Beziehungsideen (SPI_1)*.

Die *Zwanghafte/Anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)* korreliert in deutlichem Ausmaß positiv mit der Skala *Eingeschränkter Affekt (SPI_6a)* (,48).

Substantielle bzw. deutliche Korrelationskoeffizienten von ,53, ,48 bzw. von ,46 ergeben sich für die *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* in Zusammenhang mit den Skalen *Soziale Angst (SPI_9)*, *Paranoides Denken (SPI_5)* bzw. *Beziehungsideen (SPI_1)*.

Für die abgewandelte *IKP*-Skala *STY* besteht hier eine deutliche Korrelation von ,44.

Die *Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)* korreliert mittels eines Koeffizienten von ,59 substantiell mit den Skalen *Beziehungsideen (SPI_1)* und *Paranoides Denken (SPI_5)*, ein Wert von ,57 ergibt sich für die *STY*.

Außerdem korreliert die Skala *PAS* deutlich bis substantiell mit den Skalen *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6-2)* (,51), *Exzentrisches (desorgani-*

siertes) Verhalten (SPI_7) (,48), Magisches Denken (SPI_2) (,46), Wahrnehmungsstörungen (SPI_3) (,44) und Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4) (,42).

Für die Anforderungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (ANF) ergeben sich deutliche Koeffizienten von ,49 und ,42 für die Skalen Beziehungsideen (SPI_1) und Soziale Angst (SPI_9).

Die Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung (AST) korreliert im Bereich von ,34 bis ,42 mit den Skalen SPI_1 bis SPI_5, SPI_6b, SPI_9 und STY. Die Furchtsame (Vital-ängstliche) Persönlichkeitsakzentuierung (FUR) korreliert lediglich nennenswert mit der Skala Soziale Angst (SPI_9) (,34).

Die Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS) weist hohe Korrelationen mit den Skalen Wahrnehmungsstörungen (SPI_3) (,7), der modifizierten Schizotypie-Skala STY des IKP (,63) sowie den Skalen Magisches Denken (SPI_2) und Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4) (jeweils ,61) auf. Erwähnenswerte deutliche bis substantielle Koeffizienten von ,5, ,49 bzw. ,44 ergeben sich hier für die Skalen Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7), Beziehungsideen (SPI_1) bzw. Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b).

Für die Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (OBS) bestehen substantielle positive Korrelationen mit den Skalen STY (,59), Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4) (,56) und Beziehungsideen (SPI_1) (,53). Für die Skala Wahrnehmungsstörungen (SPI_3) ergibt sich hier ein nennenswerter deutlicher Koeffizient von ,45.

Die deutlichsten Korrelationen der IKP-Skala Maniforme Persönlichkeitsakzentuierung mit einer der Schizotypie-Skalen des SEF-Fragebogens ergeben sich im Zusammenhang mit den Skalen Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b) (,46) und Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7) (,45).

Substantielle Koeffizienten von ,56, ,55 und ,54 ergeben sich bei der Zyklhythymen Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK) für die Skalen Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4), STY und Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7). Für die Skalen Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b) und Wahrnehmungsstörungen (SPI_3) finden sich weitere erwähnenswerte substantielle Koeffizienten von ,51 und ,5. Im deutlichen Bereich von ,4 bis ,46

liegen die Korrelationen der ZYK mit den Skalen *SPI_1*, *SPI_2*, *SPI_5* und *SPI_9*.

Die *Suchtanfällige Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)* weist schwächere positive Korrelationen mit den Skalen *SPI_3* und *SPI_4* (jeweils ,38) auf.

Für die *Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* ergeben sich hohe Korrelationen mit den Skalen *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* (,75), *Ungewöhnliche (desorganisierte) Sprache (SPI_4)* (,74) und *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b)* (,64). Somit lässt sich eine korrelative Verbindung zu den den *Desorganisationsfaktor* der *Schizotypie* repräsentierenden *SPI*-Skalen erkennen.

Substantielle Koeffizienten von ,55 und ,54 zeigen sich für die Skalen *Wahrnehmungsstörungen (SPI_3)*, welche dem *positiven Schizotypiefaktor* zuzuordnen sind, und *STY*.

Zwischen der *Opponierend-streitbaren Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)* und der Skala *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* zeigt sich ein substantieller Korrelationskoeffizient von ,55, für die Skala *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b)* ergibt sich ein Koeffizient von ,51.

Im Falle der *Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (RIS)* bestehen nennenswerte schwächere Korrelationen von ,36 bzw. ,39 mit den Skalen *Exzentrisches (desorganisiertes) Verhalten (SPI_7)* und *Inadäquater (desorganisierter) Affekt (SPI_6b)*.

Tabelle 16: Korrelationen nach Pearson zw. den IKP/IKP-Eg-Skalen und den Schizotypieskalen (SPI) des SEF-Fragebogens sowie der IKP-Skala STY

a)

IKP	SPI_1	SPI_2	SPI_3	SPI_4	SPI_5	SPI_6a
IKPPAR	,20*	,25	,23*	,25**	,53**	,39**
IKPSCH	,30**	,37**	,37**	,50**	,52**	,47**
IKPSTY	,44**	,75**	,58**	,54**	,47**	,22*
IKPANT	,15	,22*	,30**	,34**	,38**	,22*
IKPBOR	,51**	,52**	,51**	,60**	,37**	,11
IKPIMP	,33**	,35**	,52**	,45**	,21*	,04
IKPHIS	,38**	,27**	,37**	,45**	,27**	-,07
IKPNAR	,31**	,31**	,37**	,49**	,32**	,08
IKPVER	,38**	,19*	,13	,27**	,36**	,53**
IKPDEP	,43**	,24**	,27**	,29**	,20*	,14
IKPZWA	,31**	,22*	,20*	,20*	,35**	,48**
IKP-Eg						
IKPDPR	,46**	,31**	,20*	,39**	,48**	,30**
IKPPAS	,59**	,46**	,44**	,42**	,59**	,26**
IKPANF	,49**	,27**	,29**	,30**	,25**	,15
IKPAST	,37**	,35**	,40**	,36*	,37**	,09
IKPFUR	,19*	,20*	,16	,01	,04	,08
IKPDIS	,49**	,61**	,70**	,61**	,39**	,22*
IKPOBS	,53**	,42**	,45**	,56**	,38**	,22*
IKPMAN	,34**	,36**	,43**	,41**	,24**	-,13
IKPZYK	,46**	,45**	,50**	,56**	,42**	,14
IKPSUC	,35**	,28**	,38**	,38**	,16	-,11
IKPDES	,41**	,45**	,55**	,74**	,35**	,22*
IKPOPP	,31**	,31**	,42**	,44**	,17	,05
IKPRIS	,13	,27**	,34**	,32**	,20*	,01

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

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

b)

IKP	SPI_6b	SPI_7	SPI_8	SPI_9	SPI_10	IKP_STY
IKPPAR	,37**	,22*	,44**	,31**	-,02	,35**
IKPSCH	,44**	,5**	,64**	,54**	,07	,49**
IKPSTY	,45**	,53**	,21*	,27**	,45**	,78**
IKPANT	,37**	,42**	,30**	,03	,10	,26**
IKPBOR	,49**	,59**	,18	,32**	,37**	,54**
IKPIMP	,48**	,48**	,08	,13	,25**	,39**
IKPHIS	,47**	,42**	-,03	-,06	,33**	,36**
IKPNAR	,44**	,50**	,13	-,07	,27**	,42**
IKPVER	,23*	,18*	,55**	,78**	-,08	,35**
IKPDEP	,18	,11	,14	,35**	,04	,36**
IKPZWA	,21*	,12	,32**	,33**	,03	,35**
IKP-Eg						
IKPDPR	,34**	,35**	,39**	,53**	0	,44**
IKPPAS	,51**	,48**	,38**	,29**	,18	,57**
IKPANF	,26**	,20*	,19*	,42**	,11	,38**
IKPAST	,34**	,24**	,15	,37**	,18	,42**
IKPFUR	,05	-,02	,09	,34**	,06	,22*
IKPDIS	,44**	,50**	,24*	,33**	,36**	,63**
IKPOBS	,41**	,42**	,22*	,40**	,08	,59**
IKPMAN	,46**	,45**	-,05	-,22*	,31**	,40**
IKPZYK	,51**	,54**	,29**	,40**	,23*	,55**
IKPSUC	,25**	,33**	,02	,23*	,11	,30**
IKPDES	,64**	,75**	,3**	,32**	,38**	,54**
IKPOPP	,51**	,55**	,10	,06	,23*	,31**
IKPRIS	,39**	,36**	,01	-,21*	,31**	,28**

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

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

3.3.4 Korrelationen zwischen den *IKP*- und den Exzentrik- und Kontrollskalen des *SEF*

Was das *Exzentrik-Inventar (EI)* des *SEF*-Fragebogens anbetrifft, so kommt es bei der Skala *Subjektive Intelligenz (EI-Int)* zu sechs beachtenswerten Korrelationen mit *IKP*-Skalen, während die Skala *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* gleich mit zwanzig der 24 *IKP*-Skalen in einem Bereich von ,30 bis ,69 korreliert (Tabelle 17).

Beim *Kontroll-Inventar (KI)* des *SEF*-Fragebogens zeigen sich im Falle der Skala *Verleugnung psychischer Probleme (KI-VPP)* sieben erwähnenswerte negative Korrelationen mit *IKP*-Skalen, während die Skala *Alltägliche Selbstverständlichkeiten (KI-AS)* mit keiner der *IKP*-Skalen in beachtenswertem Ausmaß korreliert.

In Hinblick auf die Korrelationen der einzelnen *IKP*-Skalen mit den *Exzentrik*-Skalen des *SEF* finden sich maximal sechs, also alle Exzentrikskalen betreffende, nennenswerte Koeffizienten für eine *IKP*-Skala.

Zutreffend ist dies für die Skala der *Narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung (NAR)*, die hoch mit der Skala der *Narzisstisch-histrionischen Exzentrik (EI-Nex)* korreliert (,74).

Die Skala der *Narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung (NAR)* weist darüber hinaus erwähnenswerte schwächere bis substantielle Korrelationen mit den Skalen *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* und *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,37 und ,5), mit den Skalen *Kreativität (EI-Kre)* und *Couragierte Exzentrik (EI-Cou)* (,51 und ,54) sowie mit der Skala *Subjektiv-intelligente Exzentrik (EI-Int)* auf (,59).

Die *Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (HIS)* weist deutlich positive Korrelationen mit den Skalen *Subjektive Intelligenz (EI-Int)* (,4), *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,41), *Couragiert-autonome Exzentrik EI_COU* (,43) und *Kreative Exzentrik (EI-Kre)* (,49) sowie eine hohe Korrelation mit der Skala *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* (,7) auf. Letztgenannter ist der zweithöchste Korrelationskoeffizient zwischen einer *IKP*-Skala und einer Skala des *SEF*-Exzentrik-Inventars.

Im Falle der Skala *Maniforme Persönlichkeitsakzentuierung (MAN)* kommt es zu fünf beachtenswerten Korrelationen mit den *SEF*-Exzentrik-Skalen.

Für die Skalen *Kreativität (EI-Kre)* und *Subjektive Intelligenz (EI-Int)* ergeben sich deutliche Koeffizienten von ,4 bzw. ,44, für die *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* und die *Couragierte Exzentrik (EI-Cou)* substantielle Koeffizienten von ,54 und ,58, während sich für die Skala *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* ein hoher Koeffizient von ,67 anfinden lässt. Mit der Skala *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* korreliert deutlich die *Opponierend-streitbare Persönlichkeitsakzentuierung (OPP)* (,46).

Die *Riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (RIS)* weist zu registrierende deutlich bis substantiell positive Korrelationen mit den Skalen *Subjektive Intelligenz (EI-Int)* (,41), *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,43), *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* (,53) und *Couragierte Exzentrik (EI-Cou)* (,56) auf.

Die *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung (STY)* korreliert deutlich positiv mit den Skalen *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* (,4), *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,47) und substantiell mit der Skala *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,52).

Die *Antisoziale/Dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung (ANT)* zeigt eine deutliche Korrelation mit der Skala *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,46).

Für die *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK)* bestehen deutliche bzw. substantielle Korrelationen mit den Skalen *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,41) und *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,56).

Die *Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung (DES)* weist substantielle bis hohe Korrelationen mit den Skalen *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* (,5), *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,58) und *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,64) auf.

Für die *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* und die *Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* zeigen sich zu registrierende deutliche bis substantielle Korrelationen mit den Skalen *Narzisstisch-histrionische Exzentrik (EI-Nex)* (,42 und ,41), *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,47 und ,45) und *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,58 und ,38).

Die Skalen *Passiv-aggressive Persönlichkeitsakzentuierung (PAS)* und *Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung (DIS)* korrelieren jeweils in deutlichem bis substantiellem Ausmaß mit den Skalen *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* (,49 bzw. ,5) und *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,59 bzw. ,48).

Substantielle bis hohe Korrelationskoeffizienten von ,5 und ,69 für die Skalen *Eigenwillige Exzentrik (EI-Eig)* bzw. *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* ergeben sich im Falle der *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung (SCH)*.

Die *Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (VER)* korreliert substantiell positiv mit der Skala *Einzelgängerische Exzentrik (EI-Ein)* (,54), eine schwächere negative Korrelation (-,35) zeigt sich für die Skala *Couragierte Exzentrik (EI-Cou)*.

Die *Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PAR)* (,35), die *Dependente/Abhängige Persönlichkeitsakzentuierung (DEP)* (,36) und mittels eines hohen Koeffizienten von ,63 auch die *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* korrelieren lediglich mit der *Einzelgängerischen Exzentrik (EI-Ein)* in erwähnenswertem Ausmaß.

Die Skalen *Anforderungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (ANF)* und *Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung (AST)* (,43 und ,44) sowie die Skalen *Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (OBS)* und *Suchtanfällige Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)* (,51 und ,35) korrelieren in schwächerem, deutlichem bzw. substantiellem Ausmaß ebenfalls ausschließlich mit der Skala der *Einzelgängerischen Exzentrik (EI-Ein)*.

Für die *Zwanghafte/Anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)* und die *Furchtsame (Vital-ängstliche) Persönlichkeitsakzentuierung (FUR)* ergeben sich keine erwähnenswerten Korrelationen mit Skalen des *Exzentrik-Inventars* des *SEF-Fragebogens*.

Betrachtet man die Korrelationen der einzelnen *IKP*-Skalen mit den Skalen des *SEF-Kontroll-Inventars*, so weisen sieben *IKP*-Skalen erwähnenswerte negative Korrelationen mit der Skala *Verleugnung psychischer Probleme (KI-VPP)* auf.

Im Einzelnen sind dies die Skalen *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)* (-,35), *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* (-,42), *Anforderungsängstliche Persönlichkeitsakzentuierung (ANF)* (-,33) sowie die Skalen *Asthenisch-nervöse Persönlichkeitsakzentuierung (AST)* (-,38), *Obsessiv-selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (OBS)* (-,33), *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung (ZYK)* (-,42) und die *Suchtanfällige Persönlichkeitsakzentuierung (SUC)* (-,36).

Erwähnenswert negativ mit der Kontroll-Skala *Soziale Erwünschtheit (KI_SE)* korreliert die Skala *Impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IMP)* (-,34), wäh-

rend diese Kontrollskala mit der *IKP-Skala Zwanghafte/Anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)* deutlich positiv korreliert ist (,43).

Tabelle 17: Korrelationen nach Pearson zw. den *IKP/IKP-Eg*-Skalen und den Skalen des *Exzentrik-* sowie des *Kontrollinventars (EI und KI)* des *SEF*

<i>IKP</i>	EI_INT	EI_KRE	EI_NEX	EI_EIG	EI_EIN	EI_COU	KI_VPP	KI_SE	KI_AS
IKPPAR	,13	,09	,06	,29**	,35**	,06	-,06	,06	-,03
IKPSCH	,09	,13	,14	,5**	,69**	-,04	-,13	-,06	-,07
IKPSTY	,29**	,36**	,4**	,52**	,47**	,18	-,09	-,03	-,12
IKPANT	,32**	,07	,35**	,46**	,3**	,27**	,16	-,16	-,15
IKPBOR	,19*	,28**	,42**	,47**	,58**	,12	-,35**	-,29**	,02
IKPIMP	,15	,2*	,41**	,45**	,38**	,25**	-,01	-,34**	,09
IKPHIS	,4**	,49**	,7**	,41**	,33**	,43**	-,04	-,12	,04
IKPNAR	,59**	,51**	,74**	,5**	,37**	,54**	,11	,02	-,07
IKPVER	-,11	-,04	-,19*	,07	,54**	-,35**	-,2*	,07	-,03
IKPDEP	-,04	,17	,13	,14	,36**	-,28**	-,25**	-,04	,07
IKPZWA	,26**	,16	,11	,27**	,22*	,1	,07	,43**	,01
<i>IKP-Eg</i>									
IKPDPR	-,1	,05	,09	,2*	,63**	-,27**	-,42**	-,17	,06
IKPPAS	,13	,19*	,31**	,49**	,59**	,04	-,08	-,02	0
IKPANF	-,17	0	,14	,19*	,43**	-,15	-,33**	-,1	0
IKPAST	-,08	,09	,11	,28**	,44**	-,04	-,38**	-,08	,11
IKPFUR	-,16	-,04	-,03	,05	,1	-,06	-,15	,06	-,01
IKPDIS	,1	,26**	,38**	,5**	,48**	,09	-,2*	-,21*	,01
IKPOBS	,15	,25**	,28**	,34**	,51**	-,06	-,33**	-,23*	,09
IKPMAN	,44**	,4**	,67**	,54**	,17	,58**	,11	-,09	-,03
IKPZYK	,16	,34**	,33**	,41**	,56**	,04	-,42**	-,26**	,08
IKPSUC	,06	,16	,25**	,21*	,35**	-,04	-,36**	-,28**	,13
IKPDES	,27**	,32**	,5**	,58**	,64**	,17	-,06	-,25**	-,03
IKPOPP	,36**	,24**	,46**	,41**	,35**	,34**	,06	-,26**	,09
IKPRIS	,41**	,38**	,53**	,43**	,12	,56**	,15	-,11	,01

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

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

4. Limitationen und Diskussion der Ergebnisse

4.1 Limitationen dieser Arbeit

Bei der Bewertung und Diskussion der in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse gilt es, einige wichtige Limitationen zu beachten. Hier ist als wesentlicher Punkt die kleine Stichprobe von 116 ProbandenInnen zu nennen, anhand derer keinesfalls Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden kann. Auch sollten der Überhang des weiblichen Geschlechts (70,5%) sowie der große Prozentsatz an TeilnehmernInnen mit Abitur (64,6%) in einer größeren Stichprobe ausgeglichen werden. Ferner ist zu beachten, dass das teilnehmende Kollektiv aus der Normalbevölkerung gewählt wurde, klinisch manifeste, schwere Persönlichkeitsstörungen also nicht zu erwarten waren.

Den ProbandenInnen wurden jeweils drei Fragebögen vorgelegt, was trotz der für die einzelnen Inventare durchaus „zumutbaren“ Testlängen eine große Anzahl an zu beantwortenden Items bedeutet. Ob die entsprechenden Hinweise in den Anleitungen der Inventare zur durchweg ehrlichen und konzentrierten Beantwortung der Items führten, ist zweifelhaft. Eine gewisse Unlust bzw. Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit könnten sich eingestellt haben und die Ergebnisse beeinflussen. Die im *SEF* vorhandene Kontrollskala *Alltägliche Selbstverständlichkeiten* kann dieses Problem nicht zuverlässig detektieren bzw. ausschließen.

Des Weiteren sind in Hinblick auf das bei allen Inventaren vorgegebene vierstufig-symmetrische Antwortformat mögliche Präferenzen der TeilnehmerInnen für eine oder zwei bestimmte Antwortmöglichkeiten sowie die potentiell vorhandene Ja-Sage-Tendenz zu bedenken.

Eine immanente Gefahr bei Selbstbeurteilungsverfahren ist die mögliche zu positive Selbstdarstellung. Auch dieser problematische Aspekt kann nur unzureichend durch Kontrollskalen behoben werden. Riso et al. (1994) konnten bei der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen die wichtige Rolle von berücksichtigten unterschiedlichen Informationsquellen zeigen, wenn auch nicht für Fragebogeninventare, sondern für ein strukturiertes Interview. Dies legt jedoch die in dieser Arbeit vernachlässigte Relevanz von Fremdbeurteilungsverfahren nahe. An dieser Stelle sei nochmals auf das Fehlen eines „Goldstandards“ bei der Diagnostik von Persönlichkeitsmerkmalen bzw. -störungen hingewiesen. Die in

dieser Studie angewandten Inventare tragen somit eher einem heuristischen, pragmatischen Ansatz Rechnung.

Kritisch ist bei der vorliegenden Arbeit auch die Tatsache zusehen, dass die eingesetzten Variablen relativ beliebig „zusammengewürfelt“ sind. Hochwahrscheinlich wurde der gefundene *Schizotypie*-Faktor durch die deutliche skalenseitige Akzentuierung auf Schizotypie- und Exzentrikmerkmale „induziert“. Es sind also eine ganze Reihe von Einflussgrößen und Fehlerquellen bei der Diskussion der hier vorgestellten Ergebnisse zu berücksichtigen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung des *IKP* in dieser Arbeit entsprechen im Wesentlichen den im *IKP*-Manual dargestellten Resultaten und übersteigen mit einer Ausnahme den angestrebten „Mindest“-Cronbachs Alphawert von ,70. Diese Abweichung betrifft, wie auch im *IKP*-Manual beschrieben, die Skala der *Furchtsamen Persönlichkeitsakzentuierung*, deren niedriger Reliabilitätskoeffizient möglicherweise auf eine zu spezifisch auf konkrete Phobien ausgerichtete Itemauswahl hindeutet. Bei den Skalen *Paranoide Persönlichkeitsakzentuierung (PAR)*, *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung (BOR)*, *Depressive Persönlichkeitsakzentuierung (DPR)* und *Furchtsame (körperlich-bedrohungssensible) Persönlichkeitsakzentuierung (FUR)* zeigen sich für jeweils ein Item höhere Cronbachs Alphawerte unter Aussparung des betreffenden Items, was Anlass gibt, die Bedeutung dieser Items für die Gesamtkonsistenz der Skalen kritisch zu hinterfragen. In der Testanalyse des *IKP* zugrunde liegenden Gesamtstichprobe (Andresen 2006) zeigen sich diese Abweichungen nicht. Ferner zeigen sich darüber hinaus bei einer ganzen Reihe von Skalen für jeweils ein Item Abweichungen der korrigierten Trennschärfe nach unten. Weitere Analysen sollten die testanalytisch dennoch überwiegend überzeugende Itemzusammensetzung der insgesamt als homogen zu bezeichnenden und ökonomisch gestalteten *IKP*-Skalen untersuchen.

Zwischen den Skalen des *IKP* zeigt sich, ausgedrückt durch die Pearson-Koeffizienten, ein allgemein hohes Korrelationsniveau, was man in Hinblick auf die durch verschiedene, auch empirische Arbeiten (Skodol 1988; Bronisch 1992; Oldham et al. 1992; Fiedler 2001) gezeigten hohen *inneren Komorbiditäten*

bzw. *Koinzidenzen* im Bereich der Persönlichkeitsstörungen bei aller Vorsicht in Hinblick auf das in diese Studie involvierte gesunde Kollektiv im Wesentlichen als Entsprechung dieser Erkenntnisse werten kann. Auf die verschiedenen Erklärungsansätze für diesen Sachverhalt wurde bereits unter 1.3.3 eingegangen. Es ist darüber hinaus zu beachten, dass die oben erwähnten Arbeiten sich kategorial orientierter Diagnostika bedienen, während der *IKP*-Konstruktion ein dimensionaler Ansatz zugrunde liegt.

Die *IKP*-Skala der *Schizotypen(ischen) Persönlichkeitsakzentuierung* korreliert substantiell mit den Skalen der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung*, der *Passiv-aggressiven (Negativistischen) Persönlichkeitsakzentuierung*, der *Dissoziativen Persönlichkeitsakzentuierung*, der *Desorganisierten Persönlichkeitsakzentuierung* und der *Zyklothymen Persönlichkeitsakzentuierung*. Es lassen sich in Hinblick auf das dreifaktorielle Schizotypiemodell (Raine et al. 1994; Chen et al. 1997, siehe 1.3.1) zu den korrelierenden Störungen gehörige Merkmale bzw. Verhaltensweisen ableiten, die näherungsweise den drei schizotypen Syndromen zugeordnet werden können. So weist die *Dissoziative Persönlichkeitsakzentuierung* eine Nähe zum *positiven, kognitiv-perzeptuellen Schizotypiefaktor* bzw. zum *Perceptual Aberration/Magical Ideation (PerMag)*-Komplex (Spitzer 1979) auf, während die *Desorganisierte Persönlichkeitsakzentuierung* mit dem dritten, als *Desorganisationsfaktor* bezeichneten Schizotypiesyndrom verbunden ist. Die *Passiv-aggressive (Negativistische) Persönlichkeitsakzentuierung* beinhaltet *interpersonelle* Eigenschaften wie Argwohn, Misstrauen und Verdächtigungen, was in erster Linie den zum *negativen Schizotypiefaktor* gehörigen Aspekt der *sozialen Isolation* reflektiert. Bei der Konstruktion der *IKP*-Skala *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung* wird dieser Aspekt als eine Folge der abweichenden Wahrnehmung und des devianten Verhaltens und Denkens betrachtet, weniger als Konsequenz eines verminderten Kontaktbedürfnisses wie bei der *Schizoiden Persönlichkeitsakzentuierung*, noch eines schüchtern-selbstunsicheren Meidens zwischenmenschlicher Kontakte wie bei der *Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung*. So können Merkmale der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung* und der *Zyklothymen Persönlichkeitsakzentuierung* sowohl mit dem *positiven, kognitiv-perzeptuellen* als auch mit dem *negativen, interpersonellen Schizotypiefaktor* in Verbindung gebracht werden, auch wenn die betreffenden Eigen-

schaften bei diesen beiden Störungen sehr stark fluktuieren, lediglich periodisch auftreten und insbesondere im Falle der *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung* auch äußeren Einflussgrößen ausgesetzt sind. Die *Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung* umfasst vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen und dissoziative Symptome, während sich die *Zyklothyme Persönlichkeitsakzentuierung* durch ein ungewöhnliches Denken sowie durch Phasen der verminderten Gesprächigkeit und des sozialen Rückzugs auszeichnet. Somit stützen die dargestellten Ergebnisse den geschilderten innovativen Ansatz der *IKP-Skala Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung*, dem eine postulierte Kausalität zwischen Abweichungen in Wahrnehmung und Denken und dem Aspekt der sozialen Isolation zugrunde liegt.

Betrachtet man die Pearson-Korrelationen zwischen den Skalen des *IKP* und den Normalpersönlichkeitsskalen des *HPI*, so fallen in erster Linie die zahlreichen deutlichen bis hohen positiven Korrelationen der *IKP/IKP-Eg*-Skalen mit der *Neurotizismus*-Skala des *HPI* auf, die im Wesentlichen dem Konstrukt der *negativen Affektivität* (Watson, Clark 1997) entspricht, jedoch nicht primär psychopathologisch akzentuiert ist. Dies entspricht dem dem *Acht-Faktoren-Modell (AFM)* (siehe 1.2.1) zugrunde liegenden dualen Modell normaler und gestörter Persönlichkeit (Andresen 2006). Die entscheidende Grundannahme des *Acht-Faktoren-Modells (AFM)* ist die dimensionale Homologie zwischen dem normalen und dem störungsnahen Merkmalsbereich, was eine Übertragbarkeit der meisten Aspekte der acht Normaldimensionen auf die klinischen Dimensionen impliziert.

Die übrigen Faktoren der Normalpersönlichkeit zeigen wesentlich weniger beachtenswerte Zusammenhänge mit den Störungsskalen des *IKP*, so korreliert die Skala der *Kontrolliertheit und Normorientierung (C)* lediglich mit der *IKP-Skala Zwanghafte/Anankastische Persönlichkeitsakzentuierung (ZWA)*. Die *Extraversion*-Skala und die *Risiko- und Kampfbereitschaft*-Skala weisen einige schwächere bis substantielle positive und negative Korrelationen auf, die *Altruismus und Fürsorglichkeit*-Skala korreliert in dieser Studie mit zwei *IKP*-Skalen erwähnenswert negativ. *HPI-A* zeigt eine Nähe zu der neuen Modelldimension *F (Fürsorglichkeit und Empathie)* des *Acht-Faktoren-Modells (AFM)* (Andresen 2006). Wie auch im *IKP-Manual* (Andresen 2006) beschrieben, weist die *HPI-Skala Offenheit für Erfahrungen* keine erwähnenswerten Korrelationen mit den

produktiv-psychosenahen Skalen *STY*, *DIS* und *DES* auf, was vor dem Hintergrund der zu konstatierenden inhaltlichen psychopathologischen Homologie am ehesten auf die sehr pathologische Akzentuierung dieser Skalen zurückzuführen ist. Die Skala *Schizotype(ische) Persönlichkeitsakzentuierung* korreliert in dieser Arbeit mit keiner der Basisfaktorskalen in nennenswertem Ausmaß.

Insgesamt sind die hier eruierten wie auch die im *IKP*-Manual dargestellten Zusammenhänge zwischen den *IKP*-Skalen und den *HPI*-Skalen nicht sehr stark ausgeprägt und keinesfalls redundant. Hieraus lässt sich eine prinzipielle „Existenzberechtigung“ für klinische Persönlichkeitsinventare wie das *IKP* ableiten. Die zum Beispiel von Costa und Widinger (2002) vertretene These, dass ein Basisinventar zur Normalpersönlichkeit auch den Störungsbereich suffizient abdecken könnte, wird somit zurückgewiesen. Mit dem *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* liegt ein psychometrisch bestätigtes Instrument vor, das die eingangs erwähnte diagnostische Lücke im Bereich der Persönlichkeitsstörungen im deutschen Sprachraum schließen kann, freilich ohne dass die komplexe Frage der „optimalen Methodik“ zur Störungsdiagnostik derzeit beantwortet werden kann.

Faktorenanalytisch wird in dieser Arbeit im Wesentlichen das bekannte *Fünf-Faktoren-Modell (FFM)* von Costa und McCrae (1987) bestätigt. Die im Ergebnisteil detailliert dargestellten Ladungsverteilungen der klinischen Skalen spiegeln die vielfältigen Beziehungen des Störungsbereichs mit dem der Normalpersönlichkeit wider. Bis auf die faktorenanalytisch hier nicht berücksichtigte Skala der *Schizotyen(ischen) Persönlichkeitsakzentuierung* werden alle *IKP*-Skalen durch die Basisfaktoren erfasst. Ein teilweiser Widerspruch zum sechsfaktoriellen *NEOCAR*-Modell (Andresen 1995) besteht im Zusammenfallen der Faktoren *Offenheit für Erfahrungen (O)* und dem das *FFM* ergänzenden Faktor *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)*, der sich in vorangegangenen Faktorenanalysen auch internationaler Fragebogenskalen eigenständig und annähernd orthogonal darstellte (Andresen 1995 und 2002). Die Basisfaktoren *Altruismus und Hilfsbereitschaft (A)* sowie *Extraversion, Lebhaftigkeit und Kontaktfreude (E)* zeigen eine pathologische Varianz auf dem Gegenpol. Die negativ gepolte Form des *E-Faktors* umfasst hier in erster Linie den *negativen, interpersonellen* Bereich der Schizotypie, der in dem gefundenen eigenständigen, eher plus-symptomatischen *Schizotypie*-Faktor nicht repräsentiert ist. Dieser *Schizotypie*-

Faktor umfasst sowohl die *positiven, kognitiv-perzeptuellen* als auch schwerpunktmäßig die *desorganisierten* Aspekte der Schizotypie. Der *Desorganisationsfaktor* der Schizotypie ist jedoch auch im Faktor *E-* angedeutet. Das Vorhandensein eines eigenständigen *Schizotypie*-Faktors ist sehr wahrscheinlich der relativ beliebigen „Skalenvermischung“ und der skalenseitig sehr starken Berücksichtigung schizotyper Merkmale geschuldet. Dieser Faktor hat wenig eigene Varianz und ist nicht vollständig unabhängig darstellbar: so weist er von den bestimmten sechs Faktoren die meisten und höchsten Korrelationen zu den anderen Faktoren, insbesondere zu *N* und *O/R*, auf.

Die umgepolte Form des *A-Faktors* weist bezüglich des *Acht-Faktoren-Modells (AFM)* eine inhaltliche Nähe zur zweiten Komponente des Bereiches des negativen Affektes, der *Aggressivität* (siehe 1.2.1), auf. Andresen (2005) konnte zwischen der *Aggressivitätsskala* des das *AFM* abbildenden *Basic Eight Questionnaire (BEQ)* und den *IKP*-Skalen der *Impulsiven Persönlichkeitsakzentuierung* sowie der *Antisozialen (Dissozialen) Persönlichkeitsakzentuierung* deutliche Korrelationen zeigen. Diese *IKP*-Skalen laden in dieser Arbeit substantiell auf dem umgepolten *Altruismus und Hilfsbereitschaft*-Faktor. Insgesamt konnte in der o.g Studie zum *BEQ* und *IKP* die geschilderte Prämisse des *Acht-Faktoren-Modells* bestätigt werden, wobei sich für den Basisfaktor *F (Fürsorglichkeit und Empathie)*, für den ein inhaltlicher Bezug zur positiven Form des *Altruismus und Hilfsbereitschaft*-Faktors zu konstatieren ist, ein Mangel an klinischen Skalen (*IKP*-Skalen) mit positivem Bezug darstellte. Weitere faktorielle Studien zum *AFM*, z.B. unter Einbeziehung der im *IKP*-Manual (Andresen 2006) eingeführten zusätzlichen Ergänzungsinventare, sind notwendig, um dieses Modell vollgültig zu bestätigen.

Neben den im Ergebnisteil dargestellten Beziehungen der *Schizotypie*- und *Exzentrik*-Skalen des *SEF* zu den klinischen Skalen des *IKP* stellen sich die Beziehungen der unterschiedlichen Merkmale dieser Persönlichkeitsbereiche zu den Basisfaktoren der Normalpersönlichkeit (bzw. zu dem dargestellten eigenständigen *Schizotypie*-Faktor) in der Faktorenanalyse ausgesprochen variabel dar. So verteilen sich die Skalen des *SPI* als Hauptladungen auf den gefundenen *Schizotypie (S)*-Faktor, der die *positiven* und dominierend auch die *desorganisierten* Aspekte dieser Störung repräsentiert, und den negativ gepolten *Extraversion*-Faktor, der in erster Linie die *negativen, interpersonellen*

Schizotypiemerkmale umfasst. Hier sei nochmals auf die pathologische Varianz des hier vorliegenden Gegenpols dieses Basisfaktors verwiesen. Die Skala *Beziehungsideen* (*SPI_1*) zeigt neben der Hauptladung auf dem *Schizotypie*-Faktor mittels einer Nebenladung auch eine Beziehung zum *Neurotizismus*-Faktor, während die Skala *Eingeschränkter Affekt* (*SPI_6a*) neben der Hauptladung auf dem umgepolten *Extraversion*-Faktor als Nebenladung auf dem *Kontrolliertheit und Normorientierung*-Faktor zu finden ist. Durch die Ladungsverteilung der Skala des *Exzentrischen Verhaltens* (*SPI_7*) als Hauptladung auf dem *Schizotypie*-Faktor und als Nebenladung auf dem negativ gepolten *Extraversion*-Faktor ist der *desorganisierte* Aspekt der Schizotypie nicht ausschließlich im S-Faktor repräsentiert. Als Nebenaspekt lässt sich die Auffächerung des sechsten Kriteriums der DSM-IV-Klassifikation, *eingeschränkter und inadäquater (desorganisierter) Affekt*, in zwei *SPI*-Skalen (*SPI_6a* und *b*) anhand der unterschiedlichen Zuordnungen zu den Faktoren (*E*- bzw. *S*) als sinnvoll bestätigen.

Eine ganze Reihe von Arbeiten konnten eine positive Beziehung der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* zum *Neurotizismus*- und eine negative Assoziation zum *Altruismus und Hilfsbereitschaft*-Faktor des *FFM* zeigen (z.B. Cloninger et al. 1994 und Blais 1997). Eine Kontroverse bestand in Hinblick auf das Verhältnis dieser Persönlichkeitsstörung zum Faktor *Offenheit für Erfahrungen*: die z.B. von Wiggins und Pincus (1994) gefundene positive Korrelation konnte in anderen Arbeiten nicht repliziert werden (u.a. Blais 1997). Neben den sehr unterschiedlichen Stichproben aus teils gesunden, teils psychiatrischen ProbandenInnen wurde dies auch auf die Tatsache zurückgeführt, dass bei diesen Studien verschiedene, eher allgemein gehaltene Schizotypieskalen verwendet wurden. Ross et al. (2002) setzten die auf Chapman et al. (1976a, b) zurückgehenden Schizotypieskalen (siehe 1.3.1) ein, die bereits eine Differenzierung in *positive* und *negative* Schizotypiesymptome erlauben, ohne den „jüngerer“ *Desorganisationsfaktor* zu berücksichtigen, und fanden positive Korrelationen der *positiven* sowie negative Korrelationen der *negativen* Aspekte zum O-Faktor. Ferner konnten Ross et al. in dieser Studie keine nennenswerten Korrelationen der *positiven* Schizotypiemerkmale zum *Extraversion*-Faktor zeigen, während die *negativen, interpersonellen* Aspekte der Schizotypie negativ mit diesem Basisfaktor korrelierten. Der in der vorliegenden Arbeit gefundene negative *Extraversion*-Faktor, der in erster Linie *negative* Schizotypieanteile repräsen-

tiert, reflektiert dieses Ergebnis. Ross et al. stellten darüber hinaus fest, dass das *FFM* die *positiven, kognitiv-perzeptuellen* Schizotypieaspekte nur eingeschränkt erfasst.

Hätte sich in der vorliegenden Arbeit der wohl aus den genannten Gründen gefundene *Schizotypie*-Faktor nicht dargestellt, wären also durchaus etwas anders akzentuierte Beziehungen der *Schizotypen Persönlichkeitsakzentuierung* zu den Basisfaktoren der Persönlichkeit denkbar. Es lassen sich für den in der Arbeit von Ross et al. nicht berücksichtigten *Desorganisationsfaktor* aus inhaltlichen Gründen Beziehungen zu den Faktoren *O/R* und *N* postulieren, was Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein sollte.

Die Ladungsverteilungen der schizotypienahen, zur Normalpersönlichkeit tendierenden Skalen des *Exzentrik-Inventars* des *SEF* legen eine Mittelstellung dieses wenig erforschten, auch international bisher geradezu undefinierten Persönlichkeitsbereichs zwischen Normalpersönlichkeit und schizotypen Störungsbereich nahe: vier der sechs Exzentrikskalen sind als Hauptladungen im zusammengefassten *Offenheit für Erfahrungen/Risiko- und Kampfbereitschaft*-Faktor repräsentiert, welcher von den Basisfaktoren der Normalpersönlichkeit somit die größte Nähe zu exzentrischen Merkmalen hat. Dies bestätigt die Ergebnisse einer vorangegangenen Arbeit (Skibinski 2005). Die Skala der *Narzisstisch-histrionischen Exzentrik und expressiven Exzentrik* lädt darüber hinaus als Nebenladung auf dem gefundenen, die *kognitiv-perzeptuellen* und *desorganisierten* Schizotypiemerkmale umfassenden *Schizotypie*-Faktor. Die Skala *Einzelgängerische und sonderlinghafte Exzentrik* ist eine Hauptladung des umgepolten, die *negativen, interpersonellen* Schizotypieaspekte repräsentierenden Extraversion-Faktors, während die Skala der *Eigenwillig-devianten Exzentrik* als Hauptladung auf dem *Schizotypie*-Faktor zu finden ist. Es lässt sich feststellen, dass die insbesondere im Sozialverhalten stärker problemorientierten Exzentrikmerkmale wesentlich mehr in Richtung *Schizotype Persönlichkeitsstörung* tendieren. Ohne dass eine Definition bzw. feste Kriterien für den Bereich der Exzentrik innerhalb und außerhalb der Grenzen der Normalpersönlichkeit festgelegt wären, werden *exzentrische* Merkmale bzw. Verhaltensweisen nicht nur als Charakteristika des *Desorganisationsfaktors* der Schizotypie, sondern auch in den ICD-10-Kriterien zur *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* (siehe Tabelle 4) angeführt. Im engeren Sinne ist die *Schizotype Exzentrik*, die sich durch

desorganisierte Sprache, bizarres Verhalten und *inadäquaten Affekt* äußert, von der *Normalexzentrik* zu trennen, wobei zwei Grundströmungen der Exzentrik unterschieden werden: die *extrovertiert-exzentrische* und die *introvertiert-exzentrische* (Skibinski 2005).

Einzelne, die exzentrische Lebensweise im allgemeinen idealisierende Veröffentlichungen (Weeks, James 1997) sind vor dem Hintergrund der auch in anderen Arbeiten (Skibinski 2005) aufgezeigten Störungsnähe verschiedener Exzentrikaspekte überaus kritisch zu bewerten, zumal im Falle dieser transatlantischen Kooperation, für die Tausende von ProbandenInnen rekrutiert wurden, auf eine detaillierte Darstellung der Methodik der Untersuchung verzichtet wurde und somit ein wissenschaftlich stichhaltiges Vorgehen in Zweifel gezogen werden muss. Weitere Arbeiten sollten diesen „schillernden“ Persönlichkeitsbereich und dessen Position im Spannungsfeld zwischen Normalpersönlichkeit und Störung näher untersuchen. Selbstbeurteilungfragebögen wie der vorläufige *Hamburger Originalitäts- und Individualitätsfragebogen (HOIF)*, Skibinski, Andresen 2005) erscheinen auch in diesem Feld der Persönlichkeitsforschung als pragmatisch gut zu legitimierender Ansatz.

Der in dieser Arbeit gleich zu Beginn angebrachte Verweis auf Künstler als die im allgemeinen wohl am häufigsten mit Exzentrik in Verbindung gebrachte Personengruppe stellt durchaus auch eine Verbindung zur Schizotypie her:

Eine ganze Reihe von Studien konnte für Künstler und Autoren erhöhte Scores für bestimmte Schizotypiemerkmale zeigen (z.B. Schulberg 2000). Dies erklärt in Hinblick auf die Beziehungen dieser psychosenahen Persönlichkeitsstörung zur Schizophrenie (siehe 1.3.1 und 1.3.2) den Umstand, dass in den Familien erfolgreicher Künstler sowohl die Prävalenz ernsthafter psychiatrischer Erkrankungen (Karlson 1970) als auch die von geringfügigeren psychiatrischen Störungen (z.B. Andreasen 1987) signifikant erhöht ist. Schizophreniepatienten zeigen deutlich erhöhte Scores für alle Schizotypiemerkmale (z.B. Crow 1990). Vor dem Hintergrund, dass die Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit (Brown et al. 2000) sowie einer dramatisch reduzierten Fortpflanzungswahrscheinlichkeit (z.B. Avila et al. 2001) einhergeht, stellt sich die Frage, warum die hochwahrscheinlich (siehe 1.3.2) genetisch assoziierte *Schizotype Persönlichkeitsstörung* nicht „herausgemendelt“ wird, also ausstirbt. Die Verbindung einiger Merkmale dieser Störung zur künstlerischen Kreativität

scheint ein Ansatz zur Erklärung zu sein (O`Reilly et al. 2001). Miller (2001) sieht die Ursprünge menschlichen künstlerischen Schaffens in einer dadurch hervorgerufenen Steigerung der Attraktivität gegenüber potentiellen Sexualpartnern.

Nettle et al. (2005) bedienten sich des vierfaktoriellen Schizotypiemodells (siehe 1.3.1) und konnten für eine Stichprobe aus Künstlern bzw. Dichtern im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöhte Scores für die Faktoren *unusual experiences* und *impulsive non-conformity* zeigen, die signifikant positiv mit dem *mating success*, dem Erfolg bei der Partnersuche und –wahl, korrelierten. Im Falle der *impulsive non-conformity* konnte eine direkte Beziehung zur erhöhten Anzahl von Sexualpartnern gezeigt werden, während diese Korrelation im Falle der *unusual experiences* über die kreative Aktivität vermittelt wurde. Der Schizotypiefaktor der *introvertive anhedonia*, für den sich ein negativer Effekt auf die kreative Aktivität zeigte, war negativ mit dem *mating success* korreliert.

In Hinblick auf die Tatsache, dass Schizophreniepatienten und Künstler sich in Bezug auf die Schizotypiemerkmale lediglich durch die Ausprägung dieses letztgenannten Faktors unterscheiden, werden in der angesprochenen Arbeit verschiedene Einflussgrößen, wie z.B. die Geburt im Winter oder maternale virale Infektionen, genannt, die eine wichtige Rolle dabei spielen, ob sich eine Schizophrenie entwickelt oder ob die genannten Merkmale in Richtung Kreativität und adaptive Verhaltensweisen kanalisiert werden.

Zusammenhänge zwischen „Genie und Wahnsinn“ sind also nicht nur sprichwörtlich, sondern scheinen tatsächlich zu bestehen. In Hinblick auf das Verhältnis der aktuell nach wie vor sehr heterogenen Merkmale der *Schizotypen Persönlichkeitsstörung* zur Schizophrenie sollten folgende Arbeiten jedoch nicht nur nach Gemeinsamkeiten suchen, sondern auch die trennenden Faktoren näher charakterisieren. Dies trifft umso mehr zu, da die unter 1.3.2 erwähnten High-Risk-Studien zur Schizotypie keine signifikante Vorhersage späterer Schizophrenien erbracht haben.

Raine (1991) kommentierte plakativ, dass die Schizotypie existiere, „damit wir nicht schizophren werden.“ Was also sind die Schutzfaktoren, die schizotype Personen vor der Entwicklung einer Schizophrenie bewahren, und können diese, eine optimierte Diagnostik vorausgesetzt, positiv beeinflusst werden?

Die Antworten auf diese Fragen sind derzeit eindeutig als Fernziele zu bezeichnen und machen die Notwendigkeit weiterer konstrukttheoretischer und empirischer Forschung in diesem vielseitig verzahnten Persönlichkeitsbereich ersichtlich.

5. Zusammenfassung

Mit dem *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen* liegt seit kurzem ein vollumfänglich publizierter Selbstbeurteilungsfragebogen vor, der die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10 vollständig abbildet. Das Ergänzungsmodul *IKP-Eg* lässt darüber hinaus differentialdiagnostische Optionen innerhalb der und zwischen den beiden Klassifikationssystemen zu, kann zur Spektrumskomplettierung, z.B. im Bereich der *Schizophrenien und Wahnstörungen (F2)*, eingesetzt werden und erfasst darüber hinaus die traditionellen Persönlichkeitsstörungen nach Schneider (1934). In dieser Arbeit wird faktorenanalytisch anhand zweier anderer Selbstbeurteilungsfragebogen, die den Bereich der Normalpersönlichkeit (*HPI*) bzw. den der schizotyp-exzentrischen Merkmale (*SEF*) abbilden, ein psychometrisch wichtiger Beitrag zur Validierung des *IKP* geleistet. Testanalytisch können die im *IKP*-Manual (Andresen 2006) überwiegend überzeugenden Ergebnisse bestätigt werden. Die innovative Konzeption der *IKP*-Skala der *Schizotypen(ischen) Persönlichkeitsakzentuierung* wird durch die dargestellten Resultate gestützt. Faktorenanalytisch wird im Wesentlichen das *Fünf-Faktoren-Modell* (Costa, McCrae 1987) der Normalpersönlichkeit bestätigt, wobei durch das Zusammenfallen der Faktoren *Offenheit für Erfahrungen (O)* und *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)* ein teilweiser Widerspruch zum sechsfaktoriellen *NEOCAR*-Modell (Andresen 1995) ersichtlich wird. Hierbei verteilen sich alle berücksichtigten, klinischen *IKP*-Skalen auf die einzelnen Basisfaktoren der Persönlichkeit, von denen die in negativ gepolter Form vorliegenden Faktoren *Altruismus und Hilfsbereitschaft (A)* und *Extraversion (E)* eine pathologische Varianz auf dem Gegenpol zeigen. Letzterer umfasst in erster Linie den *negativen, interpersonellen* Bereich der Schizotypie, während der gefundene, nicht unabhängig darstellbare *Schizotypie*-Faktor die *positiven, kognitiv-perzeptuellen* sowie dominierend die *desorganisierten* Aspekte der Schizotypie abbildet. Hinsichtlich des weitgehend unerforschten Exzentrikerbereichs weisen die in dieser Arbeit zusammenfallenden Faktoren *Offenheit für Erfahrungen (O)* und *Risiko- und Kampfbereitschaft (R)* die größte Nähe zu exzentrischen Eigenschaften auf. Die vor allem im sozial-interaktiven Kontext stärker problemorientierten Exzentriker-Eigenschaften tendieren deutlich in Richtung Schizotypie.

6. Literaturverzeichnis

- Abel LA, Levin S, Holzman PS (1992): Abnormalities of smooth pursuit and saccadic control in schizophrenia and affective disorders. *Vision Research* 32, 1009-1014.
- Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris JG, Griffith J, Stevens K, Flach, Nagamoto H, Bickford P, Leonard S, Freedman R (1998): Schizophrenia, sensory gating and nicotinic receptors. *Schizophrenia Bulletin* 24: 189-202.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*, DSM-III. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (rev. 3rd ed.)*, DSM-III-R. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association, deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen H, Zaudig M (1994): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Übersetzt nach der 4. Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Andreasen NC (1987): Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first degree relatives. *Am. J. Psychiatry* 151, 1650-1656.
- Andresen B (1995): Risikobereitschaft (R)- der sechste Basisfaktor der Persönlichkeit: Konvergenz multivariater Studien und Konstruktextplikation. *Zeitschrift für differentielle Psychologie* 16: 210-236.
- Andresen B (2000): Six dimensions of personality and a seventh factor of generalized dysfunctional personality: a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychology* 41: 15-23.
- Andresen B (1998b): *Persönlichkeitsstruktur und Psychose tendenz, Bd. 2, Grundlagen, Methoden, Basisfaktoren*. Psychometrie- und Psychodiagnostik-Verlag, Westerau.
- Andresen B (2001a): Konzepte und Fragebogenskalen zur Einordnung von Psychose tendenzen in die differentiell-psychologischen Faktoren der Persönlichkeit. In: Andresen B, Mass R (Hrsg.): *Schizotypie-Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Andresen B, Peter H, Hand I, Maibach H, Jankuhn A (2001b): Sechs klinisch akzentuierte Basisdimensionen der Persönlichkeit unter besonderer Berücksichtigung schizotyper Variablen. In: Andresen B, Mass R (Hrsg.): *Schizotypie-Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze*. Hogrefe, Göttingen.
- Andresen B (2001c): Konzepte und Fragebogenskalen zur Einordnung von psychose tendenzen in die differentiell-psychologischen Faktoren der Persönlichkeit. In: Andresen B, Mass R (Hrsg.): *Schizotypie-Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze*. Hogrefe, Göttingen.
- Andresen B (2002): *HPI Hamburger Persönlichkeitsinventar, Manual*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Andresen B (2005): *BEQ- Der Basic Eight Questionnaire. Vorläufige Handanweisung und Arbeitsmittel*. Noch unveröffentlicht.
- Andresen B (2006): *Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen, Manual*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Andresen B (eingereicht): Eight basic dimensions of personality: a structural model.
- Avila M, Thaker G, Adami H (2001): Genetic epidemiology and schizophrenia: a study of reproductive fitness. *Schizophrenia Research* 47, 233-241.
- Barber JP, Morse JQ (1994): Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory with the SCID-II and PDE. *Journal of Personality Disorders* 8, 307-319.
- Baron M, Gruen R, Rainer JD, Kane J, Asnis L, Lord S (1985): A family study of schizophrenic and normal probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 42, 447-455.
- Battaglia M, Bernardeschi L, Franchini L, Bellodi L, Smeraldi E (1995): A family study of schizotypal disorder. *Schizophrenia Bulletin* 21, 33-45.

- Becker P (1999): Beyond the Big Five. *Personality and Individual Differences* 26, 511-530.
- Becker D, Grilo C, Morey LC, Walker M, Edell W, McGlashan TH (1999): Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Child and Adolescent Psychiatry* 38, 200-205.
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1990): *Gießen Test (GT)*, 4. überarb. Auflage. Huber, Bern.
- Birnbaum K (1909): Über psychopathische Persönlichkeiten. Eine psychopathologische Studie. In: Loewenfeld (Hrsg.), *Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens* (Heft 64). Bergmann, Wiesbaden.
- Blais MA (1997): Clinician ratings of the five-factor-model of personality and the DSM-IV personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 388-393.
- Blashfield RK, Breen MJ (1989): Face validity of the DSM-III-R personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 146, 1575-1579.
- Bleuler E (1911): *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin.
- Bohus M, Stieglitz RD, Fiedler P, Hecht P, Berger M (2004): Persönlichkeitsstörungen. In: Berger M (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie*. Urban und Fischer, München.
- Bronisch T (1992): Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie* 2, 140-150.
- Bronisch T, Flett S, Garcia-Borreguero D, Wolf R (1993): Comparison of a self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 26, 102-107.
- Bronisch T (2000): Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Brown S, Inskip H, Barracough B (2000): Causes of the excess mortality in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 177, 212-217.
- Cannon TD, Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F, Praestholm J, Vestergaard A: Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers II. Structural brain characteristics of schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 51, 955-962.
- Cattell RB, Stice GF (1957): *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois.
- Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1976a). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of abnormal psychology* 85, 374-382.
- Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1976b). Body image aberration in schizophrenia. *Journal of abnormal psychology* 87, 399-407.
- Chen W, Hsiaco CK, Lin CCH (1997): Schizotypy in Community Samples: The three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 649-654.
- Clark L, Livesley WJ, Morey LC (1997): Special feature: Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders* 11, 205-231.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 975-990.
- Cloninger CR, Svrakic DM (1994): Differentiating normal and deviant personality by the seven-factor personality model. In S. Strack, M. Lohr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*, 40-44. Springer, New York.
- Coolidge FL, Merwin MM (1992): Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: a new inventory for the assessment of personality disorders. *Journal of Personality Assessment* 59, 223-238.
- Costa PT, McCrae RR (1987): Validation of the Five-Factor-Model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 81-90.
- Costa PT, McCrae RR (1992): *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor-Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa.

- Costa PT, Widinger TA (2002): Personality disorders and the five-factor model of personality, 2nd edition. American Psychological Association, Washington, DC.
- Crow TJ (1990): The continuum of psychosis and its genetic origins. *Br. J. Psychiatry* 156, 788-797.
- Deneke FW, Hilgenstock B, Müller R(1989): Das Narzissmus-Inventar. Huber, Bern.
- Deutsch H (1955): The Imposter. *Psychoanalytic Quarterly* 24, 483-505.
- Dickey CC, McCarley RW, Shenton MW (2002): The brain in schizotypal personality disorder: a review of structural MRI and CT findings. *Harvard Rev Psychiatry* 10, 1-15.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (5., durchges. u. erg. Aufl.). Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- Dubro AF, Wetzler S (1989): An external validation study of the MMPI personality disorder scales. *Journal of Clinical Psychology* 45, 570-575.
- Duijsens IJ, Eurelings-Bontekoe EHM, Diekstra RW (1996): The VKP, a self-report instrument for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders. *Personality and Individual Differences* Vol. 20 No. 2, 171-182.
- Engel RR (2000): Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2), deutsche Bearbeitung. Hogrefe, Göttingen.
- Eysenck HJ (1959): A manual for the Maudsley Personal Inventory. University of London Press, London.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ (1968): The measurement of Psychotizism: a study of factor stability and reliability. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 7, 286-294.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG (1976): Psychotizism as a dimension of personality. Hodder and Stoughton, London.
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (1989): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), Rev. Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1, Handanweisung (5. erg. Auflage). Hogrefe, Göttingen.
- Feinstein A (1970): The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of chronic Diseases* 23, 455-468.
- Fiedler P (2001): Persönlichkeitsstörungen, 5. Auflage. Psychologie Verlagsunion, Verlagsguppe Beltz, Weinheim.
- Fricke S (2002): Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen. Kassel University Press, Kassel.
- Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J (1996a): Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich B, Limbacher K (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Beltz PVU, Weinheim.
- Fydrich T, Schmitz B, Hennch C, Bodern M (1996b): Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich B, Limbacher K (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Beltz PVU, Weinheim.
- Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender D, Oldham JM, Dyck I, Stout RL (2001): Internal consistency, intercriteria overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 264-272.
- Grove WM, Lebow BS, Clementz BA, Cerri A, Medus C, Iacono WG (1991): Familial prevalence and co-aggregation of schizotypy indicators: A multitrait family study. *Journal of abnormal Psychology* 100, 115-121.
- Gunderson JG, Siever L, Spaulding E (1983): The search for a schizotype. *Archives of General Psychiatry* 40, 15-22.
- Hartkamp H, Wöller W, Ott J, Langenbach M (2002): Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus. In: Tress W, Möller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen- Leitlinien und Quellentext. Schattauer, Stuttgart.

- Hathaway SR, McKinley JC (1951): The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Manual (Revised). The psychological Corp., New York.
- Hentschel K (2004): Semantische, psychopathologische und syntaktische Beurteilung der Kriterienätze für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10. Psychologische Dissertation, Universität Hamburg.
- Heumann K, Morey L (1990): Reliability of categorical and dimensional judgements of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147, 498-500.
- Hoch P, Polatin P (1939): Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiatry Quarterly* 23, 248-276.
- Holzman PS, Proctor LR, Hughes DW (1973): Eye tracking patterns in schizophrenia. *Science* 181, 179-181.
- Huber G (1994): *Psychiatrie* (5. neu bearb. und erg. Auflage). Huber, Stuttgart.
- Hunt C, Andrews G (1992): Measuring personality disorders: the use of self-report questionnaires. *Journal of Personality disorders* 6, 125-133.
- Hyer SE, Rieder SO, Williams JBW et al. (1983): Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ). Unpublished manuscript. NYS Psychiatric Institute, New York.
- Hyer SE, Rieder SO, Williams JBW et al. (1987): Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)-Revised. NYS Psychiatric Institute, New York.
- Hyer SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L (1990): Validity of the Personality Disorder Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 1043-1048.
- Ismail B, Cantor-Graae E, McNeil TF (1998): Neurological abnormalities in schizophrenic patients and their siblings. *American Journal of Psychiatry* 155, 84-89.
- Jackson DN, Paunonen SV, Fraboni M, Goffin RD (1996): A Five-Factor- versus Six-Factor-Model of personality structure. *Personality and Individual Differences* 20, 33-45.
- Jaspers K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. Springer Verlag, Berlin.
- Jenkins TN (1962): Measurement of the primary factors of the total personality. *Journal of Psychology* 54, 417-442.
- Kaplan S (2002): Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf die verschiedenen Lebensabschnitte. In: Zappotoczky HG, Fischhof PK (Hrsg.). *Psychiatrie der Lebensabschnitte -ein Kompendium*. Springer, Wien.
- Karlson JL (1970): Genetic association of giftedness and creativity with schizophrenia. *Hereditas* 66, 177-181.
- Kavanoussi RJ, Siever LJ (1992): Overlap between borderline and schizotypal personality disorders. *Coprehensivepsychiatry* 33, 7-12.
- Keefe RF, Siever LJ, Mohs RC, Petersen AE, Mahon TR (1989): Eye tracking, schizophrenic disorder and schizotypal personality disorder. *European Archives of psychiatry and neurological sciences* 239, 39-42.
- Kendler KS (1985): Diagnostic approaches to Schizotypal Personality Disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin* 11, 538-553.
- Kendler KS, Hewitt J (1992): The structure of self-report schizotypy in twins. *Journal of Personality Disorder* 6, 1-17.
- Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, O'Hare a, Spellman M, Walsh D (1993): The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands and risks of schizophrenia in relatives. *Archives of General Psychiatry* 50, 527-540.
- Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F (1968): The types of prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research* 6, 345-362.
- Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F, Jacobsen B (1975): Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interviews. *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association*, 147-165.

- Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, Ingraham LJ, Jansson L, Faber B, Kinney DK (1994): Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry* 51, 142-155.
- Klein Ch, Andresen B, Jahn T (1997): Erfassung der schizotypen Persönlichkeit nach DSM-III-R. Psychometrische Eigenschaften einer autorisierten deutschsprachigen Übersetzung des SPQ von Raine. *Diagnostica* 43, 347-369.
- Klein Ch, Andresen B, Jahn T (2001): Konstruktvalidierung der deutschen Adaptation des „Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) von Raine (1991). In Andresen B, Maß R (Hrsg.): Schizotypie- Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze. Hogrefe, Göttingen.
- Knight RP (1953): Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinics* 1, 1-12.
- Koch JLA (1891-1893): Die psychopathischen Minderwertigkeiten (Bd1-3), Ravensburg.
- Köhler D (1999): Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und ihre Beziehungen zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit. Psychologische Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Kraepelin E (1896): *Psychiatrie*, Leipzig.
- Kraepelin E (1909): *Psychiatrie* (8. Auflage), Leipzig.
- Kretschmer E (1921): *Körperbau und Charakter*, Kretschmer W (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin.
- Kuhl J, Kazén M (1997): *Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI)*, Handanweisung. Hogrefe, Göttingen.
- Leichsenring F (1997): *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Hogrefe, Göttingen.
- Leonhard K (1976): *Akzentuierte Persönlichkeiten* (2. überarb. Auflage), Fischer, Stuttgart.
- Liddle PF (1987): The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry* 151: 145-151.
- Loranger AW, Susman VL, Oldham JM, Russakoff LM (1987): The Personality Disorder Examination: a preliminary report. *Journal of Personality Disorders* 1, 1-13.
- Loranger AW (1992): Are current self-report and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders? *Journal of Personality Disorders* 6, 313-325.
- Maslehaty H (2006): *Konstruktion und Reliabilitätsprüfung eines neuen Schizotypie-Inventars: Schizotypal Personality Inventory (SPI)*. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.
- Mason O, Claridge G, Jackson M (1995): New scales for the assessment of schizotypy. *Personal. Individ. Differ* 1, 7-13.
- Meehl PE (1962): Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia. *American Psychologist* 17, 827-838.
- Miller GF (2001): Aesthetic fitness: how sexual selection shaped artistic virtuosity as a fitness indicator and aesthetic preference as mate choice criteria. *Bull. Psychol. Arts* 2, 20-25.
- Millon T (1983): *Millon Clinical Multiaxial Inventory, manual* (3rd ed.). Interpretive Scoring Systems, Minneapolis.
- Millon T (1985): The Millon Clinical Multiaxial Inventory provides good assessment of DSM-III-disorders: The MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment* 49, 379-391.
- Millon T (1987): *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, manual*. National computer systems, Minneapolis.
- Mombour W, Zaudig M, Berger P, Gutierrez K, Berner W, Berger K, v. Cranach M, Giglhuber O, v. Bose M (1996): *IPDE ICD-10-Modul von A.W. Loranger, Manual mit Interview*. Huber, Bern.
- Morey LC (1980): The categorical representation of personality disorder: a cluster analysis of DSM-III-R personality features. *Journal of abnormal personality* 97 (3), 314-321.
- Morey LC, Waugh MH, Blashfield RK (1985): *MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates*. *Journal of Personality Assessment* 49, 245-251.

- Nettle D, Clegg H (2005): Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proc. R. Soc. B.* Published online 09/2005.
- O'Dricoll GA, Lenzenweger MF, Holzman PS (1998): Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy. *Gen. Psychiatry* 55, 837-843.
- Oldham JM, Skodol, AE, Kellmann D, Hyler SE, Rosnick L, Davies M (1992): Diagnosis of DSM-III-R by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 149, 213-220.
- O'Reilly T, Dunbar R, Bentall R (2001): Schizotypy and creativity: an evolutionary connection? *Personal. Individ. Differ.* 31, 1067-1078.
- Ostendorf F (1990): *Sprache und Persönlichkeitsstruktur.* S. Roderer Verlag, Regensburg.
- Ostendorf F, Angleitner A (1994): Psychometric properties of the German translation of the NEO Personality Inventory (NEO-PI). Manuskript.
- Ostendorf F, Angleitner A (2003): NEO-PI-R NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, revidierte Form. Hogrefe, Göttingen.
- Ottoson H, Bodlund O, Ekselius L, Grann M, v. Knorring L, Kullgren G, Linström E, Söderberg S (1998): DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with structured interviews. *European Psychiatry* 13, 246-253.
- Ottoson H, Ekängius L, Grann M, Kullgren G (2002): Cross-system concordance of personality disorders diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal of Personality Disorders* 16, 283-292.
- Peterson DR (1965): Scope and generality of verbally defined personality factors. *Psychological Review* 72, 48-59.
- Petrilowitsch N (1964): *Abnorme Persönlichkeiten* (2. erw. Auflage), Karger, Basel.
- Piersma HL (1987): The MCMI as a measure of DSM-III axis-II diagnoses: an empirical comparison. *Journal of Clinical Psychology* 42, 478-483.
- Pinel P (1809): *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (2. edn). Brosson, Paris.
- Rado S (1953): Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry* 110, 406-416.
- Raine A, Albutt J (1988): Factors in schizoid personality. *British Journal of Clinical Psychiatry* 28, 231-40.
- Raine A (1991): The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal Personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin* 17, 555-564.
- Raine A, Reynolds C, Lencz A, Triphon N, Kim D (1994): Cognitive-perceptual, Interpersonal and Disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin* 20, 191-201.
- Reich J, Noyes MPH, Troughton E (1987): Dependent personality disorder associated with phobic avoidance on patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 323-326.
- Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PG, Lizardi H (1994): Concordance between patients and informants on the Personality Disorder Examination. *American Journal of Psychiatry* 151, 568-573.
- Rosanoff AJ (1911): A study of heredity in insanity in the light of Mendelian theory. *American Journal of Insanity* 68, 221-261.
- Ross SR, Lutz CJ, Bailey SE (2002): Positive and negative symptoms of schizotypy and the five-factor-model: a domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 79 (1), 53-72.
- Ruiter C de, Greeven PGJ (2000): Personality disorders in a Dutch psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders* 14, 162-170.
- Saß H, Houben I, Herpertz S, Steinmeyer EM (1996): Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie.* Hrg.: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K, Psychologie Verlagsunion, Weinheim, 42-55.

- Saucier G (2003): An alternative multi-language structure for personality attributes. *European Journal of Psychology* 17: 179-205.
- Scherbarth-Roschmann P, Hautzinger M (1991): Zur psychometrischen Erfassung der Schizotypie. Methodische Überprüfung und erste Validierung von zwei Skalen zur Erfassung von Risikomeerkmalen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 20, 238-250.
- Schneck P (1997): *Geschichte der Medizin systematisch*. UNI-MED Verlag, Bremen, Lorch/Württemberg.
- Schneewind KA, Schröder G (1998). *Der 16-Persönlichkeits-Faktor-Test, rev. Fassung (16-PF-R)*. Huber, Bern.
- Schneider K (1923): *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Deuticke, Leipzig.
 Schneider K (1934): *Die psychopathischen Persönlichkeiten (3. Aufl.)*. Deuticke, Leipzig.
- Schneider K (1957): Primary and secondary symptoms in schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 25, 487-490.
- Schröder K (2004): *Diagnostische Methoden im Vergleich bei angstnahen Persönlichkeitsstörungen*. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.
- Schulberg D (2000): Six subclinical spectrum traits in normal creativity. *Creativity Res. J.* 13, 5-16.
- Schulz PM, Schulz SC, Goldberg SC, Ettigi P, Resnick RJ, Friedel RO (1986): Diagnoses of the relatives of schizotypal outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 457-463.
- Shapiro D (1965): *Neurotic Styles*. Basic books, New York.
- Shea MT (1992): Some characteristics of the axis II criteria sets and their implications for assessment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 6, 377-381.
- Shea MT (1995): Interrelationships among categories of personality disorders. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Ed. Livesley WJ, The Guilford Press, New York.
- Siever LJ, Rotten M, Losonczy M, Guo SL, Mitropoulou V, Trestman R, Apter S (1995): Lateral ventricular enlargement in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research* 57, 109-118.
- Skibinski A (2005): *Exzentrische Merkmale im Kontext gesunder Persönlichkeitsstörungen und klinisch schizotyper Störung*. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg.
- Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler S (1988): Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry* 145, 1297-1299.
- Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler S (1991): Development of a procedure for validating structured assessments of axis II. In: Oldham JM (Ed.), *Personality Disorders: New Perspectives on diagnostic validity*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Spitzer RL, Fleiss JL (1974): A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 125, 341-347.
- Spitzer RL, Endicott J, Gibbons M (1979): Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry* 36, 17-24.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbons M (1987): *Structured Clinical Interview for DSM-IV-personality disorders (SCID-II)*. New York Psychiatric Institute, Biometrics Research, New York.
- Stern A (1938): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489.
- Stieglitz RD (2000): *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen*. Hogrefe, Göttingen.
- Stone MH (1993): Etiology of Borderline Personality Disorder: Psychobiological factors contributing to an underlying irritability. In: Paris J (Hrsg.), *Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Sullivan HS (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York.

- Thalbourne MA, Delin PS (1994): A common thread underlying belief in the paranormal, creative personality, mystical experience and psychopathology. *Journal of Parapsychology* 58, 3-58.
- Tölle R (1966): *Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormer Persönlichkeiten*. Springer, Berlin.
- Tölle R (1994): *Psychiatrie* (10. Aufl.). Springer, Berlin.
- Torgersen S (1984): Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. A twin study. *Archives of General Psychiatry* 41, 346-354.
- Torgersen S, Onstad S, Skre I, Edvarsen J, Kringlen E (1993): "True" schizotypal personality disorder: a study of co-twins and relatives of schizophrenic probands. *American Journal of Psychiatry* 150, 1661-1667.
- Tsuang T, Stone WS, Faraone SV (2001): Genes, environment and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 40, 18-24.
- Vollema MG, van den Bosch RJ (1995): The multidimensionality of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin* 21, 19-31.
- Watson D, Clark LA (1992): On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor-model. *Journal of Personality* 60: 441-476.
- Watson D, Clark LA (1997): Extraversion and its positive emotional core. In: Hogan R, Johnson J, Briggs S: *Handbook of personality psychology*. Academic Press, San Diego.
- Weeks D, James J (1997): *Über das Vergnügen, anders zu sein* (34). Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Weltgesundheitsorganisation (1999): *Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen (ICD-10), Kapitel V (F), Klinische und diagnostische Leitlinien*. Hrsg. und Übersetzung: Dilling A, Montabour W, Schmidt M. Revidierte 10. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Widiger TA, Sanderson C (1987): The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Assessment* 51, 228-242.
- Widiger TA, Sanderson C (1995): Toward a dimensional model of personality disorders. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Hrsg.: Livesley WJ, The Guilford Press, New York.
- Wiggins JS, Pincus AL (1994): In: Costa PT, Widinger TA: *Personality disorders and the Five-Factor-Model of personality*. American Psychological Association, Washington.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997): *SKID- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II, Handanweisung*. Beltz PVU, Weinheim.
- Wittchen HU (1996): *Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen*. In: *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie*, 27-41. Psychologie Verlagsunion, Weinheim.
- Yang CQ, Kitamura M, Nishino N, Shirakawa O (1998): Isotype-specific G-Protein abnormalities in the left superior temporal cortex and limbic structures of patients with chronic schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 43, 12-19.
- Zimmerman M, Coryell WH (1990): Diagnosing personality disorders in the community, a comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry* 47, 527-531.
- Zimmerman M (1994): Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 51, 225-245.

7. Danksagung

Herrn Professor Doktor Dieter Naber danke ich für die Möglichkeit, diese Arbeit an seiner Klinik durchführen zu dürfen.

Ganz besonders sei Herrn Professor Doktor Burghard Andresen für die Einblicke in die Persönlichkeitsforschung sowie die freundliche und wegweisende Betreuung und Unterstützung gedankt, die in allen Phasen dieser Arbeit auch kurzfristig gewährleistet wurde.

Meinen Eltern Susanne Möller-Tesche und Wolfgang Möller habe ich für so viel mehr zu danken als nur für das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Elvin Zengin danke ich sehr für das Korrekturlesen des Manuskriptes.

Nicht zuletzt möchte ich mich herzlich bei allen ProbandenInnen bedanken, ohne die diese Arbeit nicht hätte angefertigt werden können.

8. Lebenslauf

Angaben zur Person:

Name: Fabian Wolfgang Möller
Geburtstag und –ort: 23.10.1978 in Düsseldorf
Familienstand: ledig
Konfession: katholisch
Nationalität: deutsch

Schulbildung:

1984-1989 Besuch der Grundschule Tinnum/Sylt
1989-1998 Besuch des Gymnasiums Westerland/Sylt

Zivildienst:

September 1998-
Oktober 1999 Zivildienst in der Krankenpflege im Krankenhaus
Bethanien in Hamburg

Berufsausbildung:

Oktober 1999 Beginn des Medizinstudiums am Universitätsklini-
kum Hamburg Eppendorf

September 2001 Ärztliche Vorprüfung (Note:3)

März 03 Erstes Staatsexamen (Note:2)

März 05 Zweites Staatsexamen (Note:1,6)

April 05-
August 05 Praktisches Jahr: Innere Medizin am AK St. Ge-
org/Hamburg

August 05-
Dezember 05 Praktisches Jahr: Chirurgie am AK St. Ge-
org/Hamburg

Dezember 05-
März 2006 Praktisches Jahr: Wahlfach Neurologie am
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

April 06 Drittes Staatsexamen (Note:2)

September 06-
Dezember 06 Assistenzarzt in der Neurologie der Asklepiosklinik
Wandsbek

Seit Januar 07 Assistenzarzt in der Neurologie des Universitäts-
krankenhauses Hamburg Eppendorf

9. Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit selbständig 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, Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner erkläre ich, dass ich die Dissertation nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Fabian Möller, 13.03.2008.

10. Anhang

10.1 Definitionen der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 und DSM-IV

a) Allgemeine klinisch-diagnostische Leitlinien der Persönlichkeitsstörungen (F60) des ICD-10:

- Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtliche Hirnschädigungen oder –krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:
- G1 Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
 - G2 Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
 - G3 Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
 - G4 Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
 - G5 Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
 - G6 Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die Diagnose der meisten Untergruppen müssen mindestens drei der jeweils genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen. In unterschiedlichen Kulturen müssen unter Umständen besondere Kriterien in Hinsicht auf soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen entwickelt werden. (Weltgesundheitsorganisation 1999)

b) Allgemeine klinisch-diagnostische Leitlinien der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV:

- A Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: als Störung der Kognition, des Affekts, der interpersonellen Beziehungen und/oder der Impulskontrolle-
- B Das gezeigte Erlebens- bzw. Verhaltensmuster ist unflexibel und andauernd in einem weiten Spektrum persönlicher und sozialer Strukturen.
- C Die Persönlichkeitsstörung führt zu klinisch bedeutsamen Beschwerden und/oder zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in sozialen, beruflichen oder anderen persönlichen Situationen und Zusammenhängen.
- D Das Erlebens- und Verhaltensmuster erweist sich als stabil und lang andauernd, und seine Entstehung kann wenigstens ins Jugendalter, wenn nicht gar bis in die Kindheit zurückverfolgt werden.
- E Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder auf organische Störungen (z.B. Schädel-Hirn-Trauma) zurück. (American Psychiatric Association, deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen H, Zaudig M 1994)

10.2 Titel und diagnostische Kennzeichnungen der *IKP*-Skalen

Tabelle 18: Titel und diagnostische Kennzeichnungen der *IKP/IKP-Eg*-Skalen

a)

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

DEP	Dependente (Abhängige) PA	DSM-IV Dependente, ICD-10 Abhängige PS
	<i>Kinder- und Jugendpsychiatrischer Bereich: DSM-IV Störung mit Trennungsangst, ICD-10 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters</i>	
ZWA	Zwanghafte (Anankastische) PA	DSM-IV Zwanghafte, ICD-10 Anankastische PS
	keine (vgl. Skala OBS)	

Anmerkung: Spektrumsbezüge sind kursiv gesetzt. * Die Spektrumsbezüge müssen in manchen Fällen deutlich relativiert oder spezifiziert werden, was hier nicht im Detail erläutert werden kann.

b)

IKP-Eg-Skala	Titel der Skala	Diagnostische (D) und Differenzialdiagnostische (DD) Funktionen für DSM-IV- und ICD-10-Diagnosen
	Spektrumsbezüge zu Achse I*	
DPR	Depressive PA	D: DSM-IV Depressive PS (Forschungskriterien, Anhang B)
	<i>DSM-IV Dysthyme Störung, ICD-10 Dysthymia</i>	
PAS	Passiv-aggressive (Negativistische) PA	D: DSM-IV Passiv-aggressive (Negativistische) PS (Forschungskriterien, Anhang), ICD-10 Passiv-aggressive (negativistische) PS (vorläufige Kriterien, Anhang)
	keine	
ANF	Anforderungs- und leistungsängstliche PA	DD: DSM-IV Vermeidend-Selbstunsichere PS, ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS
	<i>DSM-IV Soziale Phobie, ICD-10 Soziale Phobie</i>	
AST	Asthenisch-nervöse PA	DD: DSM-IV Dependente PS, ICD-10 Abhängige PS
	ICD-10 Neurasthenie	
FUR	Furchtsame (körperlich bedrohungssensible) PA	DD: ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS
	<i>DSM-IV Spezifische Phobie, ICD-10 Spezifische (isolierte) Phobie</i>	
DIS	Dissoziative PA	DD: DSM-IV Schizotypische PS, ICD-10 Schizotype Störung (F2), DD: DSM-IV Borderline PS, ICD-10 Emotional instabile PS, Borderline Typus
	<i>DSM-IV Dissoziative Störungen, Depersonalisationsstörung, ICD-10 Dissoziative Störungen, Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (-störung)</i>	
OBS	Obsessiv-selbstunsichere PA	DD: DSM-IV Vermeidend-Selbstunsichere PS, ICD-10 Ängstliche (Vermeidende) PS

	<i>DSM-IV Zwangsstörung, ICD-10 Zwangsstörung</i>	
MAN	<i>Maniforme (Hyperthyme) PA</i>	DD: DSM-IV Narzisstische PS, ICD-10 Narzisstische PS (Forschungskriterien, Anhang); DSM-IV Histrionische PS, ICD-10 Histrionische PS
	<i>DSM-IV Hypomane Episode, ICD-10 Hypomanie</i>	
ZYG	<i>Zyklothyme PA</i>	DD: DSM-IV Borderline PS ICD-10 Emotional instabile PS, Borderline Typus
	<i>DSM-IV Zyklothyme Störung, ICD-10 Zyklothymia</i>	
SUC	<i>Suchtanfällige (Willensschwache) PA</i>	DD: DSM-IV Borderline PS, ICD-10 Emotional instabile PS, Borderline Typus
	<i>DSM-IV Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen, ICD-10 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, DSM-IV/ICD-10 Essstörungen</i>	
DES	<i>Desorganisierte PA</i>	DD: DSM-IV Schizotypische PS, ICD-10 Schizotype Störung (F2)
	<i>DSM-IV Dimension Desorganisation der alternativen Schizophrenie-Diagnostik (DSM-TR, S. 839)</i>	
OPP	<i>Opponierend-streitbare PA</i>	DD: DSM-IV/ICD-10 Passiv-aggressive (Negativistische) PS (Forschungskriterien bzw. Vorläufige Kriterien, Anhang), DSM-IV/ICD-10 Paranoide PS
	<i>Kinder- und Jugendpsychiatrischer Bereich: DSM-IV Oppositionelles Trotzverhalten, ICD-10 Oppositionelles, aufsässiges Verhalten</i>	
RIS	<i>Riskierend-abenteuerlustige PA</i>	DD: DSM-IV Antisoziale PS, ICD-10 Dissoziale PS
	<i>DSM-IV Störungen der Impulskontrolle, ICD-10 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle</i>	

Anmerkungen: Spektrumsbezüge sind kursiv gesetzt. * Die Spektrumsbezüge müssen in manchen Fällen deutlich relativiert oder spezifiziert werden, was hier nicht im Detail erläutert werden kann. (aus: IKP-Manual, Andresen 2006)

10.3 Items der IKP-Skala Schizotypische (Schizotype)

Persönlichkeitsakzentuierung (STY) in Kurz- und Langform

Tabelle 19: Items der IKP-Skala Schizotypische (Schizotype) Persönlichkeitsakzentuierung (STY) in Kurz- und Langform

Form	Nr. IKP-G	Krit. DSM-IV	Item
L & K	9	A(1)	Die unscheinbarsten Dinge enthalten für mich oft eine Botschaft über Leben und Tod.
L & K	20	A(2)	Leute verhalten sich oft so merkwürdig, dass man vermuten muss, dass sie Teil eines Experiments sind.
L & K	42	A(4)	Ich versuche, mich mit bestimmten Menschen in einer Art geheimer Zeichensprache zu verständigen.
L & K	53	A(6)	Manchen Menschen gegenüber bin ich extrem verschlossen und abweisend, weil ich sie für meine heimlichen Feinde oder für Agenten einer fremden Macht halte.
L & K	64	A(7)	Ich habe ganz besondere Verhaltensweisen (z.B. bestimmte Rituale) angenommen, über die andere nur den Kopf schütteln, weil sie die geheimnisvollen Hintergründe nicht verstehen.
L & K	75	A(9)	Ich fürchte mich vor einigen Menschen ganz besonders, da ich den begründeten Verdacht habe, dass sie Teil einer großen Verschwörung sind.
L & K	97	A(1)	Ich habe öfter das Gefühl, dass alle Dinge um mich herum nur meinerwegen geschehen.
L & K	108	A(4)	Andere Menschen haben oft das Problem, dass sie meinen tiefsten Gedanken und Einsichten nicht mehr folgen können.
L & K	119	A(5)	Ich bemerke oft sonderbare Veränderungen in meiner Umgebung, die ich meistens richtiger Weise als Warnsignale oder verräterische Zeichen interpretiere.
L & K	130	A(3)	Ich spüre oft die bösen Absichten anderer Menschen durch ungewöhnliche Körpergefühle in ihrer Nähe.
L		A(8)	Für mich trifft zu, dass menschliche Größe einsam macht.
L		A(2)	Bestimmte Gedanken in mir gehören in Wirklichkeit zu einem/r anderen.
L		A(5)	Ich bin ein Mensch, der einen sechsten Sinn für heimtückische Angriffe entwickelt hat.
L		A(6)	Manchmal spüre ich Ekel gegenüber eigentlich ganz unauffälligen Menschen.
L		A(9)	Manchen Menschen gegenüber verhalte ich mich unnatürlich und verkrampft, weil sie extrem unheimlich oder abstoßend auf mich wirken.
L		A(3)	Leute, die mich gut kennen, fangen manchmal an, wie Fremde auszuschaun.
L		A(7)	Ich habe Verhaltensweisen, Gesten oder Gewohnheiten angenommen, die viele andere komisch oder skurril finden.
L		A(8)	Es kränkt mich, dass einige Menschen meine freundschaftlichen Gefühle bewusst missverstehen.
	Neg. Items		Nur für Kontrollskalen, nicht für IKP-G-STY verrechnet
	31(-)		Ein Gefühl, dass eigentlich belanglose Zufallsereignisse für mich persönlich eine Botschaft enthalten, hatte ich nie.
	86(-)		Meine Sinneswahrnehmungen sind fast immer klar und realistisch und laufen ohne seltsame Veränderungen ab.

(aus: IKP-Manual, Andresen 2006)

10.4 Korrelationen nach Spearman

Tabelle 20: Korrelationen nach Spearman zw. den IKP-Skalen

a)

IKP	IKPPAR	IKPSCH	IKPSTY	IKPANT	IKPBOR	IKPIMP	IKPHIS	IKPNAR
IKPPAR	1							
IKPSCH	,56**	1						
IKPSTY	,38**	,43**	1					
IKPANT	,4**	,39**	,38**	1				
IKPBOR	,29**	,42**	,57**	,47**	1			
IKPIMP	,3**	,3**	,39**	,5**	,65**	1		
IKPHIS	,15	,12	,41**	,38**	,6**	,52*	1	
IKPNAR	,15	,21**	,46**	,46**	,52**	,39**	,7**	1
IKPVER	,42**	,55**	,24**	,1	,39**	,17	-,02	-,06
IKPDEP	,17	,27**	,27**	,19*	,51**	,41**	,4**	,22*
IKPZWA	,32**	,4**	,27**	,09	,22*	,19*	,16	,21*
IKP-Eg								
IKPDPR	,45**	,62**	,41**	,31**	,68**	,41**	,25**	,25**
IKPPAS	,43**	,53**	,57**	,47**	,61**	,5**	,41**	,44**
IKPANF	,26**	,36**	,29**	,16	,6**	,48**	,38**	,21*
IKPAST	,18*	,4**	,29**	,16	,51**	,41**	,33**	,18
IKPFUR	,13	,22**	,04	,1	,16	,26**	,18	,03
IKPDIS	,31**	,48**	,68**	,49**	,7**	,51**	,43**	,38**
IKPOBS	,26**	,41**	,51**	,36**	,75**	,52**	,46**	,39**
IKPMAN	,06	,02	,4**	,41**	,43**	,46**	,69**	,64**
IKPZYK	,37**	,47**	,55**	,31**	,76**	,52**	,45**	,39**
IKPSUC	,15	,3**	,31**	,25**	,62**	,42**	,45**	,34**
IKPDES	,38**	,61**	,67**	,51**	,71**	,64**	,51**	,55**
IKPOPP	,28**	,24**	,37**	,57**	,56**	,79**	,5**	,5**
IKPRIS	,04	,07	,36**	,58**	,41**	,41**	,58**	,6**

b)

IKP	IKPVER	IKPDEP	IKPZWA	IKP-Eg	IKPDPR	IKPPAS	IKPANF	IKPAST	IKPFUR
IKPVER	1								
IKPDEP	,49**	1							
IKPZWA	,38**	,32**	1						
IKP-Eg									
IKPDPR	,66**	,57**	,3**		1				
IKPPAS	,37**	,51**	,34**		,58**	1			
IKPANF	,57**	,67**	,33**		,66**	,51**	1		
IKPAST	,37**	,49**	,22*		,54**	,51**	,53**	1	
IKPFUR	,17	,3**	,19*		,22*	,17	,35**	,35**	1
IKPDIS	,31**	,41**	,2*		,52**	,6**	,42**	,4**	,09
IKPOBS	,44**	,57**	,35**		,62**	,54**	,55**	,49**	,16
IKPMAN	-,29**	,11	,12		,05	,33**	,09	,22*	,1
IKPZYK	,38**	,51**	,27**		,59**	,52**	,52**	,54**	,13
IKPSUC	,2*	,46**	,03		,45**	,35**	,43**	,42**	,19*
IKPDES	,34**	,4**	,28**		,55**	,58**	,42**	,32**	,1
IKPOPP	,11	,26**	,15		,32**	,4**	,31**	,25**	,15
IKPRIS	-,2*	,02	,02		0	,28**	,02	,1	-,16

c)

<i>IKP-Eg</i>	IKPDIS	IKPOBS	IKPMAN	IKPZYK	IKPSUC	IKPDES	IKPOPP	IKPRIS
IKPDPR								
IKPPAS								
IKPANF								
IKPAST								
IKPFUR								
IKPDIS	1							
IKPOBS	,61**	1						
IKPMAN	,32**	,34**	1					
IKPZYK	,62**	,74**	,35**	1				
IKPSUC	,5**	,64**	,29**	,55**	1			
IKPDES	,65**	,61**	,39**	,63**	,49**	1		
IKPOPP	,41**	,43**	,53**	,49**	,4**	,65**	1	
IKPRIS	,33**	,24**	,63**	,26**	,19*	,39**	,5**	1

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

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

Tabelle 21: Korrelationen nach Spearman zw. den IKP- und den HPI-Skalen

IKP	<i>HPI</i>	<i>HPIE</i>	<i>HPIO</i>	<i>HPIIC</i>	<i>HPIA</i>	<i>HPIR</i>
IKPPAR	,22*	-,21	-,11	,18	-,13	,05
IKPSCH	,23*	-,43**	-,04	,07	-,08	,01
IKPSTY	,27**	0	,25**	-,05	,05	,26**
IKPANT	,07	-,04	-,04	-,23*	-,44**	,34**
IKPBOR	,54**	-,01	,22*	-,21*	-,14	,1
IKPIMP	,45**	,02	,08	-,14	-,28**	,17
IKPHIS	,34**	,35**	,37**	-,11	-,09	,22*
IKPNAR	,13	,2*	,45**	-,16	-,04	,39**
IKPVER	,41**	-,41**	-,11	,16	,04	-,32**
IKPDEP	,54**	-,11	,15	-,03	,07	-,25**
IKPZWA	,18	-,02	,037	,6**	,27**	-,01
<i>IKP-Eg</i>						
IKPDPR	,56**	-,3**	,05	-,07	-,06	-,17
IKPPAS	,38**	-,06	,03	-,06	-,03	,09
IKPANF	,61**	-,12	,08	-,02	,05	-,25**
IKPAST	,56**	-,13	,15	,04	,06	-,1
IKPFUR	,19*	-,01	-,03	,07	,13	-,34**
IKPDIS	,4**	-,11	,04	-,2*	-,21*	,15
IKPOBS	,54**	-,09	,22*	-,04	-,01	,02
IKPMAN	,05	,49**	,24**	-,06	-,05	,35**
IKPZYK	,56**	-,02	,19*	-,04	-,02	,04
IKPSUC	,36**	-,04	,13	-,21*	-,12	-,09
IKPDE	,34**	-,17	,14	-,16	-,24**	,18*
IKPOPP	,32**	,08	,09	-,18	-,35**	,25**
IKPRIS	-,02	,35**	,31**	-,19*	-,2*	,63**

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

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

Tabelle 22: Korrelationen nach Spearman zw. den *IKP*-Skalen und den *Schizotypieskalen (SPI)* des *SEF*-Fragebogens sowie der *IKP*-Skala *STY*

a)

<i>IKP</i>	SPI_1	SPI_2	SPI_3	SPI_4	SPI_5	SPI_6a	SPI_6b
IKPPAR	,22*	,25**	,24**	,27**	,58**	,38**	,43**
IKPSCH	,28**	,39**	,41**	,51**	,54**	,49**	,49**
IKPSTY	,48**	,74**	,67**	,61**	,53**	,17	,51**
IKPANT	,24**	,27**	,34**	,38**	,44**	,26**	,45**
IKPBOR	,55**	,58**	,5**	,62**	,41**	,14	,5**
IKPIMP	,36**	,4**	,48**	,45**	,27**	,09	,51**
IKPHIS	,4**	,4**	,41**	,48**	,24**	-,11	,44**
IKPNAR	,36**	,39**	,38**	,52**	,31**	,09	,46**
IKPVER	,33**	,2**	,22*	,29**	,38**	,5**	,26**
IKPDEP	,37**	,28**	,33**	,31**	,17	,15	,18
IKPZWA	,31**	,29**	,27**	,24*	,33**	,46**	,25**
<i>IKP-Eg</i>							
IKPDPR	,41**	,37**	,31**	,45**	,44**	,31**	,41**
IKPPAS	,59**	,53**	,49**	,46**	,63**	,25**	,51**
IKPANF	,48**	,35**	,35**	,32**	,25**	,15	,27**
IKPAST	,34**	,39**	,44**	,35**	,31**	,09	,29**
IKPFUR	,2*	,19*	,24**	,01	,1	0	,07
IKPDIS	,53**	,61**	,69**	,59**	,44**	,25**	,45**
IKPOBS	,52**	,49**	,53**	,56**	,37**	,19**	,44**
IKPMAN	,36**	,42**	,43**	,44**	,25**	-,12	,45
IKPZYK	,49**	,51**	,53**	,53**	,43**	,11	,48**
IKPSUC	,38**	,36**	,47**	,41**	,23*	-,07	,27**
IKPDES	,46**	,51**	,55**	,72**	,44**	,26**	,69**
IKPOPP	,32**	,34**	,4**	,41**	,24**	,1	,5**
IKPRIS	,19*	,34**	,35**	,4**	,24**	,03	,43**

b)

<i>IKP</i>	SPI_7	SPI_8	SPI_9	SPI_10	IKP_STY
IKPPAR	,27**	,45**	,31**	,02	,36**
IKPSCH	,52**	,64**	,56**	,13	,5**
IKPSTY	,56**	,22*	,23*	,5**	,8**
IKPANT	,45**	,31**	,09	,11	,32**
IKPBOR	,59**	,22*	,34**	,34**	,59**
IKPIMP	,47**	,17	,17	,22*	,4**
IKPHIS	,43**	-,02	-,05	,38**	,43**
IKPNAR	,51**	,16	-,03	,35**	,47**
IKPVER	,22*	,49**	,75**	-,03	,35**
IKPDEP	,17	,15	,35**	,07	,37**
IKPZWA	,2*	,3**	,32**	,11	,35**
<i>IKP-Eg</i>					
IKPDPR	,4**	,36**	,55**	,11	,48**
IKPPAS	,46**	,41**	,28**	,26**	,61**
IKPANF	,26**	,16	,43**	,15	,41**
IKPAST	,23*	,17	,34**	,22*	,41**
IKPFUR	,01	,06	,26**	,11	,21*
IKPDIS	,51**	,29**	,35**	,37**	,64**
IKPOBS	,41**	,22*	,35**	,14	,63**
IKPMAN	,45**	0	-,22*	,33**	,44**
IKPZYK	,49**	,27**	,37**	,26**	,58**
IKPSUC	,34**	,07	,24*	,13	,41**
IKPDES	,73**	,36**	,34**	,38**	,6**
IKPOPP	,52**	,15	,06	,21*	,33**
IKPRIS	,44**	,08	-,14	,3**	,34**

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

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

Tabelle 23: Korrelationen nach Spearman zw. den IKP-Skalen und den Skalen des Exzentrik- sowie des Kontrollinventars (EI und KI) des SEF-Fragebogens

IKP	EI_INT	EI_KRE	EI_NEX	EI_EIG	EI_EIN	EI_COU	KI_VPP	KI_SE	KI_AS
IKPPAR	,14	,05	,06	,31**	,37**	,07	-,08	,09	-,09
IKPSCH	,08	,11	,13	,5**	,7**	-,02	-,11	0	-,14
IKPSTY	,33**	,41**	,48**	,57**	,53**	,22**	-,07	-,05	-,1
IKPANT	,31**	,08	,42**	,49**	,35**	,26**	,19**	-,13	-,17
IKPBOR	,2*	,31**	,45**	,52**	,61**	,13	-,3**	-,25**	,01
IKPIMP	,16	,17	,39**	,47**	,44**	,22*	-,01	-,29**	,06
IKPHIS	,37**	,52**	,68**	,43**	,34**	,42**	-,05	-,13	,03
IKPNAR	,59**	,54**	,76**	,51**	,38**	,54**	,14	,02	-,07
IKPVER	-,14	-,07	-,19*	,1	,54**	-,35**	-,22*	,09	-,11
IKPDEP	0	,22*	,2*	,18*	,38**	-,21*	-,22*	-,04	,01
IKPZWA	,26**	,1	,13	,31**	,25**	,1	,09	,41**	-,05
IKP-Eg									
IKPDPR	-,04	,09	,15	,29**	,67**	-,18**	-,37**	-,12	,01
IKPPAS	,16	,17	,32**	,51**	,61**	,08	-,06	,02	-,08
IKPANF	-,13	,04	,16	,25**	,47**	-,13	-,29**	-,09	-,07
IKPAST	-,07	,11	,11	,26**	,44**	-,05	-,35**	-,04	,06
IKPFUR	-,1	-,01	-,01	,11	,15	-,04	-,12	,04	-,04
IKPDIS	,13	,27**	,42**	,53**	,58**	,08	-,17	-,16	,01
IKPOBS	,15	,25**	,31**	,37**	,49**	-,02	-,28**	-,21*	,04
IKPMAN	,46**	,42**	,67**	,54**	,19*	,6**	,1	-,1	-,01
IKPZYK	,18	,39**	,35**	,43**	,52**	,04	-,39**	-,2*	,04
IKPSUC	,1	,19*	,34**	,3**	,36**	,03	-,26**	-,24*	,16
IKPDES	,26**	,34**	,51**	,61**	,67**	,19*	-,05	-,21*	-,07
IKPOPP	,38**	,23*	,45**	,44**	,37**	,34**	,07	-,2*	,06
IKPRIS	,42**	,42**	,59**	,48**	,18	,56**	,16	-,09	,01

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

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

10.5 Der SEF-Fragebogen

Die folgenden Seiten zeigen den SEF-Fragebogen, der als einziger von den in dieser Arbeit berücksichtigten Fragebögen noch nicht publiziert ist, in der hier verwendeten Version.

Alter: Geschlecht: Bisher erreichter Schulabschluss:.....

Codierung: Datum der Testbearbeitung:

(vom Untersuchungsleiter eintragen)

Fragebogen über Individualität, Kreativität, Exzentrizität und Originalität

Autor: PD Dr. B. Andresen, Diplom-Psychologe

SEF

Anweisung (bitte sorgfältig lesen):

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Selbstbeschreibungen über das Thema **"Individualität, Kreativität, Exzentrizität und Originalität"** finden. Sie können jede dieser Aussagen entweder mit *"völlig unzutreffend"*, *"eher unzutreffend"*, *"eher zutreffend"* oder *"völlig zutreffend"* beantworten. Kreuzen Sie das entsprechende **Kästchen auf der rechten Seite** an. **Nur ein Kreuz** ist zulässig.

Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir auch einige wenige **„Kontrollaussagen“** vorgeben, die nur zur Überprüfung dienen, ob die Aussagen sinnvoll und gewissenhaft beantwortet wurden.

Antworten Sie so, wie es für Sie **in den letzten Jahren** zutrifft. Für den Fall, dass Sie sich zur Zeit in **einer seelischen Krise** oder in **einer schwierigen Lebenssituation** befinden, beurteilen Sie sich bitte so, wie es **in den letzten Jahren 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. Wenn mit dem Untersuchungsleiter **Anonymität** vereinbart wurde, geben Sie nur einen ausgefallenen **Decknamen statt des eigenen Namens** an (den Sie sich merken müssen), damit Ihre persönlichen Ergebnisse nicht verloren gehen.

- **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 trotzdem **immer eine Antwort** an, und zwar die, **welche noch am besten auf Sie zutrifft**.

- 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 selbst sich einschätzen**. Füllen Sie deshalb den Fragebogen **allein und ohne Hilfe anderer** aus.

- Sie können die Fragebogenbearbeitung **mehrmals unterbrechen**. Achten Sie darauf, dass sie sich beim Ausfüllen des Fragebogens **immer gut konzentrieren** können.

Wenn Sie das Gefühl haben, die **Anweisung nicht verstanden** zu haben, lesen Sie diese noch einmal gründlich durch. Wenn Sie damit trotzdem nicht zurecht kommen, nehmen Sie **Kontakt zum Untersuchungsleiter** auf.

Bitte umblättern und anfangen!

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
1	Wenn ich im Ort oder in der Stadt spazieren gehe, merke ich, dass mich Leute heimlich beobachten.				
2	Ich glaube an übersinnliche Phänomene.				
3	Wenn ich Unrecht erlebe, greife ich couragiert ein.				
4	Bestimmte Gedanken in mir gehören in Wirklichkeit zu einem anderen.				
5	Ich kann knifflige Aufgaben lösen, die andere nicht schaffen.				
6	Mein Lebensstil ist irgendwie auffällig, ganz außerhalb der üblichen Norm.				
7	Ich habe schon mal für einen Moment das Gefühl gehabt, dass ich kein menschliches Wesen sei.				
8	Mir ist es schon mehrfach passiert, dass das Gesicht eines Gegenübers plötzlich ganz anders und fremdartig aussah.				
9	Ich kann mich manchmal anderen Menschen nicht verständlich machen, auch wenn ich mich bemühe.				
10	Ich habe schon einmal Saft getrunken.				
11	Ich bin schon mehrfach im Leben betrogen worden.				
12	Schon in meiner frühen Jugendzeit war ich eine Art „seltsames Kind“.				
13	Wenn ich kreativ bin, verliere ich das Zeitgefühl.				
14	Ich beschäftige mich mit „ketzerischen“ Glaubensfragen.				
15	Die unscheinbarsten Dinge enthalten für mich oft eine Botschaft über Leben und Tod.				
16	Ich werde sehr nervös und ängstlich, wenn ich z.B. auf einer großen Party locker Konversation machen soll.				
17	Ich bin psychisch völlig o.k., niemand sollte bei mir einen seelischen Komplex oder etwas Ähnliches vermuten.				
18	Für mein Leben brauche ich ein gewisses Maß an Sicherheit und Beständigkeit.				
19	Ich spreche oft monoton, kann Gefühle nicht gut durch meine Stimme und Sprechweise zum Ausdruck bringen.				
20	Manchmal sagen andere Leute, dass ich mich sehr merkwürdig verhalte.				
21	Ich verhalte mich immer absolut korrekt, Unregelmäßigkeiten kommen bei mir nie vor.				
22	Man hat mir schon mehrfach vorgeworfen, dass ich mit angeblich plumpen Gefühlsäußerungen immer wieder „ins Fettnäpfchen trete“.				
23	Ich finde es problematisch, einen engen emotionalen Kontakt zu Menschen außerhalb meiner Herkunftsfamilie zu haben.				
24	Ich höre oft eine Stimme meine Gedanken laut aussprechen.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
25	Ich hatte schon mal das Gefühl, mit einer anderen Person mittels Gedankenübertragung zu kommunizieren.				
26	Meine seelische Gesundheit lässt nichts zu wünschen übrig.				
27	Andere halten mich für rätselhaft und undurchschaubar.				
28	Ich befolge ganz streng ein für andere schwer nachvollziehbares Gesundheitsprinzip.				
29	Ich habe gute Gründe, Menschen meiner Umgebung Schlechtes zuzutrauen (z.B. üble Nachrede und böswillige Unterstellung).				
30	Ich verhalte mich immer nach den Regeln von Vernunft und Anstand.				
31	Außerhalb meiner engsten Verwandtschaft gibt es niemanden, dem ich mich wirklich verbunden fühle.				
32	Ich gehe ehrfürchtig mit satanischen Zeichen und Symbolen um, weil sie eine ungeheure negative Kraft in sich bergen.				
33	Man hat mir schon öfter gesagt, dass ich in meinem Gefühlsausdruck übertrieben, grob oder enthemmt wirke.				
34	Ich kann von eins bis zehn zählen.				
35	Manche Menschen denken wegen meines eigenwilligen Verhaltens, dass ich eine sehr wunderliche, seltsame Person sei.				
36	Ich lache oder lächle selten, meistens halten mich andere Leute für ernst oder kühl.				
37	Ich habe kein Problem mich unterzuordnen und anzupassen.				
38	Wenn ich mit vielen Menschen zusammen bin, spüre ich große Anspannung.				
39	Ich kann mir vorstellen, dass man später ein Buch über mich und mein Leben schreiben wird.				
40	Schon in der Jugendzeit galt ich als besonders schlau.				
41	Farben und Geräusche regen meine Fantasie an.				
42	Wenn es darum geht meine Ziele durchzusetzen, bin ich mutig und risikofreudig.				
43	Ich lege Wert darauf, anders zu sein als andere Menschen.				
44	Eigentlich wohl vertraute Gegenstände in einem Raum kommen mir manchmal so seltsam fremd oder verändert vor.				
45	Ich habe oft „gewagte“ Assoziationen oder drücke mich ganz ungewöhnlich aus.				
46	Ich habe beim Einkaufen oder in öffentlichen Verkehrsmitteln oft das Gefühl, dass Leute mich in auffälliger Weise beachten.				
47	Bei manchen geselligen Zusammenkünften fühle ich mich um so gestresster, je länger sie dauern.				
48	Abweichungen von der Norm würde ich mir nie erlauben.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
49	Spiritualität und Esoterik geben meinem Leben einen neuen Sinn.				
50	Ich bin eine starke Persönlichkeit und gestalte mein Leben ohne Kompromisse.				
51	Wenn ich sehe, dass andere Leute sich unterhalten, frage ich mich oft, ob sie vielleicht über mich reden.				
52	Leute wie ich sind das „Salz in der gesellschaftlichen Suppe“.				
53	Ich habe nicht den Mut aus der Reihe zu tanzen.				
54	Ich habe ganz eigenwillige politische Ansichten.				
55	Ich fühle mich von meiner Umwelt unverstanden.				
56	Ich fürchte mich vor einigen Menschen ganz besonders, da ich den begründeten Verdacht habe, dass sie Teil eines großen Komplotts sind.				
57	Ich habe gelegentlich das komische Gefühl gehabt, dass ein Fernseh- oder Radiosprecher wüsste, dass ich ihm zuhöre.				
58	Ich lasse mich nicht einschüchtern und bleibe bei meinem eigenwilligen Lebensprinzip.				
59	Ich bin im Leben immer so etwas wie ein Außenseiter (eine Außenseiterin) geblieben.				
60	Ich glaube, dass meine Seele, mein Wesenskern unsterblich ist.				
61	Anderer Menschen haben oft das Problem, dass sie meinen tiefsten Gedanken und Einsichten nicht mehr folgen können.				
62	Ich habe ungewöhnliche Methoden, mich gegen Krankheiten zu schützen.				
63	Ich bin ständig auf der Hut vor den gegen mich gerichteten Aktivitäten anderer Menschen.				
64	Ich bin der ideale Arbeitnehmer, mache nie Fehler.				
65	Ich habe meistens das Gefühl, dass ich mit anderen Menschen nicht eng vertraut werden kann.				
66	Ich bringe intensive Gefühle öfters nur so heraus, dass andere darüber lachen oder die „Augenbrauen hochziehen“.				
67	Ich habe schon einmal ein Museum besucht.				
68	Ich weiß, dass andere mich als „Paradiesvogel“ bezeichnen.				
69	Mein Gehirn scheint besonders leistungsfähig zu sein.				
70	Die Leute beklagen sich manchmal darüber, dass das Gespräch mit mir sehr verwirrend oder anstrengend ist.				
71	Ich bin seelisch so stabil, dass mich wirklich nichts aus der Bahn werfen könnte.				
72	Ich habe einige exzentrische Gewohnheiten (z.B. spontanes Singen in der Öffentlichkeit), die bei anderen nicht gut ankommen.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
73	Ich habe oft das Gefühl, dass andere es auf mich abgesehen haben.				
74	Mein Minenspiel und meine Gestik sind unlebendig, ich wirke auf andere steif und hölzern.				
75	Ich betreibe eine ganz eigene Art von Wissenschaft.				
76	Manchen Menschen gegenüber verhalte ich mich unnatürlich und verkrampft, weil sie extrem unheimlich oder abstoßend auf mich wirken.				
77	Ich konfrontiere andere gern mit meiner besonderen Weise zu leben.				
78	Kreative Beschäftigungen nehmen einen großen Raum in meinem Leben ein.				
79	Wenn ich Menschen zum ersten Mal begegne, reagiere ich ängstlich oder etwas verunsichert.				
80	Was andere über mich denken, interessiert mich nicht.				
81	Man kann mich immer ganz leicht von allen anderen Menschen unterscheiden.				
82	Mein Verhalten wird oft mit Vorwürfen und Unverständnis bedacht.				
83	Ich erkenne in dem, was andere beiläufig sagen, oft versteckte Kritik oder Anspielungen.				
84	Ich tue oder denke oft Dinge, die andere „pervers“ finden.				
85	Ich fühle mich durch die Reinkarnations-Lehre sehr stark angesprochen.				
86	Ich werde oftmals einen fremdartigen Geschmack auf der Zunge nicht los.				
87	Ich möchte es immer allen recht machen.				
88	Ich bin ein Mensch, der einen sechsten Sinn für heimtückische Angriffe entwickelt hat.				
89	Selbst harmlose soziale Kontakte kosten mich oft Überwindung und setzen mich unter Stress.				
90	Man kann mich durchaus als „Original“ bezeichnen.				
91	Ich bin ein argwöhnischer und zweifelnder Mensch, der hinter die schöne Fassade blickt und die dunklen Seiten des Lebens wahrnimmt.				
92	Ich denke, andere sehen mich oft als ein „Wesen vom anderen Stern“.				
93	Ich spüre oft die bösen Absichten anderer Menschen durch ungewöhnliche Körpergefühle in ihrer Nähe.				
94	Wenn ich höre, wie jemand einen Missstand kritisiert, habe ich leicht das Gefühl, dass im Grunde ich gemeint bin.				
95	Ich habe schon einmal gearbeitet.				
96	Ich erzeuge oft Aufmerksamkeit aufgrund meines sonderbaren Auftretens.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
97	Ich verhalte mich immer so, dass niemand daran etwas aussetzen kann.				
98	Ich habe öfter das Gefühl, dass alle Dinge um mich herum nur meinetwegen geschehen.				
99	Wenn ich kreativ bin, kann ich mich ganz in eine Aufgabe vertiefen.				
100	Manchmal denke ich, dass ich – über meine engere Familie hinaus – ziemlich beziehungsunfähig bin.				
101	Für meine Art zu leben nehme ich soziale Isolation in Kauf.				
102	Ich merke oft, dass meine Gefühle von anderen Menschen nicht verstanden werden oder bei ihnen Befremden auslösen.				
103	Ich habe schon mal das Gefühl gehabt, dass die Art, wie Dinge angeordnet waren, z.B. in einem Schaufenster, Botschaften für mich enthielten.				
104	Ich hatte noch die das Gefühl, dass mit mir seelisch etwas nicht in Ordnung ist.				
105	Ich habe Geräusche auf meinen Schallplatten gehört, die zu anderen Zeiten nicht da waren.				
106	Ich merke oft an der Reaktion anderer, dass ich etwas Komisches oder Befremdliches gesagt haben muss.				
107	Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, dass der Platz einer Person von einem Doppelgänger eingenommen wurde.				
108	Ich glaube, dass es sicherer ist niemandem zu trauen.				
109	In mir steckt sehr viel Protestpotenzial.				
110	Schon in der Schule fiel ich durch viele Begabungen auf.				
111	Ich rede am liebsten nur über sachliche Dinge und halte mich mit gefühlsbetonten Äußerungen sehr zurück.				
112	Ich habe schon einmal ein gewöhnliches Ereignis oder einen gewöhnlichen Gegenstand bemerkt, das oder der für mich ein besonderes Zeichen darstellte.				
113	Ich habe viele negative Erfahrungen machen müssen, die mein ausgeprägtes Misstrauen und meine Vorsicht rechtfertigen.				
114	Ich genieße es in der Öffentlichkeit aufzufallen.				
115	Ich habe ganz besondere Verhaltensweisen (z.B. bestimmte „Rituale“) angenommen, über die andere nur den Kopf schütteln, weil sie die geheimnisvollen Hintergründe nicht verstehen.				
116	Ich kann bisher auf ein Leben „ganz ohne Fehl und Tadel“ zurückblicken.				
117	Wenn ich Emotionen herauslasse, wirke ich auf andere wohl oft wie ein „Elefant im Porzellanladen“.				
118	Ich bin hundertprozentig sicher, dass ich nie die Hilfe eines Psychiaters oder Psychologen brauche, ganz gleich was passiert.				
119	Ich habe schon einmal Dinge gesehen, die für andere Menschen unsichtbar waren.				
120	Ich bemerke oft sonderbare Veränderungen in meiner Umgebung, die ich meistens richtiger Weise als Warnsignale oder verräterische Zeichen interpretiere.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
121	Mir erscheinen manchmal alltägliche Gegenstände ungewöhnlich groß oder klein.				
122	Für mich trifft zu, dass menschliche Größe einsam macht.				
123	Ich kann einen Lichtschalter bedienen.				
124	Andere Leute ziehen oft die Stirn hoch, wenn sie mein schrilles Outfit sehen.				
125	Es widerstrebt mir Freude offen zu zeigen.				
126	Bei Denksportaufgaben bin ich kaum zu schlagen.				
127	Ich bin ein selbstbewusster Mensch, der durch sein unkonventionelles Verhalten noch an Unabhängigkeit gewinnt.				
128	Manchmal, wenn ich Dinge wie Tische oder Stühle anschau, kommen sie mir fremd vor.				
129	Mit bestimmten Menschen fühle ich mich auf besondere Weise verbunden, so als wenn diese Beziehungen spirituellen Ursprungs wären.				
130	Ich habe schon einmal gespürt, dass irgendeine Person oder Kraft um mich herum war, auch wenn niemand zu sehen war.				
131	Mir ist es wichtig, dass ich ganz ich selbst sein kann. Dafür riskiere ich auch viel.				
132	Ich spreche oft eine Art Privatsprache, die andere schlecht verstehen.				
133	Meine Ansichten zu „Gesetz und Ordnung“ weichen von der allgemeinen Meinung ab.				
134	Ich spüre oft seltsame Körpergefühle, so als würde z.B. ein heißer Punkt in den Eingeweiden herumwandern.				
135	Ich bin vorsichtig und vermeide jedes unnötige Risiko.				
136	Wenn ich von fremden Menschen umgeben bin, packt mich leicht ein unheimliches Gefühl, das immer stärker wird, bis ich die Flucht ergreife.				
137	Ich habe Erfahrungen mit dem Übersinnlichen gemacht.				
138	Ich bin voll brillanter Ideen und einfallsreich.				
139	Andere sind durch mein Verhalten leicht verunsichert.				
140	Ein freundschaftlicher Kontakt zu anderen Menschen kommt bei mir einfach nicht zustande.				
141	Um gesund zu bleiben, habe ich für mich ein ganz eigenes Vorbeugungsprogramm entwickelt.				
142	Ich kann mich so sehr selbst bestätigen, dass ich Lob und Tadel von außen gar nicht mehr brauche.				
143	Ich versuche mich mit bestimmten Menschen in einer Art geheimer Zeichensprache zu verständigen.				
144	In meiner Kindheit war ich ein Einzelgänger (eine Einzelgängerin).				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
145	Ich hatte noch nie eine seelische Krise.				
146	Es macht mir Freude, anderen meine Originalität zu zeigen.				
147	Aufgrund meines Verhaltens habe ich schon oft Nachteile gehabt.				
148	Manchmal spüre ich Ekel gegenüber eigentlich ganz unauffälligen Menschen.				
149	Gegenstände scheinen manchmal an einem anderen Platz zu sein, wenn ich nach Hause komme, obwohl niemand dort gewesen ist				
150	Ich kann mit Messer und Gabel essen.				
151	Ich tue viele Dinge auf eine besondere oder eigenbrötlerische Art, so dass einige Menschen nicht mit mir zusammen arbeiten wollen.				
152	Ich bin nach Meinung kompetenter Leute ein ganz kluger Kopf.				
153	Meinen Lebensentwurf verteidige ich ganz massiv, ohne Vorbehalt und Rücksichtnahme.				
154	Manchmal spüre ich eine besondere Nähe zu spirituellen Bewusstseinssebenen, eine Erfahrung, die mich sehr glücklich macht.				
155	Niemand kann aus meinem meist unbeteiligt wirkenden Gesichtsausdruck ablesen, was ich wirklich denke und empfinde.				
156	Ich habe besondere Gewohnheiten angenommen, die ich auf keinen Fall ändern möchte.				
157	Ich möchte mitunter sprechen und kann es nicht, weil die Worte plötzlich weg sind.				
158	Manchen Menschen gegenüber bin ich extrem verschlossen und abweisend, weil ich sie für heimliche Feinde oder Agenten einer fremden Macht halte.				
159	Ich habe sehr viel Zivilcourage und stehe zu meinen Eigenarten.				
160	Mein Hör- oder Sehsinn war schon an mehreren Tagen hintereinander so stark ausgeprägt, dass ich mich auf nichts anderes mehr konzentrieren konnte.				
161	Ich finde, dass die Esoterik viele tröstliche und aufbauende Erfahrungen vermittelt.				
162	Leute verhalten sich oft so merkwürdig, dass man vermuten muss, dass sie Teil eines Experiments sind.				
163	Die Gefühle, die ich ausdrucksstark zeige, kommen oft nicht gut an.				
164	Ich neige dazu, Ereignisse und Bemerkungen – im Guten wie im Schlechten – immer gleich auf mich zu beziehen.				
165	Ich praktiziere eine bizarre Erotik.				
166	Ich habe den Mut, ein unverwechselbares, ganz einmaliges Individuum zu sein.				
167	Ich stelle immer wieder fest, dass mich andere Leute unverständlicher Weise nicht ernst nehmen.				
168	Ich spüre, dass ich selbst bei meinen Freunden auf der Hut sein muss.				

		Unzutreffend		Zutreffend	
		völlig	eher	eher	völlig
169	Mein bohrendes Misstrauen stellt grundsätzliches alles in Frage, was den meisten Menschen hoch und heilig ist.				
170	Ich halte Leute auf Distanz, bleibe ohne enge freundschaftliche und vertrauensvolle Beziehung, die mich ja doch nur enttäuschen würde.				
171	Ich habe ganz eigene Vorstellungen von Sauberkeit und Reinlichkeit.				
172	Beim Sprechen kommen bei mir oft Sätze heraus, die nicht einmal ich selbst richtig verstehe.				
173	Ich habe mir schon Sorgen darüber gemacht, dass Lebewesen auf anderen Planeten die Ereignisse auf der Erde beeinflussen könnten.				
174	Ich schockiere gern durch mein Verhalten.				
175	Ich setze mich immer gegen Bevormundung zur Wehr.				
176	Ich habe noch nie ein Versprechen gebrochen.				
177	Ich fühlte mich schon manchmal verunsichert darüber, ob mein Körper wirklich der meine ist.				
178	Über bestimmte Dinge habe ich ganz andere Auffassungen als die Menschen meiner Umgebung.				
179	Ich denke, dass mich nur ganz wenige Menschen richtig verstehen können.				
180	Ich höre ferne Geräusche manchmal ganz nah, so als wenn sie in meinem Kopf passieren.				
181	Ich habe manchmal die Gegenwart von Bösem um mich herum gespürt, obwohl ich es nicht sehen konnte.				
182	Ich habe viele kreative Ideen im Kopf, die ich noch umsetzen muss.				

Raum für Bemerkungen zu diesem Fragebogen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!